Inhoud

Samenvatting ... 3

Voorwoord ... 5

1 Inleiding/achtergronden van het project ... 6
1.1 Het onderwerp/onderzoek ... 6
1.2 De probleemstelling ... 7
1.3 Relevantie ... 8
1.4 De doelstelling van dit project ... 9

2 Methode ... 10
2.1 Methode ... 10
2.2 Respondenten ... 14
2.3 Procedure ... 14

3 Resultaten uit het onderzoek ... 16
3.1 Literatuurstudie ... 16
3.1.1 Wat is thuiszorg? ... 16
3.1.2 Wat is Buurtzorg ... 24
3.1.3 Wat is psychosociale zorg? ... 27
3.2 Resultaten interviews en enquêtes ... 34
3.3 Ontwikkelingen in de branche ... 55
3.4 Gewenste situatie ... 59

4 De producten ... 63
4.1 Belangrijke punten uit het literatuuronderzoek ... 63
4.2 Belangrijke punten uit de enquête en interviews onder de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en de organisatie Buurtzorg ... 65
4.3 Belangrijke punten uit de interviews met de thuiszorgorganisaties A en B ... 66
4.4 Belangrijke punten uit deelvraag 4, de gewenste situatie ... 66
4.5 Advies aan Buurtzorg Nederland ... 67

5 Conclusie, aanbevelingen en discussie ... 70
5.1 Beantwoording onderzoeksvragen ... 70
5.2 Interpretatie van de producten ... 72
5.3 Beschrijving beperkingen onderzoek ... 73
5.4 Aanbevelingen over de gehanteerde methode van onderzoek ... 74
5.5 Discussie ... 74

Nawoord ... 76

Literatuurlijst ... 77

Bijlagen van het product ... 79
Bijlage 1: Format interview wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden Buurtzorg ... 79
Bijlage 2: Format interview organisatie Buurtzorg ... 80
Bijlage 3: Format interview thuiszorgorganisatie A en Vilente ... 81
Bijlage 4: Format enquête ... 82
Bijlage 5: Competenties wijkverpleegkundigen ... 86
Bijlage 6: Plan van aanpak afstudeeronderzoek Buurtzorg ... 88
Bijlage 7: Cliënten van het Buurtzorg web ... 95
Bijlage 8: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (A. Laverman) ... 102

Bijlage 9: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Jannette) 107
Bijlage 10: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Cindy)..... 110
Bijlage 11: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Melyn) 114
Bijlage 12: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Jennie Mast) 117
Bijlage 13: Interview met thuiszorgorganisatie A. Omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg..... 122
Bijlage 14: Interview met thuiszorgorganisatie Vilente. Omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg..... 125
Bijlage 15: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg (Jos de Blok) 128
Bijlage 16: ~Voorbeelden signalenlijsten~..... 131
Bijlage 17: Persbericht..... 134

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Buurtzorg en daarbij voor de opdrachtgever A.J. Zwart. Buurtzorg is eind 2006 opgezet. Buurtzorg Nederland heeft in vergelijking met andere thuiszorgorganisaties een vernieuwend concept ontwikkeld op het gebied van verpleging en verzorging aan huis. Buurtzorg streeft naar betere oplossingen voor de cliënt die daarbij duurzaam en effectief zijn. De zorgverlening wordt uitgevoerd door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome en zelfsturende 'Buurtzorgteams'. Door deze manier van werken wordt het oplossend vermogen en de professionaliteit van de medewerkers op een positieve manier benut. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden spelen een belangrijke en centrale rol in de zorgverlening en begeleiding bij de cliënt. Buurtzorg gaat er vanuit dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zoveel mogelijk zelf kunnen oppakken, zodat dit ook een positief effect heeft bij de zorgvrager en de zorgvrager niet veel verschillende hulpverleningsinstanties over de vloer krijgt. Dit betekent dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werkzaam zijn op het gebied van lichamelijke/medische verzorging en daarbij ook psychische verzorging. Om bewust te kijken welke rol de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende spelen op het gebied van psychosociale zorg, is het goed om te kijken wat wel en wat niet onder het takenpakket van de wijkverpleegkundige valt. In het verslag wordt aandacht besteed hoe het competentieprofiel van de wijkverpleegkundige verbeterd kan worden en wat de Buurtzorgteams nodig hebben om goed toegerust te zijn op het gebied van psychosociale zorg.

Vanuit Buurtzorg kwam de vraag welke rol de wijkverpleegkundigen hebben op het gebied van psychosociale zorg en het signaleren daarvan bij de cliënten. Op welke manier zou de inhoud van deze rol verbeterd kunnen worden en wat mag de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende oppakken op dit gebied?
Het doel van dit verslag is om te onderzoeken hoe wijkverpleegkundigen hun rol op het gebied van psychosociale problematiek invullen en hoe de psychosociale zorg binnen Buurtzorg mogelijk verbeterd kan worden. Dit onderzoek is in het belang van de wijkverpleegkundigen en in het belang van de cliënten van Buurtzorg. Er is gekozen om eerst een vooronderzoek/literatuuronderzoek te doen op het gebied van thuiszorg en psychosociale zorg. Het doel hiervan is zoveel mogelijk informatie te verkrijgen over wat verstaan wordt onder algemene thuiszorg, wat verstaan wordt onder de thuiszorg van Buurtzorg en wat allemaal verstaan wordt onder psychosociale zorg.
Op basis van het vooronderzoek/literatuuronderzoek hebben we een enquête opgesteld voor de Buurtzorg teams Ede, Wageningen, Bennekom, Veenendaal en Wekerom. De resultaten van dit onderzoek kunt u terug vinden in hoofdstuk 3.
Naast het houden van een enquête, hebben we interviews afgenomen bij 3 wijkverpleegkundigen en 1 wijkziekenverzorgende van team Ede. Daarnaast hebben we 2 interviews afgenomen binnen de organisatie van Buurtzorg, de directeur en een projectmedewerker.
Om de uitkomsten van dit onderzoek beter te onderbouwen hebben we twee interviews afgenomen bij twee andere thuiszorgorganisaties, organisatie A en organisatie B genaamd Vilente. We vonden het van belang om een vergelijkend onderzoek te houden bij andere thuiszorgorganisaties omdat we onze uitkomsten hierdoor beter konden onderbouwen en er gekeken kon worden hoe psychosociale zorg vorm gegeven wordt in andere thuiszorgorganisaties. Alle interviews zijn terug te vinden in de bijlagen. De verwerking van de enquêtes en de interviews is terug te vinden in hoofdstuk 3.

Na het verzamelen van al deze informatie zijn wij bezig geweest met het schrijven van aanbevelingen. Een uitgebreid overzicht van de aanbevelingen en handreikingen, zijn terug te vinden in hoofdstuk 4. De belangrijkste aanbeveling is dat in combinatie met de verwachtingen van de organisatie, er meer scholing voor de verpleegkundigen moet plaats vinden op het gebied van psychosociale problematiek en zorg. Daarnaast kan de zorg rondom psychosociale problematiek meer gestructureerd worden en beter onderbouwd. Tijdens het onderzoek zijn wij erachter gekomen dat de medewerkers van Buurtzorg graag meer ondersteund willen worden in het verlenen van psychosociale zorg.

Over de vorm van die ondersteuning zijn de meningen verdeeld. Een groot deel van de medewerkers wil meer samenwerking met het maatschappelijk werk of zelf een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg aannemen. De directeur van Buurtzorg, Jos de Blok, gaf aan dat het aannemen van een maatschappelijk werker niet binnen de Buurtzorg formule past. Later in het verslag gaan wij hier meer op in. Met name in hoofdstuk 4 en 5.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is geschreven in het kader van onze opleiding Maatschappelijk werk en Dienstverlening (MWD) aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). Dit onderzoek is gericht op Buurtzorg Nederland. Vanuit Buurtzorg kwam de vraag welke rol de wijkverpleegkundigen hebben op het gebied van psychosociale zorg en het signaleren daarvan bij de cliënten.
In dit verslag beschrijven we welke rol wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van Buurtzorg Ede en regio spelen in het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij hun cliënten en op welke manier de inhoud van deze rol verbeterd zou kunnen worden.
Het onderzoek heeft zich vooral gericht op Buurtzorg Ede (interviews) en de daarbij gelegen regio's Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom (enquêtes). Dit onderzoek heeft geduurd van januari 2011 tot en met mei 2011. Dit onderzoeksverslag is bedoeld voor de doelgroep wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van de teams Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom en voor het management van Buurtzorg Nederland. Dit onderzoeksverslag omvat een beschrijving over Buurtzorg en de verschillen met de reguliere thuiszorg. Daarnaast geeft het informatie over de verschillende psychosociale problematiek die wijkverpleegkundigen mogelijk kunnen tegen komen. Meetinstrumenten die gebruikt zijn om tot de resultaten van dit onderzoek te komen, komen ook aan bod. Daarna staan uiteraard de resultaten en conclusies uitgebreid beschreven en is een adviesrapport beschreven.

We hopen dat dit onderzoek een positieve aanzet zal zijn voor Buurtzorg Nederland en de wijkverpleegkundigen, zodat ze weten hoe te handelen wanneer ze psychosociale problematiek tegen komen. Sommige zullen dit al weten, voor anderen zullen hier nog vragen zijn.
Tevens hopen we dat de wijkverpleegkundigen en de organisatie van Buurtzorg met het oog op het verbeteren en verhogen van de kwaliteit van zorg, gemotiveerd en enthousiast zullen werken aan wat er uit dit onderzoek komt.

Het was voor ons een zeer leerzame en interessante uitdaging om met dit onderzoek bezig te zijn. We willen daarbij iedereen bedanken die ons de ruimte en mogelijkheid heeft gegeven om dit onderzoek uit te voeren.
In het bijzonder willen we A.J. Zwart bedanken voor zijn begeleiding vanuit Buurtzorg. Ook willen we mevr. A de Ridder bedanken, zij begeleidde ons bij de uitvoering en verslaglegging vanuit de CHE. Beiden hebben ons ondersteund met hun enthousiasme, maar af en toe ook kritische noten.
De wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden die mee hebben gewerkt aan de uitvoering van dit onderzoek willen we ook hartelijk bedanken. Doordat zij tijd hebben vrijgemaakt voor het geven van interviews en het invullen van de enquêtes, konden wij dit onderzoek goed afronden.

Wij hopen dat u dit onderzoeksverslag met veel plezier zult lezen!

Ede, mei 2011

Naline Scherrenburg-Schol en Emke Willemsen

1 Inleiding/achtergronden van het project

1.1 Het onderwerp/onderzoek

Dit onderzoek doen wij in het kader van onze afstudeeropdracht die wij uitvoeren binnen de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening. Wij doen dit onderzoek binnen de muren van de organisatie ´Buurtzorg Nederland´.

Buurtzorg Nederland biedt een natuurlijk alternatief voor thuiszorg in Nederland. Buurtzorg biedt bij de mensen thuis zorg aan oudere mensen, mensen met beperkingen en chronisch zieken. Hierin speelt de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende een centrale rol. De wijkverpleegkundige neemt in overleg met de cliënt direct een beslissing over de manier en inhoud van werken m.b.t. de hulpverlening die geboden moet worden. Autonomie staat centraal bij Buurtzorg en dit wordt op verschillende manieren gestimuleerd bij de medewerkers en bij de cliënten. Dit wordt bij de medewerkers gestimuleerd door het opzetten van kleine buurtteams die zelfsturend te werk gaan. Ook de ICT-toepassingen stimuleren de autonomie van de teams waardoor het voor de medewerker makkelijk is om efficiënt en snel te werken en daarbij de administratieve kosten tot een minimum te beperken. Op dit moment zijn er geen taakprofielen/GGZ functies binnen Buurtzorg. De taakprofielen op het gebied van zorg die bij Buurtzorg te vinden zijn, zijn de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Reguliere thuiszorg en de Buurtzorg zijn twee verschillende organisaties met beide een andere kijk en aanpak wat thuiszorg betreft. De punten waarop ze verschillen kunt u verderop in dit verslag terug vinden.[1]

Op 19 oktober 2010 vond het eerste contact plaats met Buurtzorg Ede. Dit was een oriënterend gesprek en naar aanleiding van dit gesprek zijn wij als studenten/onderzoekers erg enthousiast geworden om een bijdrage te leveren aan een mogelijke verbetering binnen Buurtzorg, m.b.t. psychosociale hulpverlening/zorg.

Wij wilden met name onderzoeken welk deel van de psychosociale zorg onder de wijkverpleegkundigen/Buurtzorg valt en welk deel mogelijk doorverwezen moet worden naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Daar voorafgaand hebben wij onderzocht welke rol psychosociale problematiek speelt bij de cliënten van Buurtzorg. Wij als beginnend maatschappelijk werkers vinden het interessant om te onderzoeken hoe er binnen een vernieuwende organisatie zoals Buurtzorg wordt omgegaan met psychosociale zorg en de signalen daarvan.

Aanleiding en probleembeschrijving
Tijdens de eerste gesprekken bij Buurtzorg kwamen we erachter dat er geen duidelijk beeld was van hoe er met psychosociale problematiek wordt omgegaan. Wel kwamen er geluiden vanuit team Ede dat er behoefte was aan meer duidelijkheid rondom deze problematiek.

Buurtzorg heeft over het algemeen het eerst directe afstemming met de huisarts. De huisarts wordt door Buurtzorg dan ook gezien als een van de belangrijkste samenwerkingspartner. Buurtzorg is nu al bezig om combinaties in functies tussen Buurtzorgteams en huisartsenpraktijken te bevorderen met als doel de zorgverlening te verbeteren en de kwaliteit van zorgverlening te vergroten.
Dat het contact en de samenwerking tussen Buurtzorg en huisartsenpraktijken een positieve werking heeft en stap voor stap verbeterd wordt is een groot pluspunt. Maar hoe zit het samenwerkingsverband tussen Buurtzorg en het maatschappelijk werk of andere instellingen rondom psychosociale problematiek? Wat doen de wijkverpleegkundigen met de signalen die gezien worden bij de cliënt(en) thuis op psychosociaal en relationeel gebied? En wat kunnen wijkverpleegkundigen zelf aan als het gaat om psychosociale vragen en wat moeten zij doorverwijzen? Deze vragen hopen wij te kunnen beantwoorden na dit onderzoek.

[1] Meer informatie over de verschillen tussen reguliere thuiszorg en Buurtzorg is te vinden in hoofdstuk 3, 3.1 op pagina 18

Allereerst moet onderzocht worden binnen Buurtzorg hoe de situatie nu is, waar de verpleegkundigen tegen aanlopen en hoe die psychosociale problematiek eruit ziet. Vervolgens is het belangrijk om zorgvuldig te kijken naar hoe de wijkverpleegkundigen in het vervolg om kunnen gaan met deze problematiek. Te denken valt aan een protocol, adviesrapport, een kortere lijn met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk of een maatschappelijk werker parttime in dienst nemen. Dit zijn slechts speculaties over een aanbeveling die wij aan het einde van dit onderzoek zullen doen.

1.2 De probleemstelling

Hoofdvraag:

Welke rol spelen wijkverpleegkundigen van Buurtzorg Ede en regio, in het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij hun cliënten en op welke manier zou de inhoud van deze rol verbeterd kunnen worden?

Onderzoeksvragen:

1. *Wat zegt de theorie over thuiszorg, Buurtzorg en psychosociale zorg?*
   1.1 Wat is thuiszorg en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de thuiszorg?
   1.2 Wat is Buurtzorg?
   1.3 Wat is psychosociale problematiek en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de psychosociale zorg?

2. *Wat is de huidige situatie nu binnen Buurtzorg Ede, Bennekom Veenendaal, Wekerom en Wageningen m.b.t. het werken met psychosociale zorg?*
   2.1 Wat is de visie van Buurtzorg op psychosociale en relationele problematiek?
   2.2 Hoe gaat Buurtzorg Ede, Bennekom, Veenendaal, Wekerom en Wageningen te werk m.b.t. het signaleren van psychosociale en relationele problematiek?
   2.3 Wat is er te vinden op het gebied van psychosociale zorg op het Buurtzorgweb?
   2.4 Hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede zou onder psychosociale zorg vallen?
   2.5 Welke zorgvragen op het gebied van psychosociale zorg komen op dit moment binnen bij Buurtzorg?
   2.6 Welke kennis hebben de wijkverpleegkundigen al over psychosociale en relationele problematiek?
   2.7 Wat zeggen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zelf, wat een wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende zou moeten kunnen uitvoeren op het gebied van psychosociale hulp?
   2.8 Welke samenwerking zou er tussen het Algemeen maatschappelijk werk en Buurtzorg kunnen zijn?
   2.9 Welke impact heeft het werken met psychosociale problematiek op de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg?
   2.10 Hoeveel werktijd van een wijkverpleegkundigen gaat er naar het werken aan psychosociale problematiek?

3. *Welke ontwikkelingen m.b.t. psychosociale zorg in de thuiszorg, zijn te zien in andere thuiszorgorganisaties?*
   3.1 Op welke manier werken gelijksoortige organisaties als Buurtzorg met psychosociale zorg in de regio Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom?

4. *Wat is de gewenste situatie op het gebied van psychosociale zorg binnen Buurtzorg Ede?*
   4.1 Wat is de gewenste situatie volgens de werknemers?
   4.2 Wat is de gewenste situatie volgens de werkgevers?

Afbakening
Bovenstaande vragen zullen we uitvoerig bestuderen. Er zijn echter een aantal zaken die qua omvang niet in ons onderzoek passen, waardoor we hebben besloten om die buiten het onderzoek te laten. Hierbij kunt u denken aan de volgende punten:

- We doen geen onderzoek naar psychiatrische aandoeningen.
- We doen geen onderzoek in andere teams dan team Ede, Wageningen, Bennekom, Wekerom en Veenendaal.
- We doen alleen globaal onderzoek naar financieringsbronnen en andere mogelijkheden voor bijvoorbeeld protocollen, cursussen, trainingen, bijscholingen of een mogelijke aanbeveling voor bijvoorbeeld betere samenwerking met het maatschappelijk werk.
- We doen geen vergelijkend onderzoek met andere thuiszorgorganisaties. We kijken enkel bij andere thuiszorgorganisaties hoe zij werken met psychosociale zorg om op die manier ideeën voor ons eigen aanbevelingsrapport te verzamelen en informatie in te winnen.
- We ontwikkelen geen eventueel protocol, we geven enkel een aanbeveling over hoe een mogelijk protocol en/of cursus er uit zou kunnen gaan zien en leggen kaders voor.

Verwachtingen
Hieronder beschrijven we het beoogde eindproduct, hoe er van het onderzoek verslag wordt gedaan, wie er op de hoogte gesteld wordt van de resultaten van het onderzoek, wat er van het onderzoek naar buiten gebracht kan worden en hoe de afronding van het onderzoek plaats zal gaan vinden.

Beoogd eindproduct

- Het afstudeer/evaluatieverslag
- Aanbevelingen /advies hoe om te gaan met psychosociale zorg bij cliënten van Buurtzorg.
- Eindpresentatie van de behaalde resultaten van het afstudeeronderzoek
- Korte samenvatting van de resultaten van het onderzoek, beschreven in de vorm van een artikel.
- Kort samengevat: het onderzoeksverslag en het adviesrapport

Overdracht onderzoeksresultaten aan de opdrachtgever Buurtzorg Ede
We zullen aan het einde van het afstudeeronderzoek een eindpresentatie geven aan het team van Buurtzorg Ede, met daarbij hoogstwaarschijnlijk de directeur en zorgmanager/coördinator van Buurtzorg. De presentatie zal waarschijnlijk gegeven worden met behulp van PowerPoint op het zorgkantoor in Ede.

Wie worden er op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten?
Buurtzorg Ede/Nederland krijgt het gehele onderzoeksverslag en wordt daarbij uiteraard op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten van dit afstudeeronderzoek. Daarnaast worden de resultaten op het Buurtzorg web geplaatst waardoor alle medewerkers van Buurtzorg Nederland kennis kunnen nemen van het onderzoek.

Wat wordt er van het onderzoek naar buiten gebracht?
Er zal met Buurtzorg Ede overlegd worden wat er wel en wat er niet naar buiten gebracht mag en kan worden van het afstudeeronderzoek. Zelf zullen we nog bekijken of er mogelijk iets van de onderzoeksresultaten gepubliceerd kan worden in een krant of blad.

1.3 Relevantie

De opdrachtgever wil dat zijn organisatie een goed beeld heeft van de psychosociale zorg bij hun cliënten. Belangrijk is ook om dan verder te kijken naar hoe er wordt om gegaan met die problematiek en na te denken over hoe de organisatie om zou willen gaan met die problematiek. Buurtzorg is een

nog jonge organisatie en heeft, naar ons idee, nog weinig inzicht in de psychosociale problematiek en zorg binnen het werk van de wijkverpleegkundigen.
Het is belangrijk dat dit onderzoek gedaan wordt. Veel cliënten binnen Buurtzorg krijgen te maken met psychische problematiek als gevolg of oorzaak van de fysieke problemen die er zijn. Hoewel er op dit moment absoluut niet gezegd kan worden dat de wijkverpleegkundigen geen oog voor psychosociale problemen hebben, denken wij dat zij hierin toch wel ondersteuning kunnen gebruiken. Het heeft namelijk niet altijd de hoogste prioriteit in hun uitvoerend werk en is daarom soms lastiger te signaleren. Om het signaleren en het handelen na het signaleren voor de wijkverpleegkundigen makkelijker te maken is het van belang dat er nauwkeurig onderzoek naar wordt gedaan. Wat komen zij eigenlijk tegen en in welke mate? Ook is het van belang dat wij als onderzoekers goed op de hoogte zijn van de wensen van de medewerkers van Buurtzorg op het gebied van psychosociale zorg, alvorens wij een adviesrapport uitbrengen.

1.4 De doelstelling van dit project

Doel voor de opdrachtgever
De opdrachtgever wil dat zijn organisatie een goed beeld heeft van de psychosociale zorg bij hun cliënten. Belangrijk is ook om dan verder te kijken naar hoe er wordt om gegaan met die problematiek en na te denken over hoe de organisatie om zou willen gaan met die problematiek.

Doel voor vakgebied van het maatschappelijk werk
Als professional moet je jouw beroep goed op de kaart kunnen zetten en op een goede manier kunnen verdedigen. Doel voor ons aanstormende professionals is om met de kennis die wij hebben over psychosociale zorg te kijken naar de situatie binnen Buurtzorg. Ons beroepsprofiel vraagt van ons dat wij op de juiste manier kunnen doorverwijzen en dat ook kunnen onderbouwen. Dit hopen wij in de praktijk te brengen met ons onderzoeksproduct.

Doelen wat betreft het product
Wanneer het afstudeerproject afgerond is, heeft Buurtzorg van ons het volgende product in handen:

- Een duidelijke omschrijving welke psychosociale problematiek Buurtzorg tegen komt en hoe de wijkverpleegkundigen hier vervolgens mee om gaan.
- Een overzicht van de wensen van zowel de medewerkers als de organisatie over hoe er met psychosociale problematiek omgegaan moet worden binnen Buurtzorg.
- Een afgebakend plan en aanbeveling, naar aanleiding van het onderzoek binnen Buurtzorg, over hoe Buurtzorg met de psychosociale problematiek om kan gaan.

2 Methode

Voordat we uitleggen op welke manier dit onderzoek is uitgevoerd willen we eerst de gekozen werkwijze en onderzoeksmethoden toelichten, zoals ze genoemd staan in het plan van aanpak.

2.1 Methode

- **Veldonderzoek**
  Veldonderzoek,ook wel fieldresearch genoemd,is het verzamelen en verwerken van nieuwe gegevens tot bruikbare informatie. Er bestaan diverse uiteenlopende manieren voor het verzamelen van deze nieuwe gegevens. Een veel gebruikte vorm in het midden- en kleinbedrijf,maar ook in het grootbedrijf,is het stellen van vragen aan de doelgroep (= enquêteren). Ook met enquêteren kan men diverse vormen onderscheiden, denk hierbij aan het schriftelijk, telefonisch en persoonlijk enquêteren.

- **Inventariserend onderzoek**
  Is een onderzoek waarbij geïnventariseerd wordt of en in welke mate psychosociale zorg voorkomt in de teams van Buurtzorg Ede, Bennekom, Wageningen, Veenendaal en Wekerom. Een inventariserend onderzoek wordt uitgevoerd door bijvoorbeeld een enquête. Deze vorm paste het beste bij onze doelen en gaf ons de mogelijkheid om informatie van een grote doelgroep te verkrijgen.

- **Literatuuronderzoek**
  Literatuuronderzoek is het doen van een systematische studie op basis van wetenschappelijke literatuur en andere documenten om een wetenschappelijke vraagstelling te beantwoorden. In het geval van dit onderzoek zijn internet, literatuur en artikelen bekeken om tot een goede beantwoording van de vraagstelling te komen.

Om tot de antwoorden van de deelvragen en subvragen te komen hebben we gebruik gemaakt van verschillende bronnen en meetinstrumenten. Deze bronnen en meetinstrumenten bestonden uit interviews, de enquête en het Buurtzorg-web waar we onze informatie vandaan mochten halen, uiteraard de privacy van de cliënten in acht nemend.
Er is gebruik gemaakt van bovenstaande bronnen en meetinstrumenten, om een duidelijk beeld te krijgen van hoe wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg. Een overzicht van de meetinstrumenten en beschrijvingen van de enquête en het interview zijn terug te vinden in de bijlage.

Interviews
We hebben ervoor gekozen om in totaal acht interviews af te nemen.
Er zijn vier interviews met de wijkverpleegkundigen uit team Ede afgenomen. Er is voor gekozen om twee interviews af te nemen in team A en twee in team B om het op deze manier te spreiden.
De leeftijd lag verspreid tussen de 23 en 48 jaar. Het doel van deze interviews was om goed in beeld te krijgen waar verpleegkundigen tegen aanlopen op het gebied van psychosociale problematiek en op welke manier ze hiermee om gaan op dit moment. Een interview geeft de kans en de ruimte om door te vragen op het gebied van psychosociale zorg/problematiek.

Daarbij hebben wij 2 interviews afgenomen bij de organisatie van Buurtzorg. Eén interview is afgenomen bij Jennie Mast, zij is projectmedewerker van Buurtzorg Nederland en daarnaast coach van team Amersfoort. Samen met twee collega's is zij verantwoordelijk voor allerlei projecten rondom kwaliteit, innovatie en scholing binnen Buurtzorg Nederland. Zij is sinds juni 2010 werkzaam binnen Buurtzorg. Het doel van dit interview was een beeld krijgen van hoe de organisatie van Buurtzorg tegen psychosociale problematiek aankijkt en welke keuzes zij op dit gebied van de zorg hebben gemaakt.

Doordat Jennie werkzaam is binnen de Buurtzorg academie was zij ook in staat ons meer te vertellen over de mogelijkheden rondom scholing, cursussen en protocollen.

Het andere interview binnen de organisatie Buurtzorg, is afgenomen bij de directeur van Buurtzorg Jos de Blok. Hij is oprichter van Buurtzorg Nederland en eindverantwoordelijke. Ook van dit interview was het doel een beeld krijgen van hoe de organisatie van Buurtzorg tegen psychosociale problematiek aankijkt en welke keuzes zij op dit gebied van de zorg hebben gemaakt. We wilden er daarnaast ook achter komen hoe de communicatie tussen de organisatie en de teams is, op het gebied van psychosociale zorg. Een gesprek met de oprichter was natuurlijk ook een goede gelegenheid om meer te horen over de visie en gedachten achter Buurtzorg.

Naast het afnemen van interviews bij de wijkverpleegkundigen en organisatieleden van Buurtzorg, is er voor gekozen om twee interviews af te nemen bij twee verschillende thuiszorgorganisaties.
Er heeft een interview plaatsgevonden met een coördinator uit thuiszorgorganisatie A en een verpleegkundige uit thuiszorgorganisatie Vilente. Een beeld krijgen van de verschillen tussen Buurtzorg en de reguliere thuiszorg kan alleen wanneer er ook buiten de muren van Buurtzorg gekeken wordt. Hiervoor hebben we twee organisatie gekozen die op een totaal andere manier omgaan met de psychosociale zorg dan Buurtzorg doet. Het doel was niet alleen de verschillen tussen Buurtzorg en thuiszorg duidelijk maken maar ook kijken hoe zij omgaan met psychosociale zorg om zo ideeën op te doen voor ons aanbevelingsrapport en informatie in te winnen over de omgang m.b.t. psychosociale zorg.

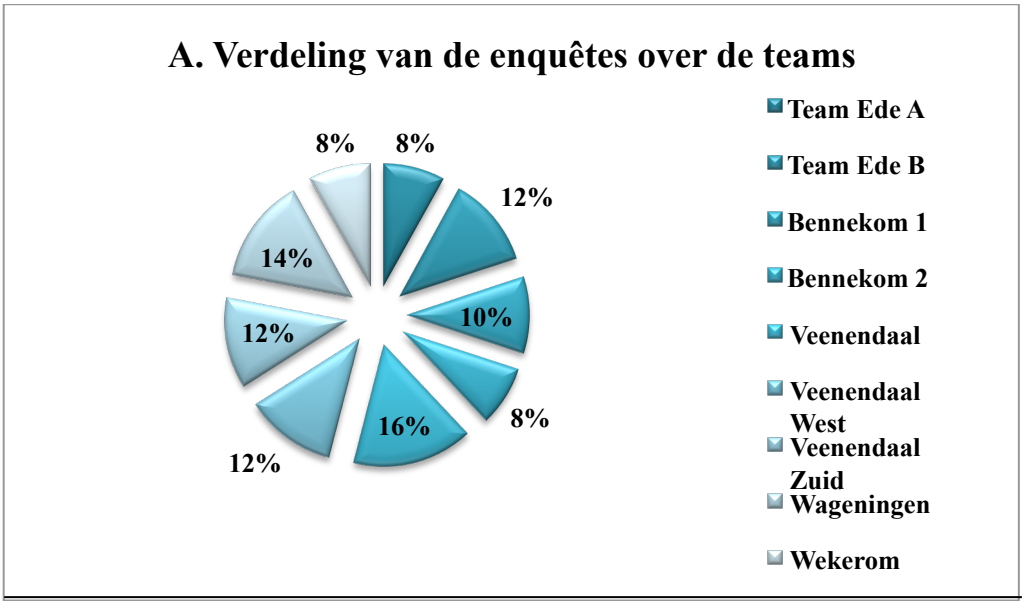
Enquêtes
We hebben voor een enquête gekozen omdat dit de beste manier voor ons was om een zo breed mogelijke peiling onder de verpleegkundigen te doen. Het gaf ons een onderbouwd beeld van de percentages rondom psychosociale problematiek. De link naar de enquête en de uitleg daarvan is eerst verstuurd naar de algemene e-mailadressen van de teams in Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom. Bij elkaar werken er ongeveer 100 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende in deze 5 teams. De medewerkers van bovenstaande teams hadden t/m 18 maart 2011 de tijd om de enquête in te vullen. Om er voor te zorgen dat iedere medewerker van elk team de enquête op tijd zou invullen, hebben we in totaal 3 á 4 keer een herinneringsmail gestuurd om de medewerkers eraan te herinnen de enquête in te vullen. Dit heeft geresulteerd in een respons van 50 van de 100 enquêtes die we hebben uitgezet.

Overzicht van medewerkers binnen teams:

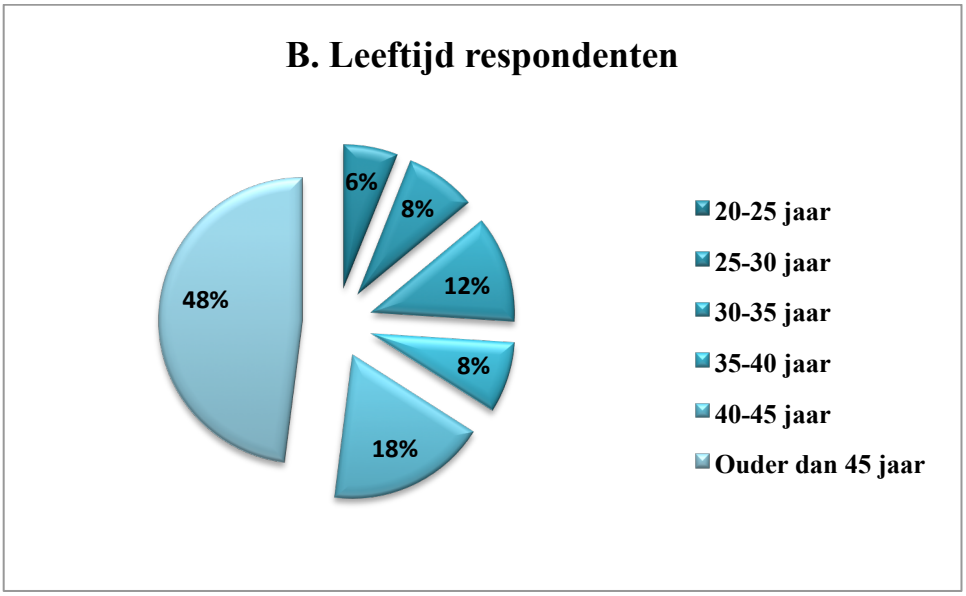
- Bennekom 12 + 12
- Ede 15
- Veenendaal 12+14+13
- Wageningen 15
- Wekerom 7

Totaal: 100 medewerkers

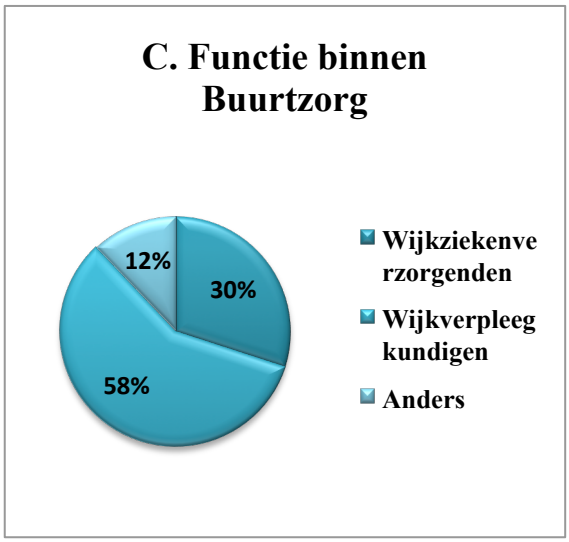
Hieronder staat een overzicht van de respons uit elk team. De enquête is in totaal 50 keer ingevuld.

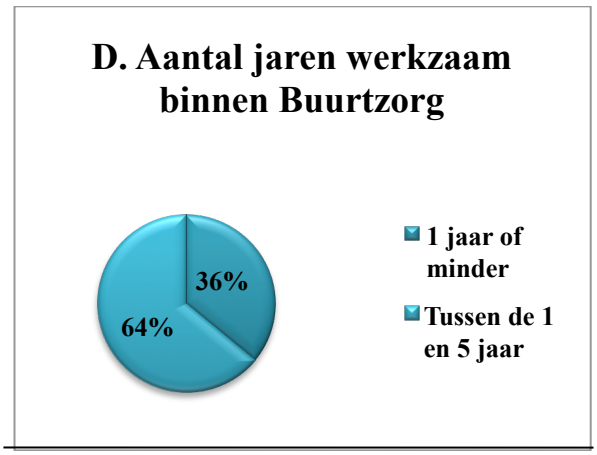


De verdeling qua leeftijd van de respondenten ziet er als volgt uit:



De verdeling qua functies en aantal jaren werkzaam van de respondenten ziet er als volgt uit:





Het Buurtzorg web[2]
Naast het geven van interviews en het uitzetten van een enquête, is ook het Buurtzorgweb geraadpleegd voor dit onderzoek. Het Buurtzorgweb is gebruikt om mailcontact te krijgen met de medewerkers van de teams Ede, Bennekom, Wageningen, Veenendaal en Wekerom, zodat zij konden deelnemen aan de enquête. Daarbij is er gebruik gemaakt van de informatie over cliënten uit team Ede. Dit is gedaan om een beeld te krijgen welke cliënten mogelijk onder de psychosociale zorg zouden vallen. Er is gekeken naar de arrangementen, indicaties en rapportages van de cliënt. De gegevens van de cliënten zijn vertrouwelijk behandeld en daarbij zijn de privacyregels in acht genomen.
Het Buurtzorgweb wordt uiteindelijk ook gebruikt om de uitkomsten van dit onderzoek op te publiceren, zodat alle medewerkers van Buurtzorg Nederland het onderzoeksverslag kunnen inzien.

Waarom is voor deze werkwijze gekozen?
Statistieken moesten gemaakt kunnen worden, dit is lastig om uit interviews te halen en een enquête is daar uitermate geschikt voor. Daarom hebben we allereerst gekozen voor een enquête. Uitgebreidere informatie over hoe de wijkverpleegkundigen denken over psychosociale problematiek en zorg konden we wel met een interview verkrijgen. De teams konden in de enquêtes aangeven hoe zij de psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd zouden willen zien. Deze uitkomsten wilden we meteen voorleggen aan de directie om te zien welke mogelijkheden er waren. Een groot voordeel hiervan was dat we die mogelijkheden eventueel in ons adviesrapport op konden nemen.

Tot het komen van de vragen voor de enquête en het interview, hebben we gelet op het taalgebruik en de leefwereld van de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden. Daarbij hebben we gelet op de lengte van de vragen en het gebruik van concrete begrippen in de enquête en het interview.
Het taalgebruik en het niveau van de vragen zijn zodanig geformuleerd dat elke wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende deel kon nemen aan de enquête en het interview.
Tijdens het opstellen van de enquête hebben we er rekening mee gehouden dat er ruimte overbleef voor de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden om opmerkingen te kunnen plaatsen als dat nodig mocht zijn. Voor het opstellen van juiste en goede vragen, hebben we de hoofdvraag van het onderzoek in gedachte gehouden.

[2] Zie hoofdstuk 3, 3.2, pagina 37 voor een beschrijving van het Buurtzorg web.

2.2 Respondenten

Over welke groep willen we uitspraken doen?
Onze doelgroep is de wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgers van, in de eerste plaats Buurtzorg Ede en daarnaast Buurtzorg Nederland. We onderzoeken of en zo ja, in welke mate zij te maken krijgen in hun werk met psychosociale problematiek.
Daarnaast doen we een beginnend onderzoek naar hoe de wijkverpleegkundigen om zouden willen gaan met de psychosociale problematiek en hoe zij de psychosociale zorg het liefst zouden willen zien binnen Buurtzorg. Over de kant van de organisatie doen wij ook een uitspraak, namelijk over hoe zij de zorg en problematiek zien en zouden willen zien binnen Buurtzorg. Beide kanten zijn van belang in ons onderzoek.

Op welke manier hebben we de respondenten geselecteerd?
We hebben de respondenten voor onze enquête als volgt geselecteerd. We wilden een zo breed mogelijk beeld neerzetten en hebben er daarom voor gekozen om niet alleen team Ede maar ook andere teams uit de regio te betrekken bij ons onderzoek namelijk teams Veenendaal, Bennekom, Wageningen en Wekerom. Dit hebben we alleen gedaan met betrekking tot de enquête omdat het vooral bij de enquête belangrijk is om het over een grotere doelgroep te verspreiden om zoveel mogelijk respons te kunnen krijgen. We hebben juist voor deze teams gekozen omdat onze opdrachtgever het meest contact heeft met deze teams en ons kon ondersteunen in het contact leggen met deze teams.
We hebben de respondenten voor de interviews als volgt geselecteerd. We hebben ervoor gekozen om zowel bij de directie als bij de uitvoerende werknemers interviews af te nemen.
De wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgende konden ons vertellen wat zij tegen komen en hoe zij daarmee omgaan. Daarnaast waren we erg benieuwd naar hun visie over hoe de psychosociale zorg verbeterd kon worden binnen Buurtzorg (Buurtzorg Ede op de eerste plaats, daarnaast Buurtzorg Nederland.) De directie kon ons weer meer vertellen over hun keuzes op het gebied van psychosociale zorg en de mogelijkheden op dit gebied. Beide informatiebronnen waren erg van belang bij het schrijven van ons adviesrapport.

Hoeveel deelnemers konden het onderzoek uiteindelijk niet voltooien?
50 deelnemers van de teams Ede, Bennekom, Wageningen, Veenendaal en Wekerom hebben de enquête niet ingevuld. Deelnemers van de bovenstaande teams waren niet verplicht om de enquête in te vullen en na het versturen van ± 3 herinneringsmails, heeft de andere helft (50 deelnemers) de enquête wel ingevuld.

2.3 Procedure

We hebben in week 7 de digitale enquête online gezet. De link naar de enquête en de uitleg daarvan, is eerst verstuurd naar de algemene mailadressen van de teams Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom. De medewerkers van bovenstaande teams hadden t/m 18 maart 2011 de tijd om de enquête in te vullen. In week 7 is er mailcontact geweest met team Ede om afspraken te plannen voor het afnemen van de interviews. Uiteindelijk hebben in week 8, 9 en 10 vier interviews plaats gevonden met de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden van team Ede. De interviews zijn afgenomen op het kantoor van team Ede. De medewerkers bij wie het interview is afgenomen, hebben van te voren geen instructies ontvangen. Als de medewerker van te voren de vragenlijst wilde ontvangen, dan kon dit en werd dit gemaild naar de betreffende medewerker.
Elke interview heeft ± 1 uur geduurd. Daarbij werd elk interview in toestemming met de medewerker opgenomen op een digitale voice recorder. Voor de start van het interview, werd er kort uitgelegd wat het doel van het interview was, gevraagd of de persoonsgegevens gebruikt mochten worden bij de verwerking van het interview en verteld hoe lang het interview ongeveer zou gaan duren.

De gegevens van het interview zijn de zelfde dag verwerkt via de computer in een Wordbestand.

Elk interview is eerst letterlijk uitgetypt. Na het letterlijk uittypen van het interview, is de tekst nogmaals doorgenomen en is wat niet relevant is voor het onderzoek geschrapt. Na het schrapen van de niet relevante tekst, zijn we overgegaan op de analyse en hebben we een overzichtelijke samenvatting gemaakt van de uitkomsten van het desbetreffende interview.[3]
We hebben de onderzoeksvragen en subvragen beantwoord aan de hand van de gegeven interviews en enquête en dit samen gevoegd. De onderzoeksvragen en subvragen zijn zo verwerkt dat er duidelijk beschreven staat welke informatie uit de enquête en welke informatie uit de interviews komt. Dit is o.a. gedaan door het noteren van belangrijke citaten uit de interviews. Aan het eind van elke subvraag is een bondige conclusie beschreven.

De subvragen 2.2, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9 en 2.10 zijn beantwoord aan de hand van de enquête en interviews en onder andere verwerkt in duidelijke cirkel en staafdiagrammen. Onder deze cirkel en staafdiagrammen hebben we de gegevens van de enquête en interviews samengevoegd. We hebben gekozen voor deze manier omdat de lezer direct de belangrijkste informatie te zien krijgt.
De subvragen 2.1 en 2.3 zijn alleen beantwoord aan de hand van de interviews met de wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgende en de organisatie van Buurtzorg. De subvragen 2.3 en 2.4 zijn o.a. beantwoord aan de hand van het digitale cliëntbestand op het Buurtzorg web.

Gedurende het proces hebben we een logboek bijgehouden. In dit logboek staat beschreven wat we gedaan hebben, wie wat gedaan heeft en hoe lang we daarmee bezig zijn geweest.

[3] Boek: Baarda, De Goede en Teunissen. Basisboek Kwalitatief Onderzoek

3 Resultaten uit het onderzoek

In dit onderdeel wordt eerst stil gestaan bij het literatuurgedeelte, om zo een breed en duidelijk beeld te scheppen van wat de verschillen zijn tussen de thuiszorg en de wijkverpleging (Buurtzorg) en wat verstaan wordt onder psychosociale zorg. Na het behandelen van het literatuurgedeelte wordt aan de hand van de afgenomen interviews en enquête, dieper ingegaan op de deelvragen 2, 3 en 4.
Dit wordt o.a. beschreven aan de hand van belangrijke citaten die voortkomen uit elk interview, de informatie van het Buurtzorg web en de gegevens uit de enquête.

3.1 Literatuurstudie

Theorie thuiszorg, Buurtzorg en psychosociale zorg

Inleiding
Om het onderzoek goed uit te kunnen voeren, is het van belang om enige kennis van zaken te hebben ten aanzien van de thema's thuiszorg en psychosociale zorg. Ook is het van belang om helder te krijgen wat Buurtzorg is en waarin zij verschilt van andere thuiszorgorganisaties.
In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de volgende vragen:

- Wat is thuiszorg en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de thuiszorg?
- Wat is Buurtzorg?
- Wat is psychosociale zorg en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de psychosociale zorg ?

3.1.1 Wat is thuiszorg?

Om een goed onderzoek te kunnen doen, is een duidelijk kader nodig van wat er in dit onderzoek verstaan wordt onder thuiszorg. Thuiszorg is een groot begrip, waar verschillende opvattingen en gedachten onder geschaard kunnen worden.
De Rijksoverheid geeft bijvoorbeeld de volgende definitie van het begrip thuiszorg:

Thuiszorg is verzorging of verpleging thuis of hulp bij de huishouding. Thuiszorg is bedoeld voor mensen die thuis hulp of begeleiding nodig hebben. Bijvoorbeeld door een ziekte, handicap of ouderdom. Thuiszorg wordt ook wel zorg zonder verblijf genoemd.

Wikipedia geeft de volgende definitie van het begrip thuiszorg:

Thuiszorg is verzorging en verpleging die bij cliënten thuis wordt geleverd. De thuiszorg behoort tot de extramurale gezondheidszorg of eerstelijns gezondheidszorg. Ze levert verschillende soorten dienstverlening. De belangrijkste zijn verpleging, kraamzorg, huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, gespecialiseerde verzorging/verpleging.

De zojuist genoemde sites, laten zien dat er niet echt een definitie voor de thuiszorg is. In de volgende deel hoofdstukken zal een breder beeld geschetst worden over het begrip thuiszorg en wat daar allemaal bij komt kijken. Verder wordt in dit literatuuronderzoek stil gestaan bij Buurtzorg en de manier waarop Buurtzorg werkt m.b.t. de thuiszorg.

De geschiedenis van de thuiszorg
Om een goed beeld te krijgen van hoe de thuiszorg is ontstaan, is het nodig om in de geschiedenis te duiken en te zien hoe thuiszorg is opgezet. Dit is nodig om ook de organisatie Buurtzorg te begrijpen. Buurtzorg is ook in de werkwijze, terug gegaan naar het begin van de thuiszorg.

[4]Eind 19e eeuw telde Nederland vier miljoen inwoners, waarvan de meerderheid van de bevolking in armoede leefde. Rond de periode van de 19e eeuw, heersten er verschillende besmettelijke ziekten zoals cholera en mazelen. Daarbij heersten regelmatig epidemieën zoals pokken. In deze tijd waren er amper medische instellingen en was daarbij het volksgezondheidspeil laag. Er werd ontdekt dat slechte voeding, onhygiënische leef- en werkomstandigheden en vervuild drinkwater, een grote invloed had op het ontwikkelen van bepaalde ziektes.
De ontwikkeling van deze ziektes, had ook een groot effect op de overheid en de politiek en het was een duidelijk signaal dat er actie ondernomen moest worden. De vele ziektes werden een steeds grotere bedreiging voor de gehele bevolking, waardoor er uiteindelijk aan het eind van de 19e eeuw op een positieve manier werd gewerkt aan de armenzorg. Er werd in de 20e eeuw een stelsel van openbare gezondheidsvoorzieningen opgezet, wat een positieve en grote werking zou gaan hebben op de moderne verzorgingstaat.
Uiteindelijk richtten notarissen, dominees en artsen 16 verenigingen op, met als doel de volksgezondheid te verbeteren. Één van die verenigingen was het Witte Kruis. Deze vereniging werd eind van de 19e eeuw opgericht door arts Dr. Jacob Penn (geneeskundig inspecteur van de provincie Noord Holland). Het doel van Dr. Jacob Penn was een netwerk te ontwikkelen van plaatselijke verenigingen die bezig zouden zijn met de afwering van epidemische ziektes en bestrijding tegen epidemieën. Deze verenigingen maakten een positieve groei door en in 1920 bestonden er al 860 plaatselijke kruisverenigingen.

Op basis van de eerste kruiswerk initiatieven in het verlengde van de Wet Besmettelijke Ziekten uit 1872, was het kruiswerk vooral bezig met hygiënevoorlichting en epidemiebestrijding. Dit werd al snel uitgebreid naar kraamverpleging, individuele zieken en preventieve zuigelingenzorg via consultatiebureaus. Aan het einde van de 19e eeuw kwamen daar ook de eerste gezinsverzorgingactiviteiten bij.
Dit hield in dat ook aandacht werd besteed aan het bieden van huishoudelijke hulp en materiële hulp. Huisvrouwen/gezinnen die moeite hadden met de (huishoudelijke) verzorging, konden ondersteuning en begeleiding in het huishouden krijgen. Eind jaren vijftig veranderde de rijkssubsidieregeling voor de kruisverenigingen en verschoof de hulp aan de huisvrouw en haar gezin vervolgens meer naar de langdurige zorg voor ouderen en chronische zieken. De doelstelling ‘beschaving en opvoeding’ verdween daarmee grotendeels uit beeld.

Het kruiswerk is uiteindelijk gevormd door de burger. Daarbij stonden levensbeschouwelijke thema’s en overtuigingen centraal. Deze overtuigingen hebben er toe geleid dat het kruiswerk een overkoepeling ging vormen van kleinschalige kruiswerkorganisaties.
Door de toegenomen welvaart en de ontwikkeling van de naoorlogse verzorgingstaat veranderde het sociale klimaat. Dit had tot gevolg dat iedereen nu recht had op bijstand van de overheid, in plaats van afhankelijk te zijn van organisaties met een liefdadigheidsverleden.
De verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg en de verzorgingstaat op de gebieden als revalidatie, geestelijke gezondheidszorg en kankerbestrijding, droegen eraan bij dat bestaande samenwerkingsverbanden in de jaren zeventig tot steeds meer fusies leidden. Deze ontwikkelingen hadden daarbij ook gevolgen voor de centrale beroepsgroep in het kruiswerk, namelijk de beroepsgroep van de wijkverpleegkundigen. In de jaren zeventig ontstond er discussie over de status van hun beroep. Er werd geroepen dat hun gegroeide ‘dienende rol’ niet meer paste in de tijdsgeest. Dit maakte dat er uiteindelijk werd gesproken over ‘professionele dienstverlening’. Het had ook een effect op de taakverdeling van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige ging nu met haar eigen specialisme deel uit maken van een professioneel aangestuurd team.

[4] Onderzoeksverslag: Thuiszorg in transitie: Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg.

De ontwikkeling van het kruiswerk tot de thuiszorg hangt nauw samen met bredere veranderingsprocessen binnen de Nederlandse gezondheidszorg, met name rond de financiering daarvan en rond de organisatie van het 'zorgstelsel'.
De overheid stimuleerde uiteindelijk de gezondheidszorg op een positieve manier door in het bijzonder voorzieningen op confessionele basis aan te bieden. Hieronder vallen de sterke mate van maatschappelijke autonomie, die de gezondheidszorg een stabiele financieringsbron bood.

Samenvatting:
Kuiswerk bestaat sinds 1875 in Nederland. Daarvoor zijn de eerste kruisverenigingen opgericht ter bestrijding/voorkoming van besmettelijke ziekten. Naar loop van tijd zijn hier de wijkverpleging/wijkverpleegkundigen, ziekenverzorging, kraamzorg en sociaal medische zorg bijgekomen. Op dit moment vormt het kruiswerk samen met de gezinszorg, de maatschappelijke thuiszorg. De herstructurering vormt de basis voor de huidige ontwikkelingen in de thuiszorg.

Wat valt er onder thuiszorg?
Thuiszorg is een groot begrip, waar mensen verschillende ideeën en gedachten over hebben. Om er achter te komen wat de thuiszorg precies doet, is het nodig om uit te zoeken wat er allemaal onder de thuiszorg valt.

In Nederland wordt de thuiszorg vergoed vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De AWBZ verdeelt de zorg in zes categorieën: *Persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.* Deze zes categorieën worden zorgfuncties genoemd.
Met betrekking tot de thuiszorg betreft het de volgende vier zorgfuncties:

- (gespecialiseerde) verpleging
- Persoonlijke verzorging
- Begeleiding en ondersteuning
- Advies, instructie en voorlichting

De bovenstaande zorgfuncties zijn te verkrijgen via een zorginstelling. De enige voorwaarden is dat de cliënt een indicatie heeft (dit geldt niet voor de zorgfunctie advies, instructie en voorlichting).
De indicatie wordt verleend door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). De indicatie kan de cliënt zelf aanvragen, maar het kan ook aangevraagd worden door familie of professionals. Het CIZ bekijkt de aanvraag en stelt uiteindelijk vast welke zorg(functies) de cliënt nodig heeft. Het CIZ zal ook bekijken en beoordelen hoe lang en hoe vaak de cliënt thuiszorg nodig heeft.
De zorg die de cliënt nodig heeft kan in de loop der tijd veranderen. Om die reden kan het voor komen dat er een herindicatie gesteld moet worden. Ook hier is het CIZ verantwoordelijk voor.
Om een duidelijk beeld te krijgen van de zorgfunctie (gespecialiseerde) verpleging, waar de thuiszorg veel mee te maken heeft, zal daarvan hieronder een korte omschrijving gegeven worden.

(Gespecialiseerde) verpleging
Het woord verpleging wordt vaak in het verlengde van de 'persoonlijke' verzorging genoemd.
Het gaat hier dan vooral om de verpleegkundige zorg, zoals het geven/injecteren van medicatie, het geven van sondevoeding en wondverzorging.
Handelingen die bij de zorgfunctie (gespecialiseerde) verpleging horen zijn:

- Wond- en/of stomaverzorging
- Medicijnen klaar zetten en het toedienen van medicijnen
- Verpleegtechnische handelingen
- Ondersteuning bij het verzorgen van bijvoorbeeld een katheter
- Voorlichting, advies en/of voorlichting geven aan naasten/familie en/of vrienden
- Voorlichting, advies en/of voorlichting geven over aspecten die horen bij een bepaalde ziekte/ziektebeeld.

Onder (gespecialiseerde) verpleging vallen ook minder vaak voorkomende taken. Het gaat hier dan vooral om medisch-technische zorg zoals:

- Vernevelen
- Bloedtransfusie
- Pijnbehandeling
- Beademing (het geven van zuurstof)
- Uitzuigen
- Intraveneuze medicatietoediening
- Intraveneuze vocht- en voedingtoediening

Er kan gezegd worden dat er veel verschillende handelingen onder de thuiszorg vallen. Hieronder wordt puntsgewijs beschreven welke soorten zorg er onder de thuiszorg valt:

- Persoonlijke verzorging, zoals hulp bij de algemene dagelijkse levensbehoeftes (douchen, eten, hulp bij naar de wc gaan, hulp bij aan- en uitkleden).
- Verpleging, zoals het geven van medicijnen en injecties, het inbrengen van een infuus, het inbrengen van sondevoeding en het toedienen van zuurstof.
- Begeleiding bij het zelfstandig functioneren/het bevorderen van de zelfredzaamheid (dit is alleen voor mensen met een ernstige of matige beperking).
- Huishoudelijke hulp (schoonmaken, stofzuigen, opruimen, bedden opmaken, stoffen, wassen en afwassen).
- Alfahulp, dit is een soort beperkte huishoudelijke verzorging voor maximaal zes uur per week verdeeld over twee dagen.
- 24-uurs zorg. Hieronder valt dag en nacht persoonlijke verzorging en/of verpleging.
- Nachtzorg, dit is verzorging of verpleging tussen 23.00 uur en 7.00 uur. De zorg kan ook op afspraak zijn.

Het kan ook voorkomen dat mensen veel zorg nodig hebben en liever niet naar een verpleeg- of verzorgingshuis gaan. Deze mensen kunnen intensieve thuiszorg krijgen via een verpleeg of verzorgingshuis. Dit heet verblijfszorg thuis.

[5]Thuiszorg wordt ook wel extramurale zorg genoemd. Onder extramurale zorg kunnen een aantal vormen van thuiszorg verdeeld worden. Hieronder staat puntsgewijs beschreven welke vormen van zorg er vallen onder de extramurale zorg:

- Verzorgingshuiszorg thuis

Hieronder vallen mensen die thuis op afspraak zorg en/of begeleiding ontvangen. De zorgvraag kan van psychische, psychogeriatrische, lichamelijke of huishoudelijke aard zijn.
De benodigde indicatie die daarbij hoort is: Huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding.

- Verpleeghuiszorg thuis

Hieronder vallen mensen die thuis op afspraak verpleging, begeleiding en behandeling nodig hebben. De zorgvraag kan van lichamelijke, huishoudelijke, psychische of psychogeriatrische aard zijn.
De benodigde indicatie die daarbij hoort is: Huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding en behandeling.

- Zorg thuis voor CVA (beroerte)

Hieronder vallen mensen die een beroerte of herseninfarct hebben gehad. Deze mensen ontvangen op afspraak thuis verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling.

[5] Website: www.kiesbeter.nl/patienteninformatie/thuiszorg/vormenvanzorg

Hierbij geldt dat er geen sprake is van een zodanig (complexe) zorgvraag, dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is.
De benodigde indicatie die daarbij hoort is: Persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling.

- Zorg thuis voor psychogeriatrie[6]

Hieronder vallen mensen die een psychogeriatrische aandoening hebben. Deze mensen ontvangen thuis op afspraak ondersteuning, begeleiding en aanvullende behandeling.
Hierbij geldt dat er geen sprake is van zodanig (complexe) zorgvraag en dat opname in een verpleeghuis noodzakelijk is.
De benodigde indicatie die daarbij hoort is: Persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en behandeling.

AWBZ-zorg en particuliere thuiszorg
Onder het begrip thuiszorg valt de AWBZ-zorg en de particuliere thuiszorg. In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van deze twee vormen van zorg. Daarbij werkt Buurtzorg ook met deze twee vormen van zorg.

AWBZ-zorg[7]
Onder de AWBZ-zorg valt verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, verblijf in een instelling, kortdurend verblijf en behandeling. In aanmerking komen voor AWBZ-zorg kan alleen door ziekte, ouderdom of beperking. De AWBZ-zorg dekt de medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen. Tot april 2003 hadden de cliënten van de AWBZ voornamelijk zorg in natura. Indien zij geïndiceerd zijn en zorg krijgen, gebeurt dit zonder dat zij geconfronteerd worden met bijbehorende kosten.

Bij de indicatiestelling wordt voortaan vastgesteld aan welke functie iemand behoefte heeft en hoeveel een cliënt nodig heeft. De cliënt kan vervolgens kiezen tussen zorg in natura of PGB (Persoonsgebonden Budget).

Particuliere thuiszorg
De cliënt kan de thuiszorg ook zelf regelen en betalen. De zorg wordt dan betaald uit de eigen portemonnee of uit een PGB (persoonsgebonden budget). Bij het PGB krijgt de cliënt zelf de beschikking over een vastgesteld budget dat rechtstreeks aan de cliënt wordt overgemaakt en dat besteed kan worden om de benodigde zorg in te kopen. Van de bestedingen houdt de cliënt een boekhouding bij en achteraf vindt er verantwoording plaats.

De wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden
Binnen de thuiszorg en Buurtzorg zijn voornamelijk de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden werkzaam. In dit hoofdstuk zal een beschrijving gegeven worden over de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden en de verschillen daartussen.

De wijkverpleegkundige [8]
Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij of zij een MGZ-opleiding richting Algemene Gezondheidszorg, of een HBO-V opleiding heeft gevolgd.
De wijkverpleegkundige is werkzaam op het eerste deskundigheidsniveau. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige zich vooral bezig houdt met complexe verpleegsituaties die snel kunnen veranderen en instabiel kunnen worden, of waarbij meer ingewikkelde verpleegtechnische handelingen

[6] Psychogeriatrie: Is het onderdeel van de geneeskunde dat zich bezighoudt met aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen van de geestelijke vermogens (zoals dementie).
[7] Website: http://nl.wikipedia.org/wiki/Algemene_Wet_Bijzondere_Ziektekosten
[8] Boek: Specifieke verpleegkunde: De wijkverpleging en thuiszorg

nodig zijn. Ook de mate van bewustzijn en emotionele beleving van de cliënt speelt een belangrijke rol in de mate van complexiteit van de verpleegsituatie.
De wijkverpleegkundige levert een belangrijke bijdrage in het bevorderen, beschermen, herstellen en begeleiden van de gezondheid van cliënten. Een aantal zorgtaken waar wijkverpleegkundigen mee te maken krijgen zijn, het overnemen van de zelfzorg, begeleiden bij zelfzorgproblemen en instructies geven bij zelfzorgproblemen.

De wijkziekenverzorgende
De wijkziekenverzorgende is werkzaam op het tweede deskundigheidsniveau. Dit houdt in dat de wijkziekenverzorgende te maken krijgen met minder complexe situaties en daarbij verantwoordelijk is voor het zelfstandig uitvoeren van zorg. Onder deze zorg valt bijvoorbeeld het uitvoeren van coördinerende taken, verzorgende en begeleidende taken, rapportage, registratie en administratieve taken.
De wijkziekenverzorgende heeft meestal een opleiding in een verpleeghuis gevolgd en is daarna na enkele jaren intramurale ervaringen gaan opdoen. De wijkziekenverzorgende richt zich vooral op basisverpleegkundige handelingen met de daaruit voortvloeiende begeleidingstaken ten behoeve van de zorgcategorieën zieken, gehandicapten en ouderen. Ook van de wijkziekenverzorgende wordt verwacht een signalerende en voorlichtende rol te hebben. Daarbij kan het soms wel eens voorkomen dat de wijkziekenverzorgende ondersteuning biedt bij huishoudelijke taken. Een andere taak die bij de wijkziekenverzorgende hoort is het deelnemen aan werk- en teambesprekingen en het verzorgen van de rapportage.

Ziekenhuisverplaatste zorg
Buurtzorg kan veel te maken krijgen met ziekenhuisverplaatste zorg. Ziekenhuisverplaatste zorg houdt in dat ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis, bij de cliënt thuis geboden wordt.
De ziekenhuisverplaatste zorg heeft betrekking op de verpleegkundige handelingen in de thuissituatie van de cliënt. Daar komen medische/verpleegtechnische handelingen bij kijken die van belang zijn voor de cliënt. De medisch specialist indiceert de behandelingen die de cliënt nodig heeft in zijn of haar thuissituatie. De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg die geboden wordt in de thuissituatie. Blijkt de medisch specialist niet verantwoordelijk te zijn, dan dient hij zijn verantwoordelijkheid over te dragen aan de huisarts. In dat geval is er sprake van een AWBZ verpleging in de thuissituatie, wat geïndiceerd moet worden volgends de bekende procedures.

Bij ziekenhuisverplaatste zorg gaat het om verpleging in de thuissituatie. Daarbij gelden wel een aantal voorwaarden voor het correct uitvoeren van ziekenhuisverplaatste zorg. De [9]*Beroepsvereniging van zorgprofessionals* omschrijven de voorwaarden als volgt:

- Het gaat om verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening zonder dat die handelingen geleverd worden aan een cliënt die verblijft in een zorginstelling op een bed waarvoor toelating voor de functie behandeling, zoals bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ is afgegeven.
- Er is sprake van een indicatiestelling voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medische specialistische zorg, van de medische specialist.

Met bovenstaande (voorwaarden) wordt bedoeld dat de verpleging valt onder de verantwoordelijkheid van de behandelend medisch specialist. Daar waar de medisch specialist aangeeft dat de verpleging geen onderdeel (meer) is van zijn behandeling, is deze verpleging geen onderdeel van de ziekenhuisverplaatste zorg aanspraak. Hiervoor zal verwijzing naar de AWBZ moeten plaatsvinden en een CIZ indicatie nodig zijn. Om tot regelmatige zorgverlening te komen is het daarom nodig dat de zorgaanbieder deze verantwoordelijkheid van de medische specialist kan aantonen.

[9] Verslag: Ziekenhuisverplaatste zorg vanaf 2010 (V&VN) Transverpleegkundigen

Daarbij kan de huisarts de zorg niet zelfstandig indiceren of bijstellen. In voorkomende gevallen kan de huisarts in overleg met de medisch specialist indiceren. Ook hier blijft het nodig dat de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist kan aantonen.
Wat nogmaals een belangrijk punt bij ziekenhuisverplaatste zorg is, dat er duidelijk sprake moet zijn van een thuissituatie. Dit houdt o.a. ook in dat levering in een polikliniek niet aan de orde is.

Welke theorieën liggen ten grondslag aan het werken in de thuiszorg?

Verwachtingen, competenties en rollen van de wijkverpleegkundigen
Er wordt van de wijkverpleegkundigen in de thuiszorg verwacht dat zij aan de zorgvragers/cliënten hoogwaardige verpleegkundige zorg bieden. Daarbij wordt er van de wijkverpleegkundigen verwacht dat zij rekening houden met de wensen en behoeftes van de cliënt/zorgvrager en daarnaast de inhoudelijke verantwoordelijkheid als professional op zich nemen.
In de notities, *Kiezen voor nieuw elan* (Stuurgroep wijkverpleging met toekomst 1998) en *spil in de zorg bij mensen thuis* (Van Raalte, Kuiperij en Warringa 1999), wordt een beschrijving gegeven over wat er verwacht wordt van de wijkverpleegkundigen:

- Werkt vanuit het perspectief van de thuiswonende patiënt
- Beschikt over een kwalificatie op niveau 5 volgens de kwalificatiestructuur
- Werkt mee aan de integratie van de patiënt in het normale leven, aan de integratie van zorg aan huis en aan de integratie van transmurale zorg
- Heeft oog voor de levensloop en voor de sociale omgeving van de patiënt
- Een teamspeler bij uitstek is, in meer dan één verband
- Legt het accent op secundaire en tertiaire preventie
- Werkt actief mee aan de aanpak van onvolkomenheden in de zorgverlening

Van de wijkverpleegkundigen worden bepaalde rollen gewenst/gevraagd. Het vervullen van deze verschillende rollen heeft een positief effect op het zorgverleningsproces en de doelen die de zorgvrager heeft. Daarnaast zal het vervullen van de rollen en het uitvoeren van de gevraagde competenties ook een positief resultaat hebben voor de organisatie en de ontwikkeling van het beroep van verpleegkundigen.

De rollen die gelden voor de (wijk)verpleegkundigen zijn[10]:

Rol van zorgverlener
Kenmerkend voor de rol van zorgverlener is dat het de meest basale rol is die (wijk)verpleegkundigen vervullen, ongeacht de opleiding die ze genoten hebben. In deze rol geeft de verpleegkundige op een professionele manier vorm en inhoud aan vier elementen van zorg: *zorg voor, zorg om, zorg geven* en *zorg ontvangen.* Het vervullen van de rol van zorgverlener vraagt van de wijkverpleegkundige dat zij in iedere situatie afwegingen kan maken met betrekking tot haar technisch en moreel handelen, en dat zij die afwegingen telkens kan beargumenteren en verantwoorden. Van de HBO-verpleegkundige wordt bovendien verwacht dat zij de vier genoemde elementen kan verbinden met klinisch redeneren, en dat zij haar handelen van assessment of diagnose tot interventie en evaluatie – kan stoelen op theoretische kennis of resultaten van wetenschappelijk onderzoek, voor zover deze beschikbaar zijn.

Rol van regisseur
Zorg kan alleen maar tot het gestelde doel leiden, als de tijd, plaats en planmatige aanpak van zorgactiviteiten in goed onderling overleg op elkaar worden afgestemd. Hiervoor is regie nodig. De wijkverpleegkundige geeft in de rol van regisseur aanwijzingen over de wijze waarop de zorgactiviteiten door andere verpleegkundigen en verzorgenden uitgevoerd moeten worden ten behoeve van een zorgvrager. Zorgcoördinatie en case-management kunnen ook deel uitmaken van de regie.

[10] Buurtzorgweb, documenten/handboeken/medewerkers/competenties

Preventie
De rollen zorgverlener en regisseur worden uitgevoerd ten behoeve van het domein zorg, met de domeinspecificaties zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden; individuele en collectieve preventie en GVO. De verpleegkunde wordt gekenmerkt door een breed spectrum van zorgvragen en zorgactiviteiten. Het strekt zich uit van het geven van lichamelijke of psychosociale zorg, coördinatie van zorg, ondersteuning van familieleden en mantelzorgers tot het ondersteunen van medici of andere disciplines bij onderzoeken en behandelingen. Om gezondheidsrisico's te vermijden of de kans erop te verkleinen werkt de wijkverpleegkundige mee aan individuele en collectieve vormen van preventie. Zij kan meewerken aan preventieprogramma's gericht op collectieve primaire preventie, maar ook aan op het individu gerichte vormen van secundaire en tertiaire preventie. Is bij individuele en collectieve preventie het kernwoord *voorkomen*, bij Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) is het kernwoord *bevorderen*: van gezondheid in de breedste zin van het woord.

Rol van coach
Het meest kenmerkende van de rol van coach is stimuleren, motiveren en feedback geven en ontvangen. De rol van coach kent vele elementen. Soms is deze rol meer impliciet, bijvoorbeeld als het gaat om het vervullen van een voorbeeldfunctie. Deze rol kan echter ook heel expliciet worden vervuld, bijvoorbeeld bij het begeleiden en inwerken van nieuwkomers in een team of afdeling, maar ook aan het begeleiden van stagiaires, en bij intervisie- of reflectiebijeenkomsten. De rol van coach is essentieel voor het leren op de werkplek. Ook waar verpleegkundigen en verzorgenden solistisch werken, zoals in de extramurale gezondheidszorg, is intervisie en mentorschap op zijn plaats

Rol van ontwerper
Een wijkverpleegkundige wordt geacht de alledaagse activiteiten van het primaire zorgproces te kunnen overstijgen. Juist het laveren tussen de belangen, behoeften en noden van een individuele zorgvrager en die van de andere zorgvragers – zeker met beperkte middelen – vereist een consequent en consistent overdenken van de dagelijkse zorgpraktijk. Daarom wordt van de wijkverpleegkundige verwacht dat zij kan meehelpen in het bedenken van maatregelen die kunnen worden omgezet in verpleegbeleid of in zorgprogramma's.

Reflectie
De rollen coach en ontwerper staan indirect wel ten dienste van de zorgvrager en mantelzorger, maar ze worden uitgevoerd ten behoeve van het domein organisatie van zorg. Dat wijkverpleegkundigen handelen ten behoeve van de zorguitvoering is evident. Dat vormt traditioneel de kern van haar professionaliteit. Nu en in de toekomst is dat echter niet meer voldoende. Het geven van werkbegeleiding en het meewerken aan kwaliteitszorg spelen evenzeer een belangrijke rol. Goede zorg vraagt om reflectie op de dagelijkse praktijk, zowel op het niveau van het individu als op het niveau van het team. Zorg verlenen biedt altijd mogelijkheden om te leren en het eigen handelen te verbeteren. Een van de eerste eisen die aan wijkverpleegkundigen wordt gesteld in verband met de kwaliteitszorg is dat zij de (gezondheid)zorg en thuiszorg vanuit verschillende gezichtspunten kunnen beschouwen.

Rol van beroepsbeoefenaar
Als beroepsbeoefenaar is de wijkverpleegkundige lid van een beroepsgroep, die haar bepaalde verplichtingen oplegt. Zij houdt zich aan de beroepscodes en de ethische codes. Als individu draagt zij ook beroepswaarden uit. Van de wijkverpleegkundige mag worden verwacht dat zij op een proactieve manier meewerkt aan het formuleren van waarden en aan het ontwikkelen van strategieën om deze waarden te realiseren. De wijkverpleegkundige heeft de wil en de kennis, en creëert mogelijkheden om aan een continue verhoging van de kwaliteit van het beroep te werken. De rol beroepsbeoefenaar wordt vervuld ten behoeve van het domein beroep, met de domeinspecificaties beroepsinnovatie en deskundigheidsbevordering. De wijkverpleegkundige beroepsgroep moet op talloze manieren laten zien wat zij waard is door aan te tonen welke bijdrage zij levert aan de gezondheidszorg en thuiszorg en wat de waarde daarvan is. De wijkverpleegkundige is moreel en juridisch individueel

verantwoordelijk voor haar handelen, maar zij heeft ook een verantwoordelijkheid tegenover de totale beroepsgroep. Deze verantwoordelijkheid kan niet los worden gezien van maatschappelijke ontwikkelingen. Belangrijk is dat wijkverpleegkundigen de beroepswaarden en standaarden als professional respecteren en hooghouden, maar wel flexibel reageren op maatschappelijke, technologische en morele ontwikkelingen in de samenleving.

Bovenstaand zijn de rollen waar wijkverpleegkundigen mee te maken krijgen omschreven.
In de bijlage wordt hiernaast nog een beschrijving gegeven van de competenties die gevraagd worden van de wijkverpleegkundige[11].

Tussenconclusie thuiszorg
Thuiszorg is een groot begrip, waar verschillende vormen van zorg onder vallen.
Daarbij is thuiszorg opgezet vanuit het kruiswerk en is het een manier van zorg welke al erg lang bestaat. Thuiszorg is niet alleen praktisch en lichamelijk gericht, maar is ook gericht op persoonlijke verzorging, het geven van begeleiding en advies en emotionele ondersteuning. De (gespecialiseerde) verpleging is de verpleging die het meest centraal staat in de thuiszorg en een technische kant vraagt van de wijkverpleegkundigen.
De wijkverpleegkundige krijgt een aantal rollen waar hij of zij mee te maken kan krijgen in het werk. Dit vraagt een professionele en flexibele houding. Wanneer we de onderzochte theorie koppelen aan de hoofdvraag, kunnen we zeggen dat wijkverpleegkundigen een actieve en signalerende rol spelen in het werkveld.

3.1.2 Wat is Buurtzorg

De werkwijze van Buurtzorg Nederland, verschilt met de werkwijze van een gemiddelde thuiszorgorganisaties. De directeur van Buurtzorg geeft aan dat hij Buurtzorg ook niet ziet als een thuiszorgorganisatie, hij geeft Buurtzorg liever de naam wijkverpleging. Dit omdat het duidelijke verschillen toont met de huidige thuiszorgorganisaties.[12]
Om een goede beschrijving te geven van Buurtzorg en wat Buurtzorg onder verpleging verstaat, wordt hieronder eerst hun missie beschreven. Deze missie geeft een duidelijk beeld van waar Buurtzorg voor staat en waaraan het waarde hecht met betrekking tot de zorg.

De missie van Buurtzorg[13]:
'Buurtzorg Nederland biedt een natuurlijk alternatief voor thuiszorg in Nederland.
Het leveren van zorg thuis aan oudere mensen, mensen met beperkingen en chronisch zieken verdient een toegewijde en efficiënte houding naar cliënten. De wijkverpleegkundige / wijkziekenverzorgende speelt daarin een centrale rol. In overleg met de cliënten neemt zij direct beslissingen over de inhoud van en de werkwijze bij de hulpverlening. Buurtzorg Nederland gaat uit van de professionele autonomie van haar medewerkers en ondersteunt die autonomie. Kennis van specifieke buurtomstandigheden biedt een aanvullend ingrediënt voor het professioneel handelen.
Directe afstemming met de eerstelijns gezondheidszorg - in het bijzonder de huisarts - bevordert een toegesneden aanbod van verpleging, persoonlijke verzorging en welzijn (ondersteunende begeleiding).
Buurtzorg Nederland voorziet in toegewijde hulpverlening door te werken met kleine buurtteams van volwaardig opgeleide en ervaren professionals. De landelijk ondersteunende organisatie is eveneens professioneel van kaliber en eenvoudig van opzet.'[14]

Buurtzorg hecht waarde aan een optimale relatie tussen de cliënt en de professional. Het uitgangspunt daarbij is dat cliënten recht hebben op een respectvolle benadering door de professionals.

[11] Boek: Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen
[12] Interview met Jos Blok, bijlage 15, pag. 128
[13] Website: www.buurtzorgnederland.com
[14] Boek: Buurtzorg: Menselijkheid boven bureaucratie

Het luisteren naar de wensen en behoeftes van de cliënt, speelt een belangrijke rol in de verpleging en verzorging. Om persoonlijke aandacht zo optimaal mogelijk te maken, bestaat een Buurtzorg team uit maximaal 12 vaste medewerkers.
Het voeren van goede en duidelijke gesprekken met de cliënten, vindt Buurtzorg erg belangrijk en dit verwacht zij ook van de medewerkers. Op deze manier onderhouden de wijkverpleegkundigen zelf het contact met de cliënt en kan een persoonlijk plan opgesteld worden die aansluit bij de cliënt. Vooral het persoonlijk uitvoeren van dit plan, geeft de cliënten steun.

De cliënten van Buurtzorg
Ieder mens die zorg nodig heeft, kind of volwassene, kan cliënt worden van Buurtzorg. Buurtzorg richt zich niet alleen op de individuele cliënt, partner of mantelzorger, maar ook op de gemeenschap en/of de buurt waarin een team actief is. Via Buurtgerichte activiteiten probeert Buurtzorg een duidelijke rol te spelen op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting. Dit maakt dat de hele buurt cliënt kan zijn van Buurtzorg.
De cliënten van Buurtzorg worden opgedeeld in 5 groepen:

1. Ouderen met meervoudige pathologie
2. Chronisch zieken en gehandicapten
3. Mensen die nog niet genezen zijn, maar uit het ziekenhuis zijn ontslagen
4. Mensen in de terminale fase van het ziek zijn
5. Mensen die lijden aan een dementieel syndroom[15]

Verschillen met reguliere thuiszorgorganisaties
Buurtzorg laat zien dat het functioneert op een manier die in het huidige tijdsbestek past. Het is een professionele netwerkorganisatie, waar begrippen zoals curerende waarden, zelfregulatie, nieuwe professionals en ICT (Buurtzorgweb) centraal staan. Buurtzorg is een flexibele organisatie en dit uit zich door zelfsturende teams. Dit houdt in dat teamleden zelf kunnen bepalen hoe zij de beste zorg kunnen bieden aan de cliënten. De teams hebben geen leidinggevende. Een paar wijkverpleegkundigen nemen de coördinerende taken op zich terwijl de andere teamleden de overige taken onder elkaar verdelen. Elk team word ondersteund door een regiocoach en door het hoofdkantoor in Almelo. Dat hoofdkantoor neemt hen een aantal belangrijke taken op het gebied van administratie, financiering en werkgeverschap uit handen en beantwoordt hun vragen daarover. Hierdoor kunnen de wijkverpleegkundigen zich concentreren op de zorg en de uitvoering van hun werk. Buurtzorg gelooft in de kracht van professionals omdat zij meestal geen andere motivatie nodig hebben dan het doen van hun werk. Zolang zij daar de ruimte voor krijgen zullen ze dit vak ook zo goed mogelijk willen uitoefenen. Buurtzorg besloot dat de teams daarom helemaal geen managers nodig hebben, ze moeten de kans krijgen om het principe van zelfsturing te leren. Het streven van Buurtzorg is dat leiderschap niet gezien wordt als iets dat van een persoon afhangt maar juist als iets waarin iedereen binnen de organisatie aandeel in. Hiermee laat Buurtzorg ook zien dat het kiest voor vertrouwen in plaats van controle.
Een ander verschil is dat het bij Buurtzorg niet om de cijfers gaat, maar om de goede en professionele zorg. De nadruk ligt op de zorg voor de cliënt, die staat centraal. Er is daarom gekozen voor zo min mogelijke faciliteiten en afdelingen. Om deze zorg voor de cliënt centraal te laten staan is het belangrijk om de lijnen zo kort mogelijk te houden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne ICT-toepassingen waardoor ook de administratieve kosten tot een minimum worden beperkt. De kosten van management en overhead worden zo beperkt mogelijk gehouden. Hierdoor wordt de zorg goedkoper en hebben de verpleegkundigen tijd voor extra begeleiding en persoonlijke aandacht bij de cliënten.

AIV (Advies/ Instructie/ Voorlichting)
AIV is een onderdeel van de AWBZ-functie verpleging. Naast de verzorging en verpleging, verzorgt Buurtzorg ook AIV hulp. Medewerkers mogen AIV op eigen initiatief aanbieden, er is geen CIZ indicatie voor nodig en de cliënt hoeft hiervoor geen eigen bijdrage te betalen.

[15] Boek: Buurtzorg: Menselijkheid boven bureaucratie

Meestal wordt iedere nieuwe cliënt bij Buurtzorg ook onder AIV geregistreerd. AIV biedt mogelijkheden bij onder meer hartfalen, incontinentie , medicijngebruik, kanker en rouwverwerking en is een interventie gericht op het bieden van advies en ondersteuning om een (dreigende) aandoening draaglijker te maken. Met als doel dat de cliënt beter om kan gaan met de gevolgen van een aandoening en dat erger wordt voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan extra aandacht en een extra praatje met de cliënt. Deze extra tijd wordt niet vergoed vanuit de AWBZ en heeft verder niets met lichamelijke zorg te maken. AIV kan ook gegeven worden aan bijvoorbeeld de partner van de cliënt, die extra aandacht nodig heeft. Er mogen maximaal 5 huisbezoeken van 1 uur worden afgelegd in een jaar.

De verpleegkundigen die AIV geven moeten minimaal niveau 5 hebben, soms wordt hierop een uitzondering gemaakt en mag iemand die veel ervaring/kennis van een bepaalde ziekte heeft deze AIV ook geven, mocht er sprake zijn van die ziekte bij de cliënt.

AIV staat los van andere zorg die gegeven wordt. Het kan echter alleen gegeven worden als de cliënt ook verpleging of verzorging heeft of heeft gehad binnen Buurtzorg. Daarbij wordt goed in de gaten gehouden of de AIV past bij de hulp die Buurtzorg heeft gegeven op een bepaald probleemgebied. Mocht de cliënt voor dat specifieke gebied hulp hebben gehad bij een andere thuiszorg organisatie, dan is het aan die andere organisatie om een vorm van AIV te bieden.

Buurtzorg Nederland streeft naar hoogopgeleide wijkverpleegkundigen, om zo goede en efficiënte zorg te bieden aan de patiënten van Buurtzorg. Buurtzorg Nederland vraagt van de (wijk)verpleegkundigen het volgende[16]:

- Zelfstandig en ondernemend kunnen zijn
- Kunnen samenwerken met andere professionals
- Goed de balans kunnen vinden tussen professionele standaarden en de individuele situatie van de patiënt en de vraag van de patiënt

AIV is niet specifiek iets van Buurtzorg, maar is een onderdeel die Buurtzorg ook aanbiedt aan cliënten.

Buurtzorg teams

Een buurtzorg team is een team dat verschilt van andere thuiszorgteams. Om te beginnen is het een zelfstandig team dat zelf beslist over welke cliënten er wel en niet aangenomen worden.
Deze beslissing wordt gemaakt op mate van beschikbaarheid van de medewerkers. Daarnaast geldt er binnen Buurtzorg een onderlinge deskundigheidsbevordering. Dit houdt in dat de medewerkers zelf bepalen binnen welke gebieden ze zich meer willen ontwikkelen en dit kunnen aangeven bij de Buurtzorg academie. Het houdt ook in dat er gebruik wordt gemaakt van persoonlijk begeleiders. Wanneer er een nieuwe cliënt wordt aangenomen dan krijgt hij of zij meteen een persoonlijk begeleider. Dit is een medewerker uit het team die goed bij de cliënt past. Of de medewerker wel of niet bij de cliënt past wordt ingeschat tijdens een teamvergadering, aan de hand van een soort intakegesprek dat gehouden is met de cliënt. De taken van een persoonlijk begeleider zijn ….. (zin nog aanvullen ?)
Er is elke week een teamoverleg, tijdens dit overleg worden teamzaken zoals roosters e.d. besproken maar is er ook ruimte om cliënten te bespreken. Mochten er vragen of moeilijkheden rondom cliënten zijn dan is het hele team ervan op de hoogte en wordt het zoveel mogelijk onderling besproken en aangepakt. Uit de eerste gesprekken met de teams is gebleken dat de medewerkers deze manier van werken erg prettig vinden. Ze voelen zich erg gesteund en kunnen met elkaar veel aan.

[16] Website: www.buurtzorgnederland.com

Tussenconclusie Buurtzorg
Buurtzorg wordt geen thuiszorg, maar wijkverpleging genoemd. Buurtzorg is een frisse en nieuwe organisatie waarbij de zorgverlening van de cliënt centraal staat. Buurtzorg wil verschillen van andere reguliere thuiszorgorganisaties, door op een efficiënte manier en met autonome teams de cliënt zo goed mogelijk te begeleiden en te ondersteunen.
Bij Buurtzorg draait het niet om de cijfers, maar om goede en professionele zorg. Buurtzorg streeft naar hoogopgeleide wijkverpleegkundigen, die in staat zijn om zoveel mogelijk te kunnen oppakken op lichamelijk en psychosociaal vlak.
Buurtzorg teams worden op een flexibele manier opgezet, waarbij de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende zelf kunnen bepalen hoe ze de zorg willen inzetten. Buurtzorg heeft te maken met een brede doelgroep waardoor ieder mens die zorg nodig heeft, bij Buurtzorg aan het goede adres is. Buurtzorg verzorgt naast de AWBZ-zorg ook AIV hulp voor cliënten die geen indicatie hebben en wel een stukje zorg/begeleiding nodig hebben.
Verder in dit onderzoek wordt er dieper ingegaan op de rol van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op het gebied van psychosociale zorg.

3.1.3 Wat is psychosociale zorg?

Inleiding:
Om dit onderzoek goed uit te voeren is het van belang om ook het begrip psychosociale zorg goed te definiëren. Er zijn namelijk verschillende meningen over wat er onder psychosociale problematiek valt. Psychosociale problematiek en zorg zijn twee verschillende begrippen. De eerste slaat op welke soorten problematiek men tegen kan komen en de zorg slaat op de manier waarop het maatschappelijk werk of andere hulpverleningsinstanties omgaan met de problematiek. Allereerst wordt er beschreven in welke levens gebieden psychosociale problematiek voor kan komen. Daarna wordt het begrip psychosociale zorg uiteen gezet en wordt er gekeken naar welke vormen van psychosociale problematiek er zijn. Nadat de problematiek duidelijk is beschreven wordt beschreven welke vormen van zorg er zijn. Er wordt vooral aandacht besteed aan een aantal veelgebruikte methodieken in de hulpverlening. Deze volgorde is aangehouden omdat het verstandig leek eerst een goed beeld te geven van de verschillen in problematiek voordat duidelijk zou worden hoe deze problematiek behandeld kan worden.

Definities van psychosociale zorg

Het begrip psychosociaal houdt het volgende in:
De term 'psychosociaal' is een samenstelling van de begrippen psychologisch en sociaal, en verwijst naar aspecten van het individueel psychologisch alsook sociaal-maatschappelijk functioneren van de mens, en de complexe interactie daartussen.[17]

Definities van psychosociale zorg :
Psychosociale zorg is een verzamelnaam voor diverse 'psychische' aandoeningen. Bekende problemen zijn depressie, angstigheid of depressiviteit (neerslachtigheid, somber gevoel). Deze klachten komen voor bij ongeveer 5% van de bevolking. Vrouwen zijn ongeveer twee keer vaker dan mannen bekend met psychosociale problemen. Bij ouderen komen psychosociale klachten ook vaak voor, in combinatie met andere problemen.[18]

Hulpverlening volgens de methoden van de sociale psychologie, die het accent legt op de wisselwerking tussen het gedrag van de mens en zijn omgeving. [19]

[17] Bron: www.diabetesfederatie.nl/docman/richtlijnen-en-adviezen/38.html
[18] Bron: www.gc-beverwaard.nl
[19] Bron: www.thesauruszorgenwelzijn.nl/psychosocialehulpverlening.htm

Psychosociale zorg is; dat er behalve aan de lichamelijke aspecten ook aandacht gegeven wordt aan de psychische zorgaspecten en de context waarin dit afspeelt. Aspecten als: hoe komt de diagnose bij de patiënt aan, wil hij wel of niet meewerken aan zijn behandeling, heeft het gevolgen voor zijn relaties in het gezin of op het werk, beschikt hij over voldoende draagkracht, is hij instaat om zelf verantwoordelijkheid te dragen, speelt de leeftijd een rol, spelen er sociale problemen bijvoorbeeld. t.a.v. financiën of huisvesting.[20]*s*

Bij psychosociale problemen gaat het om twee soorten problemen die met elkaar samenhangen: Problemen die te maken hebben met uw gevoelens en gedachten (psychische problemen): u voelt zich bijvoorbeeld somber, verlaten, angstig of boos.

Problemen die te maken hebben met andere mensen of instanties (sociale problemen): u heeft bijvoorbeeld moeilijkheden met uw partner, kinderen, familie of buren, met uw collega's of uw baas, met de belastingdienst, de woningbouwvereniging of de gemeente.[21]

Waar komt psychosociale problematiek voor?

Elk mens heeft een aantal levensgebieden waarop psychosociale problematiek voor kan komen. De gebieden waar de meeste problemen voorkomen staan hieronder beschreven. [22]

1. Het somatische gebied: de lichamelijke wereld.
2. Het lichamelijke gebied: de inter-persoonlijke wereld van denken, beleven, voelen.
3. Het sociale gebied: de relationele inter-persoonlijke wereld zoals de context waarin mensen in intieme of minder intieme verhoudingen met elkaar staan. Je kunt denken aan partner, gezin, familie maar ook aan werk, collega's, onderwijs.
4. Het materiële gebied: De materialen die onze bestaanswereld vormen zoals financiën, een woning, voedsel, werkomstandigheden, techniek.
5. Het maatschappelijke gebied: Dit is de context die boven het direct inter-persoonlijke staat zoals de grotere culturele,politieke en religieuze groeperingen, maar ook de sociale, politieke en economische bewegingen die er zijn zoals feminisme en inflatie

De bovenstaand beschreven gebieden vormen een ondeelbaar geheel, de gebieden hebben invloed op elkaar en zijn altijd op een of andere manier met elkaar verbonden. Een effect van deze ondeelbaarheid is dat als er op een leefgebied een gebeurtenis plaats vind, dat automatisch ook gevolgen heeft voor de andere gebieden. De meeste mensen die aankloppen bij het maatschappelijk werk hebben dan ook meerdere problemen tegelijk. Deze problemen beïnvloeden elkaar wederzijds waardoor er vaak geen onderscheid meer gemaakt kan worden tussen oorzaak en gevolg. Het wordt een zogenaamd circulair proces. Het is dan aan de maatschappelijk werker om deze samenhangende problematiek te ontrafelen en uiteen te zetten. Op die manier kan de cliënt het overzicht terug krijgen en samen met de maatschappelijk werker gaan werken aan de problemen die de meeste prioriteit hebben.

Een zelfde gebeurtenis kan bij de ene persoon wel problematische gevolgen hebben en bij de andere persoon niet. Dit hangt van verschillende factoren af. Er zijn 3 levensgebieden waar de reactie op een gebeurtenis door beïnvloed wordt. Deze gebieden zijn bij elk individu anders ingevuld waardoor elk persoon anders kan reageren op eenzelfde gebeurtenis.

De verschillende levensgebieden staan hieronder beschreven met daarbij een aantal voorbeelden die wijzen op de invulling die het gebied kan hebben:

[20] Bron:www.praktijkconsulent.com
[21] Bron: www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum
[22] Handboek psychosociale therapie- Sjef de Vries en Roel Bouwkamp

1. Psychische factoren:
   - De mate waarin je invloed denkt of hoopt te hebben op je eigen levensloop.
   - De waardering die je jezelf toekent en het zelfvertrouwen dat je ontwikkelt.
   - Flexibiliteit en rigiditeit
   - De aanwezigheid van gevoelens als angst, hulpeloosheid en stress.
2. Sociale factoren:
   - In hoeverre is er steun van de familie of vrienden of is daar gebrek aan.
   - De mate van sociale druk op een individu, bijvoorbeeld tot een zondebok gemaakt worden.
   - De aanwezigheid van hulp en de effectiviteit daarvan.
3. Maatschappelijke factoren:
   - De druk die veranderingen geven, bijvoorbeeld in eisen en normen vanuit de gemeente.
   - De effectiviteit van hulporganisaties.
   - Het niet creëren van alternatieven (bijvoorbeeld voor langdurige werkelozen).
   - De mate van rigiditeit en flexibiliteit van de regelgeving.

Deze factoren beïnvloeden de eerder genoemde levensgebieden op een positieve of negatieve manier. Die beïnvloeding zorgt voor een reactie en maakt dat een persoon heel heftig op een gebeurtenis kan reageren of juist onverschillig kan blijven. Dit gegeven maakt dat een hulpverlener het beste eclectisch te werk kan gaan, op die manier kan hij zijn methoden aanpassen op de persoonlijkheid van de cliënt en de bovengenoemde factoren. Wat eclectisch werken precies inhoudt wordt verder in dit hoofdstuk beschreven.

Welke vormen psychosociale problematiek zijn er bekend?

De zin van het leven
Als we psychosociale problematiek bekijken vanuit de levensloopfilosofie, kan de problematiek worden opgevat als een onderbreking van de zin die iemand aan zijn leven heeft toegekend. Iedereen heeft een bepaalde visie en kijk op zijn eigen leven, daar hangt de 'zin van zijn leven' aanvast. Wanneer iemand ziek wordt en veel lichamelijke en sociale zekerheden wegvallen, dan kan het een cliënt grote moeite kosten om de draad van zijn leven weer op te pakken en de zin terug te vinden. Wanneer een cliënt langere tijd deze balans niet terug kan vinden, dan liggen psychosociale problemen vaak op de loer.

Problematiek bij chronisch zieken
De kans dat er bij een cliënt met een chronische ziekte een psychosociaal probleem ontwikkelt, is vele malen groter dan bij een persoon zonder een chronische ziekte[23]. Het is echter moeilijk te voorspellen wanneer en in welke vorm psychosociale problematiek zich aandient. De kans op deze problematiek wordt niet eens zozeer bepaald door de omvang van veranderingen die de cliënt in zijn leven doormaakt. Evenmin door de grote van onvoorspelbaarheid van het klachtenpatroon bij de cliënt. Of en in welke vorm de psychosociale klachten zich aandienen heeft te maken met het soort aandoening, de duur en ernst van de ziekte en het ziektestadium. Ook hangt het samen met de persoonlijkheid, de cultureel-maatschappelijke achtergrond van de chronisch zieke en van de sociale steun die anderen bieden.
Er wordt gespeculeerd over de reden van het grote verschil in percentage tussen mensen met een chronische ziekte en mensen zonder deze ziekte wat betreft de psychosociale problematiek. Psychosociale problematiek wordt soms opgevat als een toestand waarin mensen er niet in slagen twee universele behoeften; verbondenheid en samenwerking enerzijds en zelfverwerkelijking en zelfstandigheid anderzijds te integreren in hun leven. Als we kijken naar een chronische ziekte kan het goed zijn dat de afhankelijkheid, die een gevolg is van de ziekte, botst met de menselijke behoefte aan zelfstandigheid. Andere auteurs leggen bij de oorzaak van psychosociale problematiek bij chronisch

[23] Bron: De steen de berg oprollen- Aart Pool en Joke Egberts 2004

zieken de nadruk op het sociale component. Zij zien het als een gevolg van sociale en maatschappelijke uitsluiting, door fysieke beperking kunnen ze geen deel nemen aan culturele en sociale bezigheden. Dit zou leiden tot vereenzaming en andere psychosociale problematiek.

Huiselijk geweld
Huiselijk geweld is een veel voorkomende oorzaak van psychosociale problematiek. Deze vorm van geweld komt helaas in elke leeftijdscategorie en vorm voor, zo ook bij de zwakkere groepen van de samenleving. De organisatie Buurtzorg heeft vooral te maken met chronisch zieken, ouderen en lichamelijk zieken/gehandicapten. Spijtig genoeg lopen deze doelgroepen veel kans op mishandeling aangezien zij zichzelf vaak niet kunnen verweren en dit ook een van de redenen kan zijn van de mishandeling. De mantelzorger, het familielid en/of de verpleger is overbelast of kan de druk niet meer aan en kan het afreageren op de cliënt met de weet dat hij of zij weinig terug kan of durft te doen omdat de afhankelijkheid een grote rol speelt in de relatie. Het percentage van ouderenmishandeling ligt rond de 5%, dat betekent dat 5%[24] van de ouderen in onze samenleving in enige vorm mishandeld wordt. Mishandeling van ouderen gaat niet alleen om fysieke mishandeling, zoals de term wellicht doet denken. Er kan ook sprake zijn van financiële, psychische of verbale mishandeling, ook uitbuiting en verwaarlozing zijn uitingsvormen van mishandeling. In veel gevallen spelen er meerdere vormen van mishandeling tegelijkertijd een rol. Er zijn meerdere oorzaken te bedenken voor deze vorm van geweld. Zoals we eerder noemden kan overbelasting van de dader een rol spelen. De slachtoffers raken meer en meer afhankelijk in lichamelijke en geestelijke zin, dit legt soms een grote druk op de schouders van familie, vrienden of mantelzorgers en heeft ook op hun leven een groot effect. Uit onderzoek is gebleken dat verzorgers zich vaker agressief tegenover de cliënt gedragen, wanneer zij zelf psychische klachten hebben zoals slaapproblemen, neerslachtigheid en geen zin meer hebben in sociale bezigheden. Dit doet vermoeden dat de verzorgers/familieleden vaak afgebrand zijn als gevolg van een verzorging die erg intensief kan zijn.
Andere oorzaken kunnen zijn ontspoorde zorg : uit onwetendheid, onmacht, overbelasting of onkunde brengt de betrokkene de oudere schade toe. [25] Huiselijk geweld is vaak reden voor het ontwikkelen van psychosociale problematiek.

Eenzaamheid
Eenzaamheid is een menselijk gegeven dat voor kan komen na scheiding of bijvoorbeeld verhuizing en komt voor in elke levensfase. Eenzaamheid wordt pas echt een probleem wanneer er verschillende pogingen zijn gedaan om de eenzaamheid te verminderen, maar ze allemaal mislukken en de gevoelens toch blijven. Mensen boven de 75 jaar zijn het meest eenzaam, het percentage ligt daar ongeveer op 5% tot 15% van de ouderen. Oorzaken van eenzaamheid worden soms gezocht in het tekort aan sociale vaardigheden. De waarheid van deze gedachte valt te betwijfelen gezien de grootste groep eenzamen zit in de leeftijd boven de 75 jaar, hoe aannemelijk is de gedachte dat deze vaardigheden na het 75e levensjaar niet meer voldoende zouden zijn? Onderzoek onder ouderen laat zien dat eenzaamheid bij deze groep onder andere samenhangt met weduwstaat, fysieke beperkingen, gebrek aan geld, problemen met vervoer en ontevredenheid over de woonsituatie.
Eenzaamheid wordt vaak in relatie gebracht met depressie, angstgevoelens of alcoholmisbruik. Eenzaamheid kan bij deze verschijnselen de oorzaak of juist het gevolg zijn.

Depressiviteit
Een depressie kan op elke leeftijd ontstaan en kan één of meerdere keren in het leven voorkomen. Een depressie wordt gekenmerkt door een somber en leeg gevoel, de zin in het leven verdwijnt en de levenslust is ver te zoeken. Dit heeft soms een sociaal isolement tot gevolg. Als dit gevoel langer dan twee weken aanhoudt wordt er gesproken van een depressie. Een depressie kan herkend worden aan de volgende gedragingen[26]**:**

[24] www.leydenacademy.nl/Symposium_ouderenmishandeling
[25] www.korrelatie.nl
[26] www.korrelatie.nl/themas/depressie

Je waardeloos, overbodig, schuldig, of een last voor anderen voelen.
Slecht slapen, of juist heel veel slapen. In beide gevallen ben je vermoeid en futloos en elke activiteit kost de grootste moeite.
Geen zin hebben om te eten of juist heel veel eten. Je gewicht verandert.
Concentratieproblemen, vergeetachtigheid en moeilijk besluiten kunnen nemen;
Angst, stress, prikkelbaarheid en tobberigheid;
Vervlakking van emoties, je voelt eigenlijk niets meer.

Bovenstaande kenmerken kunnen in elke levensfase gevonden worden. Het is niet gezegd dat iemand die depressief is alle bovenstaande gedragingen heeft maar vaak ontstaat er wel een combinatie van verschillende kernmerken.
Bij oudere mensen staan vaak lichamelijke klachten voorop. Bijvoorbeeld hoofdpijn of buikpijn die maar niet overgaat. Door deze klachten gebeurt het geregeld dat een depressie niet herkend wordt.
Voor sommige mensen is de pijn en het lijden aan de depressie zo groot, dat zij niet meer verder willen leven. Zij zien het nut van hun leven niet meer in en doordat emoties zo vervlakken kunnen zij soms niet overzien wat voor gevolgen een eventuele zelfmoordpoging zou hebben.
Een depressie kan vele oorzaken hebben. Vaak is het niet mogelijk om één oorzaak aan te wijzen. Meestal gaat het om een combinatie van verschillende factoren.
Hierbij moet men denken aan erfelijkheid, karakter, lichamelijke ziekte, medicijngebruik, nare ervaringen in het verleden of bijvoorbeeld aan stress.

Rouw
Rouw is een natuurlijke en menselijke reactie op een betekenisvol verlies. Er wordt bij rouw vaak automatisch gedacht aan het overlijden van een dierbare, dit is ook juist maar hiernaast valt elk betekenisvol verlies onder rouw en kan elk verlies een rouwreactie veroorzaken. In het leven zijn er drie levensfases, de derde levensfase is de laatste en daarin wordt men het meeste geconfronteerd met verliezen. Dat kan werk, collega's, financiële mogelijkheden, verandering van het eigen lichaam of het verlies van kennis/familie door overlijden zijn. De wijze van rouwverwerking wordt bepaald door verschillende factoren zoals:

- De kenmerken van de rouwende
- De aard van de relatie
- De wijze van overlijden
- De omstandigheden in de nasleep van de gebeurtenis

Een bijzondere vorm van verlies is het verlies door dementie.[27] Dementie wordt gekenmerkt door toenemend geheugenverlies, achteruitgang van intellectuele vermogens en verandering van de persoonlijkheid. De partner/familie/vrienden worden geconfronteerd met het feit dat ze heel geleidelijk hun geliefde verliezen. Dit rouwproces wordt door verschillende factoren extra zwaar, een aantal van die factoren staan hieronder kort beschreven.

- Het veranderingsproces door dementie kan bij de partner het gevoel van schaamte of afkeer oproepen.
- De partner kan geen gepast afscheid nemen doordat de veranderingen door de maatschappij niet als verlies erkend en onderkend worden. De persoon is immers nog wel in leven.
- De enorme omschakeling na het overlijden maakt dat een partner/familielis moeilijk kan rouwen. Het leven verandert zo drastisch doordat de jarenlange zorg een enorme rol heeft gespeeld in het leven en dat nu in een klap verdwenen is.

Deze speciale wijze van rouw, namelijk het verlies door dementie, is besproken omdat de kans bestaat dat verpleegkundigen van Buurtzorg te maken krijgen met partners van dementerende cliënten.

[27] Bron: Psychologische hulpverlening aan ouderen- HuubBuijssen 2008

Psychosomatische problematiek[28]
Psychosomatische klachten worden vaak gezien als lichamelijk klachten met een psychische oorzaak. Vaak dus een psychisch probleem dat zich uit in de vorm van een lichamelijke ziekte, handicap en verlamming. Toch kan ook andersom psychosomatiek voorkomen, deze vorm is iets minder bekend. Zo kunnen sommige medische problemen ook direct ernstige psychische symptomen veroorzaken. Zo wordt ongeveer de helft van epilepsiecliënten getroffen door depressieve stoornissen en ligt het aantal suïcides bij cliënten met epilepsie ten minste 5 maal hoger dan bij de rest van de bevolking. Een ander voorbeeld is doofheid, uit onderzoek blijkt dat dove mensen vaker last hebben van achtervolgingswanen, dat zij niet-auditieve hallucinaties kunnen hebben en gevoeliger zijn voor depressies.
Uit deze informatie blijkt dat psychische en somatische klachten vaak veel met elkaar van doen hebben en dat ze in veel gevallen niet los te koppelen zijn. Het is dus zeker als verpleegkundige goed om te weten op welke lichamelijke klachten men moet letten om misschien ook het psychische aspect te ontdekken en voor beide klachten een passend antwoord te vinden.
Het is namelijk goed mogelijk dat beide klachten elkaar in stand houden en dat als er aan een van de klachten wordt gewerkt, de ander ook vermindert.

Relatie/gezinsproblematiek
Problemen in de relationele en gezinssfeer komen veel voor. Het is een van de meest voorkomende vormen van psychosociale problematiek. Wanneer ontstaan er relationele problemen? Zodra een relatie uit balans is geraakt. Bijvoorbeeld als iemand binnen een relatie alleen maar geeft en niets ontvangt en vice versa. Vele factoren kunnen er voor zorgen dat het evenwicht in een relatie ver te zoeken is. Deze disbalans zorgt voor stress, spanning, irritatie of ingehouden woede in sommige gevallen en kost vaak erg veel energie. Bij de doelgroep van Buurtzorg zal deze energie vaak al schaars zijn, door problemen met de gezondheid en wordt het letterlijk opgeslokt door dit soort relationele problemen. Vaak komen relationele problemen voor in de gezinssfeer. Stelt u uzelf maar eens een gezin voor waarin spanningen zijn tussen moeder en dochter. Dit kan een dilemma uit het verleden zijn maar ook bijvoorbeeld te maken hebben met de zorg die de dochter voor haar moeder over heeft en waardoor de relatie in een disbalans is gekomen. De balans van geven en nemen kan tijdelijk uit evenwicht zijn, maar de dochter moet op een of andere manier ook ontvangen.
Dat kan in allerlei vormen plaats vinden; liefde, zelfvoldaan gevoel, complimenten vanuit omgeving of bijvoorbeeld dankbaarheid van haar moeder.

Hoe ontstaan psychosociale problemen?
Het is lastig om te zeggen waardoor psychosociale problemen ontstaan. Vaak zijn er verschillende problemen tegelijk en is het, zoals al eerder beschreven, ingewikkeld om oorzaak en gevolg te scheiden van elkaar. Vaak is het ook lastig om aan te geven wanneer de problemen zijn ontstaan. Soms sluipt het geleidelijk in de levens van mensen en zien zij het in het begin niet direct als een probleem. Als een psychosociaal probleem op die manier ontstaat kan men vaak geen specifieke gebeurtenis aanwijzen. Één aspect van het ontstaan van deze problematiek is toch wel de snelheid die in de tegenwoordige tijd een grote rol speelt. Er wordt veel van mensen gevraagd, er komt van alles op mensen af via internet, televisie en radio. Alles lijkt wel vlug en snel te moeten gebeuren.
Hierbij kan gedacht worden aan energie- en telefoonrekeningen betalen, formulieren van de gemeente invullen, huurovereenkomsten etc. ze kunnen veel verwarring en onzekerheid geven. Er moet veel geregeld worden en met allerlei mensen en organisaties rekening worden gehouden. Wanneer er op zo moment een extra probleem optreedt zoals bijvoorbeeld ziekte, ruzie, scheiding, schulden of ontslag wordt het lastig om aan al die eisen te voldoen. Soms lukt het mensen dan niet meer om het overzicht te behouden en raken ze de regie over hun eigen levens kwijt. Dit kan angst, depressie of andere symptomen veroorzaken.

[28] Bron: Als psychische problemen somatische stoornissen verhullen- James Morrison

Welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de psychosociale zorg?

Inleiding:
Onderstaande methodieken worden onder andere gebruikt binnen het maatschappelijk werk en andere vormen van psychosociale hulpverlening om te werken aan psychosociale problematiek. Het zijn de methodieken die het meest gebruikt worden. Het is af te raden dat wijkverpleegkundigen er zelf mee werken omdat het kan zijn dat zij niet voldoende kennis over de methodieken hebben en het de zorg daardoor niet zal bevorderen.

Eclectisch werken
Een maatschappelijk werker die psychosociale zorg verleent, werkt met veel verschillende methodieken. De reden hiervan is dat elk mens en elke situatie anders is en elk persoon anders reageert op een methodiek. De maatschappelijk werker kan op deze manier maatwerk leveren. Deze manier van werken heet eclectisch werken, hetgeen inhoudt dat verschillende methodieken gecombineerd worden om een cliënt te helpen. Hieronder zijn een aantal methodieken beschreven die veel gebruikt worden in de hulpverlening en die over het algemeen redelijk bekend zijn. Niet elke methodiek kan beschreven worden daarom zijn er een aantal uitgekozen die het meest gebruikt worden onder maatschappelijk werkers. Zoals al eerder te lezen was werken maatschappelijk werkers vaak eclectisch. Onderstaande methodieken kunnen dan ook in een combinatie gebruikt worden.

De kortdurende oplossingsgerichte therapie (K.O.T.)
De KOT is een methodiek die erg gericht is op de empowerment gedachte[29]. Dat houdt in dat de krachten van de cliënt opgezocht worden door de methodische manier van de hulpverlener die specifieke vragen stelt in die richting. Op deze manier wordt de motivatie tot verandering opgeroepen. De cliënt krijgt de "macht" in handen om zelf zijn doelstellingen en middelen om die te bereiken te bepalen.

Het uitgangspunt is dat de cliënt zelf de deskundige van zijn probleem is en er dus niemand anders is die beter weet hoe het probleem eruit ziet en welke mogelijkheden/uitzonderingen eraan vast zitten[30]. Met deze blik zal de hulpverlener de gesprekken ingaan. Het is een respectvolle en positieve houding die vooral gericht is op het hier en nu en op de oplossingen, zoals de naam ook aangeeft.

Taakgerichte hulpverlening
De taakgerichte hulpverlening is een probleemgerichte methodiek. Het werken aan het probleem staat hier meer centraal dan het werken aan de persoon. Er wordt in het proces uitgegaan van de probleembeschrijving van de cliënt, daarbij zal de hulpverlener wel helpen om het probleem specifiek en concreet te formuleren. Vervolgens wordt er gewerkt aan het probleem door concrete taken mee te geven en elk gesprek de taken te evalueren en te kijken waarom het wel/niet gelukt is om de taak te volbrengen. Deze methodiek wordt vaak ingezet bij materiële hulpverlening zoals bijvoorbeeld het zoeken van werk, vinden van een huis of bijvoorbeeld de zaken rondom de financiën.

Systeemgerichte hulpverlening
In de systeemgerichte hulpverlening staat de communicatie tussen mensen centraal. Wij leven allemaal in relatie met de mensen om ons heen, zoals onze familie, onze collega's, de buurt waar we wonen. Bij de systeemgerichte benadering kijkt men niet alleen naar de persoon die voor hen zit, maar vooral ook naar het systeem van relaties rondom de persoon. Door te kijken naar deze samenhang ontstaat er een completer beeld van iemand. Dat verklaart vaak onbestemde gevoelens en daaruit voortvloeiend gedrag. Een mens is geen geïsoleerd poppetje: de interactie met de omgeving maakt mede dat zij doet

[29] Website: http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl/?q=node/48
[30] Website: http://www.maatschappelijkwerkonline.nl/over/methodieken/methodieken.php

wat zij doet en beslissingen maakt. Door dit beeld in zijn geheel te bekijken kan de cliënt samen met de maatschappelijk werker kijken waar de knelpunten zitten.

Cognitieve gedragstherapie
In de cognitieve gedragstherapie staat het denken centraal. De nadruk ligt op het wijzigen van gedragspatronen die emotionele problemen in stand houden. Bij verschillende problemen zijn negatieve, niet-helpende gedachten een automatisch proces geworden. Het is een gewoonte geworden om op die manier te denken, zó gewoon dat men er vaak niet eens meer bij stil staat. In de cognitieve gedragstherapie leren mensen hun negatieve gedachten te herkennen en te vervangen door gedachten die helpend zijn om de problemen op te lossen. Binnen de gedragstherapie brengt men de problematische gedragingen van de cliënt en de omstandigheden waarin die voorkomen eerst in kaart. Vervolgens helpt men de cliënt met behulp van oefeningen en huiswerk om met beter passende gedragspatronen te reageren op die omstandigheden. In deze vorm van therapie wordt vooral gewerkt met de actualiteiten. Het gaat veel over de problemen in het heden en veel minder over die uit het verleden. Daarnaast is het is vaak een kortdurende therapie doordat er veel huiswerkopdrachten mee gegeven kunnen worden en er veel gewerkt wordt met oefeningen.

Tussenconclusie
Als we kijken naar de hoofdvraag zien we dat psychosociale zorg een grote rol speelt in dit onderzoek. In deze paragraaf is uiteen gezet wat het begrip psychosociaal inhoudt, namelijk een verwijzing naar de aspecten van het individueel psychologisch en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de mens, en de complexe interactie daartussen. Psychosociale problemen komen voor op verschillende levensgebieden: Het somatische gebied, het lichamelijke gebied, het sociale gebied, het materiële gebied en het maatschappelijke gebied. Deze gebieden zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Als er op een gebied een gebeurtenis is, zal dit ook op andere gebieden merkbaar zijn. Hoe en of problemen tot uiting komen op deze gebieden hangt af van verschillende factoren. Dat verklaart waarom verschillende personen totaal anders op eenzelfde gebeurtenis kunnen reageren.
Psychosociale problemen kunnen samenhangen met verschillende nare gebeurtenissen in het leven. Een aantal voorbeelden: Huiselijk geweld, chronische ziekte, eenzaamheid, rouw, relatie/gezinsproblematiek, depressiviteit etc.
Het maatschappelijk werk gebruikt verschillende methodieken om samen met de cliënten aan deze gebieden te werken. Een aantal genoemde methodieken is de kortdurend oplossingsgerichte therapie, de cognitieve gedragstherapie, de systeemgerichte therapie en de taakgerichte methodiek.
In de hulpverlening wordt vaak eclectisch gewerkt, dat inhoudt dat bovenstaande methodieken gecombineerd kunnen worden.
De hulpverlener levert maatwerk door te bekijken welke methodiek of combinatie het beste bij de cliënt zou kunnen passen en kan dat gedurende het proces aanpassen.

3.2 Resultaten interviews en enquêtes

Huidige situatie Buurtzorg Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom.

Inleiding
In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan deelvraag 2 en de daarbij horende subvraag:
Wat is de huidige gang van zaken binnen Buurtzorg Ede, Bennekom, Veenendaal, Wekerom en Wageningen op het gebied van psychosociale zorg? Met behulp van interviews onder de wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en de organisatie van Buurtzorg en een enquête onder de bovenstaande buurtzorgteams hebben we geprobeerd antwoord te krijgen op deelvraag 2.
Daarbij zijn subvragen geformuleerd om de deelvraag zo goed mogelijk te beantwoorden.
Per subvraag is er gekeken naar de verschillende interviewvragen onder de wijkverpleegkundigen en organisatie van Buurtzorg en de daarbij behorende enquêtevragen die gesteld zijn aan bovenstaande teams. De belangrijkste ontdekkingen zijn eruit gelicht met daarbij een citaat van de desbetreffende

persoon. Voor een gedetailleerde en uitgebreide lezing van de interviews verwijzen we u naar de bijlagen, die genoemd zijn in de voetnoten. Dit deel van het verslag is ingedeeld in verschillende kopjes. Deze kopjes zijn vergelijkbaar met subvraag 2.1 t/m 2.10 en staan ook in dezelfde volgorde.

De visie van Buurtzorg op psychosociale en relationele problematiek

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende gaven aan achter de visie van Buurtzorg te staan. De visie van Buurtzorg draait er vooral om er voor de cliënt te zijn en zoveel mogelijk actie te ondernemen bij problemen.
Een wijkverpleegkundige van team Ede zegt daarover het volgende:

'Tijd vrij maken is de belangrijkste voorwaarde en Buurtzorg heeft tijd'. 'Dat is het verschil'. 'Ook al hebben we geen tijd, dan mogen we het ook'. 'In wezen krijgen wij een zak geld om dingen te doen die buiten de indicatie vallen en dat maakt je als wijkverpleegkundige een stuk vrijer in je werk'.[31]

Jennie Mast is van mening dat psychosociale zorg onderdeel is van de werkzaamheden van de medewerkers van Buurtzorg.

"Als je ziek bent en je hebt allerlei toestanden waar je mee moet dealen en er komt iemand die dit doet en iemand die dat doet dat is vreselijk. Je hebt veel meer aan als er iemand komt die zoveel mogelijk oppakt en integrale zorg kan en mag leveren. Voor de cliënt is dit veel fijner." [32]

Jennie deelt de visie dat een wijkverpleegkundige een generalist moet zijn in de werkzaamheden en naast de verpleegkundige zorg ook de psychosociale zorg moet kunnen leveren. Ze maakt echter wel de kanttekening dat de verpleegkundige de eigen grenzen goed moet kennen op dit gebied en dat handelen methodisch goed onderbouwd moet zijn. Dit blijkt uit het volgende citaat:

"De grenzen goed herkennen. Het lijkt me ook handig als de wijkverpleegkundigen wat meer basis en ondergrond hebben. Een soort methodiek waardoor ze weten hoe ze het aan moeten pakken en daar ook weer de grenzen van kennen." [33]

Jos de Blok staat uiteraard achter de visie van Buurtzorg. Jos geeft aan dat hij eerder vindt dat de wijkverpleegkundige te weinig doet op het gebied van de psychosociale problematiek. Buurtzorg streeft naar professionele autonomie van de wijkverpleegkundige. Daarbij vindt Buurtzorg het belangrijk dat de wijkverpleegkundige zoveel mogelijk kan oppakken en dat er bij de cliënt niet te veel specialisten over de vloer komen die zich met allerlei verschillende dingen bezig houden. Jos de Blok zegt hierover het volgende:

"*Ik denk dat een wijkverpleegkundige een generalist hoort te zijn die van alles wel wat van af weet en door de soort problemen die ze tegenkomen beter weet hoe wel om te gaan met allerlei soorten problemen."*[34]

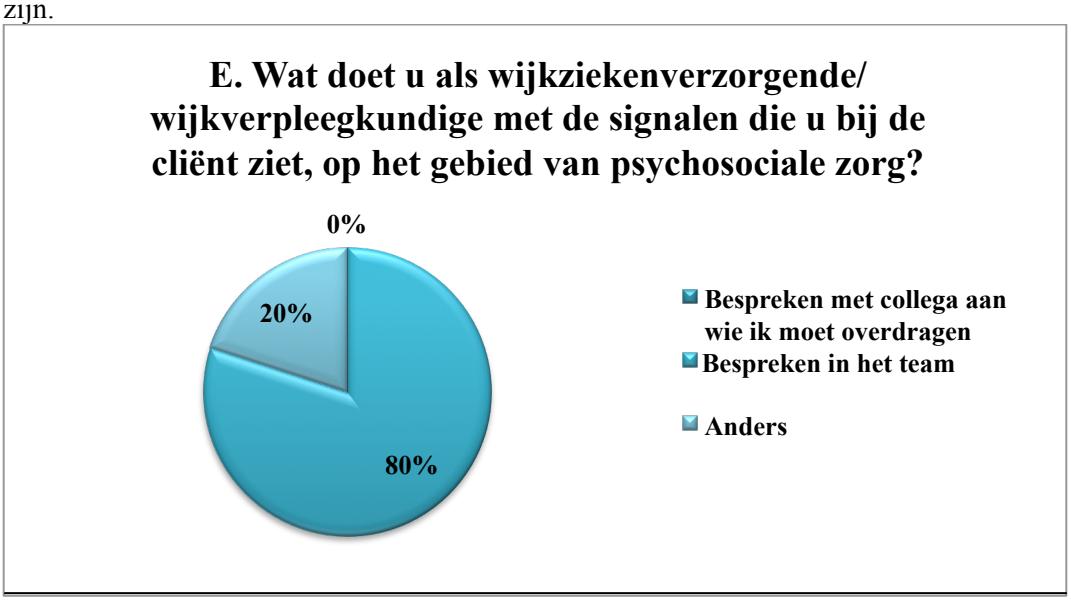
Jos de Blok vertelde ons dat hij tevreden is over het niveau van de psychosociale zorg binnen Buurtzorg Nederland: '*Mijn mening is, dat we ver boven het gemiddelde van Nederland zitten m.b.t. de huidige gang van zaken op het gebied van psychosociale zorg'*[35].

[31] Bijlage 8: Interview met Alda, vraag 13 (pagina 102)
[32] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 8 (pagina 117)
[33] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 11 (pagina 117)
[34] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 8 (pagina 128)
[35] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 6 (pagina 128)

Conclusie
Alle geïnterviewden zijn het eens met de visie van Buurtzorg rondom psychosociale zorg. Deze visie houdt in dat de werknemer een generalist moet zijn en geen specialist, daarbij dus zoveel mogelijk op moet pakken op het gebied van psychosociale problematiek. Eén van de redenen hiervoor is dat het voor de cliënt belemmerend kan werken wanneer er veel specialisten over de vloer komen. Jennie Mast gaf hierbij wel de kanttekening dat de medewerkers hun eigen grenzen goed moeten kennen op dit gebied.

Signalering van psychosociale en relationele

De wijkverpleegkundigen hebben in de enquête de volgende vraag beantwoord: "Wat doet u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige met de signalen die u krijgt op het gebied van psychosociale zorg? "Allereerst kwam naar voren dat zo 'n 80% de signalen zou bespreken in het team. 20% koos voor de optie 'anders' en hebben eronder hun eigen antwoord ingevuld. Hieronder ziet u een cirkeldiagram met de uitkomst van de enquêtevraag en de andere antwoorden die gegeven zijn.



Andere antwoorden die gegeven zijn:

- Ik had beide antwoorden willen geven (1x)
- Eerst met de cliënt bespreken, daarna met collega's en eventueel huisarts (4x)
- Ik bespreek het met de huisarts (2x)
- Rapporteren op het web, daarna bespreken met collega's en eventueel huisarts (1x)
- Ik bespreek het met de mantelzorger (1x)

De wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende geven aan dat ze de signalen die ze tegen komen, wat psychosociale zorg betreft, vooral in het team te bespreken. Twee van de vier werknemers zouden de huisarts inschakelen mocht dit nodig zijn. De huisarts zou een andere hulpinstantie zoals het maatschappelijk werk of labyrint kunnen inschakelen. Twee van de vier werknemers geeft aan tevreden te zijn over deze manier van signaleren. Een van hen zegt hier het volgende over:

"Ik denk dat het op zich wel goed gaat, zoals het nu gaat. Wat we signaleren, daar doen we wat mee. Van een verpleegkundige kan je niet verwachten dat ze psychosociale neuzen hebben. Maar denk wel dat we het met elkaar aardig oppikken "[36]

[36] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 12 (pagina 117)

Bijna alle geïnterviewden geven het prettig te vinden om vooral op het gebied van signaleren meer bijscholing te krijgen. Op die manier verwachten ze een beter beeld te krijgen van waar ze op moeten letten en wanneer ze een situatie moeten overdragen.

Het thema signaleren hebben we ook aan Jennie Mast voorgelegd. Zij is onder andere een teamcoach in de regio Amersfoort en kon dus ook alleen over die regio haar mening geven wat betreft het signaleren van psychosociale problematiek. Zover zij er zicht op heeft, is ze van mening dat de wijkverpleegkundigen erg veel zien en meekrijgen. De vertrouwensband die ze daardoor op kunnen bouwen stelt hen in staat om snel te reageren wanneer ze het idee hebben dat er meer zorg of hulp nodig is op het gebied van psychosociale problematiek. Dit bleek uit de volgende uitspraak:

"Ze zien vaak heel veel, door vertrouwensband en doordat ze vaak daar thuis komen. Als je deze vertrouwensband goed opbouwt dat hoor en zie je heel veel. En mijn idee is een beetje dat mensen dan niet altijd goed weten hoe ze daarmee verder kunnen. Ze geven dan vanuit goede bedoelingen advies, maar of dat altijd op de juiste manier is of op goede manier wordt afgerond, ja daar heb ik weleens mijn twijfels over. De methodische kant van het verhaal." [37]

Conclusie
Uit de enquête is gebleken dat de meeste medewerkers de signalen in het team zouden bespreken en hierna, indien nodig, de stap naar de huisarts zouden zetten. Bijna alle medewerkers gaven aan meer scholing te willen hebben over hoe ze moeten signaleren en waar ze op kunnen letten. Jennie Mast heeft het idee dat de medewerkers erg veel zien en meekrijgen, dit komt volgens haar door de vertrouwensband die opgebouwd is. Het helpt hen problemen te signaleren.

Het Buurtzorg web

Een belangrijke bron van informatie voor dit onderzoek is het Buurtzorg web geweest. Wij hebben dit web geraadpleegd omdat het voor Buurtzorg een erg belangrijk hulpmiddel is en wij als onderzoekers er achter wilden komen hoe en op elke manier psychosociale zorg gerapporteerd wordt op het web. De organisatie heeft ervoor gekozen om zoveel mogelijk gebruik te maken van de mogelijkheden van ICT. Dit houdt in dat alle administratie, communicatie tussen teams en rapportages over cliënten via het Buurtzorg web gaat. Het onderzoek had vooral veel aan de informatie over cliëntrapportages. We waren benieuwd op welke manier dit gebruikt wordt en welke plek de psychosociale problematiek en zorg heeft op het web. Daarnaast is het belangrijk om alle aspecten van de organisatie mee te nemen in het onderzoek om een zo breed mogelijk beeld te krijgen.

Het Buurtzorg web is een website waarop alle medewerkers van Buurtzorg Nederland kunnen inloggen. Op deze site kunnen zij berichten plaatsen, bijvoorbeeld nieuwe ontwikkelingen binnen Buurtzorg of andere wetenswaardigheden. Ook de administratie van de medewerker gebeurt op het web.

Zo is er een speciale pagina voor urenregistratie en andere personeelszaken. Er is een pagina voor de teams apart, daarop zijn de teamvergaderingen en persoonsgegevens van de collega's binnen het team van de ingelogde medewerker te vinden. Hiernaast zijn er nog een aantal pagina's met meest gestelde vragen, protocollen en andere documenten te vinden op het web.

Een belangrijk onderdeel van het web, welke nog niet is genoemd, is de pagina over cliënten. Hier kunnen alle cliënten gevonden worden uit het gebied waar de ingelogde medewerker werkt. Elke cliënt heeft op dit web zijn eigen cliëntdossier. Wanneer er op de naam van de cliënt geklikt wordt, komt de

[37] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 6 (pagina 117)

volgende informatie in beeld: Persoonsgegevens, contactpersonen, arrangementen, rapportages, indicaties, informatie over het ziektebeeld en nog een aantal informatiepunten rondom de cliënt. Deze informatie is erg belangrijk, aangezien er verschillende medewerkers bij een cliënt komen. Op deze manier kunnen zij allemaal op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen rondom de cliënt en hoeft de cliënt de informatie niet vaker te herhalen. Dit kan gaan om persoonlijke veranderingen in het leven van de cliënt of mensen in de nabije kring, maar natuurlijk vooral ook om medische veranderingen en omstandigheden. Van elke cliënt is een dossier te vinden op het Buurtzorgweb.

Om antwoord te kunnen geven op bovenstaande vraag "*Wat is er te vinden op het gebied van psychosociale zorg op het Buurtzorg web?"* hebben wij het web doorgrondig onderzocht en er ook in onze interviews en enquêtes aandacht aan besteed.[38] Het viel op dat er op het web geen speciale aandacht wordt besteed aan deze zorg in de vorm van een format waarop men kan aanklikken als er sprake is van psychosociale problematiek. Wel kan er onder het kopje *geregistreerd ziektebeeld/beperkingen* informatie gedeeld worden over sociale redzaamheid en over sociale relaties en het maatschappelijk leven van de cliënt. Dit gebeurt nog niet bij elke cliënt maar wel bij 37% van de cliënten uit team Ede.[39]

Op dit moment is vooral in de rapportage terug te lezen welke psychosociale problematiek de verpleegkundigen en ziekenverzorgende tegenkomen bij de cliënten. Soms staat er ook bij beschreven op welke manier er verder mee om dient te worden gegaan en aan welke punten de verpleegkundigen aandacht kunnen besteden. (Voor de percentages verwijzen we u naar deelvraag 2.4)

Om een voorbeeld te geven van hoe het in een rapportage beschreven kan worden, staat hieronder een kleine casus met citaten. De namen zijn weggelaten en het verhaal is hier en daar aangepast vanwege de privacyredenen.

Casus: Een echtpaar krijgt hulp , de vrouw heeft een ziektebeeld waarin dementie een belangrijke factor is en gaat snel achteruit. Haar man is mantelzorger en speelt een grote rol in de verzorging en verpleging. De verpleegkundigen merken steeds meer verzet bij de man en spanning tussen het echtpaar. Af en toe blijft het bij een woordenwisseling maar soms vliegen er ook kussens door de kamer. De signalen naar overbelasting van de man zijn er, de relatie brokkelt steeds verder af. De verpleegkundige merkt dit maar vind het lastig om er een oplossing voor te vinden. Ze probeert de boel zo af en toe te sussen met een gesprek met een van de partners, soms lukt dit maar vaak duurt het maar even voor de spanning weer verder oploopt. In de rapportage zal het op de volgende manier terug vinden zijn:

"Het gedrag van mevrouw wordt steeds vervelender voor meneer. Meneer vind het steeds lastiger hier mee om te gaan. Doet zijn uiterste best maar vind het erg lastig."

Nadat meneer een aantal dagen later boos wordt op zijn vrouw en hij weigert voor haar te zorgen staat het volgende citaat in de rapportage:

"Meneer gevraagd of hij het goed vond als ik de huisarts zou bellen met dit verhaal. Hij vertelde dit zelf al van plan te zijn vandaag. Om aan te geven dat hij het op deze manier niet lang meer trekt."

Uit bovenstaande casus blijkt dat psychosociale problematiek en zorg wel degelijk in sommige rapportages terug te vinden is, maar dat het beestje niet altijd bij de naam genoemd wordt. Ook blijkt uit verschillende casussen op het web dat het vaak lastig gevonden wordt om een stap te zetten naar hulpverlening en vaak wordt er dan gekozen voor de huisarts. Hier zou ook gekozen kunnen worden

[39] We hebben alle cliënten bekeken die in week 13 geregistreerd stonden als cliënt van Buurtzorg Ede.

voor het algemeen maatschappelijk werk of een eventueel beschikbare ouderenzorger uit de gemeente).

AIV (Advies/ Instructie/ Voorlichting)[40]
Cliënten bij wie een AIV huisbezoek wordt gebracht, worden op het Buurtzorgweb ingevoerd als AIV cliënt. Er kan dan ook op de cliënt geregistreerd worden. De reden van het AIV bezoek wordt ook op het web geregistreerd.
26 cliënten van het totaal van 61 cliënten binnen Buurtzorg Ede krijgt AIV. Dit is 43 % van het totaal aantal cliënten bij Buurtzorg. (Gemeten op 28 maart 2011).

Nieuwe registratie volgens het 'Omaha systeem'

Jennie Mast is naast teamcoach ook een projectontwikkelaar voor Buurtzorg Nederland. Zij is momenteel bezig met het opnieuw onderzoeken en ontwikkelen van de verslaglegging. Deze verslaglegging vind voor een groot deel plaats op het Buurtzorg web, maar ook bij de cliënt thuis in het eigen dossier. Over de nieuwe verslaglegging vertelde Jennie het volgende[41]:

"*We zijn bezig met het ontwikkelen van een nieuwe vorm. Daar zit ook een onderdeel in over psychosociale zorg."*

"Die verslaglegging gaan we op een andere manier onderbouwen zodat het wat meer gestructureerd wordt op verschillende 'domeinen' van de zorg en er daar handvaten komen. Ze zitten er nu vaak wat impliciet in en die proberen we dat wat helderder te maken. Het wordt een systeem waar met name verpleegkundige problemen, datgene wat je doet en ook de uitkomsten daarvan aan elkaar gekoppeld zijn. Dat leg je op een bepaalde manier vast zodat dat je plan vormt."

De nieuwe registratie die Buurtzorg aan het ontwikkelen is, is gebaseerd op het Omaha systeem. Het Omaha systeem komt uit Amerika. Het is evidence based en biedt vanwege zijn eenduidig taalgebruik een basis voor multidisciplinair overleg, en is eenvoudig te automatiseren. Het systeem biedt professionals handvatten voor probleemverheldering bij cliënt, mantelzorgers en hun omgeving. Maar het biedt tegelijkertijd uitkomst voor keuze en planning van interventies, en de mogelijkheid voor sturing en monitoring van de resultaten bij de cliënt.

Deze nieuwe werkwijze is in 2010 bij verschillende Buurtzorg teams ingevoerd. Dit om te testen hoe het systeem werd ervaren. De reacties waren zeer positief, wijkverpleegkundigen waren zich bewuster van de totale problematiek van de cliënt en zijn omgeving, en ze konden hun bevindingen volledig kwijt in het systeem.

In het nieuwe systeem wordt aan de medewerkers gevraagd hun bevindingen op vier gebieden te registreren namelijk;

- Fysiologisch domein
- Gezondheid gerelateerd gedragsdomein
- Omgevingsdomein
- Psychosociaal domein

Op het psychosociale domein wordt er aandacht besteed aan verschillende problematiek. Hieronder is een kort overzicht:

- ❖ Geestelijke gezondheid
- ❖ Groei en ontwikkeling
- ❖ Inter-persoonlijke relaties

[40] Voor meer info over AIV zorg zie pag. 26
[41] Bijlage 12 : Interview met Jennie Mast, vraag 7 (pagina 117)

- Maatschappelijke voorzieningen
- Mishandeling
- Rolverandering
- Rouw
- Seksualiteit
- Sociaal contact
- Spiritualiteit
- Verwaarlozing
- Zoor voor / ouderschap

Conclusie
Het Buurtzorg web is een belangrijke bron voor ons onderzoek geweest. Het web wordt gebruikt voor verschillende doeleinden namelijk, informaties over teams, nieuwtjes, maar ook cliëntregistratie en urenregistratie. Psychosociale zorg en -problematiek is terug te vinden bij het kopje geregistreerd ziektebeeld/beperkingen en onder het kopje rapportages. Beide kopjes zijn te vinden in het dossier van de cliënt op het web. Als er aandacht wordt besteed aan de psychosociale problematiek en zorg is het daarin terug te vinden. Uit verschillende observaties binnen de rapportages blijkt dat er niet altijd een stap wordt gezet naar de hulpverlening. Wordt dit wel gedaan, dan kiest de medewerker vaak voor de huisarts. (Voor percentages verwijzen wij u naar deelvraag 2.4). AIV hulp wordt wel op het web geregistreerd. Jennie Mast is als projectmedewerker bezig met de ontwikkeling van een nieuwe manier van verslaglegging. Deze verslaglegging is gebaseerd op het Omaha systeem uit Amerika en is als test al in een aantal teams ingevoerd.

Cliëntenbestand Buurtzorg Ede in relatie met psychosociale zorg

Om een duidelijk beeld te schetsen van hoe het cliëntenbestand van Buurtzorg eruit ziet en hoeveel procent van het cliëntenbestand valt onder psychosociale zorg, hebben we het Buurtzorg web doorgenomen.
Er is gekozen om alleen de cliënten met een indicatie door te nemen omdat dit ook toegang geeft tot de mogelijk geregistreerde ziektebeelden en beperkingen van de desbetreffende cliënt.

We hebben daarbij een splitsing gemaakt tussen cliënten met geregistreerde psychosociale problematiek en cliënten die volgens observaties/rapportages van verpleegkundigen psychosociale problematiek zouden kunnen hebben. Hier is voor gekozen omdat het ook van belang is om de observaties van de verpleegkundigen mee te nemen, ook al heeft de desbetreffende cliënt geen geregistreerde psychosociale problematiek. Deze observaties zijn meegenomen om uiteindelijk een schatting te maken hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede in aanmerking zouden kunnen komen voor psychosociale zorg.

In totaal heeft Buurtzorg Ede 61 cliënten. 10 van hen staan geregistreerd op het web met een vorm van psychosociale problematiek. Dit is 16% van het totaal[42]

Er zijn 8 cliënten van de 61 bij wie uit de rapportages blijkt dat zij op dit moment psychosociale zorg zouden kunnen krijgen. Dit is 13% van het totaal.[43]

Het totale percentage dat op dit moment gebruik zou kunnen maken van psychosociale zorg is 29,5%[44]

[42] De volgende berekening is gemaakt: 10/61x100=16%
[43] De volgende berekening is gemaakt: 8/61x100=13%
[44] De volgende berekening is gemaakt: 18/61x100=29,5%

De volgende thema's werden gevonden in de rapportages en onder de geregistreerde ziektebeelden/beperkingen binnen de cliëntendossiers:

Geregistreerde ziektebeelden/beperkingen	Rapportages verpleegkundigen
• Psychische gedragsstoornissen	• Echtgenoot vind het lastig om, om te gaan met de situatie
• Sociale redzaamheid: Blijft hangen in problemen, ziet zelf de uitwegen niet meer	• Zorgen om dochter (depressie, werkloos) waar cliënt + echtgenoot zich druk om maken
• Sociale relaties en maatschappelijk leven: contact vermijdend bij nieuwe contacten	• Veel emoties en spanning tussen partners
• Praktische hulp en het stimuleren van de sociale redzaamheid	• Graag even verhaal kwijt, was opgelucht toen zij de ruimte kreeg om gewoon te vertellen. Dit kan ze bij de huisarts en bij medewerker Buurtzorg
• Temperament en persoonlijkheid	• Behoefte aan een buddy of ambulant begeleider. Op gebied van administratie maar ook emotioneel, vooral als er familie herinneringen boven komen (broers/zussen)
• Opvliegerigheid en lichamelijke problemen als gevolg van psychische problemen in het verleden (schulden, dakloos)	• Op het gebied van psychosociale problematiek: praatje, wandeling, administratieve hulp, indicatiehulp
• Geheugenproblemen	• Boos verdrietig als het lichamelijk tegen zit
• Moeilijk uitten door hereninfarct, partner helpt haar hierbij	• Risico voor overbelasting mantelzorger
• Wil veel zelf regie blijven voeren	• Negatief gedrag en agressie naar omgeving toe
• Financiën en administratie	• Sterk emotioneel
• Mist wel contacten maar is er ook huiverig voor	
• Overschat zichzelf, geen ziekte inzicht, hulp nodig bij dagindeling, sturing nodig, hulp nodig bij sociale vaardigheden	
• Sociale relaties en maatschappelijk leven: lastig om in grote groepen te functioneren, kan niet tegen teveel prikkels, gedrag naar haar medegroepsgenoten wordt niet altijd geaccepteerd	

Voor een uitgebreide beschrijving rondom de cliënten verwijzen wij naar bijlage 7, pagina 99

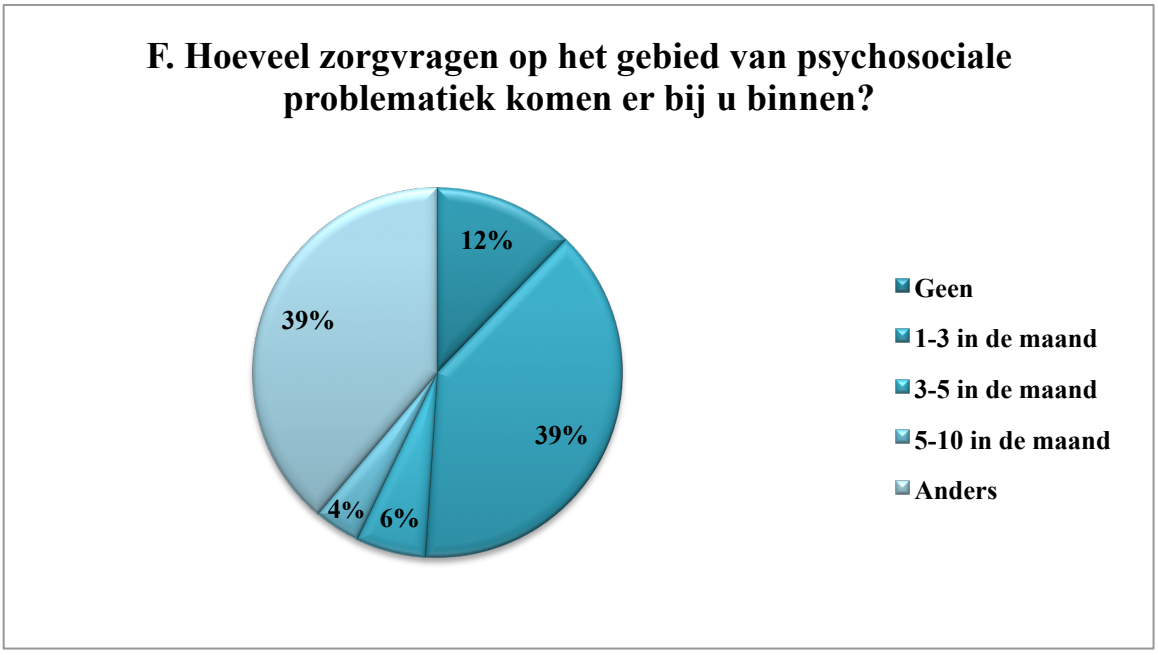
Doordat psychosociale zorg niet specifiek op het Buurtzorg web geregistreerd wordt, was het erg lastig om deze subvraag te beantwoorden. We zijn teruggevallen op de informatie die stond onder de ziektebeelden en beperkingen van de cliënten. Deze informatie is minimaal en bestaat uit steekwoorden. (Zie het overzicht hieronder). Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de rapportages en hebben daarbij gebruik gemaakt van ons eigen inschattingsvermogen op het gebied

van psychosociale problematiek. We hebben toen een ruimte schifting gemaakt op basis van deze twee criteria. We erkennen dat deze vorm niet voldoende is onderbouwd, het was echter de enige manier om op een ruime schatting uit te komen wat de subvraag betreft. Daarnaast hebben deze cliënten nog niet ingestemd met psychosociale zorg, maar zouden ze in aanmerking kunnen komen voor deze vorm van hulpverlening.

Conclusie
Als antwoord op de subvraag; '*Hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede zou onder psychosociale zorg vallen'* kunnen we zeggen dat een percentage van 29,5% binnen Buurtzorg zou kunnen vallen onder psychosociale zorg. Dit percentage omvat zowel de geregistreerde ziektebeelden/beperkingen als de thema's uit de rapportages. Nogmaals, dit is een ruime schatting en is gebaseerd op de bevindingen van de onderzoekers.

Zorgvragen rondom psychosociale zorg

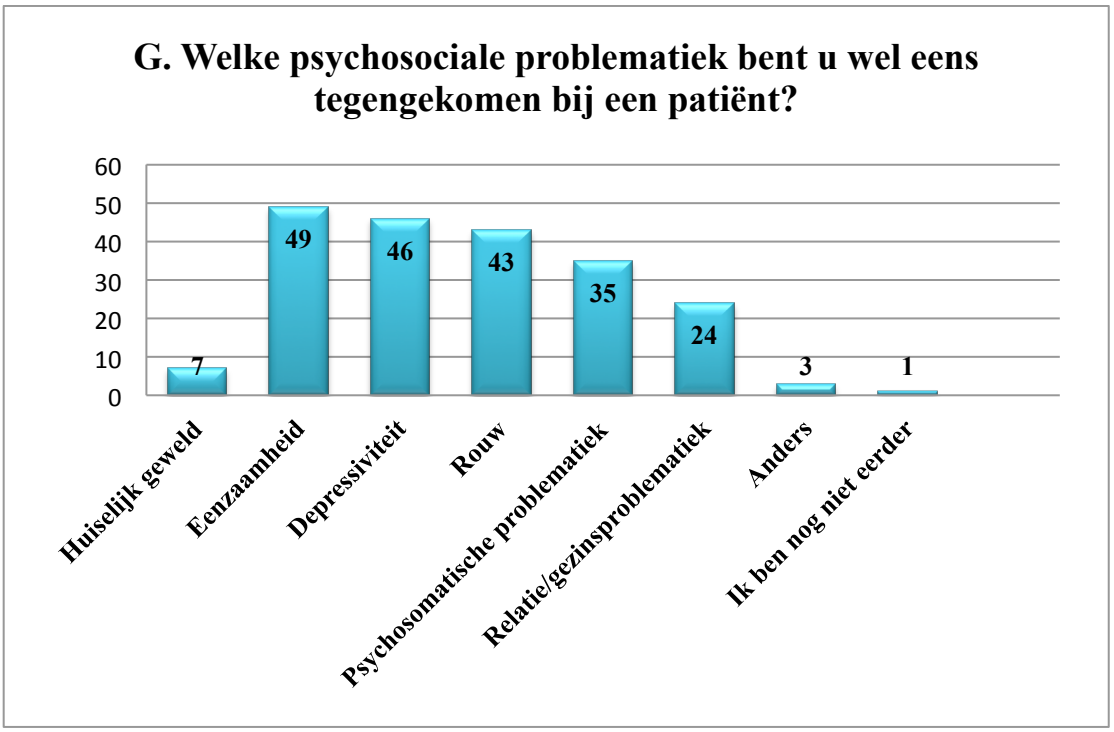
In de enquête vielen een drietal vragen onder dit thema (zie diagram F, G en H). Opvallend bij de eerste vraag was dat de antwoorden heel wisselend waren. Veel respondenten bleken eigenlijk geen idee te hebben of het lastig te vinden om een schatting te maken. Bij de antwoorden die wel werden gegeven bleek dat de één vond dat psychosociale zorg er altijd bij komt als bijkomende problematiek en de ander het maar een keer in de 6 maanden tegen komt. Hieronder ziet u een cirkeldiagram en de antwoorden die de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende ingevuld hebben bij de eerste vraag:



Andere antwoorden die gegeven zijn:

- Geen idee (6x)
- Niet zo heel veel, weet geen aantallen (4x)
- Is heel wisselend (4x)
- 1 per half jaar (2x)
- Altijd als bijkomende problematiek (3x)

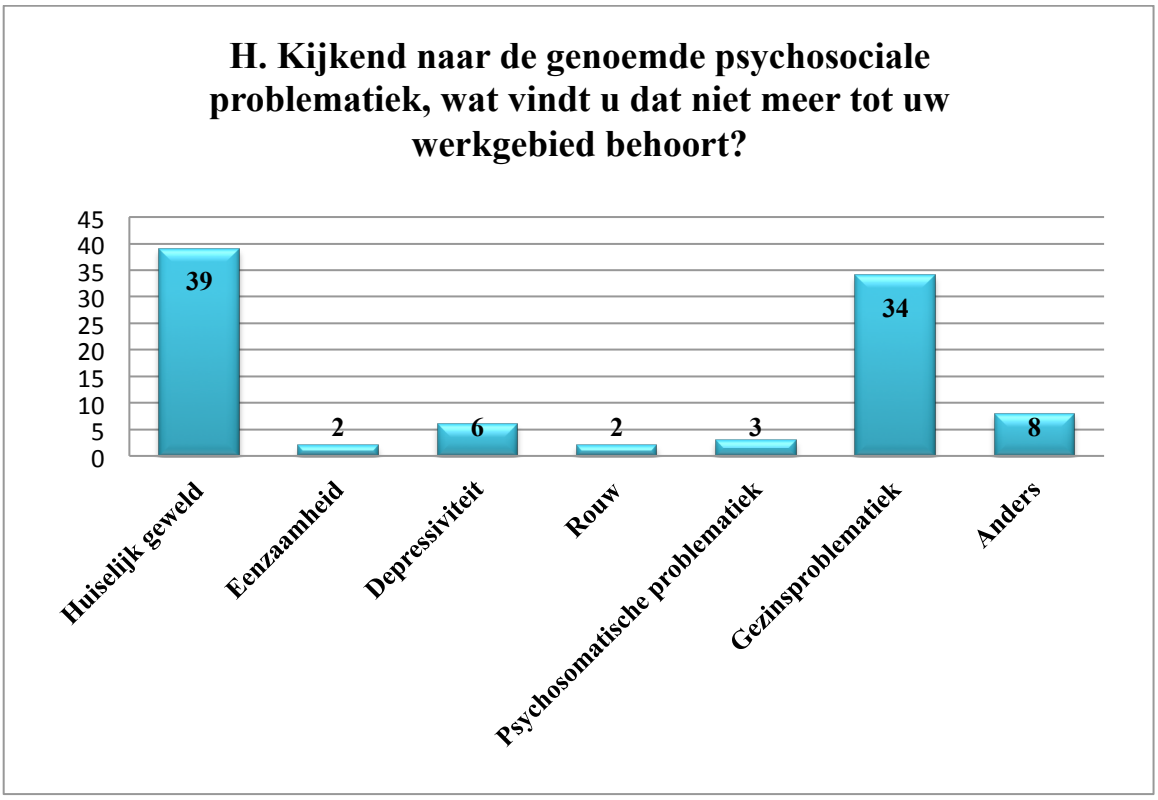
Bij de tweede vraag was er een duidelijke top drie wat betreft de psychosociale problematiek die de verpleegkundigen/ziekenverzorgenden tegenkomen. Als eerste kwam eenzaamheid naar voren. Dit antwoord werd door 49 personen aangeklikt. Op de tweede plaats werd depressiviteit met 46 antwoorden aangeklikt en als derde kwam rouw naar voren als veel voorkomende problematiek. Rouw werd door 43 respondenten aangeklikt. Onder diagram G ziet u een overzicht van de andere antwoorden die zijn gegeven.



Andere antwoorden die gegeven zijn:

- Psychogeriatrisch
- Alcohol verleden
- Ouderenmishandeling
- Dementie/mantelzorg

Als derde enquêtevraag ‚wat dit thema betreft, leek het ons zinvol om ook te vragen naar de grenzen van de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende op het gebied van de psychosociale problematiek. Deze grenzen zijn onderzocht met de vraag welke problematiek ze niet meer tot hun werkgebied rekenen. Vervolgens zijn dezelfde keuzemogelijkheden gegeven als bij de bovenstaande enquêtevraag. De twee uitschieters in dit diagram betreffen huiselijk geweld en gezinsproblematiek. Uit andere enquêtevragen bleek dat het voor de wijkverpleegkundigen op dit gebied niet de meeste voorkomende problematiek is maar dat ze er wel geregeld mee in aanraking komen. Van het antwoord ‘anders’ werd ook veelvuldig gebruik gemaakt. Onder staafdiagram H vind u die verschillende antwoorden.



Andere antwoorden die gegeven zijn:

- Geen van deze antwoorden (2x)
- Alles
- In de signalering hoort alles tot ons werkgebied, in de behandeling ervan niet (4x)
- Als het je ligt als verpleegkundige zul je minder snel hulp inschakelen dan als het je niet ligt, iedere verpleegkundige heeft zijn eigen kwaliteiten
- Alles wat 'te groot' wordt

Uit de interviews met de 4 wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende viel het op dat vooral eenzaamheid vaak voorkomt. Dit heeft volgens de geïnterviewden te maken met de doelgroep. Ook depressie en rouw worden genoemd als vaak gesignaleerde problematiek. Rouw heeft soms gezinsproblematiek tot gevolg en daarnaast kunnen verstoorde relaties een gevolg zijn van een lang ziekbed. Lichamelijk geweld kwamen de wijkverpleegkundigen niet veel tegen, psychisch geweld zo nu en dan.

"Ik merk weleens als ik bijvoorbeeld in een gezin kom, dat een man/vrouw niet goed kan omgaan met de ziekte van zijn of haar partner. Ik heb nog niet gezien dat er lichamelijke mishandeling plaats vond maar wel geestelijke mishandeling. Enorm demotiveren bijvoorbeeld, dat valt volgens mij ook wel onder huiselijk geweld"[45]

Verder wordt ook de burn-out bij langdurige zorg onder de mantelzorgers nog genoemd.
Deze gegevens komen overeen met de enquête-uitkomsten.

Jennie Mast komt regelmatig bij de teambesprekingen van haar team en zei het volgende over de zorgvragen van cliënten op het gebied van psychosociale problematiek:

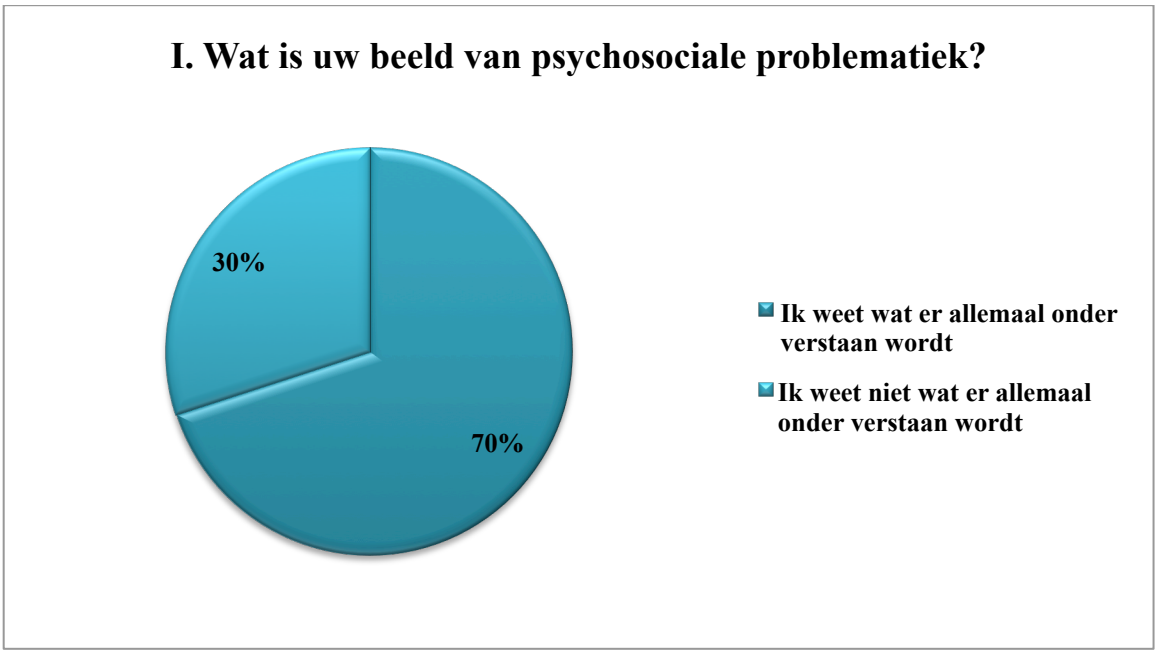
[45] Bijlage 10 : Interview met Cindy, vraag 8 (pagina 110)

"De situaties van cliënten die zij inbrengen zijn vaak situaties waar van alles speelt met name ook op psychosociaal gebied. Dan hoor je vaak dat het erg complex is waar ze in werken. Het is niet alleen de lichamelijk zorg maar de hele wereld erom heen, dat maak je ook mee. Daarvan vinden wij als Buurtzorg ook dat je als het kan, daar in moet ondersteunen."[46]

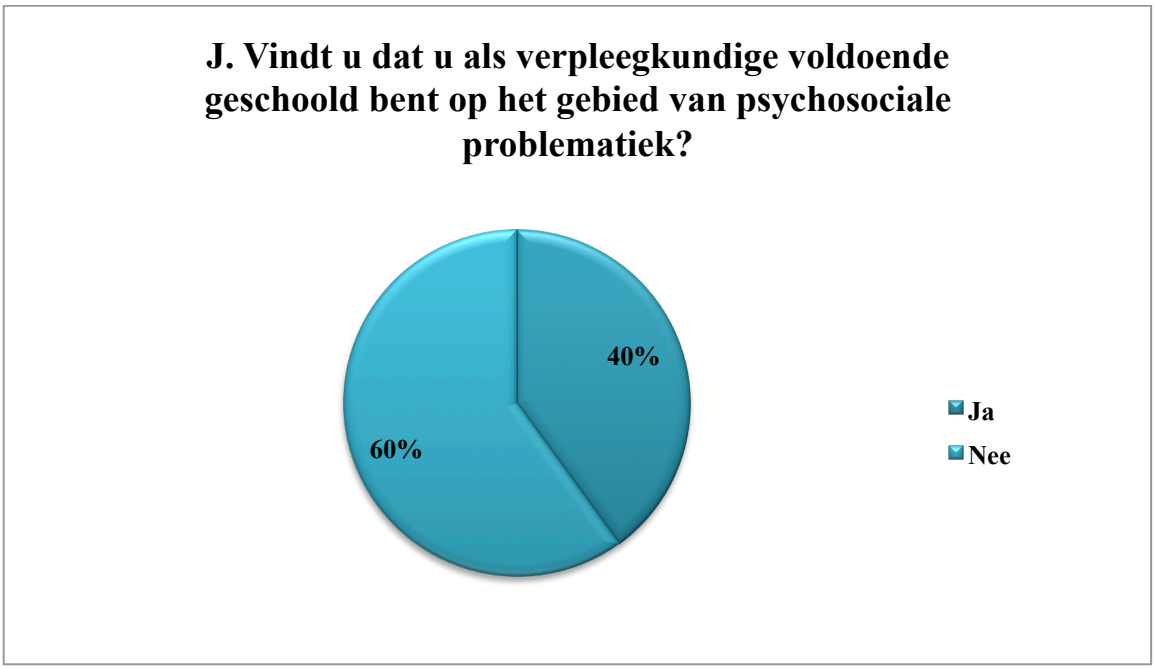
Conclusie
Uit de enquête kwam naar voren dat de respondenten het lastig vonden om in te schatten hoe vaak ze psychosociale problematiek tegen kwamen. Sommige maakten een ruime schatting, anderen gaven aan geen idee te hebben. Naast 'Anders' was het meest gegeven antwoord 1-3 keer in de maand. Eenzaamheid, depressiviteit en rouw komen de respondenten het meeste tegen. In de interviews kwam deze top 3 ook sterk naar voren. Huiselijk geweld komen de medewerkers het minste tegen. Wanneer ze het tegenkomen is dit vaak in de vorm van psychische mishandeling. Een groot deel van de respondenten rekent hulpverlening rondom huiselijk geweld en gezinsproblematiek ook niet tot hun werkgebied, het signaleren ervan wel.

Kennis rondom psychosociale en relationele problematiek

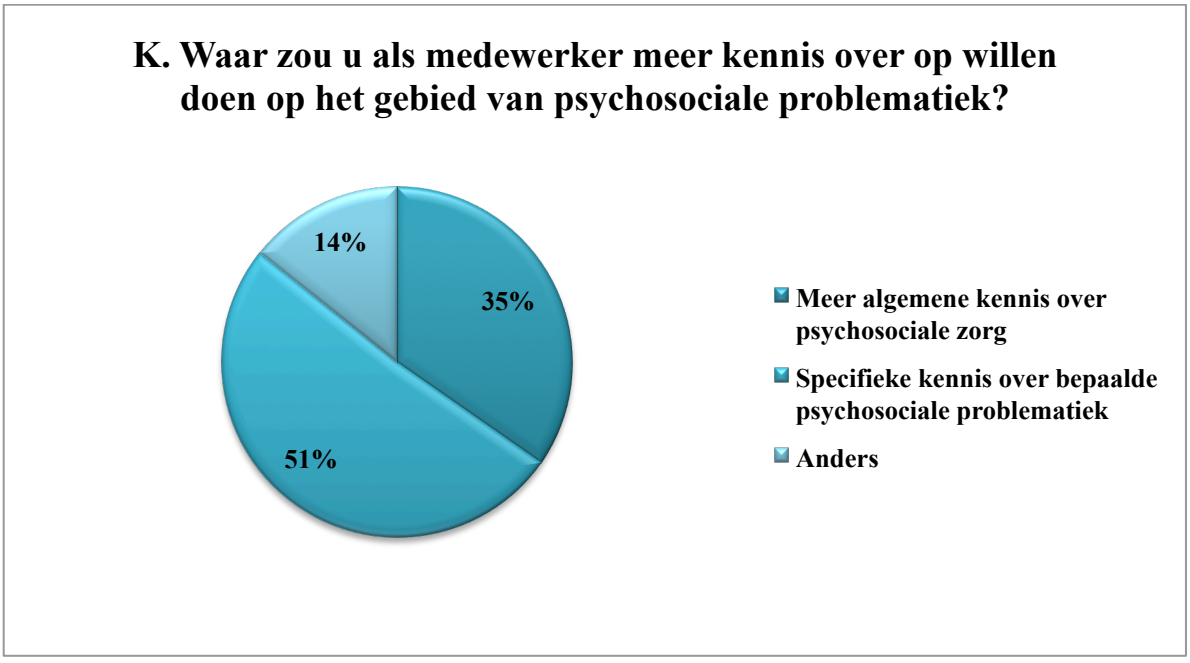
Om een goed beeld te krijgen van de kennis van de wijkverpleegkundigen is er gekozen voor verschillende eenvoudige enquêtevragen wat betreft dit thema. Hieronder vind u de verschillende cirkeldiagrammen met uitkomsten.



[46] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 5 (pagina 117)



Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de meeste verpleegkundigen weten wat er onder psychosociale problematiek wordt verstaan, namelijk 70%. Echter is het voor de overige 30% niet helder wat er wordt verstaan onder psychosociale problematiek. Dit percentage blijkt te kloppen gezien grafiek J waaruit blijkt dat de meerderheid niet voldoende geschoold denkt te zijn, namelijk 60% van de respondenten.
Nu onderzocht is of er meer kennis nodig is op dit gebied, is het goed om te onderzoeken welke vorm die kennis zou moeten hebben. Om hier achter te komen is de volgende vraag gesteld “Waar zou u als medewerker meer kennis over op willen doen op het gebied van psychosociale problematiek?”
Meer dan de helft van de respondenten gaf aan meer specifieke kennis over een psychosociaal probleem te willen. 35% gaf aan graag algemene kennis te ontvangen over dit onderwerp en 14% wilde een ander antwoord op deze vraag geven. Die antwoorden kunt u in onderstaand diagram vinden.



Andere antwoorden die gegeven zijn:

- Allebei
- Op dit moment niets
- Grenzen bepalen
- Verwijsmogelijkheden
- Consult van maatschappelijk werk en duidelijk op de cliëntgericht stappenplan
- In eerste instantie algemene kennis en gezien het cliëntenaanbod bijscholing op de gebieden waar je mee te maken hebt. (2)

We hebben aan de geïnterviewde wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende gevraagd wat zij onder psychosociale problematiek verstaan. Uit deze vraag kwamen verschillende antwoorden, van psychosomatiek en gezinsproblematiek tot psychiatrische aandoeningen. Een geïnterviewde gaf het volgende antwoord:

"Alles wat sociaal om de cliënt heen staat, het hele netwerk, het psychische welzijn, de omgeving en hoe de cliënt daarin functioneert versta ik onder psychosociale problematiek."[47]

We hebben de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende ook gevraagd op welke manier zij geschoold zijn in psychosociale problematiek. Het viel op dat drie van de vier geïnterviewde geen of weinig les kregen in psychosociale problematiek. Ze gaven aan dat het wel heel belangrijk is om ervaring op te doen. Of het nu om levenservaring of ervaring met psychische/psychiatrische problematiek gaat, beide zullen helpen om psychosociale zorg te verlenen.
Verpleegkundigen/verzorgende waren het wel met elkaar eens dat er in de opleiding meer aandacht aan psychosociale zorg besteed zou kunnen worden. Vooral theoretische informatie en handvaten over hoe deze zorg te signaleren.

"Ik denk wel dat als wij er meer van af zouden weten, het makkelijker in te schatten is wanneer je maatschappelijk werk in zou moeten of kunnen schakelen. Voornamelijk het signaleren. Ik denk dat we een meer ondersteunende functie zouden moeten hebben en het moeten kunnen waarnemen."[48]

Jennie Mast is van mening dat de wijkverpleegkundigen vooral methodische kennis moeten hebben op het gebied van psychosociale zorg en goed moeten weten waar hun grenzen liggen. Ze merkt in haar eigen team dat deze twee zaken nog weleens lastig kunnen zijn maar de wil er zeker is om psychosociale zorg te verlenen. Dit bleek onder andere uit het volgende citaat:

"Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundigen er aandacht voor hebben maar ook dat ze toch methodisch doen, er een handvat voor hebben van hoe pak je dat aan. En ook dat ze weten waar de grenzen liggen. Verpleegkundigen kunnen er ook ver in gaan omdat ze dan handvatten missen en dan bijna te ver gaan soms. Ik vind dat psychosociale zorg eigenlijk hoort bij verplegen maar je moet wel weten wat je doet en waar je grenzen liggen."[49]

Conclusie
Als we kijken naar de kennis rondom psychosociale en relationele problematiek, kan er gezegd worden dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wel een bepaald beeld denken te hebben over psychosociale problematiek, maar daarbij van mening zijn onvoldoende geschoold te zijn op dit gebied. Dit is opvallend omdat er wordt aangegeven dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wel denken te weten wat er verstaan wordt onder psychosociale problematiek.

[47] Bijlage 9 : Interview met Janette, vraag 2 (pagina 107)
[48] Bijlage 10 : Interview met Cindy, vraag 7 (pagina 110)
[49] Bijlage 12 : Interview met Jennie Mast, vraag 3 (pagina 117)

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geven aan meer kennis te willen hebben over de algemene psychosociale zorg/problematiek en ook specifieke kennis te willen hebben over psychosociale problematiek zoals signaleren, grenzen en wanneer wel of niet verwijzen.
Scholing op het gebied van psychosociale zorg/problematiek is volgens de wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en projectmedewerker Jennie Mast gewenst.

Grenzen rondom psychosociale zorg voor de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgenden



Bovenstaande diagram laat zien dat een grote meerderheid het eens is met de visie van Buurtzorg om de wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk op te laten pakken, zowel lichamelijk al psychisch. Hiermee bedoelen we het signaleren maar ook voor een gedeelte de behandeling van de psychosociale problemen.

In de interviews lieten de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende weten hoe ze tegen grenzen rondom psychosociale problematiek aankijken. De meesten probeerden eerst het verhaal aan te horen en wanneer ze merkten dat, dat niet genoeg was besloten ze de cliënt door te verwijzen. Ze vinden 'tijd vrij maken' heel belangrijk in het werken met hun cliënten en zijn blij dat ze van Buurtzorg de ruimte krijgen om dit ook te doen.

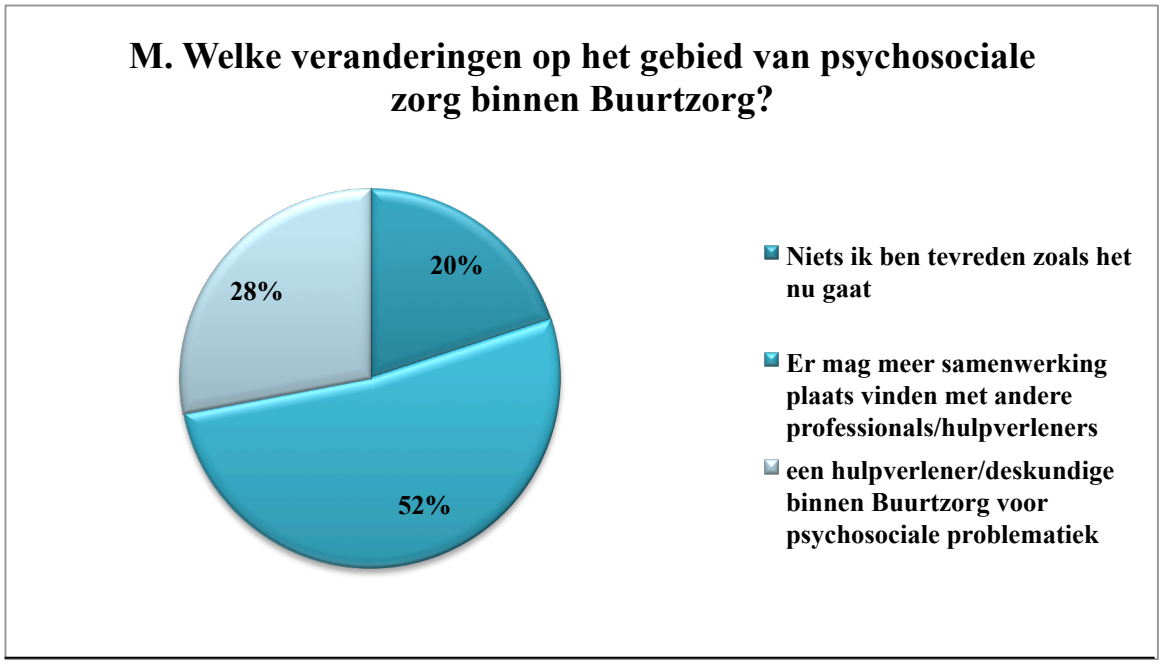
Jos de Blok geeft aan dat dit een goede visie is, hij ziet de wijkverpleegkundigen het liefst als generalisten en niet als specialisten. Hij zei hierover het volgende:

" Ik vind dat als je het vanuit de patiënt bekijkt dat je de patiënt niet onnodig moet belasten met allerlei verschillende mensen die zich met allerlei verschillende dingen bezig houden." "ik denk dat een wijkverpleegkundige een generalist hoort te zijn die van alles wel wat af weet en door de soort problemen die ze tegenkomen beter weten hoe wel om te gaan met allerlei soorten problemen."[50]

[50] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 8 (pagina 128)

Conclusie
Als we kijken naar de grenzen rondom psychosociale zorg voor de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, kan er gezegd worden dat de medewerkers het er over eens zijn dat het gedeelte psychosociale zorg/problematiek ook onder de takenpakket van de wijkverpleegkundige valt. Ze zijn het eens met de visie dat de wijkverpleegkundige zoveel mogelijk moet kunnen oppakken op lichamelijk en geestelijk vlak.
Buurtzorg, in vergelijking met thuiszorgorganisaties, heeft de mogelijkheid om tijd vrij te maken voor de cliënt die bijvoorbeeld ook psychosociale zorg nodig heeft. Buurtzorg streeft naar meer generalisten in plaats van specialisten.

Samenwerking maatschappelijk werk en Buurtzorg



In bovenstaand diagram is de bijpassende enquête vraag al te lezen. "*welke veranderingen zou u willen zien op het gebied van psychosociale zorg binnen Buurtzorg?*". Er zijn drie keuzemogelijkheden gegeven aan de medewerkers. In de bovenstaande cirkeldiagram is te zien dat de meerderheid 52% aangeeft meer samenwerking te willen zien met andere professionals/deskundigen. Daarbij geeft 28% aan dat ze graag een hulpverlener/deskundige binnen de organisatie Buurtzorg zouden willen hebben op het gebied van psychosociale problematiek en 20% van de medewerkers geeft aan dat ze tevreden zijn met hoe het nu gaat binnen Buurtzorg.

In de interviews met de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen van team Ede is er ook stilgestaan bij de vraag welke mogelijke samenwerking met andere disciplines zij mogelijk zouden willen zien binnen Buurtzorg.
De 3 wijkverpleegkundigen en 1 wijkziekenverzorgende van team Ede geven over het algemeen aan dat het goed zou zijn als er iets zou veranderen op het gebied van psychosociale zorg.
Deze veranderingen zien er volgens team Ede het volgende uit:

- Er mag meer holistisch gewerkt worden
- Een nauwere samenwerking met het maatschappelijk werk
- Een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg aannemen, die je bijvoorbeeld kan bellen met vragen.

Om antwoord te geven op de subvraag, welke samenwerking er tussen het algemeen maatschappelijk werk en Buurtzorg zou kunnen zijn, geven de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende van team Ede de volgende antwoorden:
De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende van team Ede geven aan dat, in bijvoorbeeld problematische gezinnen, het goed zou zijn als er ook een maatschappelijk werker ingezet kan worden, waar je op kan terugvallen.
Een van de wijkverpleegkundigen, die zelf ook de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening heeft gestudeerd, zegt over een mogelijke samenwerking met een maatschappelijk werker het volgende:

'Zoals je met een therapeut wekelijks samenwerkt, zo weet ik niet of dat met een maatschappelijk werker ook kan en of het daarbij veel samenwerking kan opleveren'.
'Het lijkt me wel mooi als het kan'. 'Ik den dat het voor Buurtzorg ook goed is, hoe groter het multidisciplinair team hoe beter het is'. 'Ik denk dat het relevant is'.[51]

Een andere wijkverpleegkundige van team Ede zegt het volgende over een mogelijke samenwerking met het maatschappelijk werk:

'Dat lijkt me wel handig, dan heb je korte lijnen'. 'Dan kun je ook even bellen voor overleg'. 'Net als wat we met de fysiotherapeut en ergotherapeut hebben'. 'Die bellen we af en toe even en we hebben ook MDO overleg, 1x in de 4 weken'. 'Dat lijkt mij ook erg goed om met het maatschappelijk werk te hebben'.[52]

Als we kijken naar de citaten van de wijkverpleegkundigen van team Ede en naar het cirkeldiagram, kan er gezegd worden dat er behoefte is naar een betere samenwerking met andere professionals/hulpverleners en/of een hulpverlener binnen Buurtzorg voor psychosociale problematiek. Deze behoefte is te zien aan de percentages (52% en 28%) die uit de enquête kwamen.

De bovenstaande subvraag is niet alleen gesteld aan de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, maar is ook gesteld aan de organisatie van Buurtzorg, directeur Jos de Blok en Jennie Mast projectmedewerker.
Jos de Blok zei hierover het volgende:

'Het past absoluut niet bij ons model om bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aan te nemen. Natuurlijk heb ik daar wel over nagedacht, maar de reden dat het nu zo goed werkt is juist dat dat niet hoeft'.[53]

Jos de Blok wil hiermee aangeven dat de samenstelling van de teams van Buurtzorg gebaseerd zijn op het idee dat iedereen elkaar kan vervangen. Een maatschappelijk werker aannemen binnen Buurtzorg, zou de hele manier van werken binnen de visie van Buurtzorg verstoren. Daarbij geeft Jos de Blok duidelijk aan dat hij wil voorkomen dat er allerlei verschillenden specialisten bij de cliënt over de vloer komt. Jos de Blok wil graag zien dat de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk kunnen oppakken op lichamelijk gebied, maar ook op psychosociaal gebied.

Hiermee laat hij zien dat hij geen voorstander is van het aannemen van een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg. Wel benadrukt hij in het interview dat hij vindt dat maatschappelijk werkers in het netwerk van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden moet zitten.

[51] Bijlage 9: Interview met Janette, vraag 15 (pagina 107)
[52] Bijlage 11: Interview met Melyn, vraag 13 (pagina 114)
[53] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 11 (pagina 128)

Jennie Mast zegt het volgende over een mogelijke samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk:

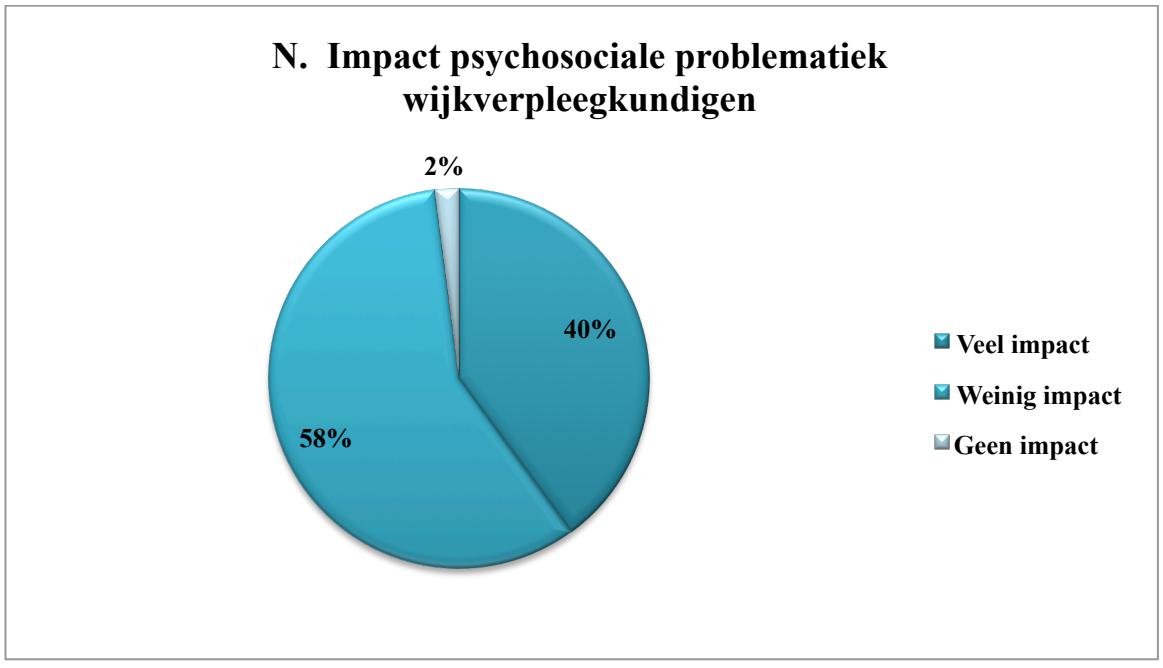
'Ik denk dat het heel goed is als de teams, in het kader van hun sociale netwerk, weten wie de maatschappelijk werker in de buurt is en daar ook contact mee hebben over cliënten'. 'Dat is ook het uitgangspunt bij Buurtzorg, dat het gaat om de directe cliënt relaties en de mensen die daarom heen zitten'.[54]

Jennie Mast wil hiermee aangeven dat het goed zou zijn als er met de maatschappelijk werker in de wijk contact wordt gelegd, op dezelfde manier zoals het ook wordt gedaan bij huisartsen.

Naar aanleiding van de reacties van directeur Jos de Blok en projectmedewerker Jennie Mast, kan er gezegd worden dat zij het wel van belang vinden dat de maatschappelijk werker in het netwerk van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden komen. Ook laten zij blijken dat het van belang is als er meer samenwerking plaats gaat vinden met het specialisme maatschappelijk werk.

Conclusie
Als we kijken naar een mogelijke samenwerking met het maatschappelijk werk en Buurtzorg, kan er gezegd worden dat de meerderheid aangeeft meer behoefte te hebben aan een betere/nauwere samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.
In de interviews en in de digitale enquête is gebleken dat die behoefte er is, maar is er nog wel de vraag hoe deze samenwerking er dan uit moet komen te zien. Daarbij wil Buurtzorg ervoor waken dat er niet te veel specialisten bij de cliënt over de vloer komen, zoals nu wel het geval is bij de huidige thuiszorgorganisaties.

De impact van psychosociale problematiek op de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgenden



In de bovenstaande cirkeldiagram is te zien dat de meerderheid 58% aangeeft dat het werken met psychosociale problematiek weinig impact heeft. Daarbij geeft 40% aan dat het werken met

[54] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 16 (pagina 117)

psychosociale problematiek veel impact heeft op hen en 2% van de medewerkers geeft aan dat het werken met psychosociale problematiek totaal geen impact op hen heeft.
De wijkziekenverzorgende en wijkverpleegkundigen van Buurtzorg Ede zeiden in de interviews het volgende over de impact van het werken met psychosociale problematiek;
Over het algemeen merken de 3 wijkverpleegkundigen en 1 wijkziekenverzorgende weinig tot geen impact bij het werken met psychosociale problematiek. De medewerkers van team Ede geven aan dat ze het juist prettig vinden om in hun vak als wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende bezig te zijn op psychosociaal vlak. Het verruimt het beroep van verpleegkundigen door niet alleen maar lichamelijk bezig te zijn, maar ook het stukje psychosociale zorg op te pakken.
De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende zeggen daarover het volgende:

'Ik merk niet aan mezelf dat ik meer belast ben na een bezoek waar ik zowel medisch als psychologische zorg heb gegeven'. 'Ik wordt vooral moe van lichamelijk werk, maar van praten wordt ik juist niet moe.' 'Dit is iets wat ik het liefst doe'.[55]

'Ik vind het 'leuke' en mooie zorg om erbij te geven dus ik zie het niet als belasting'.[56]

Het is positief om te zien/horen dat de meeste wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden weinig impact ervaren bij het werken met psychosociale problematiek. Dit is positief omdat de meeste medewerkers op dit gebied blijkbaar een juiste balans hebben kunnen vinden bij het om gaan met deze problematiek.
Toch heeft 40% aangegeven dat het werken met psychosociale problematiek veel impact kan hebben.
Een wijkverpleegkundige van team Ede, zegt daarover het volgende:

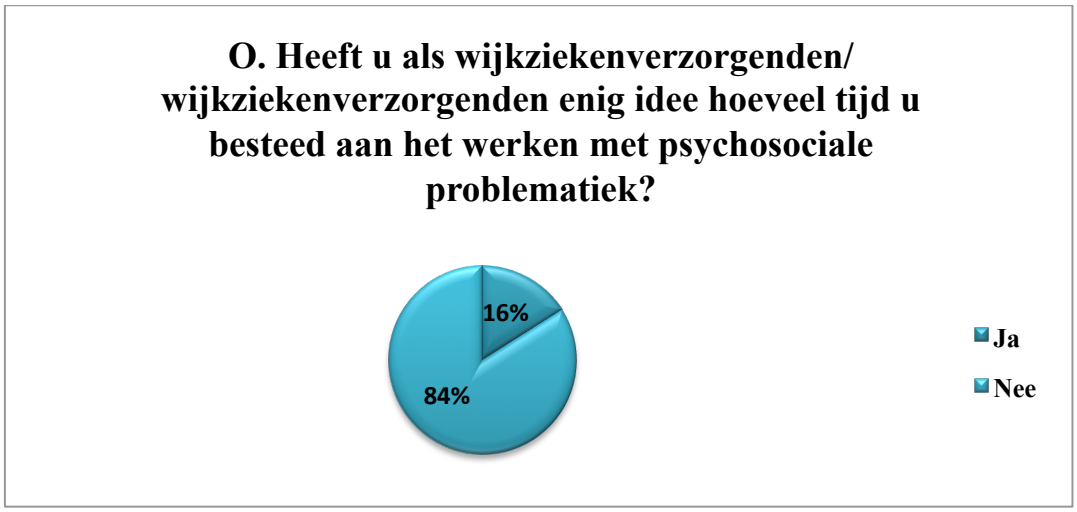
'Als mensen emotioneel worden of moeilijke dingen vertellen dan merk ik wel dat ik moeër ben aan het einde van de dag. 'Ikzelf merk dat wel, maar ben daar dan ook wat gevoelig voor'. 'Het belemmert me niet om het te doen, dan lig ik gewoon eerder op bed avonds'.[57]

In bovenstaande citaat is duidelijk te lezen dat de impact van psychosociale problemen bij cliënten op wijkverpleegkundigen zich kan uiten in geestelijke belasting, wat zich uit in bijvoorbeeld vermoeidheid.
Hierbij geldt dat dit per persoon kan verschillen. De mate van impact heeft ook te maken met de manier van werken en hoe men zelf als wijkziekenverzorgende en wijkverpleegkundige in bepaalde situaties staat.

Conclusie
Als we kijken naar de mogelijke impact op de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op het gebied van psychosociale problematiek, kan er gezegd worden dat psychosociale problematiek voor een kleine meerderheid weinig impact heeft op de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.
De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende reageren in de interviews vooral positief op het werken met psychosociale zorg/problematiek. Uit de enquête is gebleken dat 40% wel ervaart dat het veel impact heeft.

[55] Bijlage 8: Interview met Alda, vraag 10 (pagina 102)
[56] Bijlage 10: Interview met Cindy, vraag 18 (pagina 110)
[57] Bijlage 11: Interview met Melyn, vraag 10 (pagina 114)

Werktijd psychosociale problematiek



In de bovenstaande cirkeldiagram is te zien dat 16% heeft aangegeven, helder te hebben hoeveel tijd ze kwijt zijn aan psychosociale zorg. 84% van de medewerkers geeft aan geen idee te hebben hoeveel tijd er besteed wordt aan psychosociale problematiek.
Tijdens dit onderzoek binnen Buurtzorg, is er ook aandacht besteed aan het Buurtzorg web en is er gekeken hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede onder psychosociale zorg zouden vallen. Ook hieruit kwam naar voren dat er op het Buurtzorg web niet duidelijk wordt beschreven welke cliënten psychosociale problematiek hebben en dus onder psychosociale zorg zouden vallen. Dit verklaard mogelijk de eerder genoemde uitkomst, dat de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen niet duidelijk weten hoeveel (werk) tijd er besteed wordt aan psychosociale problematiek.

In de digitale enquête konden de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een opmerking plaatsen. Niet elke medewerker van elk team heeft een opmerking geplaatst omdat dit een vrije keuzemogelijkheid was. De opmerkingen die wel zijn geplaatst aan de hand van bovenstaande vraag, zijn hieronder in een schema terug te vinden.

Team:	**Functie:**	**Opmerking:**
Ede A	1 Wijkziekenverzorgende	30 tot 40% van de cliënten heeft aandacht op dit gebied nodig in meer of mindere mate
Ede B	2 Wijkverpleegkundige	• 2 uur in de week • 30%
Bennekom 1	1 Wijkverpleegkundige	ADL duurt bijv. 30 min. Daarna praat je nog 30 min over de psychosociale problemen
Bennekom 2	1 Wijkverpleegkundige	50%
Wageningen	2 Wijkverpleegkundige en 1 Wijkziekenverzorgende	• Wat de indicatie geeft en soms meer! • 15-30 min naast persoonlijke verzorging. Bij rouw 1 uur • 15 min meer per keer
Wekerom	1 Wijkverpleegkundige	Dit gaat vaak tussendoor

Conclusie
Het grootste deel van de wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgende heeft geen idee hoeveel tijd ze kwijt zijn aan psychosociale problematiek. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden de psychosociale zorg tussendoor geven en het niet registreren op het Buurtzorg web.

Opmerkingen naar aanleiding van de enquête

Aan het einde van de enquête kregen de respondenten de ruimte om een eventuele opmerking te plaatsen. Hieronder is een overzicht van de verschillende teams met daarbij de gegeven opmerkingen. Niet elke respondent heeft en opmerking gegeven, dit was een vrije optie.

Team Ede A:
- Ook voor de medewerkers kan het nodig zijn een beroep te kunnen doen op professionals bij moeilijke casus van een cliënt *(wijkverpleegkundige)*.
- Zoals ik al melde in een van de eerste vragen is het naar mijn idee van belang dat er meer algemene kennis is van deze hulpvraag (signaleren) zodat we op tijd hulpverlening in kunnen zetten *(wijkziekenverzorgende)*.

Team Ede B:
- Een mogelijkheid is om binnen het team een persoon te hebben die maatschappelijk problemen op zich neemt. Dit zou een persoon kunnen zijn met een meer sociale studieachtergrond. Deze zou het team kunnen ondersteunen en coördinerende taken op zich kunnen nemen. Denkend aan aanvragen van WMO, gemeente, vrijwilligers voor de cliënten, uitbreiding sociaal netwerk e.d. *(wijkverpleegkundige)*.
- Meer gerichte scholing voor gezins- en relatie problematiek bij chronisch zieken. voor verpleegkundigen en verzorgende door Ven VN o.a. *(wijkverpleegkundige)*.
- Het lijkt me goed om een collega te hebben met een maatschappelijk werk achtergrond om Individuele begeleiding te geven aan cliënten die hier behoefte aan hebben *(wijkverpleegkundige)*.
- Door meer scholing zouden we zelf ook een deel op kunnen pakken. Maar het lijkt mij een fijn idee als er iemand voor aangenomen wordt die zich echt kan richten op de psychosociale problematiek! *(wijkverpleegkundige)*.

Team Bennekom 1:
- Ja, welke zorg andere professionals kunnen bijdragen. Betere samenwerking *(wijkverpleegkundige)*.

Team Bennekom 2:
- Cursussen aanbieden m.b.t. het signaleren van de bovenstaande punten. Leer je altijd weer van. Handige en nuttige tips en handvatten *(wijkziekenverzorgende)*.
- Binnen mijn werk ben ik heel veel bezig met psychosociale problematiek. Zoals we in Bennekom zeggen, het praatje is belangrijker dan het daadje. Ik signaleer het een en ander en kan dat evt. met andere hulpverleners kortsluiten als de cliënt daarvoor openstaat.
  Verder ben ik groot voorstander vooral naar oplossingen te kijken die de cliënt zelf aandraagt en minder te focussen op 'problemen'. Belangrijkste vraag bij mijn handelen: "Waarmee/hoe is de cliënt het meest geholpen" *(wijkverpleegkundige)*.

Team Veenendaal:

- Ik neem deel aan het signaleringsnetwerk welzijn Veenendaal, waar problemen via casussen worden ingebracht en er met meerdere discipline\'s gezocht wordt naar een oplossing, meestal doorverwijzingen *(wijkverpleegkundige)*
- Ik werk bij deze organisatie nog erg kort om een volledig beeld te krijgen *(verpleegkundige in de wijk team)*.
- Binnen ons team hebben wij contact gehad met een humanistisch werker. Het zou misschien goed zijn zo iemand toe te voegen aan Buurtzorg+ voor de zorgvragen die meer begeleiding vragen *(verpleegkundige in de wijk)*.

Team Veenendaal Zuid:

- Binnen ons team werkt een collega welke gespecialiseerd is in ouderenzorg. Vele aspecten van de psychosociale zorg vallen binnen haar specialisatie. Zij ondersteunt het team door advies en handreikingen. Zij wordt bewust ingezet in situaties waarbij psychosociale aspecten spelen. Ik wens elk team zo\'n collega toe! *(wijkverpleegkundige)*
- Ik werk bij deze organisatie nog erg kort om een volledig beeld te krijgen *(verpleegkundige in de wijk team)*.
- Scholing om ons meer alert te maken op signalen die cliënten afgeven *(wijkverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk)*.

Team Veenendaal West:

- Algemene opmerking t.a.v. deze enquête: Het lijkt mij zinvol voor het goed beantwoorden van de vragen dat in het begin wordt aangegeven wat de enquête verstaat onder psychosociale problematiek. Op deze wijze wordt het m.i. nogal vaag *(wijkverpleegkundige)*.

Team Wekerom:

- Ik spreek vanuit mezelf, en weet best wat de psychosociale zorg in houd. Dit mede door ervaring en door bijscholingen en opleiding Ouderen Adviseur. Doordat wij pas een jaar bij buurtzorg werkzaam zijn is er heel veel wat geregeld moet worden De aandacht is er binnen ons team absoluut voor. Maar we zouden er veel meer uit kunnen halen. Ik denk mede door meer samenwerking met andere disciplines. We zijn al wel op de goede weg, starten deze maand buurtzorg plus en hebben regelmatig overleg met huisarts, fysiotherapeut en indien nodig de GGZ *(wijkverpleegkundige)*.

Team Wageningen heeft geen opmerkingen/ideeën geplaatst naar aanleiding van de enquête.

3.3 Ontwikkelingen in de branche

Ontwikkelingen psychosociale zorg bij andere thuiszorgorganisaties

Inleiding

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan deelvraag 3.
Er wordt ingegaan op hoe andere thuiszorgorganisaties omgaan met psychosociale problematiek. Ook wordt gekeken naar de rol van wijkverpleegkundigen hierin. Er hebben twee interviews plaatsgevonden bij twee verschillende thuiszorg organisaties in de regio Gelderland.

Het eerste interview heeft plaats gevonden op 17 maart 2011 in Nunspeet met een medewerker van een thuiszorg organisatie die we in het vervolg organisatie A zullen noemen. Zij is leidinggevende van de afdeling thuisbegeleiding op de Veluwe.
Er is gekozen voor een interview met een leidinggevende, omdat deze een duidelijk en helder beeld kan schetsen van de organisatie en de manier waarop gewerkt en gehandeld wordt op het gebied van

psychosociale zorg. Deze leidinggevende werkt al 6 jaar in de organisatie, heeft een HBO opleiding psychiatrie gevolgd en heeft dus een ruime kennis van psychosociale problematiek.

Het tweede interview heeft plaats gevonden op 5 april 2011 op de Christelijke Hogeschool in Ede met een verpleegkundige die werkzaan is binnen de thuiszorgorganisatie Vilente, die we in het vervolg organisatie B zullen noemen. Deze verpleegkundige is een teambegeleider,medewerker bij een projectgroep over probleemgedrag onder cliënten en heeft een administratieve functie met betrekking tot indicaties. Deze verpleegkundige werkt bijna 10 jaar bij deze organisatie .

Van beide interviews is een beknopte samenvatting gegeven en na de samenvatting zijn en worden belangrijke overeenkomsten en verschillen beschreven tussen de twee thuiszorgorganisaties. Ook wordt een koppeling gemaakt met de organisatie Buurtzorg.

Een gedetailleerde en uitgebreide weergave van deze interviews is terug te vinden vanaf pagina 127.

Interview met organisatie A

Samenvatting
Psychosociale zorg/problematiek is een belangrijk en groot aandachtsveld in organisatie A.
Organisatie A probeert zoveel mogelijk op dit gebied op te pakken en wat de organisatie zelf niet kan oppakken wordt doorverwezen naar andere instellingen. Organisatie A werkt met thuisbegeleiding en de thuisbegeleiding is vooral gericht op het psychosociale vlak. De wijkverpleegkundigen zijn vooral gericht op het lichamelijk vlak. Thuisbegeleiding is de nieuwe benaming voor wat voorheen bekend stond als gespecialiseerde (gezins) verzorging.
Organisatie A is bezig om mensen die tussen wal en schip vallen te betrekken bij de organisatie. Dit zijn mensen die financiële problematiek hebben en daardoor bijvoorbeeld uit huis worden gezet. Zij hebben meestal geen vaste woon en verblijfplaats en komen daardoor niet in aanmerking voor AWBZ.
Op het gebied van psychosociale zorg/problematiek, werkt de organisatie met signaleringskaarten, waar onder andere wijkverpleegkundigen gebruik van kunnen maken. Dit zijn signaleringskaarten voor bijvoorbeeld huiselijk geweld, dementie en huilbaby's.

Daarnaast werkt de organisatie met de methodiek 'Tripple P'. De geïnterviewde zegt daar het volgende over:

"*De methodiek 'Tripple P' gebruiken we veel. Deze methodiek gaat uit van positief opvoeden en het toepassen van grenzen.*"

Psychosociale zorg wordt binnen organisatie A geregistreerd in persoonlijke dossiers van de cliënt en in een digitaal systeem. In dit digitale systeem is ook te vinden hoeveel trajecten thuisbegeleiding er binnen de organisatie zijn.
Organisatie A werkt vooral intensief samen met het algemeen maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, het AMK en met psychologen en psychiaters. Binnen organisatie A wordt dit het sociaal vangnet genoemd. De organisatie zegt het volgende over de samenwerking met het maatschappelijk werk:

"We hebben geen maatschappelijk werker binnen de organisatie, dat is maar een heel klein onderdeeltje van het werk'. 'We hebben wel maatschappelijk werkers aan het werk als thuisbegeleiders maar niet op zichzelf staand."

Binnen organisatie A is men tevreden over de manier waarop het nu gaat wat betreft psychosociale zorg. De geïnterviewde zegt hier het volgende over:

"Ik zou niet goed weten wat verbeterd moet worden. We hebben nu een hele nauwe samenwerking met elkaar'. 'De meeste mensen hebben een bepaald beeld van de organisatie bijvoorbeeld dat het alleen wassen en aankleden is. Maar volgens mij weet iedereen binnen de organisatie wel iets over deze problematiek."

Over een mogelijke belasting van de wijkverpleegkundigen door psychosociale zorg, zegt organisatie A dat de wijkverpleegkundigen van organisatie A altijd terecht kunnen bij de coördinator. Daarbij hebben de wijkverpleegkundigen ook intervisie.

Conclusie organisatie A
Organisatie A heeft een brede doelgroep heeft en zich voornamelijk richt op gezinsondersteuning. Bij organisatie A speelt thuisbegeleiding en de daarbij behorende psychosociale zorg een grote rol. Er wordt aangegeven dat cliënten en situaties die de medewerkers niet kunnen begeleiden of ondersteunen, worden door verwezen naar andere instellingen. Organisatie A werkt veel met signaleringskaarten en heeft samenwerkingsverbanden met het algemeen maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg, het AMK, psychologen en psychiaters.
Organisatie A is een grote organisatie met verschillende disciplines. Binnen de organisatie zijn wijkverpleegkundigen werkzaam op het lichamelijk vlak. De thuisbegeleiding wordt verzorgd door andere medewerkers, die zich vooral richten op het psychosociale vlak. Er is duidelijk te zien dat er snel gebruik gemaakt wordt van andere specialisten. Binnen organisatie A wordt er van de wijkverpleegkundigen verwacht dat ze goed om kunnen gaan met lichamelijke en psychische belasting en er voldoende middelen zijn om dit op te vangen.

Interview met organisatie B

Samenvatting
In het interview met organisatie B hebben we verschillende vragen gesteld rondom de psychosociale problematiek en zorg binnen hun organisatie. De medewerker gaf aan vooral dementie bij bejaarden maar ook psychische stoornissen onder psychosociale problematiek te verstaan. De medewerker vind het een uitdaging om met psychosociale problematiek te werken maar zegt wel door te verwijzen als ze merkt dat het te complex wordt. Binnen deze organisatie wordt er gewerkt met vragen en signalen lijsten die handvaten geven aan de medewerkers, er is geen vastomlijnd protocol. Belangrijk voor het invullen van de vragenlijsten is dat de cliënt meewerkt. Die medewerking wordt niet altijd geboden en dat maakt het werken met die lijsten soms lastig. Ze zei hierover het volgende:
"In de thuiszorg heb je medewerking van de cliënt nodig. Ze zijn wilsbekwaam, als zij het probleem niet zelf inzie, of de familie, dan kun je allen maar aanraden dat je het verstandig zou vinden als ze hulp gaan zoeken. In principe kom je er alleen om steunkousen aan te trekken, dan ga je niet meteen beginnen over bepaald gedrag dat niet leuk is. Alleen als je merkt dat ons werk erdoor belemmerd wordt en dat de familie of de cliënt er een probleem mee heeft, dan kun je er wat mee en niet eerder. "

Binnen organisatie B zijn een ambulant thuiszorgteam, maatschappelijk werkers, een steunpunt mantelzorgers en een psycholoog. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van ouderenzorgers binnen gemeente Wageningen. Indien nodig wordt ook weleens contact gelegd met "de Gelderse Roos", een organisatie waar mensen werken die gespecialiseerd zijn in psychogeriatrie.
Organisatie B registreert psychosociale zorg vooral in cliëntdossiers. Daarnaast werken ze met scorelijsten. Daarop kunnen ze aangeven of een cliënt boven een bepaalde score uitkomt en dus speciale zorg nodig zou hebben. Deze lijsten worden 1 x in de 3 maanden ingezet.

De geïnterviewde geeft aan dat er in organisatie B nog wel verbeter mogelijkheden zijn op het gebied van psychosociale zorg. Vooral rondom de communicatie. Soms komen verschillende partijen vanuit de organisatie bij de cliënt en dan vind er weinig overleg plaats over wie wat gaat doen.

Waar de thuiszorg binnen organisatie B ook tegen aanloopt zijn de indicaties. Het is erg lastig om meer tijd te krijgen om bijvoorbeeld even een verhaal aan te horen van een cliënt. De geïnterviewde geeft aan zelf wel goed haar best te doen voor extra indicaties. Dat beschrijft het volgende citaat:

"Wat ik wel doe is een goede gedetailleerde beschrijving maken voor de indicatie. Begeleiding individueel kreeg iedereen vroeger gewoon, dat is nu echt niet meer zo, dat krijg je bijna niet meer. Maar met hele goede argumenten kun je het nog krijgen, dat moet je heel goed en concreet omschrijven wat er speelt."

De geïnterviewde vertelt zelf nauwelijks samen te werken met het maatschappelijk werk binnen hun organisatie. Er is weinig contact over een cliënt. Soms verwijst de thuiszorg door naar het maatschappelijk werk binnen de organisatie. Dit gaat via een algemeen nummer waar alle medewerkers binnen de organisatie gebruik van kunnen maken.

Over het algemeen geeft de geïnterviewde aan tevreden te zijn over de manier van werken wat betreft psychosociale zorg in de organisatie. De kennis is er vaak wel in de teams, al zit het vaak bij één persoon. Als gevaar hiervan ziet de medewerker dat als die persoon weggaat de kennis in veel gevallen ook weg is.

Conclusie organisatie B
Binnen organisatie B is gekozen voor een multidisciplinaire insteek. Binnen de organisatie wordt gebruik gemaakt van psychologen, maatschappelijk werkers en andere vormen van psychosociale hulpverlening. Organisatie B werkt met scorelijsten. Deze lijsten worden een keer in de drie maanden ingezet om te kijken op welk gebied de cliënt op dat moment problemen heeft of kan ontwikkelen. De medewerker is over het algemeen tevreden over de manier van werken met psychosociale problematiek. Een verbeterpunt dat genoemd werd is de communicatie tussen verschillende disciplines binnen de organisatie. Soms wordt er langs elkaar heen gewerkt in plaats van samen gewerkt. Net als medewerker van organisatie A geeft de geïnterviewde van organisatie B aan erg veel moeite te moeten doen voor een extra indicatie op het psychosociale gebied.

Vergelijking met Buurtzorg:
De vergelijking van Buurtzorg met de organisaties A en B levert een aantal verschil punten op.:

- Benaming zorg: organisatie A noemt zichzelf thuiszorg. Buurtzorg doet dat niet en noemt zichzelf wijkverpleging.
- Inrichting zorg: organisatie A heeft te maken met verschillende takken. Zij hebben een aparte tak ingericht voor psychosociale zorg en noemen dat thuisbegeleiding. Buurtzorg heeft er voor gekozen om zich alleen te richten op wijkverpleging en is van mening dat onder wijkverpleging veel verschillende takken van zorg vallen. Buurtzorg is geen voorstander van het opsplitsen van de zorg. Directeur Jos de Blok zegt daar het volgende over:

"*Je ziet bijvoorbeeld dat allerlei specialisten bij een cliënt betrokken zijn, maar het probleem wordt niet opgelost. Dus wat ik vind is dat er veel te veel specialisten zijn en veel te weinig generalisten."*

- Doorverwijzing: doorverwijzen naar bijvoorbeeld een maatschappelijk werker gebeurt binnen organisatie B veel. Organisatie B heeft binnen de organisatie onder andere maatschappelijk werk, steunpunt mantelzorg en een psycholoog. Bij Buurtzorg is er geen sprake van andere disciplines binnen de organisatie.
- Werkdruk: organisatie B loopt vooral aan tegen het feit dat de indicaties heel moeilijk te verkrijgen zijn en ze daardoor soms niet voldoende tijd hebben voor de cliënt. Daarbij moeten de medewerkers van organisatie B ook inklokken en uitklokken bij de cliënt. Bij Buurtzorg speelt tijd een andere rol en kunnen de medewerkers meer doen voor hun cliënt.

Daardoor kunnen ze inspelen op de situatie die zich op dat moment voordoet bij hun cliënt.

3.4 Gewenste situatie

Gewenste situatie psychosociale zorg Buurtzorg Ede

Inleiding
In dit deel van het verslag wordt gekeken naar de behoeftes en mogelijke verbeterpunten van Buurtzorg Ede (en nabij gelegen teams in de regio) op het gebied van psychosociale zorg. Dit is gedaan aan de hand van subvraag 4.1 en 4.2 uit het plan van aanpak: wat is de gewenste situatie volgens de werknemers? En wat is de gewenste situatie volgens de organisatie?
Het beantwoorden van de vragen op dit vlak is gedaan aan de hand van de volgende informatie:

- Uitkomsten enquête bij teams Wageningen, Wekerom, Ede, Bennekom en Veenendaal
- Vier interviews: met 3 wijkverpleegkundigen en 1 ziekenverzorgende uit team Ede
- Twee interviews met Jennie Mast en Jos de Blok, beide uit de organisatie van Buurtzorg

Een gedetailleerde en uitgebreide weergave van de interviews is terug te vinden vanaf pagina 106 in de bijlagen.

Wat is de gewenste situatie volgens de werknemers?

Bij de meerderheid van de geïnterviewde verpleegkundigen van team Ede komt naar voren dat er een betere samenwerking zou kunnen plaats vinden met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk. Wijkverpleegkundigen van team Ede zeggen hierover het volgende:

'Ja, daar zou ik voor open staan alleen weet ik niet hoe we daar mee kunnen samenwerken. Zoals je met een therapeut wekelijks samenwerkt, zo weet ik niet of dat met een maatschappelijk werker ook kan. Het lijkt me wel mooi als het kan. Ik denk dat het voor buurtzorg ook goed is, hoe groter het multidisciplinaire team, hoe beter het is. Ik denk dat het relevant is'[58].

'Ik denk dat wij veel meer werk voor het maatschappelijk werk zouden kunnen leveren als wij het signaleren zouden oppakken. Wij zijn continue bezig met observeren, dat wordt in het team overlegd en mogelijk een gesprek bij de huisarts. Als we ook in het signaleren meer een eenduidige lijn zouden hebben dan zouden we veel meer werk kunnen sluizen'[59].

'Dat lijkt me wel handig, dan heb je korte lijnen, dan kun je ook even bellen voor overleg. Net als wat we met de fysiotherapeut en ergotherapeut hebben, die bellen we af en toe even en we hebben ook MDO overleg, 1x in de 4 weken. Dat lijkt mij ook erg goed om met het maatschappelijk werk te hebben'[60].

De bovenstaande citaten laten zien dat er behoefte is aan een betere samenwerking met het maatschappelijk werk. Niet alleen de afgenomen interviews bij de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende geven dit aan, maar ook in de enquête kwam het naar voren.
In de enquête kwam naar voren dat 52% graag meer samenwerking zou willen hebben met andere professionals/deskundigen. 28% zou graag een hulpverlener/deskundige binnen Buurtzorg willen hebben.

[58] Bijlage 9: Interview met Janette, vraag 15 (pagina 107)
[59] Bijlage 10: Interview met Cindy, vraag 19 (pagina 110)
[60] Bijlage 11: Interview met Melyn, vraag13 (pagina 114)

Niet alleen een betere samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk is een behoefte/gewenste situatie, maar ook meer kennis en scholing op het gebied van psychosociale problematiek is gewenst. De wijkverpleegkundigen van team Ede geven hierover het volgende aan: *'Het lijkt me wel heel interessant voor ons allemaal om iets nieuws te leren of iets scherper te worden, dat is altijd welkom. Misschien is het toch wel heel erg nodig? Ik denk dat het sowieso goed is omdat buurtzorg gericht is op heel de cliënt en op alles wat daar speelt, dan mogen we er ook misschien meer bagage bij hebben'*[61].

'Hoe het eruit zou moeten zien, sowieso 'het omgaan met' maar ook de theorie over bepaalde dingen. Ik zou dan wel van het begin tot het einde willen horen. Van het signaleren tot het omgaan met en het doorverwijzen naar'[62].

'Richtlijnen over wanneer geef je een situatie uit handen, dus toch een vorm van protocol of checklist; als een situatie bepaalde aspecten bevat dan wordt het tijd om het uit handen te geven. Een soort stappenplan of protocol, ik weet niet helemaal hoe je dat het beste kunt doen maar dat er in elk geval één lijn in zit. Iets waar je op terug kunt vallen in een teamvergadering. Toch zou ik ook wel echt meer willen weten op het gebied van signaleren, dus een deskundigheidsbevordering of iets. Bijvoorbeeld een PowerPoint presentatie met een hand-out, zodat iedereen weet wat je kunt signaleren en bij welke situaties je moet overleggen[63]*'*.

De bovenstaande citaten laten zien dat het naast een betere samenwerking met het maatschappelijk werk, ook gewenst is om meer kennis/scholing op te doen over de volgende thema's:

- Signalering
- Hoe om te gaan met bepaalde situaties/casussen
- Wanneer een situatie/casus uit handen geven (doorverwijzen)

Aan het thema scholing is ook in de digitale enquête aandacht besteed. 51% van de medewerkers zou meer specifieke kennis willen hebben over psychosociale problematiek. 35% zou meer algemene kennis willen hebben op dit gebied.

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden laten hiermee zien dat zij het belangrijk vinden om,naast intensief bezig te zijn op lichamelijk vlak,ook op een intensieve manier bezig te zijn op psychosociaal vlak. Buurtzorg verwacht dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden breed georiënteerd zijn op zowel lichamelijk als psychisch vlak. Daarbij is een juiste kennis en toepassing van vaardigheden van belang. Buurtzorg wil voorkomen dat er veel verschillende specialisten bij de cliënt over de vloer komen en wil zich daarbij onderscheiden van thuiszorgorganisaties die nog wel zo te werk gaan. Hier staat Buurtzorg onder andere om bekend en het maakt hen ook sterk. Wij zijn van mening dat het in dat geval belangrijk is om hen goed op te leiden en in de gaten te houden dat de verpleegkundigen weten waar hun eigen grenzen liggen.

Wat is de gewenste situatie volgens Jennie Mast en Jos de Blok?

Directeur Jos de Blok heeft in zijn interview duidelijk aangegeven hoe hij aankijkt tegen psychosociale zorg binnen Buurtzorg.
Hij zegt het volgende over zijn kijk op het aannemen van een psychosociale hulpverlener, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, binnen Buurtzorg:

'*Het past absoluut niet bij ons model om bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aan te nemen.*

[61] Bijlage 9: Interview met Janette, vraag 13 (pagina 107)
[62] Bijlage 11: Interview met Melyn, vraag 12 (pagina 114)
[63] Bijlage 10: Interview met Cindy, vraag 19 (pagina 110)

Natuurlijk heb ik daar wel over nagedacht, maar de reden dat het nu zo goed werkt is juist dat,dat niet hoeft. Je ziet ook bij andere specialisten dat mensen datgene waar ze zich op gaan richten als het belangrijkste in een bepaalde situatie gaan zien, dus hoe meer specialisten hoe meer de patiënt opgedeeld wordt in partjes'[64].

Met bovenstaande uitspraak laat Jos de Blok zien de cliënt binnen Buurtzorg het belangrijkste te vinden en dat hij het daarom van belang vindt dat de cliënt op een goede en efficiënte manier de juiste hulp ontvangt. Hij vindt dat daarbij niet veel verschillende specialisten betrokken moeten zijn.
Jos de Blok hecht meer waarde aan het feit dat de wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk zelf kunnen behandelen op het lichamelijk en geestelijk vlak. Hij wil voorkomen dat cliënten in partjes/hokjes opgedeeld worden. Dat is ook één van de redenen dat hij Buurtzorg heeft opgezet.

Jos de Blok streeft ernaar om de functies zo breed mogelijk te maken. Hij ziet het uitsplitsen van bepaalde taken/functies als een negatief punt. Hij gaat er vanuit dat hierdoor een steeds lager niveau wordt bereikt en dit is wat hij niet wil in zijn organisatie.
Hij zei hierover het volgende:

'Je ziet bijvoorbeeld dat allerlei specialisten bij een cliënt betrokken zijn, maar het probleem wordt niet opgelost. Dus wat ik vind is dat er veel te veel specialisten zijn en veel te weinig generalisten'[65].

De gewenste situatie volgens Jos de Blok is, dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden op lichamelijk en psychisch vlak de cliënt zo goed mogelijk kunnen ondersteunen.
Daarbij vindt hij het van belang dat er binnen Buurtzorg geen samenwerking plaatsvindt op managerniveau met andere specialisten, zoals bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, maar dat de teams zelf meer kennis opdoen over bijvoorbeeld psychosociale problematiek en de signalering daarvan. Daarnaast kunnen de wijkverpleegkundigen in hun eigen netwerk de samenwerking aangaan met de hulpverleners die al om de cliënt heen staan. Het vereist ook een kennis van de eigen sociale kaart.

Jennie Mast is onder andere project medewerker bij Buurtzorg en liet doorschemeren dat zij erg positief is over een eventuele cursus naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek. Ze zou via de "Buurtzorg academie" een module psychosociale zorg kunnen aanbieden of themamiddagen kunnen organiseren. Ze vertelde dat het uitgangspunt van Buurtzorg is om eerst te kijken wat voor vragen er bij de verpleegkundigen leven en vervolgens te kijken naar wat ze kunnen doen om hen daarin te ondersteunen. Zelf dacht Jennie Mast wel dat er behoefte was naar meer ondersteuning vanuit de academie op het gebied van psychosociale zorg. Zij ziet ons onderzoek als een mooie basis om die gedachte te onderbouwen.

Over het budget voor een eventuele training of cursus binnen de academie zei Jennie Mast het volgende:

"Ja, binnen de Buurtzorg academie hebben we besloten om zoveel mogelijk mensen te scholen op thema's die voor hen van belang zijn. Daar is ook ruimte voor, waarschijnlijk een groter budget ook vergeleken met andere organisaties. Op de Buurtzorg academie hebben we op dit moment een leergang. Dat houdt in dat mensen zich een jaar lang kunnen verdiepen in de HBO rollen van een wijkverpleegkundige en daar zit psychosociale zorg ook in het pakket. Ik denk dat we zeker na jullie rapport wel meer handvatten zullen hebben om te zeggen dat er meer aandacht voor zou moeten komen. Dan kunnen we misschien een cursus voor alle teams aanbieden en wie wil kan zich dan opgeven.[66]*"*

[64] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 11 (pagina 128)
[65] Bijlage 15: Interview met Jos de Blok, vraag 11 (pagina 128)
[66] Bijlage 12: Interview met Jennie Mast, vraag 15 (pagina 117)

Naast de Buurtzorgacademie is Jennie bezig met het ontwikkelen van een nieuwe verslaglegging. Deze verslaglegging wordt ontwikkeld volgens het Omaha systeem, dat uit Amerika komt. De belangrijkste verandering is dat er verschillende domeinen komen waarop de verpleegkundigen de bevindingen in kunnen voeren, een van die domeinen is “psychosociale zorg”. Na invoering komt er een soort plan uitrollen, dit plan geeft de verpleegkundige duidelijke handvaten waarbij inzichtelijker kan worden gemaakt wat de verpleegkundigen precies doen. De nieuwe verslaglegging is, volgens Jennie, bevorderlijk voor het rapporteren van psychosociale problematiek.

Een van de toevoegingen aan de ondersteuning van de medewerkers is het boekje dat onder andere Jennie Mast gaat uitgeven in mei. Het boekje gaat met name over de vakinhoudelijke kant en daar valt psychosociale zorg ook onder. Daarnaast gaat het ook in op het thema ‘breed werken binnen Buurtzorg’, en wat dat precies inhoudt. Het boekje is met name voor medewerkers bedoeld maar ook voor hogescholen.

Jennie zegt het erg belangrijk te vinden dat de medewerkers hun eigen grenzen goed leren kennen op het psychosociale gebied. Daarnaast lijkt het haar handig als er een soort methodiek komt die hen wat meer basis en ondergrond geeft. Hierdoor zijn de medewerkers beter voorbereid op wat ze tegen kunnen komen, hoe ze daar zo goed mogelijk mee om kunnen gaan en wat hun grenzen vervolgens zijn. Jennie stelde voor dat er een ruimte op het web is waar men tips etc. kwijt kan. Daarop zou eventueel een checklist of een instrument gepubliceerd kunnen worden die de medewerkers hierin zou ondersteunen.

Over een samenwerking met het maatschappelijk werk zegt Jennie dat,dat vooral aan de teams zelf is. Buurtzorg streeft naar directe cliëntrelaties en contacten met de mensen die daarom heen zitten. Ze werken niet op koepelniveau samen met een andere organisatie, maar leggen contact met de maatschappelijk werkers die eventueel in de wijk zitten. Het is volgens Jennie goed als de teams weten wie er binnen hun sociale kaart werken en daar ook contact mee leggen als het over hun cliënten gaat indien nodig.

Conclusie
De conclusie is geschreven aan de hand van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de gewenste situatie.

Overeenkomst:

- ***Meer kennis/scholing op het gebied van psychosociale zorg/problematiek.*** De medewerkers geven aan behoefte te hebben aan goede kennis op het gebied van psychosociale zorg en problematiek. De wijkverpleegkundigen zouden graag meer willen weten over hoe bepaalde situaties beter te signaleren en over welke stappen ondernomen moeten worden als er sprake is van doorverwijzen.
  Daarbij geven Jos en Jennie aan dat ze streven naar een goede beroepsontwikkeling, waarbij de wijkverpleegkundigen beter in staat zijn om als beroepspersoon verschillende probleemsituaties op te pakken. Ook vinden zij het belangrijk dat de wijkverpleegkundigen weten wat hun grenzen zijn op het gebied van psychosociale zorg.

Verschil:

- ***Een intensieve samenwerking met maatschappelijk werker/het algemeen maatschappelijk werk.*** Uit de enquête kwam naar voren dat een aantal medewerkers behoefte hebben aan een maatschappelijk werker binnen het team of een intensievere samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk. Jos de Blok geeft een goed onderbouwde mening over deze opties en geeft aan hier niet achter te staan, gezien de visie en de formule van Buurtzorg.
  Een samenwerking met het maatschappelijk werk is volgens hem wel denkbaar en nodig als het op cliëntniveau blijft. Het is aan de teams zelf om dit op te starten.

4 De producten

Inleiding
In dit onderdeel wordt een samenvatting gegeven van de door ons gevonden literatuur, en de verschillende deelvragen. De relevante gegevens zijn nogmaals kort weergegeven en de gegevens zijn met elkaar vergeleken en tegen elkaar afgewogen om zo tot een onderbouwd advies/product te komen.

4.1 Belangrijke punten uit het literatuuronderzoek

Thuiszorg
In1875 is kruiswerk opgezet in Nederland, deze is de grondlegger voor de thuiszorg geweest. Het begrip 'thuiszorg' is een groot begrip. Thuiszorg is niet alleen praktisch en lichamelijk gerichte zorg, maar is ook gericht op persoonlijke verzorging, het geven van begeleiding en advies en emotionele ondersteuning. In Nederland wordt de thuiszorg vergoed vanuit de AWBZ. De thuiszorg heeft te maken met vier belangrijke zorgfuncties. Deze zorgfuncties bestaan uit:

- (Gespecialiseerde) verpleging
- Persoonlijke verzorging
- Begeleiding en ondersteuning
- Advies, instructie en voorlichting

De (gespecialiseerde) verpleging staat het meest centraal in de thuiszorg en vraagt technische vaardigheden van de wijkverpleegkundigen.
Om gebruik te kunnen maken van bovenstaande zorgfuncties, heeft de cliënt een indicatie nodig. Een indicatie is nodig, zodat er vastgesteld kan worden hoeveel uren zorg een cliënt nodig heeft op een bepaald vlak. Voor de zorgfunctie advies, instructie en voorlichting geldt geen indicatie.
(Wijk)verpleegkundigen hebben veel te maken met verschillende handelingen binnen het werk. Deze handelingen bestaan uit: Persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding bij het zelfstandig functioneren/bevorderen van de zelfredzaamheid, huishoudelijke hulp, alfahulp, 24-uurs zorg en nachtzorg.
De thuiszorg heeft te maken met reguliere en particuliere thuiszorg. Onder reguliere thuiszorg wordt de thuiszorg verstaan die wordt geregeld door de zorginstelling die de cliënt gekozen heeft. Onder particuliere thuiszorg valt de zorg die de cliënt zelf regelt en betaalt. Hiervoor wordt het persoonsgebonden budget gebruikt (het PGB).
Binnen de thuiszorg zijn wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen werkzaam. De wijkziekenverzorgende is werkzaam op het tweede deskundigheidsniveau en de wijkverpleegkundige is werkzaam op het eerste deskundigheidsniveau.
Van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen worden een aantal competenties en rollen verwacht. Wijkverpleegkundigen kunnen in hun werk te maken krijgen met de volgende rollen:

- Zorgverlener
- Regisseur
- Preventie
- Coach
- Ontwerper
- Reflectie
- Beroepsbeoefenaar

Buurtzorg
Buurtzorg Nederland is een nieuwe en efficiënte organisatie, waarbij de cliënt en de zorg daarom heen centraal staat. Buurtzorg Nederland wil zich weer richten op hoe de wijkverpleging vroeger was en daarom wordt buurtzorg geen thuiszorg maar wijkverpleging genoemd.
Buurtzorg werkt met kleine autonome teams die eigen baas zijn en zelf beslissingen kunnen maken rondom de zorg van de cliënt. Zelfsturing is een belangrijk thema. Buurtzorg streeft naar een efficiënt

en zelfsturend team, waarbij de wijkverpleegkundigen ook de gelegenheid krijgen om,om te gaan met leiderschap. Buurzorg heeft bewust gekozen voor een persoonlijke aanpak. Op deze manier wordt de zorg rondom de cliënt zo goed mogelijk afgestemd op de wensen en behoeftes van de cliënt.
Buurtzorg onderscheid zich van andere thuiszorgorganisaties, doordat deze niet alleen gericht is op de cliënt, partner of mantelzorger, maar ook op de gemeenschap en/of de buurt waar het team werkzaam is. Iedereen kan cliënt van Buurtzorg worden. Niet alleen de doelgroep ouderen, maar ook kinderen en volwassenen. Buurtzorg kan op een autonome manier te werk gaan, doordat het werkt met het Buurtzorg web. De ICT speelt een belangrijke rol binnen Buurtzorg.
Buurtzorg streeft naar hoogopgeleide wijkverpleegkundigen die in staat zijn veel op te kunnen pakken op lichamelijk en psychisch vlak. Bij Buurtzorg draait het niet om de cijfers, maar om goede en professionele zorg.

Psychosociale zorg
Psychosociale zorg is een breed begrip dat veel verschillende aspecten van psychosociale problematiek omvat.
Psychosociale problematiek komt in vijf verschillende levensgebieden voor: somatisch gebied, psychisch gebied, sociaal gebied, materieel gebied en maatschappelijk gebied

De bovenstaande gebieden zijn met elkaar verbonden en hebben invloed op elkaar. De levensgebieden kunnen door drie verschillende factoren beïnvloed worden. De gevolgen van deze beïnvloeding verschillen per persoon. De drie factoren zijn:

- Psychische factoren
- Sociale factoren
- Maatschappelijke factoren

Deze factoren kunnen de levensgebieden op een positieve en op een negatieve manier beïnvloeden.
Er zijn veel verschillende vormen van psychosociale problematiek. Het gaat hierbij meestal om vragen rond:

- De zin van het leven
- Problematiek bij chronisch zieken
- Huiselijk geweld
- Eenzaamheid
- Depressiviteit
- Rouw
- Psychosomatische problematiek
- Relatie/gezinsproblematiek

Hoe de bovenstaande psychosociale problematiek ontstaat, is lastig te zeggen. Het heeft meestal te maken met een wisselwerking van verschillende problemen/factoren. Wel kan er gezegd worden dat de tijdgeest van tegenwoordig een grote rol speelt. De snelheid en het alles moeten kunnen begrijpen en kunnen is absoluut een grote factor bij het ontstaan van psychosociale problemen.
Om als professional goed om te gaan met bovenstaande problematiek, zijn er in de loop der tijd een aantal belangrijke methodieken ontwikkeld die door een professional gebruikt kunnen worden. Bekende methodieken zijn: eclectisch werken, kortdurende oplossingsgerichte therapie, taakgerichte hulpverlening, systeemgerichte hulpverlening en cognitieve gedragstherapie.

4.2 Belangrijke punten uit de enquête en interviews onder de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden en de organisatie Buurtzorg

Visie
Alle geïnterviewden zijn het eens met de visie van de organisatie Buurtzorg rondom psychosociale zorg. Deze visie houdt in dat de werknemer een generalist moet zijn en geen specialist en daarbij dus zoveel mogelijk op moeten pakken op het gebied van psychosociale problematiek. Een van de redenen hiervoor is dat het voor de cliënt belemmerend kan werken wanneer er veel specialisten over de vloer komen. Jennie Mast gaf hierbij wel de kanttekening dat de medewerkers hun eigen grenzen goed moeten kennen .

Signaleren
Uit de enquête is gebleken dat de meeste medewerkers de signalen op het gebied van psychosociale zorg in het team bespreken en hierna, indien nodig, de stap naar de huisarts zetten. Bijna alle medewerkers gaven aan meer scholing te willen hebben over hoe ze moeten signaleren en waar ze op kunnen letten. Jennie Mast heeft het idee dat de medewerkers erg veel zien en meekrijgen. Dit komt volgens haar door de vertrouwensband die opgebouwd is. Het helpt hen te signaleren.

Psychosociale hulp
Als antwoord op de subvraag; '*Hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede zou onder psychosociale zorg vallen'* kunnen we zeggen dat een percentage van 29,5% binnen Buurtzorg zou kunnen vallen onder psychosociale zorg. Dit percentage omvat zowel de geregistreerde ziektebeelden/beperkingen als de thema's uit de rapportages. Dit is een ruime schatting en is gebaseerd op de bevindingen van de onderzoekers.

Psychosociale problematiek
Uit de enquête kwam naar voren dat de respondenten het lastig vonden om in te schatten hoe vaak ze psychosociale problematiek tegen kwamen. Sommige maakten een ruime schatting, anderen gaven aan geen idee te hebben. Naast 'Anders' was het meest gegeven antwoord 1-3 keer in de maand. Eenzaamheid, depressiviteit en rouw komen de respondenten het meeste tegen. In de interviews kwam deze top 3 ook sterk naar voren. Huiselijk geweld komen de medewerkers het minste tegen. Wanneer ze het tegen komen is dit vaak in de vorm van psychische mishandeling. Een groot deel van de respondenten rekent huiselijk geweld en gezinsproblematiek ook niet tot hun werkgebied, het signaleren ervan wel.

Kennis
Als we kijken naar de kennis rondom psychosociale en relationele problematiek, kan gezegd worden dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een goed beeld denken te hebben van psychosociale problematiek, maar daarbij van mening zijn onvoldoende geschoold te zijn op dit gebied. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geven aan meer kennis te willen hebben over de algemene psychosociale zorg/problematiek en ook een stukje specifieke kennis te willen hebben over psychosociale problematiek zoals signaleren, grenzen en wanneer wel of niet verwijzen.

Grenzen
De medewerkers zijn het er over eens dat het gedeelte psychosociale zorg/problematiek ook onder het takenpakket van de wijkverpleegkundige valt.
Buurtzorg heeft in vergelijking met thuiszorgorganisaties de mogelijkheid om tijd vrij te maken voor de cliënt die bijvoorbeeld ook psychosociale zorg nodig heeft. Dit maakt dat Buurtzorg streeft naar meer generalisten in plaats van specialisten. Uit verschillende interviews kwam naar voren dat verpleegkundigen wel goed moeten weten waar hun eigen grenzen liggen op dit gebied.

Samenwerking
Een meerderheid van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen, geven aan meer behoeften te hebben aan een betere/nauwere samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. In de interviews en in de digitale enquête is gebleken dat die behoefte er is, maar is er nog wel de vraag hoe deze samenwerking er dan uit moet komen te zien. Daarbij wil Buurtzorg bewaken dat er niet meer hulp en dienstverleners dan nodig bij de cliënt over de vloer komen, zoals nu wel het geval is bij de huidige thuiszorgorganisaties.

Impact
Het merendeel van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen, geven aan weinig impact te ervaren op het gebied van psychosociale zorg/problematiek.
Ze reageren vooral positief over het werken met psychosociale problematiek.

Werktijd
Het grootste deel van de wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgenden zegt geen idee te hebben over hoeveel tijd ze kwijt zijn aan psychosociale zorg. Dit heeft vooral te maken met het feit dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden de psychosociale zorg tussendoor geven en dat het niet geregistreerd wordt op het Buurtzorg web.

4.3 Belangrijke punten uit de interviews met de thuiszorgorganisaties A en B

Uit de interviews met de twee andere thuiszorg organisaties is gebleken dat er veel verschillende manieren zijn om met psychosociale zorg om te gaan. Organisatie A heeft ervoor gekozen om psychosociale zorg onder thuisbegeleiding te scharen. Het is een hele grote en brede organisatie. Organisatie A werkt met signaleringskaarten die de medewerkers gebruiken bij cliëntsituaties. Deze organisatie organiseert intervisie voor deze medewerkers.

Organisatie B werkt met interne maatschappelijk werkers en psychologen. Via een intern nummer kunnen de wijkverpleegkundigen hun cliënten doorverwijzen. Eens in de drie maanden dienen de wijkverpleegkundigen een scorelijst in de vullen. Met behulp van die lijst wordt er gekeken op welke gebieden de cliënten mogelijk meer hulp zouden kunnen gebruiken. Eventueel kan er een extra indicatie aangevraagd worden.

4.4 Belangrijke punten rondom het uitvragen van de gewenste situatie

Overeenkomsten
Er is behoefte aan meer kennis en scholing op het gebied van psychosociale zorg/problematiek, waarbij er aandacht wordt besteed aan bijpassende thema's zoals, signalering, grenzen aangeven, verwijzing en hoe om te gaan met complexe cliëntsituaties.

Verschillen
Er is een verschil als het gaat om een intensieve samenwerking met een hulpverleningsorganisatie/het algemeen maatschappelijk werk. Het merendeel van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden heeft aangegeven behoefte te hebben aan een betere samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Jos de Blok geeft aan dit niet te willen omdat het onder andere niet past bij de visie en formule van Buurtzorg.

4.5 Advies aan Buurtzorg

Onze onderzoeksvraag was: *"Welke rol spelen wijkverpleegkundigen van Buurtzorg Ede en regio, in het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij hun patiënten en op welke manier zou de inhoud van deze rol verbeterd kunnen worden"?*
Na het afwegen van de gegevens uit de gevonden literatuur, de enquête gegevens, de interviews met de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgende, organisatie van Buurtzorg en het Buurtzorg web willen wij in deze paragraaf onze onderzoeksvraag beantwoorden en een helder advies geven.

In ons onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden binnen Buurtzorg een grote rol spelen op het psychische vlak.
Buurtzorg Nederland gaat er vanuit dat de wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk kunnen oppakken, zodat er niet te veel specialisten bij de cliënt over de vloer komen. 88% van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen hebben in de enquête aangegeven dat psychosociale zorg/problematiek tot hun takenpakket hoort. Dit laat zien dat de wijkverpleegkundigen achter de visie van Buurtzorg staan.
De andere kant is, dat uit de enquête duidelijk naar voren is gekomen dat 60% van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen vinden onvoldoende geschoold te zijn. Ook kwam in de enquête naar voren dat het merendeel van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen meer algemene of specifieke kennis op dit gebied zouden willen krijgen.
52% van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen heeft aangegeven een betere samenwerking te willen zien met andere professionals/hulpverleners.

De behoefte aan meer kennis op het gebied van psychosociale problematiek en een nauwere samenwerking met andere disciplines, zijn twee punten die er duidelijk uitspringen en die we in ons advies willen meenemen.
Deze 2 punten laten zien dat serieus gekeken moet worden naar hoe de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen psychosociale zorg op een goede manier tot hun takenpakket kunnen laten behoren zodat hun rol op dit gebied concreter wordt.
Buurtzorg wil de lichamelijke zorg en de psychische zorg niet scheiden. Wij zijn het er over eens dat dit ook niet hoeft, maar daar staat tegenover dat er wel een duidelijke grens moet zijn wat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden wel en niet kunnen en moeten oppakken. Het is een mogelijke optie om de wijkverpleegkundigen alles te laten oppakken, maar wij vinden dat dit niet optimaal is. Vanuit ons vakgebied weten wij wat er allemaal bij psychosociale problematiek komt kijken en daarbij vinden wij dat psychosociale problematiek een ander soort problematiek is als de thuiszorg. Wij zijn van mening dat als de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden alles zouden gaan oppakken op het gebied van psychosociale problematiek, dat dit niet volledig recht doet aan de verpleegkundigen en de cliënten. Er moet altijd gekeken worden naar het belang van de cliënt. Soms is het beter als een andere specialist de problemen oppakt en er dus doorverwezen wordt.

De eerste stap die van belang is, is er voor zorgen dat de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen op een goede manier toegerust zijn voor het werken met psychosociale problematiek en het signaleren daarvan.
Hieronder willen wij een aantal punten beschrijven die daaraan bij kunnen dragen:

- Scholing/cursussen/themadagen aanbieden op het gebied van psychosociale problematiek. Onderwerpen die daar behandeld zouden moeten worden zijn signalering, grenzen stellen en het leren zien van symptomen op het gebied van verschillende psychosociale problematiek. Door het opdoen van meer kennis wordt het integratief leren bij de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen gestimuleerd.
- Stil staan bij de eigen identiteitsontwikkeling. Door stil te staan bij de eigen identiteitsontwikkeling, wordt de professionele identiteitsontwikkeling gestimuleerd. De wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen worden geprikkeld door het bewust leren nadenken over vragen: Wie wil ik zijn als verpleegkundige en waarom handel ik zoals ik

handel. Door hier bewust bij stil te staan, kan dit mogelijk ook een positief effect hebben op het gedeelte van het behandelen van de psychosociale problematiek.
- Vaardigheden ontwikkelen op het gebied van gespreksvaardigheid, de helikopterview, individu/groepsgericht leiderschap, motivering en samenwerking. Het ontwikkelen van bovenstaande vaardigheden, kan een positief effect hebben op de cliënten die o.a. psychosociale zorg nodig hebben. Deze vaardigheden kunnen ontwikkeld worden door bijvoorbeeld een actieve en intensieve intervisie in elke team op het gebied van psychosociale zorg en de daarbij behorende casussen. Deze vaardigheden kunnen ook ontwikkeld worden door scholing en de daarbij behorende koppeling met de psychosociale zorg.

De bovenstaande punten kunnen een positief en effectieve invloed hebben op de toerusting van de teams. Door competentievergroting kunnen de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen op een goede manier ook het stukje psychosociale zorg oppakken, zonder daarbij gelijk door te verwijzen naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Daarbij zijn wij van mening dat het niet alleen moet blijven bij competentievergroting.
Door Omscholing en/of het volgen van cursussen of themadagen, wil dit niet gelijk zeggen dat wijkverpleegkundigen voldoende weten hoe om te gaan met psychosociale zorg en het daarbij aangeven van grenzen. Wij vragen ons af of de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden daar voldoende voor competent gemaakt kan worden. Het omgaan met psychosociale problematiek en het aangeven van grenzen is zelfs voor de maatschappelijk werkers soms nog lastig.

Hieronder beschrijven wij een aantal voordelen van een betere samenwerking met andere disciplines/hulpverleners:
- Hulpverleners zijn opgeleid tot het werken met psychosociale problematiek en weten hoe bepaalde dingen op te pakken/te begeleiden en welke methodiek daarbij te gebruiken.
- De kans bestaat dat de wijkverpleegkundige niet tot het zelfde gewenste resultaat kan komen als een hulpverlener omdat hij of zijn daar niet voldoende in is opgeleid.
- De wijkverpleegkundigen hebben vaak niet de juiste expertise/kennis, die juist wel van belang is bij bijvoorbeeld financiële, relationele en psychosociale problematiek.
- In samenwerking met een andere hulpverlener zou de relatie met de cliënt behouden kunnen worden en het gewenste resultaat behaald worden.

Als we kijken naar de hoofdvraag kan gezegd worden dat de rol van de wijkverpleegkundigen op het gebied van signaleren en het omgaan met psychosociale problematiek nu erg groot is en er meer duidelijkheid mag komen over de afbakening hiervan.
De rol die de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen nu hebben binnen Buurtzorg op het gebied van signaleren en psychosociale zorg is positief en de medewerkers van Buurtzorg laten ook zien open te staan voor verbeteringen en experimenten.
Om de kwaliteit van psychosociale zorg binnen Buurtzorg nog beter te maken, adviseren wij Buurtzorg het volgende:
- Competentievergroting door o.a. scholing/cursussen en themadagen op het gebied van vaardigheden en algemene en specifieke psychosociale problematiek. Hierbij staat ook het stukje zelfreflectie/ontwikkeling centraal.
- Ondersteuning bij het signaleren en herkennen van psychosociale problematiek. Bijvoorbeeld door het gebruiken van een signaleringskaart.
- Duidelijkheid over het wanneer wel en niet doorverwijzen naar andere specialisten.
  De wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen moeten weten naar wie ze toe kunnen als bepaalde psychosociale problematiek buiten het werkgebied van de verpleegkundige valt. De thema's grenzen aangeven, kennis van de sociale kaart en professionaliteit staan hierbij centraal.

- Een betere/intensievere samenwerking met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk. Deze samenwerking zou recht doen aan de verpleegkundigen en aan de cliënten van Buurtzorg. Dit wil niet zeggen dat er een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg aangenomen moet worden.

5 Conclusie, aanbevelingen en discussie

Inleiding
In dit onderdeel wordt antwoord gegeven op de probleem/vraagstelling. Er wordt gekeken naar hoe het zit met de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek en de resultaten die beschreven staan in onderdeel 4 worden geëvalueerd. Daarnaast worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen beschreven uit dit onderzoek en wordt er een korte discussie beschreven.

5.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Deelvraag 1
Wat zegt de theorie over thuiszorg, Buurtzorg en psychosociale zorg?

De geschreven theorie over de begrippen thuiszorg, buurtzorg en psychosociale zorg, hebben een breed beeld gegeven van wat daar allemaal onder valt en wat er bij komt kijken.
Om een duidelijk en helder antwoord te geven op deelvraag 1, is de vraag onderzocht met behulp van belangrijke websites, boeken, verslagen en artikelen. Ook in onderdeel 4, vraag 1 is er aandacht besteed aan de belangrijkste punten uit het literatuuronderzoek.

De theorie zegt dat *thuiszorg* verzorging en verpleging aan huis is en dat er verschillende soorten dienstverlening onder de thuiszorg vallen. Deze verschillende soorten dienstverlening bestaan uit: persoonlijke verzorging, (gespecialiseerde) verpleging, begeleiding en ondersteuning, advies, instructie en voorlichting. Thuiszorg is praktisch, lichamelijk en persoonlijk gericht. Het geven van begeleiding, advies en emotionele ondersteuning staat centraal bij de thuiszorg. De (gespecialiseerde) verpleging staat het meest centraal bij de thuiszorg.

In de theorie wordt *buurtzorg:* wijkverpleging genoemd en het biedt een nieuw alternatief voor de thuiszorg in Nederland. Buurtzorg is gericht op de behoeftes en belangen van de cliënt en de zorg van de cliënt staat centraal. Bij buurtzorg gaat het om goede en professionele zorg, waarbij de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen gestimuleerd worden tot zelfsturing.

De theorie zegt over de *psychosociale zorg* dat het een verwijzing is naar de aspecten van het individueel psychologisch en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de mens en de complexe interactie daartussen. Psychosociale zorg/problematiek komt voor op verschillende levensgebieden en hangen vaak nauw samen met bepaalde gebeurtenissen uit iemands leven. Bij psychosociale zorg wordt er gebruik gemaakt van verschillende methodieken, onder andere taakgerichte hulpverlening, kortdurende oplossingsgerichte therapie en systeemgerichte therapie.

Als een koppeling gemaakt wordt met deelvraag 1 en de hoofdvraag, kan gezegd worden dat de theorie over thuiszorg en buurtzorg een duidelijk beeld geeft van wat er van de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen verwacht wordt. Dit wordt o.a. kenbaar gemaakt in de lijst met competenties van de wijkverpleegkundigen die gepubliceerd staat op het Buurtzorg web. Als er gekeken wordt naar het theoriegedeelte over de psychosociale zorg, dan blijkt dat het voor wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen belangrijk is dat zij op de hoogte zijn van de psychosociale problematiek en dat zij weten wat er onder verstaan wordt. Veel van deze problematiek komt namelijk ook in hun doelgroep voor.

Deelvraag 2
Wat is de huidige situatie nu binnen Buurtzorg Ede, Bennekom Veenendaal, Wekerom en Wageningen m.b.t. het werken met psychosociale zorg?
Deze vraag is onderzocht door middel van de enquête onder de Buurtzorgteams Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom.
Daarnaast zijn er 4 interviews afgenomen in team Ede onder de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende en zijn er 2 interviews afgenomen bij directeur Jos de Blok en projectmedewerker Jennie Mast

Uit de afgenomen interviews blijkt dat de huidige situatie op het gebied van psychosociale zorg verbeterd kan worden, met name rondom de signalering en doorverwijzing. Dit kan door een bredere kennis te creëren over psychosociale problematiek.
Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hebben aangegeven soms niet duidelijk te weten hoe te signaleren en waar precies op gelet moet worden op het gebied van psychosociale zorg.
Buurtzorg gaat nu te werk door zoveel mogelijk op lichamelijk en psychisch vlak op te pakken. Daarbij maakt Buurtzorg wel gebruik van een lastmeter bij cliëntsituaties.
Buurtzorg werkt nu nog niet intensief samen met een maatschappelijk werker. De huisarts, fysiotherapeut en ergotherapeut zijn nu de belangrijkste disciplines, buiten hun eigen werkveld waar ze intensief mee samenwerken.

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden kunnen tijd vrijmaken om zoveel mogelijk te kunnen oppakken op lichamelijk en psychisch vlak. Dit is in het voordeel voor de cliënt, maar ook voor de verpleegkundigen zelf.
Signaleren wordt op dit moment vooral gedaan door middel van observaties van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en er wordt daarbij soms gebruik gemaakt van de lastmeter.

Deelvraag 3
Welke ontwikkelingen m.b.t. psychosociale zorg in de thuiszorg, zijn te zien in andere thuiszorgorganisaties?

Om een duidelijk antwoord te geven op deelvraag 3, zijn interviews gehouden bij 2 verschillende thuiszorgorganisaties A en B. Er heeft een interview plaatsgevonden met een coördinator en een verpleegkundige. In hoofdstuk 4, vraag 3 is ook kort aandacht besteed aan de belangrijkste punten uit de interviews bij de twee andere thuiszorgorganisaties.

Thuiszorgorganisatie A plaatst psychosociale zorg vooral onder de thuisbegeleiding die daar aangeboden wordt. Organisatie A werkt veel met signaleringskaarten op het gebied van psychosociale zorg die wijkverpleegkundigen kunnen gebruiken. Huidige ontwikkeling in organisatie A is, dat gekeken wordt hoe de doelgroepen die tussen wal en schip vallen opgevangen kunnen worden. Dit is vooral de doelgroep die financiële problemen heeft.

Organisatie B verwijst complexe psychosociale problematiek door binnen de organisatie naar bijvoorbeeld een maatschappelijk werker of psycholoog. Organisatie B werkt met scorelijsten en signaallijsten, maar daar is verder geen vastomlijnd protocol voor. De verpleegkundigen in organisatie B richten zich vooral op het lichamelijk werk.
Vooral op het gebied van de communicatie kan organisatie B zich verder verbeteren, volgens de medewerker. Er vindt soms te weinig overleg plaats in een cliëntsituatie waarin verschillende disciplines zitten.

Als er een koppeling gemaakt wordt met deelvraag 3 en de hoofdvraag, kan gezegd worden dat thuiszorgorganisatie A en B op een positieve manier bezig zijn met het signaleren van psychosociale

problematiek. In beide organisaties wordt hier aandacht aan besteed door bijvoorbeeld signaleringskaarten en scorelijsten.
Bij organisatie A wordt in het interview aangegeven dat de inhoud van de rol van de wijkverpleegkundigen op het gebied van psychosociale zorg niet verbeterd zou hoeven worden.
Bij organisatie B geeft men aan wel verbetering te willen zien op het gebied van psychosociale zorg, door een betere communicatie met de andere disciplines en meer samenwerking.

Deelvraag 4
Wat is de gewenste situatie op het gebied van psychosociale zorg binnen Buurtzorg Ede?

Om een duidelijk antwoord te geven op deelvraag 4, is een enquête gehouden bij de Buurtzorgteams Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom.
Daarnaast zijn er 4 interviews afgenomen in team Ede onder de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgende en zijn 2 interviews afgenomen in de organisatie bij directeur Jos de Blok en projectmedewerker Jennie Mast.

Met het oog op de gewenste situatie, is gebleken dat de wijkverpleegkundigen meer kennis/scholing wensen op het gebied van psychosociale problematiek, signalering, hoe om te gaan met complexe situaties en wanneer wel of niet doorverwijzen. Daarbij heeft team Ede aangegeven het van belang te vinden om een betere samenwerking te krijgen met het algemeen maatschappelijk werk. Dit zou zich ook kunnen uiten in een intensief telefonisch contact, waarbij de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden weten wie ze kunnen bellen als ze ergens tegenaan lopen.

Jos de Blok heeft aangegeven dat hij als gewenste situatie ziet dat de functie van de wijkverpleegkundige zo breed mogelijk wordt opgezet. Jos de Blok is daarbij een voorstander van een bredere kennis en mogelijke scholing/cursus voor de wijkverpleegkundigen op het gebied van psychosociale zorg/problematiek. Op dit punt sluit Jennie Mast zich bij hem aan.

Als er een koppeling gemaakt wordt met deelvraag 4 en de hoofdvraag, kan er gezegd worden dat de inhoud van de rol van de wijkverpleegkundigen op het gebied van psychosociale zorg verbeterd zou kunnen worden. Deze verbetering zou meer kennis over psychosociale zorg en de thema's die daarbij horen zoals signaleren en grenzen betekenen.
De inhoud van deze rol zou aangevuld kunnen worden door een betere samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk.

5.2 Interpretatie van de producten

Advies rapport
Het advies rapport is geschreven op basis van de uitkomsten van de enquêtes en de interviews. Daarnaast is er goed gekeken naar de visie en de gedachtegang achter Buurtzorg. In het advies rapport wordt duidelijk beschreven wat de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen nodig hebben om goed toegerust te zijn op het gebied van psychosociale zorg.

Signaleringskaart
Een van de producten omvat een signaleringskaart. Het is slechts een opzet en kan niet direct gebruikt worden in de Buurtzorg teams. Voordat de eventuele invoering plaats vind is verdere uitwerking van de kaart noodzakelijk.
De signaleringskaart is terug te vinden in bijlage 16 op pagina 137.

Scholing
Op pagina 70 is een aantal thema's terug te vinden waar verdere scholing is gewenst.
Deze thema's komen voort uit de interviews en enquêtes die zijn afgenomen bij de medewerkers en de organisatie van Buurtzorg. Het is echter mogelijk dat er meer thema's naar boven komen bij de

voorbereiding of tijdens de training. De inhoud van een eventuele training of andere vorm van scholing dient door de Buurtzorg academie ontwikkeld te worden.
Persbericht/artikel
Het persbericht is geschreven aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek. Het is wellicht het beste te vergelijken met een korte samenvatting. De nadruk is gelegd op de uitkomsten van de enquête en de interviews omdat deze het meest zeggen over het onderzoeksresultaat.

5.3 Beschrijving beperkingen onderzoek

Literatuuronderzoek:
Bij het literatuuronderzoek, deden zich gedurende het onderzoek de volgende beperkingen voor:

- Het literatuurgedeelte is een aantal keren aangepast i.v.m. ontbrekende of niet volledige informatie.
- Het was af en toe lastig om in te schatten welke informatie nog actueel was en welke bronnen actueel zijn.

Digitale enquête:
De methode van een online onderzoek (digitale enquête), heeft gedurende het onderzoek de volgende beperkingen gehad:

- Alleen de medewerkers van Buurtzorg Ede, Bennekom, Wageningen, Veenendaal en Wekerom met een werkmail hebben de digitale enquête kunnen invullen. De consequentie hiervan was dat ± 10 personen de enquête niet hebben kunnen invullen.
- Het zorgen voor een hoge respons op de enquête heeft veel tijd en energie gekost. In totaal hebben we 3 herinneringsmails gestuurd naar de desbetreffende teams. Daarnaast hebben we de opdrachtgever en team Ede een aantal keren gevraagd naar advies over hoe we meer respons konden krijgen.
- Er zit een beperkte mogelijkheid tot doorvragen in.
- Er is geconstateerd dat sommige medewerkers de enquête niet helemaal volledig hebben ingevuld. Bijvoorbeeld niet aangegeven of je man of vrouw bent. De reden hiervan is ons niet duidelijk.
- Er is geen enkele controle op de juistheid van de gegevens. De medewerkers kunnen zeer gemakkelijk andere (persoonlijke) informatie invullen.

Half open interview:
De methode van een half open interview, heeft gedurende het onderzoek de volgende beperkingen gehad:

- Gedurende dit onderzoek is gebleken dat het geven van een mondeling interview erg tijdrovend kan zijn en dat een afspraak maken voor een interview soms ingewikkeld kan zijn.
- Iedere interviewer moet goed op de hoogte zijn van het te onderzoeken probleem en goed weten aan welke principes van het interviewen hij of zij zich te houden heeft.
- Als onderzoeker moet je oplettend zijn dat er niet te snel een algemene conclusie getrokken wordt die geldt voor alle wijkverpleegkundigen en teams.
- Als onderzoekers hebben wij gemerkt dat het afnemen van een telefonisch interview geen prettige en open manier is om informatie in te winnen. Er is geen sprake van een open en persoonlijk contact met de geïnterviewde en het is lastig om goed door te vragen.
  Daarbij hebben we gemerkt dat een telefonisch interview als nadeel heeft dat de verbinding slecht kan zijn en dat invloed kan hebben op de verstaanbaarheid.

5.4 Aanbevelingen over de gehanteerde methode van onderzoek

De bovenstaande methodes die van tevoren zijn gekozen en bedacht bleken achteraf inderdaad erg goed te passen bij dit onderzoek. Kijkend naar de tijd die gegeven was voor dit onderzoek en de beschikbare middelen is het meest haalbare uit het onderzoek gehaald.
Zoals eerder benoemd werd, zien wij de alternatieven zoals scholing en thema dagen niet als uiteindelijke oplossing. Wel zullen ze bijdragen aan een betere kennis rondom psychosociale problematiek. Dit zou uiteindelijk door kunnen werken tot een betere hulpverlening voor de cliënten.

Mocht Buurtzorg verder onderzoek willen doen op het gebied van psychosociale zorg, dan zijn er de volgende aanbevelingen:

- De signaleringskaart kan verder uitgewerkt worden. De kaart die bij dit onderzoek is toegevoegd, is slechts een opzet. Mogelijk is om bij verschillende vormen van psychosociale problematiek te kiezen voor het maken van verschillende kaarten. Een voorbeeld is het maken van een kaart voor eenzaamheid, huiselijk geweld (kindermishandeling, partnergeweld, ouderenmishandeling, psychisch/lichamelijk geweld, verwaarlozing), rouw, relatie/gezinsproblematiek, psychosomatiek.
- Er kan gekozen worden voor de ontwikkeling van een training/cursus of themadagen op het gebied van psychosociale zorg. Deze mogelijkheid is aangegeven door Jennie Mast, projectmedewerker bij Buurtzorg Nederland. De inhoud en mogelijkheden van deze training/cursus kunnen verder onderzocht worden. De thema's die de medewerkers wensen terug te zien in een training, zijn terug te vinden op pagina 70.
- Een stappenplan of protocol kan worden ontwikkeld. Wij bevelen in dat geval aan om deze aan de signalenkaart te koppelen. Het blijft op die manier overzichtelijk en ook kunnen de verschillende probleemgebieden op beide kaarten gelijk blijven waardoor de verpleegkundige na de signaleringskaart eventueel meteen door kan stappen op het stappenplan/protocol.
- Competentievergroting bij de wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen op het gebied van algemene en specifieke psychosociale problematiek en de daarbij behorende vaardigheden zoals gespreksvaardigheid, motivering en individu/groepsgericht leiderschap. Het ontwikkelen van de juiste vaardigheden, het vergaren van de juiste kennis en het bewust stil staan bij de eigen identiteitsontwikkeling, kunnen een positief effect hebben op de toerusting van de teams op het gebied van psychosociale zorg.
- Als we kijken naar de resultaten van het interview is het aan te bevelen om verder onderzoek te doen naar een mogelijke samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk. Doel van dit onderzoek zou zijn om een manier te vinden die goed binnen de Buurtzorg formule past.

5.5 Discussie

Aan het begin van dit onderzoek was ons idee om te onderzoeken of er een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg gewenst was of niet. Het eerste plan van aanpak is ook met die insteek geschreven. Al snel kwamen we erachter dat dit niet bij de visie van Buurtzorg paste. Buurtzorg streeft naar een team waarin mensen zoveel mogelijk zelf oppakken en daarnaast contact maken met hun sociale kaart, indien dat nodig is. In het interview met Jos de Blok werd ons dit heel duidelijk.
Hij vertelde ons dat het absoluut niet de bedoeling was dat er andere disciplines in het buurtzorg team zouden komen. Tijdens dit interview ontstond er een kleine discussie over wel of geen gebruik maken van het maatschappelijk werk.

Wij zijn van mening dat van wijkverpleegkundigen niet verwacht kan worden dat ze dezelfde taken als een maatschappelijk werker kunnen vervullen. Natuurlijk is het een optie om de wijkverpleegkundigen op te leiden in de psychosociale zorg. Dit is echter niet optimaal en wij denken dat het de medewerker en de cliënt tekort zal doen. Een aantal taken als signaleren, vroege gespreksvoering en luisteren/analyseren kunnen uiteraard wel door hen gedaan worden, maar ook daarbij is het van belang dat de wijkverpleegkundige een juiste kennis heeft op het gebied van signaleren en psychosociale

problematiek. Psychosociale problematiek is echt een ander soort problematiek met een andere aanpak en een andere kennis. Het zijn twee ongelijkheden. Wanneer de wijkverpleegkundigen opgeleid worden in het vak van psychosociale zorg blijft de vraag bestaan of dit voldoende is. Het herkennen van de eigen grenzen is heel belangrijk in de hulpverlening. Zeker omtrent het doorverwijzen. Die grenzen herkennen is zelfs voor ons als maatschappelijk werkers soms nog erg lastig en dit zal voor de medewerkers van Buurtzorg niet anders zijn.
De vraagtekens blijven, om deze redenen, bij ons bestaan. We snappen dat het aannemen van een maatschappelijk werker niet zou passen binnen de aanpak van Buurtzorg. Om die reden hebben wij ook een aantal alternatieven gegeven om Buurtzorg hierin tegemoet te komen. Wij zien die alternatieven echter niet als eindoplossing.
De mening van de verpleegkundigen is ook meegenomen in deze gedachten. Uit de enquêtes en interviews met de wijkverpleegkundigen is namelijk gebleken dat 28% graag een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg zou zien en dat 52% vindt dat er meer samenwerking mag zijn met andere professionals/hulpverleners. De behoefte naar meer ondersteuning is een reële behoefte die ontstaan is in het team.

Er zal verschil van inzicht blijven bestaan tussen wat Buurtzorg van de wijkverpleegkundige verwacht en wat wij vinden dat reëel is. Dit onderzoek is gedaan in opdracht van Buurtzorg en daarom zal buurtzorg uiteraard de doorslaggevende partij zijn in het nemen van de beslissingen rondom psychosociale zorg.

Nawoord

Met een positieve blik kijken we terug op de periode waarin we op een intensieve manier bezig zijn geweest met dit onderzoek. Het was voor ons als bijna afgestudeerde maatschappelijk werkers een interessante uitdaging om met dit onderzoek bezig te zijn. We hebben er hard en met veel plezier aan gewerkt en we zijn tevreden met het resultaat.
Terugkijkend op het onderzoek zijn we blij dat we zoveel respons hebben gekregen op de digitale enquête en dat de medewerkers van de teams Ede, Bennekom, Veenendaal, Wageningen en Wekerom met openheid en enthousiasme hebben meegewerkt. De openheid en het enthousiasme heeft gemaakt dat we tot het eind toe gemotiveerd zijn gebleven om wat van dit onderzoek te maken.

Gedurende het onderzoek hebben we erg veel steun gehad van onze afstudeerbegeleider A. de Ridder, die ons scherp heeft gehouden om het onderzoek en de verwerking daarvan tot een succes te maken. Daarnaast heeft onze opdrachtgever A.J. Zwart ons geholpen door met een kritische blik naar het onderzoek te kijken en opbouwende feedback te geven waar we wat aan hadden. Ook Arend Jan stond ten alle tijden voor ons klaar.

Met dit onderzoek hopen wij dat we een positieve bijdrage hebben kunnen leveren aan Buurtzorg Nederland op het gebied van psychosociale zorg binnen de wijkverpleging.

Naline Scherrenburg-Schol en Emke Willemsen

Literatuurlijst

Boeken:

- Competentiebeschrijvingen voor wijkverpleegkundigen. Module bij het handboek in de spiegel kijken. Werken aan competenties in de thuiszorg
  Auteur: Jennie Mast en Aart Pool (jaar 2003)
- Specifieke verpleegkunde: de wijkverpleging en thuiszorg
  Auteur: M. Adriaansen en B. Van der Laan (jaar 1994)
- Buurtzorg: Mensheid boven bureaucratie
  Auteur: Jos de Blok en Aart Pool (jaar 2010, Den Haag)
- Basisboek Kwalitatief onderzoek
  Auteur: Baarda, De goede en Teunissen (jaar 2009)
- Handboek psychosociale therapie
  Auteur: Sjef de Vries en Roel Bouwkamp (jaar…..)
- De steen de berg oprollen
  Auteur: Aart Pool en Jokke Egberts (jaar 2004)
- Psychologische hulpverlening aan ouderen
  Auteur: Huub Buijssen (jaar 2008)
- Als psychische problemen somatische stoornissen verhullen
  Auteur: James Morrison (jaar……)

Artikelen/verslagen:

- Thuiszorg in transitie: *Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*
  Auteurs: A. Van Elteren, H.P. Kunneman en M. Rozing (jaar 2006, Utrecht)
- Ziekenhuisverplaatste zorg vanaf 2010 V&VN Transverpleegkundigen
  (te vinden op www.agisweb.nl) (jaar 2010)

Websites:

- http://nl.wikipedia.org/wiki/Thuiszorg (geraadpleegd op 31 januari 2011)
- http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-thuiszorg.html (geraadpleegd op 31 januari 2011)
- http://www.socialezekerheid.nl/smartsite.dws?id=32773 (geraadpleegd op 1 februari 2011)
- http://www.kiesbeter.nl/patienteninformatie/thuiszorg/vormenvanzorg/ (geraadpleegd op 1 februari 2011)
- http://www.palliatievezorg.nl/page_852.html (geraadpleegd op 2 februari 2011)
- www.buurtzorgnederland.com (geraadpleegd op 3 februari 2011)
- www.diabetesfederatie.nl/docman/richtlijnen-en-adviezen/38.html (geraadpleegd op 1 februari 2011)
- http://nl.wikipedia.org/wiki/Algemene_Wet_Bijzondere_Ziektekosten (geraadpleegd op 27 april 2011)
- www.gc-beverwaard.nl (geraadpleegd op 2 februari 2011)
- www.praktijkconsulent.com (geraadpleegd op 2 februari 2011)
- www.stichtingskb.nl (geraadpleegd op 3 februari 2011)
- www.nhg.artsennet.nl/kenniscentrum (geraadpleegd op 3 februari 2011)
- www.leydenacademy.nl/Symposium_ouderenmishandeling (geraadpleegd op 4 februari 2011)
- www.korrelatie.nl (geraadpleegd op 4 februari 2011)
- www.korrelatie.nl/themas/depressie (geraadpleegd op 4 februari 2011)
- http://www.groepsmaatschappelijkwerk.nl/?q=node/48 (geraadpleegd op 4 februari 2011)
- http://www.maatschappelijkwerkonline.nl/over/methodieken/methodieken.php (geraadpleegd op 4 februari 2011)

- http://www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=inno_case&laag1=891&laag2=902&item_id=121 (geraadpleegd op 20 april 2011)
- http://www.toolkitdementie.nl/Flex/Toolkit/OLPP.aspx?PageID=21523 (geraadpleegd op 20 april 2011)

Overige literatuur:

- Afstudeernota Maatschappelijk werk en Dienstverlening VTO 4 en DTO 4, Christelijke Hogeschool Ede

Bijlagen van het product

Bijlage 1: Format interview wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden Buurtzorg

Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg

Vragen voor wijkverpleegkundigen/ziekenverzorgende:

1. Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam.)

2. Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?

3. Hebt u tijdens de opleiding les gehad over psychosociale problematiek> Zo ja, op welke manier is dit behandeld en heeft u daar profijt van gehad? > Zo nee, wat vindt u van het feit dat psychosociale problematiek niet in de opleiding is behandeld?

4. Komt u een van de volgende problematiek tegen in uw dagelijks werk? Huiselijk geweld, eenzaamheid, depressiviteit, rouw, psychosomatische problematiek, relatie/gezinsproblematiek en zo ja; hoe vaak?

5. Wordt psychosociale problematiek geregistreerd op het web? Zo ja, wordt er vervolgens actie op ondernomen?

6. Welk verschil merkt u op als het gaat om frequentie van deze verschillende vormen van psychosociale problematiek?

7. Probeert u zelf bij te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, zo ja; op welke manier doet u dit?

8. Voelt u uzelf gesteund door Buurtzorg wanneer u tegen psychosociale problematiek aanloopt?

9. Kunt u me vertellen welk weg u bewandelt wanneer u signaleert dat er meer zorg nodig is voor de psychosociale problematiek?

10. Bent u hier tevreden over > Zo ja: waarom? >Zo nee: hoe zou u dit anders willen zien?

11. Merkt u dat u meer belast bent na een bezoek waar u zowel medische als psychosociale zorg heb gegeven? Zo ja, op welke manier bent u meer belast en heeft dit gevolgen voor andere werkzaamheden?

12. Op welke manier zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd kunnen worden vindt u?

13. Wat zou u ervan vinden als er een protocol of cursus ontwikkeld wordt die voorschrijft hoe u moet handelen wanneer u psychosociale problematiek signaleert?

14. Wat zou u ervan vinden als Buurtzorg een nauwere samenwerking opstartte met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, met als doel een goed doorverwijzing indien nodig?

Bijlage 2: Format interview organisatie Buurtzorg

Interview
Omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg

Vragen voor de organisatie van Buurtzorg:

1. Wat zijn uw werkzaamheden binnen Buurtzorg Nederland? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam).

2. Met welke afdelingen/diensten/faciliteiten heeft u vaak te maken? Wanneer en waarom juist met deze afdelingen/diensten/faciliteiten?

3. Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?

4. Bent u op de hoogte van hetgeen binnen Buurtzorg speelt op het gebied van psychosociale zorg?

5. Heeft u contact met wijkverpleegkundigen over de psychosociale problematiek en hulpverlening en zo ja, hoe ziet dat contact eruit?

6. Wat is u mening over de huidige gang van zaken m.b.t. psychosociale problematiek/zorg binnen Buurtzorg?

7. Weet u bij wie de wijkverpleegkundigen terecht kunnen als ze ergens tegenaan lopen op het gebied van psychosociale zorg?

8. Wat vindt u van de visie van Buurtzorg, dat wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk op het gebied van zorg (lichamelijk en geestelijk) moet kunnen oppakken?

9. Is er bewust gekozen om het maatschappelijk werk of een andere vorm van psychosociale hulpverlening buiten Buurtzorg te houden? Zo ja/nee, waarom?

10. Op welke manier kan Buurtzorg volgens u de psychosociale zorg zo optimaal mogelijk maken voor de medewerkers en clienten?

11. Wat voor positieve toevoeging/meerwaarde zou Buurtzorg kunnen gebruiken op het gebied van psychosociale zorg? (vertellen wat de bevindingen op dit moment zijn uit interviews/enquêtes)

12. Zijn er toekomstverwachtingen/plannen zijn op het gebied van psychosociale zorg binnen Buurtzorg? Bijvoorbeeld scholing?

13. Welke mogelijkheden zijn er volgens u om de psychosociale zorg binnen Buurtzorg te verbeteren, met bijvoorbeeld een cursus of protocol? (financieel?)

14. Wat zou u ervan vinden als Buurtzorg een nauwere samenwerking opstartte met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, met als doel een goede doorverwijzing indien nodig?

Bijlage 3: Format interview thuiszorgorganisatie A en Vilente

Interview
Omgaan met psychosociale problematiek binnen thuiszorgorganisatie A en Vilente

Vragen voor thuiszorgorganisatie A en Vilente:

1. Welke functie heeft u binnen A/Vilente? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam).

2. Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?

3. Is er binnen A/Vilente een protocol of cursus die voorschrijft hoe wijkverpleegkundigen moeten handelen op het gebied van psychosociale problematiek en de signalen daarvan?

4. Op welke manieren wordt er nog meer aandacht geschonken aan psychosociale zorg?

5. Hoe luidt de visie in uw organisatie op het gebied van psychosociale problematiek en hoe dient daar mee om te worden gegaan?

6. Wordt psychosociale zorg geregistreerd, zo ja: hoe?

7. Zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen A/Vilente verbeterd kunnen worden? Zo ja, wat maakt dat dit verbeterd moet worden?

8. Hebben er onlangs nog veranderingen op het gebied van psychosociale zorg plaats gevonden binnen A/Vilente?

9. Zijn er binnen u organisatie nauwe samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, met als doel een goed doorverwijzing indien nodig? Zo ja, hoe zien deze banden eruit? Zo nee, mist u dit en wat zou u in dat geval graag willen op dit gebied?

10. Bent u tevreden over de manier waarop A/Vilente omgaat met psychosociale zorg en zo ja, waarom bent u hier tevreden over?

Bijlage 4: Format enquête

Enquête
Signalering psychosociale problematiek bij patiënten van Buurtzorg

Beste medewerker van Buurtzorg,

Middels dit enquêteformulier, willen wij als onderzoekers meer inzicht en duidelijkheid krijgen in de manier waarop er op dit moment met psychosociale problematiek wordt omgegaan m.b.t. de cliënten van Buurtzorg.
De vragen die gesteld worden in deze enquête, zijn alleen gericht over de periode dat u bij Buurtzorg werkt/werkte.

Met de uitkomsten van de enquêtes kunnen we verder nadenken over de kwaliteit van zorg binnen Buurtzorg en op het gebied van de psychosociale zorg binnen de thuiszorg.
De uitkomsten van de enquêtes worden gerapporteerd in een eindverslag, met een geschreven advies voor Buurtzorg op het gebied van psychosociale zorg.

Deze enquête zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De gegevens die voortvloeien uit de enquête worden anoniem en met zorgvuldigheid behandeld

De ingevulde enquête het liefst voor 18 maart 2011 invullen en opsturen.

---

*Zou u het antwoord op de vraag in het **zwart** willen aangeven!*

1. Wat is uw geslacht?
0 Man
0 Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?
0 Tussen de 20-25 jaar
0 Tussen de 25-30 jaar
0 Tussen de 30-35 jaar
0 Tussen de 35-40 jaar
0 Tussen de 40-45 jaar
0 Ouder dan 45 jaar

3. Wat is uw functie binnen Buurtzorg?
0 Wijkziekenverzorgende
0 Wijkverpleegkundige
0 Anders……...

4. Uit welk team bent u werkzaam?
0 Team Ede A
0 Team Ede B
0 Team Bennekom 1
0 Team Bennekom 2
0 Team Veenendaal
0 Team Veenendaal West
0 Team Veenendaal Zuid
0 Team Wageningen
0 Team Wekerom

5. Hoeveel jaar werkt u op dit moment binnen Buurtzorg?
0 1 jaar of minder
0 Tussen de 1 en 5 jaar

6. Wat is uw beeld van de psychosociale zorg?
0 Ik weet wat er allemaal onder verstaan wordt
0 Ik weet niet goed wat er allemaal onder verstaan wordt

7. Vindt u dat u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige voldoende geschoold bent op het gebied van psychosociale zorg en wat daar allemaal bij komt kijken?
0 Ja
0 Nee

8. Waar zou u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige, meer kennis in op willen doen op het gebied van psychosociale zorg?
0 Meer algemene kennis over psychosociale zorg
0 Specifieke kennis over bepaalde psychosociale problematiek
0 Anders……..

9. Hoeveel zorgvragen op het gebied van psychosociale problematiek komen er bij u binnen?
0 Geen
0 1-3 in de maand
0 3-5 in de maandag
0 5-10 in de maandag
0 Anders, namelijk …

10. Heeft u in uw functie ooit een cliënt verzorgd met een psychiatrische stoornis?
0 Ja (zo ja, ga naar de volgende vraag)
0 Nee
0 Weet ik niet

11. Welke psychosociale problematiek bent u wel eens tegengekomen bij een cliënt?
(meerdere antwoorden mogelijk)
0 Huiselijk geweld
0 Eenzaamheid
0 Depressiviteit
0 Rouw
0 Psychosomatische problematiek
0 Relatie/gezinsproblematiek
0 Anders……
0 Ik ben nog niet eerder psychosociale problematiek tegen gekomen

12. Maak een top 3 uit de bovenstaande psychosociale problematiek die u bent tegengekomen in u werk. 1 staat voor meest tegen gekomen en 3 staat voor minder tegen gekomen.
1.
2.
3.

13. Hoe vaak bent u in uw werk psychosociale problematiek tegen gekomen?
0 Niet vaker dan 5 keer
0 Tussen de 5 en 10 keer
0 Meer dan 10 keer

14. Wat doet u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige met de signalen die u bij de cliënt ziet, op het gebied van psychosociale zorg?
0 Deze signalen bespreek ik alleen met de collega aan wie ik moet overdragen
0 Deze signalen bespreek ik in het team
0 Anders……

15. Buurtzorg gaat er vanuit dat de wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige zoveel mogelijk oppakt bij de cliënten. Vindt u als medewerker dat daar de behandeling/verzorging van psychosociale zorg ook onder valt?
0 Ja
0 Nee

16. Kijkend naar de genoemde psychosociale problematiek onder vraag 9, wat van de psychosociale problematiek vindt u dat u als wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende, niet meer tot uw werkgebied behoort?
(meerdere antwoorden mogelijk)
0 Huiselijk geweld
0 Eenzaamheid
0 Depressiviteit
0 Rouw
0 Psychosomatische problematiek
0 Relatie/gezinsproblematiek
0 Anders……

17. Welke impact heeft het werken met psychosociale problematiek op u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige?
0 Veel impact
0 Weinig impact
0 Geen impact

18. Heeft u als wijkziekenverzorgende/wijkverpleegkundige enig idee hoeveel tijd u besteedt aan het werken met psychosociale problematiek bij cliënten?
0 Ja (zo ja, hoeveel tijd zou dat zijn?) …….
0 Nee

19. Bent u tevreden over de manier waarop er nu gewerkt wordt met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg?
0 Ja (ga door naar vraag 21)
0 Nee (ga naar de volgende vraag)

20. Als u een cijfer zou mogen geven aan hoe er op dit moment om wordt gegaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg, wat voor cijfer zou u dan geven?
0 lager dan een 6
0 Tussen een 6 en een 8
0 Hoger dan een 8

21. Wat zou u graag veranderd willen zien binnen Buurtzorg op het gebied van psychosociale zorg/problematiek?
0 Niets, ik ben tevreden zoals het nu gaat
0 Er mag meer samenwerking plaats vinden met andere professionals/hulpverleners

0 Het zou van belang zijn als er een hulpverlener/deskundige binnen Buurtzorg wordt aangenomen die de psychosociale problematiek kan oppakken

22. Heeft u zelf nog opmerkingen en/of ideeën die u wilt toevoegen als het gaat om het signaleren van psychosociale problematiek binnen Buurtzorg?
0 Ja (zo ja, ga naar de volgende vraag)
0 Nee

23. Welke opmerkingen/ideeën heeft u op bovenstaande vraag?
……
……
……
……
……

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!
De ingevulde enquête het liefst voor 18 maart 2011 opsturen naar nalineschol@hotmail.com of emke_willemsen@hotmail.com

Mocht u nog vragen hebben over de enquête, dan kunt u contact opnemen met Naline Scherrenburg-Schol en/of Emke Willemsen (zie bovenstaande mail adressen).

Bijlage 5: Competenties wijkverpleegkundigen

Competentie 1: Onderhouden van een relatie
- Een open en eerlijke houding
- Openstaan voor feedback
- Uitgaan van eigen kwaliteiten
- Aangaan, onderhouden en afsluiten van een (werk) relatie
- Open en eerlijke informatie geven
- Gemaakte afspraken nakomen
- Fouten van zichzelf en van collega's erkennen en herstellen
- Verantwoordelijkheid voor eigen gedrag demonstreren
- Zich niet achter formele argumenten verschuilen

Competentie 2: Onderhouden van een dialoog
- Handelen afstemmen op de zorgvraag
- Aansluiten bij de voorkeuren, wensen en mogelijkheden
- Communicatie afstemmen op de zorgvrager
- De autonomie van de zorgvrager respecteren

Competentie 3: Methodisch en systematisch handelen
- Het uitvoeren van een behoeftepeiling
- Situaties kunnen analyseren
- Probleeminventarisatie maken
- Valide instrumenten gebruiken bij het stellen van diagnoses
- Met zorgvrager doelen en werkwijzen vaststellen
- Regelmatig met zorgvrager evalueren en bijstellen
- Rekening houden met verwerkingsfasen van de zorgvrager
- Regelmatig rapporteren over voortgang en evaluaties
- Regelmatig proces evalueren
- Protocollen kritisch gebruiken
- Zorgen voor toegankelijke en begrijpelijke verslaglegging
- Eigen tijd goed beheren

Competentie 4: Realiseren van zorg volgens geldende kwaliteitseisen
- Besluiten kunnen nemen op grond van de beste onderzoeksresultaten
- Gezond verstand gebruiken als er geen onderzoek is uitgevoerd
- Ervaringsdeskundigheid van zorgvrager gebruiken
- Mythen en rituelen in de dagelijkse praktijk bestrijden
- Nieuwe technologie gebruiken
- Op de hoogte blijven van verpleegtechnische ontwikkelingen
- Op de hoogte blijven van ontwikkelingen in zorgaanspraken
- Op de hoogte blijven van zorgfinanciering
- Vertalen van objectieve gegevens naar subjectieve situaties
- Vertalen van subjectieve situaties naar objectieve gegevens
- Zorgen voor voldoende deskundigheid en vaardigheid
- Kritisch gebruik van classificatiesystemen t.b.v. individuele zorgverlener

Competentie 5: Reflecteren op eigen gedrag
- In situaties kunnen reflecteren

- Over situaties kunnen reflecteren
- Regelmatig en gepland met zorgvragers reflecteren
- Met andere hulpverleners reflecteren
- Leren van consequenties
- Methodisch nadenken over zichzelf
- Bewust worden van eigen handelen
- Gemaakte keuzes verantwoorden
- Zich openstellen voor kritiek van anderen
- Willen leren van ervaringen
- Willen leren van feedback van anderen (openstaan voor feedback)

Competentie 6: Professionele waarden omzetten in gedrag

- Zorgzaamheid tonen in contact met de zorgvrager
- Privacy en autonomie respecteren
- Waarden en normen van de zorgvrager respecteren
- Onbaatzuchtig handelen in patiëntenzorg
- Anderen tegemoet treden zoals je zelf tegemoet getreden wilt worden
- Op basis van argumenten discussiëren
- Zorg tot stand brengen in een samenwerkingsrelatie met de zorgvrager
- Zorg ondersteunend laten zijn voor de leefwijze van de zorgvrager

Bijlage 6: Plan van aanpak afstudeeronderzoek Buurtzorg

Inleiding:
Dit plan van aanpak schrijven we in het kader van onze afstudeeropdracht die wij uitvoeren binnen de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening. Wij gaan onze afstudeeropdracht uitvoeren binnen de thuiszorgorganisatie ´Buurtzorg Nederland´.

Buurtzorg Nederland biedt een natuurlijk alternatief voor thuiszorg in Nederland. Buurtzorg biedt bij de mensen thuis zorg aan oudere mensen, mensen met beperkingen en chronisch zieken. Hierin speelt de wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende een centrale rol.
De wijkverpleegkundige neemt in overleg met de cliënt direct een beslissing over de manier en inhoud van werken m.b.t. de hulpverlening die geboden moet worden.
Autonomie staat centraal bij Buurtzorg en dit wordt op verschillende manieren gestimuleerd bij de medewerkers en bij de cliënten. Dit wordt bij de medewerkers gestimuleerd door het opzetten van kleine buurtteams en de ICT-toepassingen, waardoor het voor de medewerker makkelijk is om efficiënt en snel te werken en daarbij de administratieve kosten tot een minimum te beperken. Op dit moment zijn er geen taakprofielen/GGZ functies binnen Buurtzorg. De taakprofielen op het gebied van zorg die bij Buurtzorg te vinden zijn, zijn de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Op 19 oktober 2010 vond het eerste contact plaats met Buurtzorg Ede. Dit was een oriënterend gesprek en naar aanleiding van dit gesprek zijn wij als studenten/onderzoekers erg enthousiast geworden om een bijdrage te leveren aan een mogelijke verbetering binnen Buurtzorg, m.b.t. psychosociale hulpverlening/zorg. Wij willen met name onderzoeken welk deel van de psychosociale zorg onder de wijkverpleegkundigen/Buurtzorg valt en welk deel mogelijk doorverwezen moet worden naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Daar voorafgaand onderzoeken wij welke rol psychosociale problematiek speelt bij de cliënten van Buurtzorg.
Buurtzorg is een jonge en vernieuwende organisatie die een nieuw concept voor verpleging en verzorging aan huis heeft ontwikkeld.
Wij als beginnend maatschappelijk werkers vinden het interessant om te onderzoeken hoe er binnen een thuiszorgorganisatie zoals Buurtzorg wordt omgegaan met psychosociale zorg en de signalen daarvan. Wat mag en kan een wijkverpleegkundige overnemen m.b.t. psychosociale zorg, zodat het gunstig is voor de cliënt en haalbaar is voor de wijkverpleegkundige, is een vraag die ons ook aanspreekt.

In dit plan van aanpak voor Buurtzorg Ede willen wij aan de hand van verschillende deelvragen, onderzoeksmethodes en middelen antwoord krijgen op de vraag, hoe de psychosociale zorg/hulpverlening eruit moet komen te zien binnen Buurtzorg.
Daarbij zullen we ook beschrijven welke mogelijke risico's er een rol kunnen spelen bij het uitvoeren van dit onderzoek. In dit plan van aanpak zullen wij ook beschrijven welk verband er is met de verdiepingsminor Relatie en gezin.

Aanleiding en probleembeschrijving
Op dit moment is er binnen Buurtzorg geen duidelijk beeld van hoe er met psychosociale problematiek om wordt gegaan. Wel komen er geluiden vanuit team Ede dat er behoefte is aan meer duidelijkheid rondom deze problematiek.

Buurtzorg heeft over het algemeen het eerst directe afstemming met de huisarts. De huisarts wordt door Buurtzorg dan ook gezien als belangrijkste samenwerkingspartner.
Buurtzorg is nu al bezig om combinaties in functies tussen Buurtzorgteams en huisartsenpraktijken te bevorderen met als doel de zorgverlening te verbeteren en de kwaliteit van zorgverlening te vergroten. Dat het contact en samenwerking tussen Buurtzorg en huisartsenpraktijken een positieve werking heeft en stap voor stap verbeterd wordt is een groot pluspunt. Maar hoe zit het samenwerkingsverband

tussen Buurtzorg en het maatschappelijk werk of andere instellingen rondom psychosociale problematiek?
Wat doen de wijkverpleegkundigen met de signalen die gezien worden bij de cliënt(en) thuis op psychosociaal en relationeel gebied? En wat kunnen wijkverpleegkundigen zelf aan als het gaat om psychosociale vragen en wat moeten zij doorverwijzen?
Allereerst moet er onderzocht worden binnen Buurtzorg hoe de situatie nu is, waar de verpleegkundigen tegen aanlopen en hoe die psychosociale problematiek eruit ziet. Vervolgens is het belangrijk om zorgvuldig te kijken naar hoe de wijkverpleegkundigen in het vervolg om kunnen gaan met deze problematiek. Te denken valt aan een protocol, adviesrapport, een kortere lijn met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk of een maatschappelijk werker parttime in dienst nemen. Dit zijn slechts speculaties over een aanbeveling die wij aan het einde van dit onderzoek zullen doen.

Bij Buurtzorg is op dit moment bekend dat medewerkers van Buurtzorg eerst contact opnemen met de huisarts als er signalen worden opgevangen m.b.t. psychosociale en relationele problematiek en de huisarts pakt dit dan verder op door de cliënt bijvoorbeeld door te verwijzen naar het maatschappelijk werk of andere GGZ-functies. Als maatschappelijk werkers in opleiding en straks beginnend beroepsbeoefenaars, lijkt het ons interessant en leerzaam om te onderzoeken of Buurtzorg op een andere manier om kan gaan met psychosociale problematiek en om te kijken of er voor het maatschappelijk werk nog een rol is weggelegd binnen de thuiszorg/wijkverpleging.

De hoofdvraag en de richtinggevende onderzoeksvragen

Hoofdvraag:
Welke rol spelen wijkverpleegkundigen van Buurtzorg Ede en regio, in het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij hun cliënten en op welke manier zou de inhoud van deze rol verbeterd kunnen worden?

Afbakening:
- Wijkverpleegkundigen: wijkverpleegkundigen met een vastcontract en die met een nul uren contract.
- Buurtzorg Ede en regio: Wij richten ons adviesrapport op Buurtzorg Ede. Met enquêtes gaan we team Ede met teams uit de regio vergelijken. Onder regio valt: Veenendaal, Bennekom, Wekerom en Wageningen.
- Psychosociale problematiek: Zie onderzoeksvraag 1.1.

Onderzoeksvragen:

1. *Wat zegt de theorie over thuiszorg, Buurtzorg en psychosociale zorg?*

1.1 Wat is thuiszorg en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de thuiszorg?
1.2 Wat is Buurtzorg?
1.3 Wat is psychosociale problematiek en welke theorieën liggen ten grondslag m.b.t. het werken in de psychosociale zorg?

2. *Wat is de huidige situatie nu binnen Buurtzorg Ede, Bennekom Veenendaal, Wekerom en Wageningen m.b.t. het werken met psychosociale zorg?*

2.1 Wat is de visie van Buurtzorg op psychosociale en relationele problematiek?
2.2 Hoe gaat Buurtzorg Ede, Bennekom, Veenendaal, Wekerom en Wageningen te werk m.b.t. het signaleren van psychosociale en relationele problematiek?
2.3 Wat is er te vinden op het gebied van psychosociale zorg op het Buurtzorgweb?
2.4 Hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede zou onder psychosociale zorg vallen?

2.5 Welke zorgvragen op het gebied van psychosociale zorg komen op dit moment binnen bij Buurtzorg?
2.6 Welke kennis hebben de wijkverpleegkundigen al over psychosociale en relationele problematiek?
2.7 Wat zeggen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zelf, wat een wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende zou moeten kunnen uitvoeren op het gebied van psychosociale hulp?
2.8 Welke samenwerking zou er tussen het Algemeen maatschappelijk werk en Buurtzorg kunnen zijn?
2.9 Welke impact heeft het werken met psychosociale problematiek op de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg?
2.10 Hoeveel werktijd van een wijkverpleegkundigen gaat er naar het werken aan psychosociale problematiek?

3. *Welke ontwikkelingen m.b.t. psychosociale zorg in de thuiszorg, zijn te zien in andere thuiszorgorganisaties?*

3.1 Op welke manier werken gelijksoortige organisaties als Buurtzorg met psychosociale zorg in de regio Ede, Bennekom en Wageningen?

4. *Wat is de gewenste situatie op het gebied van psychosociale zorg binnen Buurtzorg Ede?*

4.1 Wat is de gewenste situatie volgens de werknemers?
4.2 Wat is de gewenste situatie volgens de werkgevers?

Doelstellingen
De doelstellingen zijn gekoppeld aan de onderzoeksvragen om zo op deze manier de doelstellingen concreet en meetbaar te maken.

Deelvraag 1
Buurtzorg krijgt door middel van theorieonderzoek een goed beeld van psychosociale problematiek en van hoe deze problematiek een rol speelt in hun hulpverlening. Ook krijgt Buurtzorg een beter beeld over welke problematiek door welke organisaties/instellingen behandeld kan worden.
Het theorieonderzoek zet aan tot een breder onderzoek van de hoofdvraag.

Deelvraag 2
Door deelvraag 2 te onderzoeken wordt er meer bekend over de behoefte aan meer kennis van en hulp bij psychosociale problematiek, die wordt gesignaleerd door de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg.

Deelvraag 3
Door in contact te komen met gelijksoortige thuiszorgorganisaties, wordt er een breder beeld geschetst over welke ontwikkelingen er gaande zijn m.b.t. psychosociale problematiek binnen thuiszorg organisaties. Mogelijk dat daar vernieuwende informatie uit voortkomt waar Buurtzorg iets aan heeft.

Deelvraag 4
Door deelvraag 4 te onderzoeken zien we wat de gewenste situatie is m.b.t. de psychosociale zorg binnen Buurtzorg en geven we een antwoord op het 2e gedeelte van de hoofdvraag.

Doel voor de opdrachtgever
De opdrachtgever wil dat zijn organisatie een goed beeld heeft van de psychosociale zorg bij hun patiënten. Belangrijk is ook om dan verder te kijken naar hoe er wordt om gegaan met die problematiek en na te denken over hoe de organisatie om zou willen gaan met die problematiek.

Doel voor het vakgebied van het maatschappelijk werk
Als professional moet je, je beroep goed op de kaart kunnen zetten en op een goede manier kunnen verdedigen. Doel voor ons aanstormende professionals is om met de kennis die wij hebben over psychosociale zorg te kijken naar de situatie binnen Buurtzorg. Ons beroepsprofiel vraagt van ons dat wij op de juiste manier kunnen doorverwijzen en dat ook kunnen onderbouwen. Dit hopen wij in de praktijk te brengen met ons onderzoeksproduct.

Doelen wat betreft het product
Wanneer het afstudeerproject afgerond is, heeft Buurtzorg van ons het volgende product in handen:

- Een duidelijke omschrijving welke psychosociale problematiek Buurtzorg tegen komt en hoe de wijkverpleegkundigen hier vervolgens mee om gaan.
- Een overzicht van de wensen van zowel werknemers als werkgevers over hoe er met psychosociale problematiek omgegaan moet worden binnen Buurtzorg.
- Een afgebakend plan en aanbeveling, naar aanleiding van het onderzoek binnen Buurtzorg, over hoe Buurtzorg met de psychosociale problematiek om kan gaan.

Relatie met de verdiepingsminor
Wij als onderzoekers hebben beide de verdiepingsminor 'Relatie en Gezin' gekozen. Het verband tussen dit afstudeeronderwerp en de minor is dat we uiteindelijk met een aanbeveling/duidelijk advies willen komen hoe de psychosociale hulpverlening vorm kan krijgen binnen Buurtzorg en hoe wijkverpleegkundigen daarmee aan de slag kunnen gaan. Wij zijn goed opgeleidt in het herkennen en behandelen van psychosociale problemen en ook binnen onze minor kreeg dit ruimschoots de aandacht. Veel psychosociale problemen vinden hun grondslag in een relatie of bijvoorbeeld in het gezin van herkomst. Wij verwachten dat dit bij Buurtzorg niet anders is en wij denken dat wij met onze minor hier een goed signalerend oog voor hebben ontwikkeld.

Werkwijze en onderzoeksmethoden
De onderzoeksmethodes die gebruikt zullen gaan worden voor dit onderzoek zijn:

- Veldonderzoek
- Inventariserend onderzoek
- Literatuuronderzoek

<u>Databronnen</u>

- **Internet:** Wij zullen gebruik maken van internet om zo gegevens te verzamelen over hoe andere zorginstellingen die vergelijkbaar zijn met Buurtzorg, omgaan met psychosociale zorg. De informatie zullen we verkrijgen via de sites van die instellingen en wellicht met het geven van interviews.
  Ook hopen wij gebruik te kunnen maken van de database van Buurtzorg zelf, om relevante en belangrijke gegevens te verzamelen die nodig zijn voor dit onderzoek.

  Bruikbaarheid en betrouwbaarheid van deze bron: Het is goed om nauwkeurig te selecteren op internet wat bruikbaar en helpend is. We gaan vooral zoeken naar andere organisaties om contact met hen te leggen.

- **Literatuur:** In de literatuur vinden we informatie over de kernbegrippen. Die informatie verzamelen we en zetten we om in de theoretische hoofdstukken van ons onderzoek. Dit biedt een helder overzicht van waar we over praten als we de kernbegrippen bespreken.
  Literatuur gebruiken wij ook om ons in te lezen over hoe we ons onderzoek zo efficiënt en adequaat mogelijk kunnen uitvoeren.

Bruikbaarheid en betrouwbaarheid van deze bron: De literatuur die wij gaan onderzoeken wordt zorgvuldig door ons geselecteerd. We zullen daarbij letten op bruikbaarheid en betrouwbaarheid.

- **Interviewen:** We willen als eerste de organisatie interviewen. Onder organisatie wordt verstaan de werkgevers van Buurtzorg en een aantal wijkverpleegkundigen uit team Ede. Daarnaast willen we nog een vergelijkend interview doen met andere thuiszorgorganisaties uit de regio.

- **Enquête:** We willen een aantal enquêtes afnemen bij Buurtzorg Ede, Bennekom, Wageningen, Wekerom en Veenendaal. Dit willen we doen onder de wijkverpleegkundigen met als doel een goed overzicht te krijgen, hoe wijkverpleegkundigen omgaan met psychosociale problematiek.

  Bruikbaarheid en betrouwbaarheid van deze bronnen: De aanbeveling die uit ons onderzoek voortkomt, zal gebaseerd zijn op de wensen van de organisatie. De betrouwbaarheid van deze bron is dat de organisatie zelf het beste kan aangeven waar zij behoeften aan heeft.
  Mochten deze bronnen tekort schieten dan zullen we samen met de opdrachtgever en coach kijken naar andere mogelijkheden. Mogelijkheden zouden eventueel kunnen zijn: andere media onderzoeken als tijdschriften, krantenberichten.

Middelen
Tijd: Dit onderzoek wordt uitgevoerd in de tijd tussen half januari tot en met mei. We besteden gemiddeld 4 dagen in de week aan dit onderzoek namelijk maandag t/m donderdag. Deze tijd is beschikbaar gesteld door de CHE.

Geld: Mogelijke kosten zijn: kopieerkosten, printkosten, reiskosten voor reizen buiten de Ov-jaarkaart tijden, literatuuraankopen. Deze kosten die worden gemaakt, worden gedragen door de werkveldinstelling oftewel de opdrachtgever Buurtzorg.

Faciliteiten: Indien de ruimte vrij is kunnen we een aantal keer per week gebruik maken van de werkplek van Buurtzorg Ede. Die ruimte is ook beschikbaar om interviews af te nemen en om gesprekken met de opdrachtgever te voeren.

Toegang tot bronnen: Interviews en enquêtes zullen in samenwerking met de opdrachtgever geregeld worden. De toegang tot de bronnen internet en literatuur zullen wij zelf mogelijk maken en we hopen dat wij gebruik mogen maken van de database van Buurtzorg.

Begeleiding
<u>Afstudeerbegeleider vanuit de CHE</u>
Er worden 5 afspraken ingepland met de afstudeerbegeleider vanuit school. De planning van deze afspraken gebeurd zodra duidelijk is wie de afstudeerbegeleider is. De studenten zijn verantwoordelijk voor het plannen van deze afspraken. Van de afstudeerbegeleider wordt verwacht dat hij/zij het plan van aanpak beoordeeld, fungeert als klankbord, de studenten begeleidt en uiteindelijk het onderzoeksproduct beoordeeld.
Van de studenten wordt verwacht dat zij de afstudeerbegeleider inlichten, op de hoogte houden en consulteren indien nodig. Ook wordt er van de studenten verwacht dat zij vragen en/of (half) producten op tijd inleveren.

<u>Opdrachtgever en werkveldbegeleider vanuit Buurtzorg, Arend-Jan Zwart</u>
De opdrachtgever moet allereerst instemmen met het plan van aanpak. Hij biedt alle medewerking voor het realiseren van dit onderzoek. Dit houdt in faciliteiten, begeleidingsmomenten en helpen met het wegwijs worden in de organisatie. Daarnaast coacht hij de studenten inhoudelijk en procesmatig

binnen de organisatie. Van de opdrachtgever wordt verwacht dat hij aanwezig is bij de afrondingspresentatie en dat hij een gekwalificeerde beoordeling uitbrengt aan de afstudeerbegeleider. Begeleidingsmomenten met de opdrachtgever zullen in januari ingepland worden. Het streven is dat we elkaar minstens een keer in de maand ontmoeten om de stand van zaken te bespreken. Daarnaast kunnen er extra overlegmomenten aangevraagd worden indien nodig.

Medebeoordelaar
Medebeoordelaar is een andere docent dan de afstudeerbegeleider. Hij/zij zal het onderzoeksproduct mede beoordelen.

Onderzoeksverslag en adviesrapport
Hieronder beschrijven we het beoogde eindproduct, hoe er van het onderzoek verslag wordt gedaan, wie er op de hoogte gesteld wordt van de resultaten van het onderzoek, wat er van het onderzoek naar buiten gebracht kan worden en hoe de afronding van het onderzoek plaats zal gaan vinden.

Beoogd eindproduct
- Het afstudeer/evaluatieverslag
- Aanbevelingen /advies hoe om te gaan met psychosociale zorg bij cliënten van Buurtzorg.
- Eindpresentatie van de behaalde resultaten van het afstudeeronderzoek
- Korte samenvatting van de resultaten van het onderzoek, beschreven in de vorm van een artikel.
- Kort samengevat: Het onderzoeksverslag en het adviesrapport

Overdracht onderzoeksresultaten aan de opdrachtgever Buurtzorg Ede
We zullen aan het einde van het afstudeeronderzoek een eindpresentatie geven aan het team van Buurtzorg Ede, met daarbij hoogstwaarschijnlijk de directeur en zorgmanager/coördinator van Buurtzorg.
De presentatie zal waarschijnlijk gegeven worden met behulp van een PowerPoint op het zorgkantoor in Ede of op de CHE.

Wie worden er op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten?
Buurtzorg Ede/Nederland krijgt het gehele onderzoeksverslag en wordt daarbij uiteraard op de hoogte gesteld van de onderzoeksresultaten van dit afstudeeronderzoek.

Wat wordt er van het onderzoek naar buiten gebracht?
Er zal met Buurtzorg Ede overlegd worden wat er wel en wat er niet naar buiten gebracht mag en kan worden van het afstudeeronderzoek. Zelf zullen we nog bekijken of er mogelijk iets van de onderzoeksresultaten gepubliceerd kan worden in een krant of blad.

Risico's
De mogelijke risico's waar tegenaan gelopen kan worden tijdens dit onderzoek is:
- Weerstand bij medewerkers
- Geen respons van de wijkverpleegkundige op de enquête
- Mogelijke concurrentie van andere gelijksoortige thuiszorgorganisaties
- Verandering van de hulpvraag bij Buurtzorg

De maatregelen die voor de bovenstaande risico's genomen kan worden zijn:
- Op tijd starten met de enquêtes en interviews
- Op een duidelijke en positieve manier verwoorden wat wij willen onderzoeken en met welk doel wij dit willen doen, om zo er voor te zorgen dat de mogelijke weerstand minder wordt bij medewerkers

Tijdspad

Week	Activiteit	Met wie
2	▪ Afspraak met CHE coach en gesprek met ▪ opdrachtgever ▪ Inleveren Plan van aanpak ▪ Toewijzing nieuwe afstudeerbegeleider	Adriana de Ridder Arend Jan, Buurtzorg Ede
3	▪ Eventueel plan van aanpak aanpassen ▪ Literatuur zoeken voor theorie onderzoek en dit onderling verdelen.	
4	▪ Afstudeercontract ondertekenen ▪ Kennismaking Buurtzorg team Ede ▪ Start theorieonderzoek + verwerking ▪ Afspraken maken voor interviews met de organisatie	Studenten, Buurtzorg en de CHE Wijkverpleegkundigen van Buurtzorg
5	▪ Theorieonderzoek + verwerking ▪ Nadenken over inhoud van de enquêtes en mogelijke opzet	
6	▪ Komende twee weken interviews afnemen ▪ Komende twee weken enquêtes opstellen en versturen	Team Ede Management Buurtzorg indien mogelijk Team Bennekom, Veenendaal, Wageningen
7	▪ Interviews afnemen	Zie hierboven (week 6)
8	*Emke op vakantie*	
9	▪ Interviews verwerken	
10	▪ Interviews verwerken *(Naline op vakantie)*	
11	▪ Enquêtes terug + gegevens verwerken	
12	▪ Gegevens enquêtes verwerken	
13	▪ Aanbevelingsrapport schrijven	
14	▪ Aanbevelingsrapport schrijven	
15	▪ Artikel schrijven	
16	▪ Voorbereiden presentatie onderzoeksresultaten	
17	▪ Puntjes op de i + eindpresentatie	
18	EERSTE WEEK VAN MEI: 1E VERSIE AFSTUDEERONDERZOEK AFRONDEN + INLEVEREN!!	
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

- *1 keer in de zoveel tijd overleg met coach en Arend-Jan*

Bijlage 7: Cliënten van het Buurtzorg web

Inleiding
Om een duidelijk beeld te schetsen hoe het cliëntenbestand van Buurtzorg eruit ziet en hoeveel procent van het cliëntenbestand valt onder psychosociale zorg, hebben we maandag 28 maart het cliëntenbestand op het Buurtzorg web doorgenomen.
Er is voor gekozen om alleen de cliënten met een indicatie door te nemen omdat dit ook toegang geeft tot de mogelijk geregistreerde ziektebeelden en beperkingen van de desbetreffende cliënt.

We hebben daarbij een splitsing gemaakt van cliënten met geregistreerde psychosociale problematiek en cliënten die volgens observaties/rapportages van verpleegkundigen psychosociale problematiek zouden kunnen hebben.
Hier is voor gekozen omdat het ook van belang is om de observaties van de verpleegkundigen mee te nemen, ook al heeft de desbetreffende cliënt geen geregistreerde psychosociale problematiek.
Deze observaties zijn belangrijk om mee te nemen om uiteindelijk een schatting te maken hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede in aanmerking zouden kunnen komen voor psychosociale zorg.

Er moet gezegd worden dat dit deel van het onderzoek niet helemaal goed onderbouwd kan worden. Doordat psychosociale zorg niet specifiek op het Buurtzorg web geregistreerd wordt, is het erg lastig om deze subvraag te beantwoorden. We zijn teruggevallen op de informatie die stond onder de ziektebeelden en beperkingen van de cliënten. Deze informatie is minimaal en bestaat uit steekwoorden. (Zie het overzicht hieronder). Daarnaast hebben we gebruik gemaakt van de rapportages en hebben daarbij gebruik gemaakt van ons eigen inschattingsvermogen op het gebied van psychosociale problematiek. We hebben toen een ruimte schifting gemaakt op basis van deze twee criteria. We erkennen dat deze vorm niet voldoende is onderbouwd, het was echter de enige manier om op een ruime schatting uit te komen wat de subvraag betreft. Daarnaast hebben deze cliënten nog niet ingestemd met psychosociale zorg, maar zouden ze in aanmerking kunnen komen voor deze vorm van hulpverlening.

Cliënten die geregistreerde psychosociale problematiek hebben:

Cliënt 1
Arrangement:
Persoonlijke verzorging 3,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
Psychische en gedragsstoornissen (niet vermeld welke)

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid: blijft hangen in problemen, ziet zelf de uitwegen niet meer
Sociale relaties en maatschappelijk leven: contactmijdend bij nieuwe contacten, vraag naar vertrouwenspersoon, wil geen dagbesteding

Rapportages:
Lastig contact te krijgen met cliënt.
Erg defensief.
Vraag me af of ze psychosociale hulp zou accepteren . Uit rapportages blijkt dat Buurtzorg al erg veel moeite heeft om alleen nog maar een praatje te mogen maken met haar.

Cliënt 2
Arrangement:

Persoonlijke verzorging (PV-1) 9,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 9,9 uur

Geregistreerde stoornis/ziektebeeld:
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychogeriatrische ziekte aandoening)

Geregistreerde beperkingen:
Lichamelijke beperkingen

Rapportages:
Risico voor overbelasting mantelzorger

Cliënt 3
Arrangement:
Verpleging (VP-1) 1,9 uur
Verpleging (VP-1) 6,9 uur
Verpleging (VP-1) 1,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 3,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal (PVS) 3,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal (PVS) 3,9 uur

Geregistreerde stoornis/ziektebeeld
Somatische ziekte- aandoening
Vooral lichamelijke ziektebeelden + geheugenproblemen

Geregistreerde beperkingen
Vooral lichamelijke beperkingen + praktische hulp en het stimuleren van de sociale redzaamheid

Rapportages:
Geen bijzonderheden op het gebied van psychosociale zorg

Cliënt 4
Arrangement:
Verpleging: 1,9 uur
Verpleging 0,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal: 2x 9,9 uur
Begeleiding 2010 1,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld
vooral lichamelijk

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid, mobiliteit

Rapportages:
Geen psychosociale bijzonderheden

Cliënt 5
Arrangement:
Verpleging: 3x 9,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
alleen lichamelijk

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid
Deelname aan leren, werken

Rapportages:
Alleen lichamelijk

Cliënt 6
Arrangement:
Verpleging extra 0,9 uur
Verpleging 0,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 1x 15,9 uur 1x 19,9 uur
Begeleiding 3,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
alleen lichamelijk

Geregistreerde beperkingen:
Huishoudelijke hulp, hulp bij praktische zaken

Rapportages:
Alleen lichamelijke zorg/behoeften

Cliënt 7
Arrangement:
Verpleging 1.9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 19,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
Temperament en persoonlijkheid
Hogere cognitieve functies: opvliegerigheid en lichamelijke problemen als gevolg van psychische problemen in het verleden (schulden, dakloos). Hulp gehad van het Leger de heils voor budgetteren etc.

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid: moeilijk uitten door herseninfarct, partner helpt haar hierbij.
Sociale relaties en maatschappelijk leven: Door ernstige fysieke beperkingen hierin zeer belemmerd

Rapportages:
Echtgenoot lastig om, om te gaan met de situatie.
Zorgen om dochter (depressies, werkloos) waar cliënt +echtgenoot zich druk om maken
Veel emoties en spanning tussen partners

Cliënt 8
Arrangement:
Verpleging 0,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 19,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
Alleen lichamelijk

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid: Wil veel zelf regie blijven voeren,
Sociale/maatschappelijk leven: Wil liever geen gebruik maken van dagbesteding

Rapportages:
Graag even verhaal kwijt, was opgelucht toen zij de ruimte kreeg om gewoon even te vertellen. Dit kan ze bij de huisarts en bij medewerker van Buurtzorg.

Cliënt 9
Arrangement:
Verpleging 3x 0.9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 2x 9,9 uur 2x 12,9 uur
Begeleiding 3,9 uur

Geregistreerd ziektebeeld:
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (niet gespecificeerd)

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid: Financiën en administratie overgenomen door zoon.
Sociale relaties en maatschappelijk leven: mist wel contacten maar is er ook huiverig voor.

Rapportages:
Alleen lichamelijk en op gebied van geheugenverlies.
Inmiddels bij dagbesteding.

Cliënt 10
Arrangement:
Verpleging
Persoonlijke verzorging
Persoonlijke verzorging speciaal

Geregistreerd ziektebeeld:
Alleen lichamelijk

Geregistreerde beperkingen:
Sociale redzaamheid: overschat zichzelf, geen ziekte inzicht, hulp nodig bij dagindeling, sturing nodig, hulp nodig bij sociale vaardigheden.
Sociale relaties en maatschappelijk leven: lastig om in grote groepen te functioneren, kan niet tegen teveel prikkels, gedrag naar haar medegroepsgenoten wordt niet altijd geaccepteerd.

Rapportages:
Behoefte aan een buddy of ambulant begeleider. Op gebeid van administratie maar ook
Emotioneel, vooral als er familie herinneringen boven komen (broers/zussen)
Krijgt inmiddels hulp van Eleos op het gebied van psychosociale problematiek: praatje, wandeling, administratiehulp, indicatie hulp,
Boos, verdrietig als het lichamelijk tegen zit

Cliënten die volgens observaties van verpleegkundigen psychosociale problematiek zouden kunnen hebben:

Cliënt 1
Arrangement:
Verpleging extra (VP-1 extra) 12,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal (PVS) 15,9 uur
Begeleiding extra 9,9 uur

Geen geregistreerde stoornis, ziektebeeld of beperkingen

Rapportages:
Luisterend oor nodig
Veel bevestiging nodig
Risico voor overbelasting mantelzorger
Communiceren over overlijden is moeilijk
Sterk emotioneel
Verder geen bijzonderheden op het gebied van psychosociale zorg

Cliënt 2
Arrangement:
Verpleging (VP-1) 1,9 uur

Geen geregistreerde stoornis, ziektebeeld of beperkingen

Rapportages:
Niet in het heden leven
Achterdochtigheid
Negatief/agressief verbaal gedrag naar zoon (zoon heeft verder niet veel last van de situatie)

Cliënt 3
Arrangement:
Persoonlijke verzorging (PV-1) 9,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 3,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 9,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 3,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 12,9 uur
Persoonlijke verzorging (PV-1) 3,9 uur

Geen geregistreerde stoornis, ziektebeeld of beperkingen

Rapportages:
Bezorgdheid om financiën/administratie
Uitputting
Verwaarlozing
Geen grip meer op de realiteit
Somber
Hallucinaties (dingen zien en horen die er niet zijn)
Staat niet open voor maatschappelijke/psychologische hulp
Neurotisch

Cliënt 4
Arrangement:

Verpleging (VP-1) 3,9 uur

Geregistreerde stoornis/ziektebeeld
Somatische ziekte- aandoening
Lichamelijke ziektebeelden

Geregistreerde beperkingen
Lichamelijke beperkingen

Rapportages:
Wantrouwen
Geen tot weinig sociaal contact
Verwachtingspatroon dat de ander het allemaal wel oplost
Erg claimend
PTSS
Mogelijk autistische stoornis en dwangneurose
Bedrijgend naar anderen/wijkverpleegkundigen
Agressief uit zijn ogen/verbaal agressief
Contract ondertekend met gedragsregels

Cliënt 5
Arrangement:
Persoonlijke verzorging extra 3x 9,9 uur

Geen geregistreerde stoornis, ziektebeeld of beperkingen

Rapportages:
Wil graag meer meedoen in de maatschappij, weet niet goed hoe dit aan te pakken.

Cliënt 6
Arrangement:
Verpleging 6,9 uur
Gespecialiseerde verpleging 6,9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 1x 12,9 uur 1x 24,9 uur
Begeleiding 2010 12,9 uur
Begeleiding extra 48,9 uur

Geen Geregistreerd ziektebeeld, stoornis of beperkingen
Rapportages:
Antidepressiva (Psychiater) Gelderse Roos
Agressie
Eventueel psychosociale hulp voor echtgenoot (erg belast)

Cliënt 7
Arrangement:
Persoonlijke verzorging 3,9 uur

Geen geregistreerd ziektebeeld of beperking

Rapportages:
Echtgenoot overbelast, graag haar verhaal kwijt

Cliënt 8
Arrangement:
Verpleging 3,9 uur
Persoonlijke verzorging 2x 9,9 uur
Persoonlijke verzorging extra 12.9 uur
Persoonlijke verzorging speciaal 9,9 uur
Begeleiding extra 3,9 uur

Geen geregistreerd ziektebeeld, stoornis of beperkingen

Rapportages:
Hulp van psycholoog (in 2010) Van afgelopen maanden is niet meer duidelijk te zien.

Conclusie:
Als antwoord op de subvraag; '*Hoeveel procent van het cliëntenbestand van Buurtzorg Ede zou onder psychosociale zorg vallen'* kunnen we zeggen dat een percentage van 29,5% binnen Buurtzorg, met of zonder indicatie, zou kunnen vallen onder psychosociale zorg. Nogmaals, dit is een ruime schatting en is gebaseerd op de bevindingen van de onderzoekers.

Bijlage 8: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (A. Laverman)

Naam: Alda
Leeftijd: 48 jaar
Team: Ede A en B
Functie: Coördinator + wijkverpleegkundige
Datum: 21 februari 2011
Tijd: 16.00 uur

1. *Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam.)*

Ik ben coördinator en wijkverpleegkundige van team Ede A en B, maar ben voornamelijk werkzaam in team A. Ik heb een vast contract van 36 uur. Vanaf 1 maart 2009 ben ik werkzaam bij Buurtzorg.
Toen der tijd heb ik coördinerende taken gehad in combinatie met werken aan het bed.
Werken als verpleegkundige in de wijk was voor mij niet nieuw. Ik heb eerst bij Kruiswerk gewerkt als wijkverpleegkundige vooral aan het bed en daarbij de zorg coördineren rondom de cliënt.
Verder ben ik werkzaam geweest bij Opella, bij een verpleegkundig team en dan met name de verpleeg technische zorg, de palliatieve zorg en de terminale zorg. Binnen Opella heb ik veel aan scholing gedaan, heel veel coaching onder job. Daarbij was ik oproepbaar voor een paar 100 mensen.
Bij Opella heb ik in een nieuw team gezeten en dit ook opgezet. Een nieuw team opzetten vind ik erg leuk om te doen. Het is voor mij nu de 3e keer dat ik een nieuw team opzet. Ook in Wolfheze heb ik een nieuw team opgezet en heb ik binnen Opella de psychiatrische oudere groep opgezet. Ook m.b.t. het coachen van (nieuwe) medewerkers bij een nieuwe doelgroep heb ik ervaring mee.
Buurtzorg is een nieuwe organisatie en daar werd mij gevraagd om een nieuw team in Ede op te zetten en heb dit ook gedaan. Verder heb ik in allerlei ziekenhuizen en verpleeghuizen gewerkt en heb ik ervaring in het werken in de psychiatrie en verstandelijk gehandicapten zorg. Je kunt wel leuk opgeleid zijn voor iets, maar het is daarbij ook belangrijk om na te gaan wat iemand gedaan en meegemaakt heeft in zijn leven en hoe hij of zij daarmee om is gegaan. Wat is de draagkracht van de (nieuwe) medewerker. Wat kan hij of zij allemaal aan?

Vanaf mijn 16 a 17e zit ik in de zorg. Ik vind dat het allemaal erg bedrijfsmatig is geworden.
Kijkend naar de organisaties waar ik gewerkt heb, vond ik het allemaal zo negatief worden. Dit was o.a. ook te zien aan de cijfers en je las dat organisaties allemaal failliet gingen.
Voor mij is Buurtzorg een transparante organisatie en een nieuw gegeven. Het is heel eenvoudig, waardoor ik dacht van, ik ga deze manier van werken wel snappen en anderen gaan dit ook wel snappen. Rond mijn 16 a 17e jaar toen ik bij Opella ging werken, keek ik op tegen deze organisatie. Mensen die in de war waren werden daar liefdevol opgevangen, toen hadden we echt warme zorg, mensen werden met respect behandeld en benadert. Het was een warme organisatie en daarbij was het een grote organisatie, met de Halderhof waar mensen konden herstellen en de Breukelderhof. Als ik nu zie wat er van geworden is, dan denk ik dat dit niet het antwoord op de maatschappelijke vraag naar deze zorg is. Ik vind het daarbij jammer dat het allemaal zo traag is gegaan.
Het is een ondoorzichtige dikke laag geworden, waar je als buitenstaander niet doorheen komt. Mensen in die organisatie op hoogniveau wisten niet meer wat er gebeurden. De ene fusie kwam naar de andere. Wat hebben wij de zorg ingewikkeld gemaakt. De zorg moet gaan over jou en mij. Ik help jou ergens mee, daar gaat de zorg over!

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Voor mij is psychosociale problematiek bij somatische aandoeningen wel duidelijk en dit zal waarschijnlijk voor elke verpleegkundige wel zo zijn. Je hebt het dan over gedrag bij cliënten en dat je daar als verpleegkundige mee om kan gaan, maar dit kan pas als je je kan invoelen in anderen mensen.

Het gaat mis zodra er bepaalde psychiatrische aandoeningen zijn met apart gedrag waarbij je je niks kan inbrengen/invoelen en ik denk dat dit een kwetsbare groep mensen zijn, waarvan ik niet zeker weet of wij die kunnen begeleiden met wat ze nodig hebben.
We werken aan de hand van de lijst van Gordon tijdens het cliëntoverleg om een beter beeld te krijgen van de gezondheidspatronen in combinatie met psychosociale problematiek.
Bij Opella heb ik belevingsgerichte zorg mee helpen opzetten, dat gaat er vanuit hoe iemand een bepaalde situatie beleeft m.b.t. zijn aandoening en leven.

3. *Heeft u tijdens de opleiding les gehad over psychosociale problematiek> Zo ja, op welke manier is dit behandeld en heeft u daar profijt van gehad? > Zo nee, wat vindt u van het feit dat psychosociale problematiek niet in de opleiding is behandeld?*

Ik heb tijdens mijn opleiding geen les gehad over psychosociale problematiek. Vroeger werd je erg opgeleid door er vanuit te gaan wat de draagkracht en draaglast is van de cliënt. Ik heb vooral veel kennis opgedaan over de psychiatrie omdat ik er mee/in gewerkt heb. Het is een basis qua kennis wat ik beheers. De psychiatrie is puur de ziektebeelden, later heb ik heel veel met palliatieve zorg en chronische zorg gewerkt en dan komt ook de psychosociale problematiek om de hoek kijken. Psychosociale problematiek/psychiatrie is wel een bepaald gebied wat je moet zien en waar je je in moet verdiepen, het is niet een gebied wat zich op voorhand aandient. Om er goed mee om te kunnen gaan moet je het eerst leren te signaleren, erover lezen en moet je het leren zien.
Als je vraagt of ik vind dat er voldoende geschoold is op dit gebied, dan zou ik daar nee op antwoorden. Als ik bepaalde acties of kwaliteiten zie, dan zie ik dat vooral bij ouderen mensen die vroeger de opleiding voor Verpleegkundige hebben gevolgd. Je ziet snel aan mensen/verpleegkundigen hoe ze op cliënten reageren wat ze zelf hebben meegemaakt.
Oudere mensen hebben vaak al veel dingen meegemaakt en hebben een bredere reverentie en kunnen daardoor makkelijker met mensen die psychosociale problematiek hebben omgaan. Dat is een pre. Niet iedereen kan dit. Ik vind het van belang dat daar goed aandacht aan wordt besteed tijdens een cliëntoverleg aan de hand van de lijst van Gordon. Tegenwoordig krijgen verpleegkundigen wel les op het gebied van psychosociale problematiek.

4. *Komt u een van de volgende problematiek tegen in uw dagelijks werk? Huiselijk geweld, eenzaamheid, depressiviteit, rouw, psychosomatische problematiek, relatie/gezinsproblematiek en zo ja; hoe vaak?*

Ik kom vaak depressie en rouw tegen in mijn werk. Depressie komt ook veel voor bij mensen die een CVA hebben gehad. Daarnaast hebben we veel stervende mensen en dan zie je ook wel gezinsproblematiek en ook wel verbale en mentale agressie tussen de gezinsleden. Rouw komt heel veel voor omdat we te maken hebben met stervende mensen en daardoor komen we ook verstoorde relaties tegen. Verder zien we wel eens dat bij langdurige zorg de mantelzorgers een burnout krijgen.

5. *Welk verschil merkt u op als het gaat om frequentie van deze verschillende vormen van psychosociale problematiek?*

Het enige verschil wat we merken is dat depressie, rouw en verstoorde relaties het meest voorkomen in vergelijking met bijvoorbeeld huiselijk geweld. Dit komt waarschijnlijk ook omdat we veel te maken hebben met palliatieve zorg.

6. *Probeert u zelf bij te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, zo ja; op welke manier doet u dit?*

Ik/wij proberen zorg te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, door de belangrijkste voorwaarde te scheppen en dat is, dat je instaat bent om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënt. Daar beginnen we mee. Als een cliënt zich aanmeldt, bedenken we eerst wie de intake gaat doen, wie de persoonlijk begeleider wordt, wie er de eerste keer heengaat en waarom we het zo aanpakken bij die cliënt.

We inventariseren bij elkaar in een teamoverleg wie deze cliënt/casus kan oppakken, wie dit niet kan en waarom niet en wanneer kan je dit wel en wat die gene daarbij nodig heeft om het uiteindelijk wel te kunnen en bekijken we daarna of dit in de praktijk haalbaar is.
De eerste kennismaking met de cliënt is essentieel. De cliënt is heel afhankelijk van de mensen die rondom hem heen staan. De cliënt hecht zich vaak enorm aan het eerste contact met de verpleegkundige die binnenkomt en de eerste die zorg levert.
We gaan er bij Buurtzorg vanuit dat je eerst contact maakt met de cliënt, dat is altijd stap 1.
Als wijkverpleegkundige probeer je af te tasten welke informatie je moet/kan geven en dat je de cliënt het gevoel blijft geven dat het om zijn eigen leven gaat en dat de dingen gedaan worden die voor de cliënt goed zijn.
Alles wat aandacht heeft op bijvoorbeeld het gebied van psychosociale problematiek bij cliënten, zetten we op het web.

7. *Voelt u uzelf gesteund door Buurtzorg wanneer u tegen psychosociale problematiek aanloopt?*

Wij zijn Buurtzorg, de rest is maar papier. Wij met elkaar (het eigen team) zijn Buurzorg.
Wij kunnen het web op om artikelen, richtlijnen en methodes te lezen.
Ik hoop dat we als team door elkaar gesteund worden en dat iedereen dit ervaart. Ik ervaar wel steun uit mijn eigen team als ik ergens tegenaan loop.
Daarbij heb ik altijd mijn telefoon aan en kunnen mijn collega's mij altijd bellen als ze ergens tegenaan lopen wat ze even kwijt moeten.
1 keer in de 2 weken is er team overleg. In het begin was dit wat vaker omdat er toen meer nieuwe dingen ter sprake kwamen. Mensen komen altijd goed op het teamoverleg en de rede is vooral omdat de wijkverpleegkundigen cliëntoverleg willen hebben. Ze willen met elkaar in gesprek gaan hoe iemand met een bepaalde situatie om zou gaan en hoe we bepaalde situaties als team kunnen oppakken. Voor deze teamvergaderingen wordt dan ook ruim de tijd voor genomen.
De persoonlijke verantwoording bij Buurtzorg is heel groot. De persoonlijke verantwoording is groter dan de functionele verantwoording naar de organisatie toe.
We werken vooral voor de cliënt, we zijn er voor jou! Daarbij kunnen cliënten soms enorm aan je gaan hangen en dat kan een druk op je leggen en daar moet je met elkaar over kunnen praten in je team. Deze hoeveelheid van verantwoordelijkheid is veel groter dan bij andere thuiszorgorganisaties. Daar trek je de deur dicht en ga je naar het volgende bed. En dat kan hier nooit.
Deze verantwoordelijkheid kan zwaar zijn voor ons als wijkverpleegkundigen. Je moet afleren dat je mensen kan helpen. We doen het met elkaar, met je eigen club (team) mensen.

8. *Kunt u me vertellen welk weg u bewandelt wanneer u signaleert dat er meer zorg nodig is voor de psychosociale problematiek?*

De signalen die we tegenkomen, zetten we o.a. op het web. Vervolgens bespreken we deze signalen in het cliëntenoverleg. Mocht het nodig zijn dan wordt de huisarts ingeschakeld/ingelicht en leggen we voor wat we hebben ervaren en wat we hebben gezien m.b.t. (psychosociale) problematiek.
De huisarts kan er dan een andere hulpinstantie zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk of Labyrint op af sturen.

9. *Bent u hier tevreden over > Zo ja: waarom? >Zo nee: hoe zou u dit anders willen zien?*

Ik ben tevreden over de manier waarop we nu omgaan met de signalen die we tegenkomen, maar ik zou zelf meer willen samenwerken met het maatschappelijk werk. Maar dat zie ik nog niet zitten hoe dat moet binnen Buurtzorg. Het is handig om je eigen (eerstelijns) netwerk te hebben en daar zou een maatschappelijk werker ook bij kunnen horen. Ik vind dat het maatschappelijk werk veel meer kan uitleggen hoe bijvoorbeeld een gezinssysteem van een cliënt in elkaar zit. Daarbij kan je makkelijker op een maatschappelijk werker terugvallen mochten we vragen hebben waar wij als verpleegkundigen niet uitkomen.

10. *Merkt u dat u meer belast bent na een bezoek waar u zowel medische als psychosociale zorg heb gegeven? Zo ja, op welke manier bent u meer belast en heeft dit gevolgen voor andere werkzaamheden?*

Ik merk niet aan mezelf dat ik meer belast ben na een bezoek waar ik zowel medisch als psychologische zorg heb gegeven. Ik word vooral moe van lichamelijk werk, maar van praten word ik juist niet moe. Dit is iets wat ik het liefst doe omdat het ook mijn vak een beetje is geweest, toen ik werkzaam was in de psychiatrie.

11. *Op welke manier zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd kunnen worden vindt u?*

Ik vind dat binnen de hele gezondheidszorg er meer holistisch gewerkt mag worden. Tegenwoordig worden er al veel te snel groepen geschapen. Mensen die niet in staat zijn om normaal te communiceren om wat voor rede dan ook, worden al gauw achter die streep gezet. Mensen moeten snel kunnen begrijpen, snappen en opvolgen, zo niet dan wordt je al snel in een andere categorie geplaatst.
Binnen Buurtzorg geldt dit ook een beetje. Sommige wijkverpleegkundigen kunnen snel emotioneel worden door bijvoorbeeld een gedragsstoornis of een andere manier van communiceren, die anders wordt gewaardeerd. ‘Die is gek, spoort niet en dat laat ik niet met me gebeuren’.
Sommige medewerkers worden daar bijna (geestelijk) ziek van als ze daar te vaak naar toe zouden moeten gaan en kunnen bijvoorbeeld niet meer goed slapen.
Dit zie ik vooral bij wijkverpleegkundigen van mijn leeftijd. Je ging vroeger of de A in of de B opleiding volgen, toen was het gescheiden. Bij de jonge wijkverpleegkundigen zie je dat minder omdat die breder zijn opgeleid. Daarnaast vind ik dat er teveel wordt opgeleid alsof je mensen echt beter kan maken, maar dat kan vaak niet.

12. *Wat zou u ervan vinden als er een protocol of cursus ontwikkeld wordt die voorschrijft hoe u moet handelen wanneer u psychosociale problematiek signaleert?*

Ik vraag mij als wijkverpleegkundige af of er wel protocollen geschreven kunnen worden voor iemand met een gedragsstoornis of bij een gestoorde communicatie. Ieder mens is weer verschillend. Ik denk wel dat er standaardlijstjes gemaakt kunnen worden, hoe te handelen bij iemand met bijvoorbeeld een gedragsstoornis. Bijvoorbeeld ga zitten als je bij de cliënt binnen bent gekomen, gaat een cliënt schreeuwen zeg dan dat je straks terugkomt. Binnen de psychiatrie en verpleeghuizen wordt daar wel mee gewerkt, maar m.b.t. werken in de wijk ben ik dat nog niet tegengekomen.
Daarbij zou ik toch liever een persoonlijk consult willen hebben, die ook naar de cliënt toe gaat, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker die kan aangeven van, dit speelt er en zo moet er gehandeld worden met die interventie.
Tot nu toe werken wij bij Buurtzorg niet met lijstjes die betrekking hebben op het observeren van signalen bij de patiënt. Wel maken wij gebruik van een lastmeter. De lastmeter gebruiken we voor de oncologische terminale patiënten. Maar voor de chronische zorg, die is het meest zwaar belast en wat elke keer terugkomt, wordt veel zwaarder ervaren.
Zou je als maatschappelijk werker betrokken zijn bij het team, dan zou je er al een aantal keren kort naar toe moeten gaan om dat contact op te bouwen.

13. *Pakken jullie als wijkverpleegkundigen niet te veel op, ook op het gebied van psychosociale zorg? Is dat niet te veel voor jullie als wijkverpleegkundigen?*

Tijd vrij maken is de belangrijkste voorwaarde en Buurtzorg heeft tijd. Dat is het verschil. Ook al hebben we geen tijd, dan mogen we het ook. In wezen krijgen wij een zak geld om dingen te doen die buiten de indicatie vallen en dat maakt je als wijkverpleegkundige een stuk vrijer in je werk.

14. *Wat zou u ervan vinden als Buurtzorg een nauwere samenwerking opstartte met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, met als doel een goed doorverwijzing indien nodig?*

Dat zou ik zeker willen. We hebben bijvoorbeeld nu een gezin dat behoorlijk zwaar belast is.

Wij komen om die vrouw/moeder van het gezin te helpen revalideren en voor de ADL. Mevrouw is klein en heeft een stenose in haar rug. Haar man heeft PTS en de kinderen van het gezin zijn ook problematisch. Omdat er zoveel speelt in het gezin en die vrouw is zo druk met alles en zo moe, dat ze er soms depressief van wordt en niet aan haar zelf toe komt. De last in het gezin is nu meer dan de kracht. In deze situatie zou ik heel graag een maatschappelijk werker willen inzetten. Dat zou een grote meerwaarde hebben.
Het komt nu niet verder dan de huisarts. Op dit moment hebben we geen banden met het maatschappelijk werk, maar daar zijn we ook heel terughoudend in omdat we zelf een maatschappelijk werker binnen Buurtzorg zouden willen hebben, in ons eigen netwerk.

Bijlage 9: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Jannette)

Naam: Janette
Team: Ede B
Functie: Wijkverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk
Datum: 2 maart 2011
Tijd: 14.30 uur

1. *Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam.)*

Ik ben verpleegkundige in de wijk en heb een contract van 20 uur. Ik ben nu ongeveer 4 maanden in dienst bij Buurtzorg Ede. Ik heb de opleiding Verpleegkunde in Ede gedaan en ben daarna gelijk de opleiding Maatschappelijk Werk gaan studeren en heb dit afgemaakt. Uiteindelijk heb ik hier 1,5 jaar tot 2 uur wat taken in gehad hier en daar, toen had ik geen taken meer en kon ik er ook geen baan meer in vinden en ben toen weer terug naar de verpleegkunde gegaan. Hierna ben ik bij Buurzorg terecht gekomen en werk ik als verpleegkundige in de wijk, 20 uur op papier, meestal wat meer.
Ik werk vanaf afgelopen 1 oktober bij Buurtzorg Ede.

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Vergeleken met wat ik nu doe is dat niet het lichamelijke, maar alles wat sociaal om de cliënt heen staat, het hele netwerk, het psychische welzijn, de omgeving en hoe de cliënt daarin functioneert versta ik onder psychosociale problematiek.
Zelf ga ik de grens over op het gebied van psychosociale problematiek. Ik heb een aantal taken op dat gebied bij sommige cliënten. Er is bijvoorbeeld iemand die zijn financiën en belastingen niet zelf kan regelen en daar help ik 1 keer in de week mee.
Dus daarmee overlapt het een beetje en heb niet zozeer een grens m.b.t. psychosociale problematiek. We hebben nu nog niet zo heel veel van dit soort dingen/taken die ik doe, maar als ze komen, dan heb ik met mijn collega's afgesproken dat ik het oppak.
Dit kan bijvoorbeeld ook iets zijn in vereenzaming, iemand helpen om een netwerk op te bouwen of mogelijke depressie, maar dat is nog niet aan de orde.
Ik zou echt alleen de basis dingen oppakken, ben nu niet in functie bij een maatschappelijk werk bureau, dus zou relationele problematiek wel doorverwijzen. Praktische dingen pak ik wel op als dat kan. Daarbij maak ik een inschatting wat gaat te ver of niet, want ik blijf nu binnen het verpleegkundig team.

3. *Heeft u tijdens de opleiding les gehad over psychosociale problematiek> Zo ja, op welke manier is dit behandeld en heeft u daar profijt van gehad? > Zo nee, wat vindt u van het feit dat psychosociale problematiek niet in de opleiding is behandeld?*

Bij de verpleegkunde opleiding heb ik heel minimaal les gehad over psychosociale problematiek.
Ik heb een afstudeeropdracht gedaan bij de psychiatrie, maar dan op een heel ander vlak, dit was niet therapeutisch gericht. Tijdens de opleiding verpleegkunde heb je niet veel kaas gegeten over psychosociale problematiek. Ik denk dat een opleiding beperkt is tot bepaalde dingen en verpleegkunde moet ook echt verpleegkunde blijven. In die zin heb ik theorie over psychosociale problematiek gemist.
Als verpleegkundige vind ik dat je psychosociale problematiek wel moet kunnen signaleren. Je hoeft er niet echt kaas van gegeten te hebben, maar je moet het wel kunnen signaleren.

4. *Komt u een van de volgende problematiek tegen in uw dagelijks werk? Huiselijk geweld, eenzaamheid, depressiviteit, rouw, psychosomatische problematiek, relatie/gezinsproblematiek en zo ja; hoe vaak?*

Ik kom eenzaamheid heel enigszins tegen in mijn werk. Echte depressie ik zelf niet, wel speelt het bij een cliënt in een ander team.

Vooral eenzaamheid bij oudere mensen kom ik vaak tegen. Bij 3 a 4 van de 20 cliënten zou eenzaamheid voorkomen denk ik bij sommige cliënten weet je het soms niet echt omdat niet iedere cliënt het ook zo expliciet uit.

5. *Welk verschil merkt u op als het gaat om frequentie van deze verschillende vormen van psychosociale problematiek*

Ik ben huiselijk geweld nog niet tegengekomen. Eenzaamheid komt vaker voor omdat de doelgroep daar naar is.

6. *Wordt psychosociale problematiek geregistreerd op het web? Zo ja, wordt er vervolgens actie op ondernomen?*

Volgens mij zijn we daar niet zo mee bezig, volgens mij hebben we niet eens een afspraak dat we daar op letten. Soms wordt er wel rekening mee gehouden met de indicatie aanvraag. Een tijdje geleden wilde we de indicatie bij een cliënt vergroten omdat we daar depressie zagen, niet alleen bij de vrouw (cliënt) maar ook bij dochter, zagen we psychosociale problematiek en dan kaarten we dat wel aan bij het CIZ. Ik weet niet of de indicatie uiteindelijk ook vergroot is. Al ons psychosociale problematiek opvalt, schrijven we het in de rapportage van de cliënt op. We zijn daar niet met ze alle gespitst op dat we daar ook op moeten letten.
Het ligt er denk ik ook aan wie het aanvraagt en of je het opmerkt. Maar in principe vinden we het belangrijk om alles mee te nemen van de cliënt, in die zien zou het handig zijn als we allemaal wat meer kennis hadden van psychosociale problematiek.
Als psychosociale problematiek ons opvalt, registreren we dat op het web.
Soms wil een cliënt ook niet dat hij of zij nog een andere hulpverlener krijgt en daarbij nog meer mensen in huis. Ik vind het belangrijk dat alles opgeschreven wordt wat je opvalt.

7. *Probeert u zelf bij te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, zo ja; op welke manier doet u dit?*

We hebben gelukkig de ruimte om met de cliënten te praten en ik ga dan een gesprek aan met die cliënt als mij iets opvalt. Ik bespreek wat ik zie en laat het dan een beetje aan de cliënt over wat hij of zij aan mij wilt vertelen. Als er iets mee gedaan moet worden vraag ik ook aan de cliënt wat we er mee kunnen gaan doen, maar ik merk ook wel dat sommige cliënten het afhouden omdat ze niet meer mensen over de vloer willen hebben.
Uiteindelijk moeten hun beslissen wat ze er mee willen, maar ik vind het soms wel lastig om het te laten liggen, want het zou iemand veel kunnen opfleuren. Bij eenzaamheid kunnen mensen bijvoorbeeld ook sneller verpieteren en eenzaamheid kan denk ik soms wel levensverkortend werken.

8. *Voelt u uzelf gesteund door Buurtzorg wanneer u tegen psychosociale problematiek aanloopt?*

Ja, we kunnen het met elkaar bespreken in het team en als iets ingezet moet worden dan kan dat via Buurtzorg. We zijn er met ze alle voor de hele cliënt en alles wat langs komt, pakken we op als de cliënt dat ook wilt. Wat ik bijvoorbeeld heb opgemerkt en waar ik het met de cliënt over heb gehad, wilde de cliënt liever geen extra mensen en poespas. En nu is het een optie dat ik daar meer in kan doen omdat ik het zelfde gezicht ben, maar tot zover is het nog niet zover gekomen dat ik er een soort project uit heb gehaald

9. *Kunt u me vertellen welk weg u bewandelt wanneer u signaleert dat er meer zorg nodig is voor de psychosociale problematiek?*

Eerst kaart ik het bij de cliënt aan en als hij of zij het ook een probleem vindt bespreek ik het met de collega's en bekijk ik wie van ons daar iets extra's in kan bieden. En als het dus meer van ons vraagt wat wij kunnen bieden dan kijken we naar een netwerk buiten ons of bijvoorbeeld vrijwilligers of therapeuten dat kunnen oppakken.

10. *Bent u hier tevreden over > Zo ja: waarom? >Zo nee: hoe zou u dit anders willen zien?*

Ik weet hoe ik het doe omdat ik vanuit mijn opleiding en stages weet hoe ik daar op moet letten.

Ik weet dat ik er zo naar kijk, maar hoe mijn collega's kijken weet ik eigenlijk niet. Daar gaat een verpleegkundig team ook niet vanuit dat ze van alles na speuren.
Ik denk het over het algemeen wel, maar de één zal meer zien of ergens achter zoeken dan de ander. Maar als een collega iets signaleert dan bewandelen ze allemaal deze weg denk ik.

11. *Merkt u dat u meer belast bent na een bezoek waar u zowel medische als psychosociale zorg heb gegeven? Zo ja, op welke manier bent u meer belast en heeft dit gevolgen voor andere werkzaamheden?*

Nee, ik denk dat ik meer energie krijg van bezig zijn met psychosociale dingen omdat daar mijn hart ligt. Lichamelijk word ik er wel moe van, maar dat heeft niets met psychosociaal te maken, dat het extra belastend is.

12. *Op welke manier zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd kunnen worden vindt u?*

Ik denk dat het op zich wel goed gaat, zoals het nu gaat. Wat we signaleren daar doen we wat mee. Als we niet komen bij mensen en het moddert wat aan dan is er ook niemand die het oppikt en nu pikt wel iemand het op. Van een verpleegkundige kan je nier verwachten dat ze psychosociale neuzen hebben. Maar denk wel dat we het met elkaar aardig oppikken.
In dat opzicht hoeft er denk ik niets verbetert te worden.

13. *Wat zou u ervan vinden als er een protocol of cursus ontwikkeld wordt die voorschrijft hoe u moet handelen wanneer u psychosociale problematiek signaleert?*

Het lijkt me wel heel interessant voor ons allemaal om iets nieuws te leren of iets scherper te worden, dat is altijd welkom. Weet niet of het ook nodig zou zijn omdat ik op die 2 vlakken werk vind ik het lastig om dat duidelijk aan te geven. Kan ook niet wegdenken wat ik niet wist als ik alleen maar de opleiding verpleegkunde had gedaan. Misschien is het toch wel heel erg nodig? Ik denk dat het sowieso goed is omdat buurtzorg gericht is op heel de cliënt en alles wat daar speelt, dan mogen we er ook misschien meer bagage bij hebben.

14. *Pakken jullie als wijkverpleegkundigen niet te veel op, ook op het gebied van psychosociale zorg? Is dat niet te veel voor jullie als wijkverpleegkundigen?*

We zijn bezig geweest met een maatschappelijk werker, maar Buurtzorg breed wil liever nog niet bezig zijn met deze zorg erbij, alleen nog maar verpleegkundige zorg. Maar als Buurtzorg breed er wel mee bezig zou zijn, dan kun je ook veel meer mensen met deze soort zorg aannemen. Voor nu moeten we het zo doen. Ze zijn nu bezig met Buurtzorg plus, dit houdt in dat er ook huishoudelijke hulp komt, volgens de Buurtzorg principes. Ik denk dat ze daar eerst helemaal klaar mee willen zijn, voordat ze weer met een nieuw project gaan beginnen.
Wij hadden bedacht dat we als team dan wel iemand erbij kunnen aannemen die dat samen met mij zou kunnen gaan oppakken, maar nu blijkt dat buurzorg alleen verpleegkundige uitbetaalt en dit nog niet hebben voor bijvoorbeeld een maatschappelijk werker.

15. *Wat zou u ervan vinden als Buurtzorg een nauwere samenwerking opstartte met bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk, met als doel een goed doorverwijzing indien nodig?*

Ja, daar zou ik voor open staan alleen weet ik niet hoe we daar mee kunnen samenwerken. Zoals je met een therapeut wekelijks samenwerkt, zo weet ik niet of dat met een maatschappelijk werker ook kan en of het daarbij veel samenwerking kan opleveren.
Het lijkt me wel mooi als het kan. Ik den dat het voor buurzorg ook goed is, hoe groter het multidisciplinair team hoe beter het is. Ik denk dat het relevant is.

Bijlage 10: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Cindy)

Naam: Cindy
Leeftijd: 28 jaar
Team: Ede A
Functie: Wijkziekenverzorgende
Datum: 3 maart 2011
Tijd: 14.00 uur

1. *Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam.) En wat heeft u hiervoor gedaan?*

Ik ben wijkziekenverzorgende, sinds augustus 2010. Hiervoor heb ik ook in de thuiszorg gewerkt. Ik heb in 2001 mijn diploma gehaald als SPW'er en toen ben ik in de thuiszorg vakantiewerk gaan doen en ben ik blijven hangen. In 2008 heb ik mijn diploma verzorgende IG (verpleeg technische handelingen) gehaald, en ik werk dus sinds 2008 gediplomeerd als verzorgende. Ik werk 32 uur in de week.

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Ik heb natuurlijk SPW gedaan, dat is een tijdje geleden dus ik moet wel even diep graven. Wat ik onder psychosociale problematiek versta is eigenlijk; je hebt je lichamelijke kwalen en daarnaast denk ik dat het in heel veel gevallen samen gaat met psychische problemen. Dus het beeld van jezelf en van hoe je in je ziekte zit, of je dat geaccepteerd hebt. Ook met je werk en je leeftijd en of het dan sociaal ook invloed heeft. Als je daardoor je werk niet meer kunt beoefenen dan zorgt dat voor problemen maar ook in je sociale leven, je wordt afhankelijker. Mijn ervaring is dat je sociale kring door ziekte kleiner wordt, heel veel mensen kunnen er niet mee omgaan. Voornamelijk dus hoe je er zelf in staat maar ik denk dat je werk of je sociale omgeving hier een heel groot aandeel in hebben. En ik denk dat daar van alles bij hoort. Een stukje seksualiteit bijvoorbeeld, er komt heel veel bij kijken. Het is een heel breed gebied.

3. *Heeft u tijdens de opleiding les gehad over psychosociale problematiek> Zo ja, op welke manier is dit behandeld en heeft u daar profijt van gehad? > Zo nee, wat vind u van het feit dat psychosociale problematiek niet in de opleiding is behandeld?*

Nee, eigenlijk niet. In elk geval heel weinig .Er zitten natuurlijk wel stukjes in van zelfbeleving. Dat gaat voornamelijk over de stukken van Alzheimer en dementie, daar wordt die zelfbeleving wel in behandelt. Maar te minimaal om daar iets mee te kunnen in je werk.

4. *Bedoelt u dan de zelfbeleving bij de cliënt of juist bij jezelf?*

Bij opleiding van verzorgende met name bij de cliënt. De SPW diept wel wat meer uit op je eigen stukje maar dat heb ik bij de verzorging opleiding eigenlijk helemaal niet gehad.

5. *Had u gewild dat er meer over psychosociale problematiek in de opleiding zat?*

Nou, ja en nee eigenlijk. Ik heb dat in de SPW als vrij heftig ervaren maar uiteindelijk denk ik wel dat je daar heel veel van mee neemt. Want juist doordat je op je eigen ervaring terug kunt vallen, kun je vaak vanuit je gevoel handelen en cliënten merken dat toch wel, of je het praatje van bovenaf doet of juist vanuit ervaring doet. Dus ik denk op zich wel dat het goed is om te leren naar je zelf te kunnen kijken, dat is wel belangrijk.

6. *En echt de informatie over psychosociale problematiek, heeft u dat gemist in je opleiding?*

Ja, dat had ik meer gewild.

7. *Op welke manier had u dat willen zien in de opleiding?*

Ik denk dat als je daar een vak van zou maken, zou dat best wel heel handig zijn. En niet om het maatschappelijk werk onderuit te halen, want als je dat heel uitgebreid in een verzorgende opleiding neer gaat zetten dan wordt het maatschappelijk werk een overbodige baan dus ik denk dat je dat ook niet moet willen. Ik denk wel dat als wij er meer van af zouden weten, het makkelijker in te schatten is wanneer je maatschappelijk werk in zou moeten of kunnen schakelen. Voornamelijk het signaleren. Ik denk dat we een meer ondersteunende functie zouden moeten hebben en het moeten kunnen waarnemen.

8. *Komt u een van de volgende problematiek tegen in uw dagelijks werk? Huiselijk geweld, eenzaamheid, depressiviteit, rouw, psychosomatische problematiek, relatie/gezinsproblematiek en zo ja; hoe vaak?*

Huiselijk geweld heb ik nog niet in lichamelijke vorm mee gemaakt. Ik merk weleens als ik bijvoorbeeld in een gezin kom, dat een man/vrouw niet goed kan omgaan met de ziekte van zijn of haar partner. Ik heb nog niet gezien dat er lichamelijke mishandeling plaats vond maar wel geestelijke mishandeling. Enorm demotiveren bijvoorbeeld, dat valt volgens mij ook wel onder huiselijk geweld. Eenzaamheid, depressiviteit, rouw wel, psychosomatisch.. (wat is dat ook alweer? Emke: houdt eigenlijk in dat er lichamelijke en psychische klachten elkaar beïnvloeden.) Cindy: Ik denk dat het een basis is van alles en dat, dat bij iedereen wel samenhangt. Lichamelijk letsel kan voor psychische problemen zorgen maar psychische problemen kunnen ook in heel veel gevallen voor lichamelijke blokkades zorgen. Dus ja, die zie ik ook.

9. *Springt er eentje uit die u veel tegen komt? En kunt u aangeven hoe vaak u een van deze vormen van psychosociale problematiek tegen komt?*

Huiselijk geweld kom ik zelf niet veel tegen, toevallig een situatie. Eenzaamheid wel maar dat komt omdat we voornamelijk een oudere doelgroep hebben. Depressiviteit is ook heel objectief, ja wanneer is iemand depressief? Ik denk eigenlijk wel dat het vrij veel voorkomt, ik denk wel in lage mate niet in hele hoge mate. Rouw, ja speelt ook heel erg mee maar bij ons is het vaak al wel verwerkt. Mensen blijven altijd wel hun partner missen en daarover praten maar het heeft al wel een plekje gekregen. Is in die zin dus niet meer iets dat behandeld moet worden. Psychosomatisch, ik denk dat, dat wel echt 90 % van de gevallen is. En relatie en gezinsproblematiek, ik denk dat, dat ook vrij vaak voorkomt maar ik denk dat ook omdat banden tussen partners en ouder en kind veranderen op het moment dat je zorg nodig hebt.

10. *Komt u dan echt problematische gevallen tegen waarvan u denkt dat er meer hulp bij ingezet zou moeten worden?*

Nee, niet problematisch. Wat ik meestal doe op het moment dat ik denk dat een gezinsrelatie veranderd is en ik zie dat er mensen onder leiden, dan verwijs ik ze in eerste instantie naar de mantelzorger door. Daar zitten meerdere mensen die hun weg hebben moeten vinden in het niet alleen maar dochter zijn maar ook mantelzorg verlenen. Dit vind ik geen maatschappelijke casus eigenlijk.

11. *Wordt psychosociale problematiek geregistreerd op het web? Zo ja, wordt er vervolgens actie op ondernomen?*

Ja ik denk wel dat we dat rapporteren maar ik denk dat, dat vaak gebeurd bij nieuwe zorgvragers. Omdat je daar in het begin echt even gaat polsen naar hoe de situatie in elkaar zit en dan schrijven we het er denk ik altijd wel bij. In de weekrapportages gaan we daar niet elke keer weer over beginnen. Als je op het web kijkt heb je onze team en cliënt rapportages die gaan tot een week of 10 dagen terug maar als je individueel cliënten aanklikt dan kun je de rapportages van het begin van de zorgverlening terug lezen.
Ik denk dat het een beknopt stukje is en dat erin gezet wordt dat de bevinding is dat iemand depressief lijkt te zijn of zich eenzaam voelt. Dit zijn wel dingen die meer in een teamvergadering besproken worden dan dat ze op het web geschreven worden.

12. *Kun u daar iets over vertellen, stel u brengt een casus in, in een team, hoe gaat dat dan verder?*

We hebben toevallig net het MDO gehad en daar hebben we het gehad over een cliënt die gaat verhuizen. Zij is licht dementerend en zit alleen in huis en haar kinderen hebben besloten dat het misschien handig is voor haar om naar de herbergier te gaan, dat is een heel kleinschalig particulier woonproject. Ongeveer 14 bewoners die allemaal in lichte of zwaardere mate last hebben van dementie. Daar zijn ze een aantal keren met haar heen geweest om te kijken en ze heeft afgelopen week te horen gekregen dat ze daar in april kan gaan wonen. Zij is nu heel erg bezig met ik ga wel, ik ga niet en die stemming wisselt heel erg. We hebben in het MDO besproken dat zij er toch wel aan onderdoor dreigt te gaan doordat zij constant in twijfel staat en daarmee bezig is. Het is denk ik een stukje rouw, achter je laten van een bepaalde fase. Ik denk dat eenzaamheid en psychosomatiek er mee te maken heeft. Ook denk ik wel dat de gezinsproblematiek een rol speelt, want zij zit er nu mee dat haar kinderen dit voor haar besloten hebben en zij het eigenlijk ook lastig vind om tegen haar kinderen te zeggen dat ze het misschien toch niet wil. Wij bespreken dan wat doen we ermee. Ideeën zijn dan, contact opnemen met de persoonlijk begeleider, wat vaker daar gaan kijken en vooral ook aandacht voor wat daar aan de hand is. Zij is namelijk ook hartpatiënt en zij maakt zich nu zo druk dat we ook wat vaker pols gaan tellen. Zoiets wordt in een MDO besproken met alle collega's en dan vooral kijken naar; hoe gaan we hiermee om?

13. *Stel dat er een casus is waarvan u denkt, hier zou wel MW of een andere vorm van hulpverlening inpassen, weet u dan welke weg u zou kunnen bewandelen?*

Nee ,eigenlijk niet. Het is nog niet voorgekomen in het team in de tijd dat ik er werk. Ik weet dat er meerdere instanties zijn die het bieden, ik weet dat bijvoorbeeld Opella (thuiszorg) zo een tak heeft en dat I-care en Kruiswerk (beide thuiszorg) een soort van ondersteunend begeleidend werk hebben.
In het andere team werkt Janette en zij heeft MW opleiding gedaan, ik zou in dit geval aan haar vragen hoe we het, het beste zouden kunnen doen. Maar als ik haar niet had gehad ja, dan was de vraag over welke weg je kunt bewandelen denk ik ook in een teamvergadering naar voren gekomen.

14. *Probeert u zelf bij te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, zo ja; op welke manier doet u dit?*

Ja, ik denk dat je dat altijd wel doet. Op het moment dat iemand inderdaad een probleem heeft.
Een cliënt heeft conflict met kinderen, partner of zichzelf dan zeg je niet van nou, ik was u en ik verzorg uw wondje en dan houdt het op. Ik denk dat je dan wel een verhaal aanhoort. Ik vind advies geven altijd lastig dus ik spiegel meestal. Dan komen ze meestal zelf wel tot inzicht, ik benoem dan het gedrag dat ik zie. Bijvoorbeeld meer van wat doet het dan met u? Eet u slecht of slaapt u slecht? Wat gebeurd er met je en wat denk je dat je er mee kunt gaan doen? Ik denk dat je er altijd wel op inspeelt door in eerste instantie het verhaal aan te horen. Ik denk dat, dat het belangrijkste is. Wanneer je bijvoorbeeld een verkeerd zelfbeeld hebt kunnen honderd mensen met tips komen, maar jij zult het op moeten lossen en jij zult ook het inzicht moeten krijgen.

15. *Bent u tevreden over de weg die u nu bewandeld? > Zo ja: waarom? >Zo nee: hoe zou u dit anders willen zien?*

Ik denk dat de weg die ik bewandel wel beter zou kunnen. Ik denk sowieso dat het signaleren ervan meer gestructureerd kan. Waar ik een grens trek hoeft een ander nog geen grens te trekken. Het is dus misschien handig als we een soort van bijscholing krijgen op het gebied van signaleren en we een beter beeld hebben van wanneer we eens situatie over moeten dragen. Wat meer richtlijnen daarvoor bijvoorbeeld. Die zijn er voor zover ik weet nu nog niet. En ik zou het wel als meerwaarde zien als er een nauwe samenwerking is met andere disciplines waaronder ik het maatschappelijk werk heel belangrijk vind. Ik denk dat het heel goed samen zou gaan. Dat weet ik door mijn ervaring met de andere thuiszorg instelling, daar hadden we wel een tak van een soort maatschappelijk werk: ondersteunende begeleiding.
Omdat het onder één dakje valt kun je dat veel makkelijker met elkaar afstemmen en zijn die lijntjes heel kort. Daardoor ga ik er denk ik sneller naar toe en kunnen we veel meer bereiken voor mensen.

16. *Waar ligt voor u de grens in het zelf geven van de psychosociale zorg?*

Als ik merk dat het verhaal aanhoren alleen niet voldoende oplucht, en het verhaal constant weer terug komt dan blijft het dus heel hoog zitten. Of als ik merk dat mensen in ernstige mate depressief raken, dan zou ik het uit handen geven. Ik denk dat als wij de mogelijkheden of faciliteiten hebben om het makkelijker uit handen te geven, doordat je een goede samenwerking hebt met een maatschappelijk werker, dat je het dan sneller overdraagt of in elk geval sneller begint met overleggen en elkaar op de hoogte kunt houden. Dan rolt het maatschappelijk werk er langzaam in en rolt de verzorgende er langzaam uit en is die overgang niet zo heftig.

17. *Voelt u uzelf gesteund door Buurtzorg wanneer u tegen psychosociale problematiek aanloopt?*

Ja. Vooral door mijn team. Wat dat betreft hebben we een heel prettig team met mensen die voor elkaar klaar staan en naar elkaar luisteren. We hebben met mensen die op alle niveaus heel anders zijn maar we trekken wel één lijn en zitten op één lijn. We kunnen dus makkelijke dingen bespreken zonder lijnrecht tegenover elkaar te staan. Doordat je allemaal een beetje hetzelfde denkt over de meeste zaken, bespreekt dit ook makkelijk. Er wordt ook echt de ruimte voor genomen tijdens een vergadering.

18. *Merkt u dat u meer belast bent na een bezoek waar u zowel medische als psychosociale zorg heb gegeven? Zo ja, op welke manier bent u meer belast en heeft dit gevolgen voor andere werkzaamheden?*

Nee want ik vind het 'leuke' en mooie zorg om erbij te geven dus ik zie het niet als belasting. Ik kan me wel indenken dat mensen die er totaal geen achtergrond in hebben dat wel zo zouden kunnen zien. Het is een hele andere manier van zorg verlenen dan wat je als verpleegkundige doet.

19. *Op welke manier zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd kunnen worden vindt u?*

Een nauwere samenwerking met het maatschappelijk werk. Richtlijnen over wanneer geef je een situatie uit handen, dus toch een vorm van protocol of checklist; als een situatie bepaalde aspecten bevat dan wordt het tijd om het uit handen te geven. Een soort stappenplan of protocol, ik weet niet helemaal hoe je dat het beste kunt doen maar dat er in elk geval één lijn in zit. Iets waar je op terug kunt vallen in een teamvergadering. Toch zou ik ook wel echt meer willen weten op het gebied van signaleren dus een deskundigheidsbevordering of iets. Bijvoorbeeld een PowerPoint presentatie met een hand-out, zodat iedereen weet wat je kunt signaleren en bij welke situaties je moet overleggen. Ik denk dat wij veel meer werk voor het MW zouden kunnen leveren als wij het signaleren zouden oppakken. Wij zijn continue bezig met observeren, dat wordt in het team overlegd en mogelijk een gesprek bij de huisarts. Als we ook in het signaleren meer een eenduidige lijn zouden hebben dan zouden we veel meer werk door kunnen sluizen.

Ik denk dat er veel organisaties zijn die het maatschappelijk werk meer als concurrentie zien en het daarom binnen hun eigen organisatie willen creëren. Buurtzorg heeft die behoefte niet zo heel erg. Wij zijn toch voor het stukje zorgverlening op verpleegkundig niveau en andere disciplines zijn weer meer op hun stukje. Je kunt ook nauw samenwerken met een andere organisatie en dat vind ik prima. Ik zou het alleen niet prettig vinden als ik bij verschillende cliënten met verschillende organisaties zou moeten samenwerken. Dan wordt het verwarrend en zijn de korte lijntjes weer weg. Behalve als het een cliënt is die zorg al ergens anders heeft want dan moeten we dat zo laten.

Bijlage 11: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Melyn)

Naam: Melyn
Leeftijd: 23 jaar
Team: Ede B
Functie: Wijkverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk
Datum: 8 maart 2011
Tijd: 12.00 uur

1. *Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam.) En wat heeft u hiervoor gedaan*?

Ik ben verpleegkundige in de wijk en ik heb een 32 uur contract en werk hier sinds december 2009. Ik ben onder andere ook persoonlijke begeleider bij cliënten en ik ben planner. En verder beslissen we een hoop dingen met zijn allen. Ik heb hiervoor verpleegkundige MBO gedaan op niveau 4.

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Ik denk als eerste aan psychische ziekte maar daarbij ook problemen in een gezin, eenzaamheid en problemen met de familie. Dat laatste kom je in de wijk heel veel tegen, dat er geen contact met familie of kinderen meer is. Of ze hebben vroeger heel veel meegemaakt waardoor je merkt dat ze heel anders reageren op sommige situaties dan dat andere mensen zouden doen. Ik vind dat wij dat heel veel tegenkomen. Met sommige mensen ga je ook op een bepaalde manier om, omdat je weet dat zij dat prettig vinden. Een soort speciale behandeling omdat je weet dat ze anders zouden kunnen reageren door hun psychische gesteldheid.
Soms heb je weleens het gevoel dat je over een grens gaat en het meer is dan psychosociale problematiek, maar ik kan er dan niets mee. Je kunt er wel op door vragen maar als iemand nee zegt, er is niets, dan is het voor mij klaar.

3. *Heeft u tijdens de opleiding les gehad over psychosociale problematiek> Zo ja, op welke manier is dit behandeld en heeft u daar profijt van gehad? > Zo nee, wat vind u van het feit dat psychosociale problematiek niet in de opleiding is behandeld?*

Ja, we hebben alle psychische ziektes behandelt, in elk geval heel veel. Ik heb 'het nieuwe leren' gedaan waarbij je je moet inschrijven voor een soort workshop en daar krijg je dan les. Je bepaalt dan zelf welke lessen je hebt op een dag. De psychische kant vind ik heel interessant, dus ik heb daar heel veel lessen over gevolgd. Daarin zitten ook rollenspellen en gesprekstechnieken zoals doorvragen.
Ik heb er best wel veel en brede kennis over gekregen. Heb zijn geen verplichte vakken maar bijna iedereen heeft er wel iets van meegekregen.
Ik had er op zich wel wat dieper op in willen gaan, maar goed het blijft verpleegkunde en we zitten daarom meer op het verpleegkundige gedeelte dan op het psychische gedeelte. Ik heb alle lessen ervan gevolgd, dus heb er redelijk veel kennis van opgedaan maar ik vind eigenlijk dat iedereen er verplicht les over zou moeten krijgen want ik vind het heel belangrijk in de zorg.

4. *Komt u een van de volgende problematiek tegen in uw dagelijks werk? Huiselijk geweld, eenzaamheid, depressiviteit, rouw, psychosomatische problematiek, relatie/gezinsproblematiek en zo ja; hoe vaak?*

Ja, sowieso eenzaamheid. Bijvoorbeeld iemand die hele dag alleen maar tv kijkt. Depressiviteit nu niet echt. Er zijn wel eens mensen die depressief zijn. Rouw hebben we sowieso met terminale zorg, je merkt dan bijvoorbeeld dat mensen het heel moeilijk vinden om afscheid te nemen van hun partner. Relatie en gezinsproblematiek, ja wel mensen die geen contact meer hebben met familie maar verder niet echt in het gezin. Elke week kom ik het wel tegen.
De ene dag zijn ze natuurlijk beter dan de andere dag, maar ik kom het wel een keer per week/twee keer per week tegen. Eenzaamheid kom je het meeste tegen. Vaak merkt je dat doordat mensen je eigenlijk niet willen laten gaan.

5. *Komt u dan echt problematische gevallen tegen waarvan u denkt dat er meer hulp bij ingezet zou moeten worden?*

Ja soms wel, dan kunnen we maatschappelijk werk of mantelzorg ondersteuning inschakelen maar ik heb zelf het maatschappelijk werk nog niet ingeschakeld bij iemand.

6. *Wordt psychosociale problematiek geregistreerd op het web? Zo ja, wordt er vervolgens actie op ondernomen?*

Wel op rapportages dat je erop rapporteert, maar het staat niet echt ergens in het dossier. Als er verdere actie op ondernomen moet worden dan staat het er weer wel in. Voor zover ik weet staat het verder nergens op het web. Als het gesignaleerd wordt, dan wordt het gerapporteerd maar het staat niet ergens echt vast.

7. *Kunt u me vertellen welke weg u bewandelt als u merkt dat er meer zorg nodig is?*

Dat heb ik nog niet meegemaakt maar ik zou eerst aan een collega vragen; ik redt het zelf niet, wat kan of moet ik nu doen? Verder weet ik het niet zo goed. Als ik in zo een situatie kom, dan moet ik dat uitvinden hoe dat precies werkt. Ik denk dat als ik het ga zoeken, ik het ook wel vind. Ik denk dat ik er misschien wel meer gebruik van zou maken als ik beter wist welke wegen er waren, als er bijvoorbeeld een protocol zou zijn, dat is altijd handig.

8. *Probeert u zelf bij te dragen aan de zorg voor psychosociale problematiek, zo ja; op welke manier doet u dit?*

Ja, toch door met de mensen te praten en hun verhaal te laten doen. Soms zie je dat door een woord of blik mensen hun verhaal gaan vertellen. Soms duurt dit langer. Ik ben niet iemand die gaat dwingen om mensen hun verhaal te laten vertellen, dat helpt ook niet want dan vertellen ze juist niks. Ik probeer op het goede moment te wachten.

9. *Voelt u uzelf gesteund door Buurtzorg wanneer u tegen psychosociale problematiek aanloopt?*

Met het team wel ja, met het team praten we erover. Als je ergens mee zit kun je altijd iemand bellen. We zijn natuurlijk ook een zelfsturend team dus ook dit doen wij heel veel zelf. We besluiten dan bijvoorbeeld met elkaar dat je ‘s middag nog even terug gaat omdat je er ‘s ochtends niet genoeg tijd voor had. Vaak vind er dan overleg plaats met de persoonlijk begeleider en die gaat vaak ook langs. Meestal is luisteren dan al genoeg.

10. *Merkt u dat u meer belast bent na een bezoek waar u zowel medische als psychosociale zorg heb gegeven? Zo ja, op welke manier bent u meer belast en heeft dit gevolgen voor andere werkzaamheden?*

Ja, soms wel als mensen emotioneel worden of moeilijke dingen vertellen dan merk ik wel dat ik moeër ben aan het einde van de dag. Ikzelf merk dat wel, maar ben daar dan ook wat gevoelig voor. Het belemmert me niet om het te doen, dan lig ik gewoon ’s avonds eerder op bed. Dat vind ik op zich niet erg en ik merk ook dat hoe vaker ik het doe, hoe makkelijker het gaat.

11. *Op welke manier zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Buurtzorg verbeterd kunnen worden vindt u?*

Het lijkt mij heel handig om een maatschappelijk werker aan te nemen, die je in elk geval kunt bellen met vragen. Er kwam iemand solliciteren die dit heel graag wilde doen en wij wilden dit ook heel graag, maar op een of andere manier kon dit toen niet. Nu hebben we ook collega’s die de opleiding MW hebben gedaan, dat is natuurlijk ook makkelijk.

12. *Wat zou u ervan vinden als er een protocol of een eventuele cursus ontwikkeld wordt rondom de psychosociale zorg en problematiek en hoe zou dat eruit moeten zien?*

Daar zou ik gebruik van maken en zou ik ook behoefte aan hebben. Ik vind het in ieder geval heel erg interessant, dus ik vind het ook leuk en zou er daarom ook zeker heen gaan.

Hoe het eruit zou moeten zien, sowieso 'het omgaan met' maar ook de theorie over bepaalde dingen. Ik zou het dan wel van het begin tot het einde willen horen. Van het signaleren tot het omgaan met en het doorverwijzen naar.

13. *Wat zou u ervan vinden als er een nauwere samenwerking zou komen met bijvoorbeeld een algemeen maatschappelijk werk instelling?*

Dat lijkt me wel handig, dan heb je korte lijnen. Dan kun je ook even bellen voor overleg. Net als wat we met de fysiotherapeut en ergotherapeut hebben. Die bellen we af en toe even en we hebben ook MDO overleg, 1x in de 4 weken. Dat lijkt mij ook erg goed om met het maatschappelijk werk te hebben.

Bijlage 12: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen Buurtzorg (Jennie Mast)

Naam: Jennie Mast
Team: Projectmedewerker, o.m.
Datum: 15 maart 2011
Tijd: 09.00 uur

1. *Welke functie heeft u binnen Buurtzorg? Werkzaamheden, soort contract etc.*

Ik ben projectmedewerker bij Buurtzorg, voor heel Nederland. Dit doe ik samen met twee collega's (Kety de Kwaasteniet en Nelleke Hoogendoorn.) Wij zijn samen verantwoordelijk voor allerlei projecten rondom kwaliteit, innovatie en scholing. We noemen dat geen stafmedewerkers omdat we een hele platte organisatie zijn en we zo min mogelijk qua functies willen optuigen. Maar het is toch wel belangrijk dat er een aantal mensen overstijgend uit het team kunnen kijken naar wat speelt er en wat is er nodig en hoe kunnen we dat zo goed en efficiënt mogelijk wegzetten in een organisatie. Dat is de belangrijkste functie van mij, ik probeer op zo een manier medewerkers te ondersteunen in wat ze nodig hebben en dat zo aan te bieden dat het makkelijk is en eenvoudig opgepakt kan worden. Ook kijken we of we kunnen aansluiten bij organisaties die voor Buurtzorg van belang zijn. Daarnaast ben ik 1 dag in de week ook coach voor team Amersfoort. Er zitten hier in totaal 7 teams, en die begeleidt ik als ze vragen hebben. Ik ben in juni 2010 begonnen bij Buurtzorg.

2. *Met welke afdelingen, diensten, faciliteiten heeft u veel te maken binnen Buurtzorg?*

We zijn een hele platte organisatie dus er is maar een beperkt aantal diensten waar we mee werken. In Almelo heb je met namen de cliëntenregistratie, voor de registratie van de uren en dat soort dingen. En er is een personeelsafdeling, daar heb je als coach natuurlijk mee te maken. Daar zit ook de financiële man, die op de hoofdlijnen de financiën bewaakt. Er zitten daar ook 2 mensen die de wijkverpleegkundigen kunnen steunen bij het aanvragen doen bij het CIZ. Dat zijn mensen die zelf bij het CIZ hebben gewerkt en dus veel vragen op dat gebied kunnen beantwoorden. Dan heb je nog Gonnie, een van de drie directeuren, zij stuurt de bedrijfsvoering intern aan. Dat is eigenlijk het 'blok in Almelo' waar je af en toe mee te maken hebt. Daarnaast hebben we dan nog het regio coaches netwerk, waarmee we één keer in de twee maanden bij elkaar komen om uit te wisselen en te zien waar je tegen aanloopt en wat er nodig is. En daarnaast natuurlijk met de teams, die je rechtstreeks benaderen.

3. *Heeft u een beeld van wat er onder psychosociale problematiek valt?*

Daar zitten een aantal dingen aan. Ik vind psychosociale zorg voor wijkverpleegkundigen heel erg belangrijk en ik zie en weet dat het ingewikkeld is voor hen. Voordat ik bij Buurtzorg werkte heb ik gewerkt bij het Nederlands instituut voor zorg en welzijn, dat is een landelijk kenniscentrum voor de langdurige zorg. Toen ik daar begon (12 jr. terug) was mijn eerste project een project over psychosociale zorg voor verpleegkundigen. Wij hebben toen ook allerlei interviews gedaan bij verpleegkundigen in ziekenhuizen en in de thuiszorg over wat zij verstaan onder psychosociale zorg en wat doe je dan als je die zorg biedt? Dat heeft geleid tot een boek, daar heeft Aard Pol ook in mee geschreven. In dat boek hebben we geprobeerd een methodiek te ontwikkelen voor psychosociale zorg bij verpleegkundigen. Dus dat is een beetje mijn basis als ik het heb over psychosociale zorg. Ik vind het belangrijk dat de verpleegkundigen er aandacht voor hebben maar ook dat ze toch methodisch er een handvat voor hebben van hoe pak je wat aan. En ook dat ze weten waar de grenzen liggen. Verpleegkundigen kunnen er ook ver in gaan omdat ze dan handvatten missen en dan soms bijna te ver gaan. Ik vind dat psychosociale zorg eigenlijk hoort bij verplegen maar je moet wel weten wat je doet en waar je grenzen liggen.

4. *Waar ziet u die grenzen?*

Je hebt als verpleegkundige toch vaak de invalshoek dat je binnenkomt als mensen vragen of problemen rondom gezondheid en ziek zijn hebben, dus ik vind dat je daar in eerste instantie je focus

op moet hebben. Aansluitend mag je kijken van wat speelt er psychosociaal, in de omgeving en wat speelt er bij mensen die direct naast de zieke zitten., De grenzen liggen ook bij wat is nog je vak? Wat kun je behappen? Als het te complex wordt vind ik dat je moet doorverwijzen naar het maatschappelijk werk, psycholoog of psychiater. Je moet dus op een bepaalde manier weten hoe ver je kunt gaan en waar je deskundigheid nog ligt. Dat is wel ingewikkeld in de psychosociale zorg want waar stop je dan als je het proces aan gaat. Wanneer zeg je dat je door moet verwijzen als je net een heel intensief contact hebt opgebouwd, dat is vaak moeilijk.

5. *Bent u op de hoogte van wat er speelt op het gebied van psychosociale zorg onder de wijkverpleegkundigen?*

Mijn rol als coach is wel de belangrijkste bron op dit gebied. Ik zit regelmatig bij besprekingen van de teams, waar ze ook altijd een deel van de tijd gebruiken om cliënten te bespreken. De situaties van cliënten die zij inbrengen zijn toch vaak situaties waar van alles speelt met name ook op PS gebied. Dan hoor je vaak dat het erg complex is waar ze in werken. Het is niet alleen de lichamelijk zorg, maar de hele wereld erom heen maak je ook mee. Daarvan vinden wij als Buurtzorg ook dat je als het kan, daar in moet ondersteunen. Dat kan heel ver gaan, ik heb gehoord van een verhaal over mishandeling door partners die een dementerende moeten verzorgen tot verhalen over kindermishandeling tot overbelasting, het is heel breed wat ze zien en mee maken in het werk. Dat is mijn belangrijkste bron en daarnaast proberen we natuurlijk ook om te kijken naar wat zijn op dit moment voor ons verbeterpunten binnen buurtzorg en waar moeten we verder op ontwikkelen. En dat past dan weer in mijn taken die ik heb rondom de Buurtzorg academie, o.a. het scholingsprogramma goed op zetten.

En wat misschien ook wel leuk is om te melden, we hebben een aantal boekjes over Buurtzorg uitgebracht en we hebben er nu net eentje gemaakt met name over de vakinhoudelijke kant. Wat doen we nu binnen Buurtzorg anders en wat is specifiek voor buurtzorg en wat voor methodes gebruiken we dan? Daar zit dit stuk ook helemaal in, de psychosociale zorg en wijkgericht werken. We vinden dat we dat breed moeten oppakken, maar wat betekend dat dan? Dit soort vragen hebben we geprobeerd te beantwoorden en te onderbouwen ook voor de medewerkers en onszelf. Met name is het boekje bedoeld voor medewerkers maar ook voor scholen en Hbo'ers die de wijk in willen. Het komt in mei 2011 uit.

Vakinhoudelijk hebben de teams hun eigen autonomie. Ook wat betreft de psychosociale problematiek die zij tegenkomen. Vaak komen ze daar niet mee bij hun coach maar overleggen ze dit met elkaar. Mochten ze er niet uitkomen en er echt hele ingewikkelde situaties zijn dan kan ik me wel voorstellen dat ze naar hun coach gaan. Maar eerst kijken ze binnen hun team wie er mogelijk verstand heeft van een bepaalde problematiek.

6. *Wat is uw mening over de huidige gang van zaken rondom psychosociale problematiek?*

Met een beetje voorbehoud want ik weet niet of ik het helder heb, ik zie natuurlijk wel wat binnen Amersfoort, maar Buurtzorg breed vind ik dat wat lastig, ook omdat ik er nog niet zo lang werk.
Het idee wat ik een beetje heb is dat wijkverpleegkundigen als eerste zich richten op het lichamelijke vlak, daar komen ze ook voor. Ze zien vaak heel veel, door vertrouwensband en doordat ze vaak daar thuis komen. Als je deze vertrouwensband goed opbouwt, dan hoor en zie je heel veel. En mijn idee is een beetje dat mensen dan niet altijd goed weten hoe ze daarmee verder kunnen. Ze geven dan vanuit goede bedoelingen advies, maar of dat altijd op de juiste manier is of op goede manier wordt afgerond, ja daar heb ik weleens mijn twijfels over. De methodische kant van het verhaal, dat is een beetje gebaseerd op info die ik heb naar aanleiding van de nieuwe verslaglegging. We zijn bezig met het ontwikkelen van een nieuwe vorm. Daar zit ook een onderdeel in over psychosociale zorg.
Dan zie je dat veel mensen het wel zien en herkennen maar dat ze te weinig houvast hebben over wat ze er vervolgens mee moeten doen.

7. *Verslaglegging, heeft u het dan over het web of over een ander soort?*

Ja, op het web maar ook in het dossier bij de klant thuis. Daar heb je bijvoorbeeld met de psychosociale zorg al direct de discussie over wat schrijf je op en wat niet, wat schrijf je bij de klant thuis en wat schrijf je op het web, en is het geen je op het web schrijft ook voor de cliënt in te zien als hij dat zou willen? Dat soort discussies hoor ik dan wel. In het principe is het dossier bij de cliënt, van de cliënt en mag hij dat gewoon inzien. Daarnaast is er voor de verpleegkundige onderling het web, dat is een systeem waardoor ze makkelijk thuis of op werk kunnen checken wat er gebeurd is en wat er gedaan moet worden. Als de zorg is afgesloten wordt dat allemaal in een archief bewaard en daar mogen de cliënten ook inzicht in hebben als ze dat willen. Die verslaglegging gaan we op een andere manier onderbouwen zodat het wat meer gestructureerd wordt op verschillende 'domeinen' van de zorg en er daar handvaten komen. Ze zitten er nu vaak wat impliciet in en die proberen we dan wat helderder te maken. We gebruiken daarvoor een systeem wat we in Amerika hebben gevonden, het 'Omaha systeem' en dat is een systeem waar met name verpleegkundige problemen, dat genen wat je doet en ook de uitkomsten aan elkaar gekoppeld zijn. Dat leg je op een bepaalde manier vast zodat dat je plan vormt. Je kunt daardoor ook 1 taal gebruiken zodat je makkelijker kunt overleggen met andere disciplines en iedereen dezelfde taal gebruikt en het ook inzichtelijker wordt van wat doen we nou precies.

8. *Wat vind je van de visie van Buurtzorg, dat de wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk taken tegelijk op moeten kunnen pakken?*

Dat vind ik een hele mooie. Ik heb een tijdje in de reguliere thuiszorg gewerkt en daar zag je dat veel taken opgesplitst werden en van de wijkverpleegkundige afgehaald werden. De indicatie werd er bijvoorbeeld afgehaald, op een gegeven moment werd de basale zorg eraf gehaald en het huishoudelijke werk. Dan krijg je allemaal stukjes die niet meer bij je werk horen en mogen de wijkverpleegkundigen alleen nog maar technische zorg geven of op afstand zorg coördineren. Dat is een heel andere invulling van het vak dan hoe ik het heb geleerd en hoe ik het zelf ook denk dat het goed is. Je hebt er veel meer aan als er iemand komt die zoveel mogelijk oppakt en integrale zorg kan en mag leveren. Voor de cliënt is dit veel fijner

9. *Hoe kijkt u aan tegen het stukje psychosociale zorg? Hoort dat ook wel bij het takenpakket?*

Ik vind dat als je het over integrale zorg hebt, je er niet om heen kunt dat psychosociale zorg daar ook bij hoort. In eerste instantie richten mensen zich daar ook op, wat zijn de gevolgen van het ziek zijn en hoe kan ik helpen op dat psychosociale stukje. Dan kom je wel weer heel snel aan bij waar we het net ook over hadden dat je, je grenzen moet weten. Ik heb het idee dat de wijkverpleegkundigen kortdurend best wel wat kunnen aanpakken en weten soms ook heel mooi als opstapje naar een andere vorm van hulverlening omdat dat vaak toch een grote stap is. Ik denk dat wijkverpleegkundigen best een mooie brug zouden kunnen vormen. Ze komen vaak in chronische situaties en dan is dat best ingewikkeld. Wat mij betreft zou het dus kortdurend moeten zijn en in relatie tot de gezondheid en de problematiek die dat met zich mee brengt. En als het teveel ingaat op thema's die daar los van raken of meer gaan over werk, inkomen of andere dingen, dan kun je daar als wijkverpleegkundige weinig meer mee, dat is dan niet meer je competentiegebied. Dan moet je doorverwijzen.

10. *Weet u of er bewust is gekozen om het maatschappelijk werk buiten buurtzorg te houden? Dit zien we bij andere thuiszorg organisaties namelijk vaak wel gebeuren.*

Dat weet ik niet precies, dat zou je aan Jos moeten vragen. Wat ik wel weet is dat ze er bewust voor hebben gekozen om de wijkverpleegkundigen weer te laten werken zoals wij vinden dat het zo moet zijn. Dus breed en integraal en daarin dus ook die psychosociale zorg mee neemt. Ik denk dat het gewoon vanuit het wijkverpleegkundige vak is gestart en daaruit teams zijn voortgekomen. Op dit moment lopen er in een aantal teams wel projecten waarin ergo therapeuten en fysiotherapeuten samen werken. Dat heet Buurtzorg plus, dat loopt prima!
Toen kwam ook de vraag of deze samenwerking niet met het maatschappelijk werk zou moeten gebeuren. Deze discussie was net voor mijn tijd dus die heb ik niet helemaal mee gekregen maar die vragen zijn er dus wel.

11. *Op welke manier kan Buurtzorg de psychosociale zorg zo goed mogelijk maken voor de medewerkers en de patiënten?*

De grenzen goed herkennen. Het lijkt me ook handig als de wijkverpleegkundigen wat meer basis en ondergrond hebben. Een soort methodiek waardoor ze weten hoe ze het aan moeten pakken en daar ook weer de grenzen van kennen. Maar meer weten van dit zijn de problemen die ik kan tegen komen, hoe ver ga ik daarin en hoe kan ik dat zo goed mogelijke inventariseren en hoe kan ik mensen steunen om er stappen in te nemen. Het boek waar ik het in het begin over had (de steen de berg op rollen) heeft geprobeerd daar wat handvatten voor te geven. Ik denk dat, dat binnen Buurtzorg nog wel wat duidelijker zou kunnen.

12. *Op welke manier zou u dat meer duidelijk willen maken?*

Dat zou kunnen via de Buurtzorg academie dat we dat aanbieden als module psychosociale zorg, of thema middagen om eens te verkennen van wat speelt er op dat gebied. Want dat is wel ons uitgangspunt, we willen kijken wat voor vragen er bij de verpleegkundigen leven, dat wat jullie nu aan het uitzoeken zijn, dat is dan belangrijk. Daarna gaan wij kijken wat we kunnen doen om hen daarin te steunen. Want als je zomaar van buitenaf dingen aan gaat bieden dan weet je helemaal niet of het past. We kijken dus altijd naar de vraag en behoefte. Jullie onderzoek is voor mij dus een mooie basis om te zien of we er meer op moeten aanbieden. Maar ik denk het wel hoor, ik denk dat we nog wel meer kunnen doen op dit gebeid. Nu bouwen we nog steeds door op wat mensen meenemen uit andere werk settingen, waar ze vandaag komen, dat komt doordat we een vrij jonge organisatie zijn. We proberen dan natuurlijk wel om duidelijk te maken wat onze visie is en onze manier van zorgverlening.

13. *Zijn er toekomstverwachtingen of plannen op het gebied van psychosociale zorg?*

Ja het boekje dat in mei uitkomt, en de eventuele aandacht bij de Buurtzorg academie. We zeggen natuurlijk we doen geïntegreerde zorg, en dat geldt ook voor de zorg voor de omgeving (de mantelzorger en de buurt). Dat is voor een heleboel mensen nieuw, zij komen uit een omgeving waarin die zorg los stond van elkaar en zij zijn dat stuk dan soms ook kwijt. Ik denk wel dat voor veel mensen geldt dat zij in die andere settingen niet gewend waren om bijvoorbeeld de psychosociale zorg ook mee te nemen, daar moeten ze soms wel aan wennen en het ontwikkelen. Ook het kennen van de sociale kaart is voor een aantal mensen gewoon nieuw.

14. *Welke veranderingen in de maatschappij zullen volgens u het werk binnen Buurtzorg gaan beïnvloeden op het gebied van psychosociale zorg? (Denk aan bezuinigingen, indicaties)*

Wat je in elk geval ziet is dat zorg altijd ter discussie staat op financieel gebied. En dat met name ook de chronisch zieken en de ouderen in een kwetsbare positie zitten. Als je daarbij mee neemt dat het aantal mantelzorgers terug neemt, kinderen en partners, dan is het wel een heel kwetsbaar geheel waar je in zit. Als daar op bezuinigt wordt dat merk je in de thuiszorg daar ook direct de consequenties van. Wat tegelijkertijd speelt is natuurlijk, wat voor indicaties krijg je om daar iets mee te doen? Hoeveel tijd mag je investeren? Maar ook waar mag je naar verwijzen als de dingen te ingewikkeld en complex zijn? Bijvoorbeeld de WMO nu, daar kun je dingen naar verwijzen maar als daar ook steeds meer op bezuinigd wordt dat kom je op een gegeven moment wel ergens knel te zitten. Het is een kwetsbare groep waar redelijk makkelijk op bezuinigd wordt. Dit vind ik wel een nare ontwikkeling, die je ook direct terug ziet bij de mensen thuis. Wat wel een maatschappelijke/politieke ontwikkeling is, is dat wij wel de tijd mee hebben dat de regering in die zin wel erg positief is over de manier waarop Buurtzorg zijn zorg organiseert. Bijvoorbeeld in het regeerakkoord, daar staan wij vrij expliciet genoemd dat de thuiszorg eigenlijk op de manier van Buurtzorg georganiseerd zou moeten worden. We zijn dus goed in beeld bij de politiek, dat is voor ons als organisatie natuurlijk erg positief. Het bijzondere hiervan is dat het hele concept van de zelfsturende teams blijkbaar gewoon werkt. De reguliere thuiszorg organisaties zijn natuurlijk wel verworden tot grote bureaucratische organisaties waar de zorg eigenlijk alleen maar in stukjes geknipt wordt, waar niemand zich nog happy bij voelt. Als je dat weer kunt keren en allerlei organisaties zien dat als leerpuntje dan is dat wel heel

interessant om te zien, of dat ze lukt en hoever dat dan gaat. Natuurlijk ook bijzonder dat er 270 teams in Nederland zijn binnen 3 jaar, heel bijzonder dat het zo groeit.

15. *Is het financieel mogelijk om een protocol te ontwikkelen of een cursus te ontwikkelen?*

Ja, binnen de buurtzorg academie hebben we besloten om zoveel mogelijk mensen te laten scholen op thema's die voor hen van belang zijn. Daar is ook ruimte voor, waarschijnlijk een groter budget ook vergeleken met andere organisaties. Als wij het een belangrijk thema vinden, dan kunnen wij dat ook integreren. Op de buurtzorg academie hebben we op dit moment een leergang. Dat houdt in dat mensen zich een jaar lang kunnen verdiepen in de HBO rollen van een wijkverpleegkundige en daar zit psychosociale zorg ook in het pakket. Ik denk dat we zeker na jullie rapport wel meer handvatten zullen hebben om te zeggen dat er meer aandacht voor zou moeten komen. Dan kunnen we misschien een cursus voor alle teams aanbieden en wie wil kan zich dan opgeven. Wat we daarnaast hebben is het web, daar staan registratie op maar ook tips etc. en daar zou je eventueel ook een instrument of checklist op kunnen zetten. Bijvoorbeeld ik heb een probleem op dit stukje, wat hebben we daar allemaal voor?

16. *Wat zou u vinden van een betere samenwerking met een algemeen maatschappelijk werk instelling in de buurt van de teams?*

Ik denk dat het heel goed is als de teams, in het kader van hun sociale netwerk weten wie de maatschappelijk werker in de buurt is en daar ook contact mee hebben over cliënten. Dat is ook het uitgangspunt bij Buurtzorg, dat het gaat om de directe cliënt relaties en de mensen die daarom heen zitten. Dus dat we niet op koepelniveau bij het maatschappelijk werk met een manager gaan praten, maar veel meer met de maatschappelijk werker in de wijk contact leggen. Ditzelfde doen we met huisartsen.

17. *Is er een mogelijkheid dat een maatschappelijk werker in een team aangenomen zal worden?*

Weet ik niet zo goed. Dit sluit een beetje aan bij die discussie die gevoerd is toen ik net binnen kwam en volgens mij is er toen besloten om dit niet te doen, dus echt verpleegkundige teams te houden. Dit zou je eens aan Jos moeten vragen.
Teams die wat langer functioneren weten vaak al beter met welke maatschappelijk werker of SPV'er ze te maken hebben bij verschillende cliënten. Die hebben eigenlijk al heel goed in beeld welke mensen er rondom hun cliënten van belang zijn en dan is het dus niet meer echt een functie maar meer een persoon die betrokken is bij hun cliënt. Daar zie ik het wel functioneren maar ik kan me voorstellen dat het per team verschilt, hoe actief ze erin zijn en hoeveel zicht ze erop kunnen hebben. Daarom is het wel leuk om wat meerdere teams te bevragen.

18. *Eigen toevoeging:*

Voor ons is het wel belangrijk om het zo concreet en duidelijk mogelijk te houden en dan aan te sluiten bij waar de vragen liggen van de verpleegkundigen. Dat is dus heel leuk als jullie dat onderzoek straks afgerond hebben en wij daar meer zicht op hebben. Ook kunnen we dan zo concreet mogelijk kijken van wat kun je nu met die aanbevelingen en wat willen we daarmee gaan doen. In die zin zijn we wel een organisatie die nog heel erg in beweging is en waar nog van alles mogelijk is.
En waar ook nog heel veel groei mogelijkheden zitten, ook op dit stuk. Voor mij is het ook wel even een eye opener, van wat doen we hier eigenlijk mee en moeten we niet meer aandacht besteden aan psychosociale problematiek?

Bijlage 13: Interview met thuiszorgorganisatie A. Omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg.

Naam: J. Meloen-Zweering
Organisatie: Organisatie A, Nunspeet (Gelderland)
Functie: Leidinggevende van de thuisbegeleiding binnen organisatie A over de gehele Veluwe. Thuisbegeleiding levert een soort thuiscoach die samen met de cliënt het probleem analyseert en een plan opstelt en vervolgende de cliënt de richting geeft, moed inspreekt, complimenteert, bijstuurt, signaleert en adviseert.
Datum: 17 maart 2011
Tijd: 13.00uur

1. *Welke functie heeft u binnen Organisatie A?*

Ik ben leidinggevende bij de thuisbegeleiding en bij de nachtzorg voor de hele Veluwe. Ik werk totaal 6 jaar bij organisatie A maar heb wel een aantal jaren tussendoor ander soort werk gedaan. Ik heb de opleiding HRM gedaan en psychiatrie HBO.

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek en waar ziet u grenzen m.b.t. de psychosociale problematiek?*

Psychosociale problematiek is een van de onderdelen van ons werk, daaronder valt voor mij bijvoorbeeld de praktische gezinsondersteuning, maar ook de ondersteuning voor mensen die geen gezin hebben. Ik denk dat er van alles onder valt. (zie uittreksels). Nu AWBZ is veranderd, merken wij daar natuurlijk ook het verschil in. De gemeente stukjes worden nu onder de WMO uitgebracht. Mensen kunnen een AWBZ traject krijgen of een traject dat onder de WMO wet valt. Psychosociale problematiek is een groot onderdeel van mijn werk.
Wij als organisatie A pakken eigenlijk alles op, wat we zelf niet kunnen doen sturen we door naar andere instellingen. Wel zijn we met gemeentes in overleg over een bepaalde doelgroep. Dat is de groep die tussen wal en schip vallen. Je moet hierbij denken aan mensen die bijvoorbeeld door schuld uit huis zijn gezet en nu op een camping wonen. Zij hebben geen vaste woon en verblijf plaats en komen daardoor niet in aanmerking voor AWBZ omdat ze hier niet officieel wonen. Binnen Gelderland heel schrijnend, ook die kinderen hebben en krijgen hierdoor veel problemen.

3. *Is er binnen organisatie A een protocol of cursus die voorschrijft hoe wijkverpleegkundigen moeten handelen op het gebied van psychosociale problematiek en de signalen daarvan?*

Ja, we hebben veel signaleringskaarten bijvoorbeeld rondom huiselijk geweld, huilbaby's, dementie etc. Dit zijn geplastificeerde kaarten, afwegingskaarten die voor elke medewerker te pakken zijn. Daarnaast werken we aan de hand van een methodiek die aan de grondslag ligt van ons handelen. De methodiek 'Tripple P' gebruiken we veel, deze methodiek gaat uit van positief opvoeden en het toepassen van grenzen.

4. *Op welke manieren wordt er nog meer aandacht geschonken aan psychosociale zorg?*

Wij schenken er enorm veel aandacht aan, eigenlijk alleen maar. Voorbeeld casus, als je kijkt naar ouderen nu dan zie je dat de verpleegkundige natuurlijk op het lichamelijke vlak zit. Dan komen wij als thuisbegeleiding binnen om het psychosociale vlak op te pakken, de tak waarin ik werk is alleen maar psychosociale problematiek, vooral begeleidingsgesprekken.

5. *Hoe luidt de visie in uw organisatie op het gebeid van psychosociale problematiek en hoe daarmee om dient te worden gegaan?*

Visie checklist staat op een kaartje die Jose ons overhandigde tijdens het interview.
Op dit kaartje staat:

- Hoger doel: wanneer u zorg nodig heeft , zijn wij er. Wij dagen bij aan uw kwaliteit van leven.
- Gewaagd doel: 2015, voor klant en medewerker de natuurlijke eerste keuze.

- Kernwaarden: liefde voor mensen, betrouwbaar, steeds beter, mogelijkheden benutten.
- Kernkwaliteiten: overal dag en nacht, breed en specialistisch, verbinden in de wijk, vakbekwaam, samenwerken.

6. *Wordt psychosociale zorg geregistreerd en zo ja, hoe?*

De dossiers van alle klanten staan in het systeem. Als ze alleen wassen hebben, is het een andere code dan bijvoorbeeld bij wassen en ook begeleiding. Het is een digitale registratie. Je ziet er ook hoeveel trajecten thuisbegeleiding we hebben. We geven heel veel thuisbegeleiding in het voorgaande veld van de hulpverlening.
Even ter verduidelijking: Organisatie A heeft veel verschillende takken binnen de organisatie: kraamzorg, 'V en V' dat is verzorging en verpleegkundigen en JGZ= jeugd en gezin.

7. *Hebben er onlangs nog veranderingen op het gebied van psychosociale zorg plaats gevonden binnen organisatie A?*

Qua financiering vormen wel, we zijn niet inhoudelijk aangepast of in de werkwijze iets anders gaan doen. De AWBZ zorg die uitgekleed wordt is ook een voorbeeld van verandering in die kant van de zorg.

8. *Zijn er binnen uw organisatie nauwe samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld het AMW, met als doel een goede doorverwijzing indien nodig? Zo ja, hoe zien die eruit? Zo nee, mist u deze en wat zou u in dit geval graag willen op dit gebeid?*

Ja, de regio algemeen maatschappelijk werk organisaties. Op alle plaatsen hebben we eigenlijk wel een samenwerking. Bijvoorbeeld ook met bureau jeugdzorg en met het algemeen meldpunt kindermishandeling en met psychologen en psychiaters. We noemen dit overleg het 'Sociaal vangnet' en we overleggen één keer in de maand. Alle partners zitten dan aan tafel. Er zijn ook casussen waar de politie of buurtwerkers in mee moeten denken en die zitten dan ook aan tafel. Bijvoorbeeld een casus over een gezin met overlast of schulden, dan zitten soms de woningbouwverenigingen er ook bij. Dit is een intensieve samenwerking. We hebben geen maatschappelijk werker binnen organisatie A, dat is maar een heel klein onderdeeltje van het werk. We hebben ze dus wel aan het werk als thuisbegeleiders maar niet op zichzelf staand.

9. *Bent u tevreden over de manier waarop organisatie A omgaat met psychosociale zorg en zo ja, waarom bent u hier tevreden over?*

Ja, daar ben ik tevreden over. Ik zou niet goed weten wat verbeterd moet worden. We hebben nu een hele nauwe samenwerking met elkaar. Het sociale vangnet helpt daarbij, we zijn met elkaar drager van de problematiek in de gemeente. Verder zou ik het niet zo goed weten. We zijn nu wel aan de gang met wat doen we met mensen die overal buiten vallen en die wel echt psychosociaal problematisch zijn binnen onze gemeente.

Geldt dit alleen voor Nunspeet?
Nee, voor heel Nederland.
De meeste mensen hebben een bepaald beeld van organisatie A dat het bijvoorbeeld alleen wassen en aankleden is. Maar volgens mij weet iedereen binnen de organisatie wel iets over deze problematiek. Heb wel het idee dat we het goed hebben dicht getimmerd.

Binnen organisatie A komt er eigenlijk nooit echt een vraag op zichzelf binnen het komt altijd via een netwerk partner binnen. Wij doen dan de observatie en overleggen met de verwijzer en stemmen ook af van wat gaan we hierna doen. Dan komt er weleens meer problematiek naar voren dan wenselijk is. Je kunt dan denken aan opvoedondersteuning, vervuiling, verwaarlozing, eenzaamheid, of de dag niet op orde krijgen. Hierna volgt een intake, dit gebeurd door de teamcoördinator die bij ons niveau 5 wordt genoemd. Die maakt ook een doelstelling en traject op. Daarna wordt door de teamcoördinator gekeken bij wie deze cliënt het beste past. Vaak komen de mensen van de thuisbegeleiding 1 keer in de week 3 uur. Zij doen ook weleens de praktische ondersteuning maar daar moet dan wel een

doelstelling aan te grondslag liggen. Klanten komen ook weleens via het school maatschappelijk werk binnen, dan kan het zijn dat kinderen wel naar school gebracht worden en er meteen even overlegd wordt en gekeken wordt hoe het gaat op school.

10. *Merkt u dat de wijkverpleegkundigen meer belast worden wanneer ze naast lichamelijke zorg ook psychische zorg moeten leveren?*

Ja, maar dat is gewoon je vak. Ze kunnen altijd de team coördinatoren hierover aanspreken. Zij hebben intervisie wat ook kan helpen. Daarnaast is het altijd belangrijk om wel een professionele afstand te behouden.

Bijlage 14: Interview met thuiszorgorganisatie Vilente. Omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg.

Naam: Joke de Groot
Organisatie: Vilente
Functie: Verpleegkundige binnen Vilente. Team begeleider in Wageningen. Medewerker bij projectgroep over probleemgedrag. Administratieve functie rondom indicaties. Coördinator van logeervakanties van Vilente.
Datum: 4 april
Tijd: 11.00uur

1. *Welke functie heeft u binnen Vilente? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam).*

Ik ben verpleegkundige binnen Vilente. Mijn huidige functie is nu bij de thuiszorg. In principe rijd ik geen routes, ik heb een team met verzorgende die ik begeleidt bij allerlei werkzaamheden (team Wageningen). Ook begeleid ik ze bijvoorbeeld bij verpleeg technische vaardigheden die ze te weinig gedaan hebben. We nemen soms cliënten aan waarbij handelingen moeten gebeuren die zij heel lang niet hebben gedaan. En dan begeleid ik hen om die vaardigheden weer in de vingers te krijgen.
Ook doe ik de intakes bij de cliënten, ik verzorg de hele intake met alles erop en eraan, planning, indicaties etc. Ik heb dan ook een administratieve functie waarbij ik op de indicaties moet letten, dat we geldige hebben maar ook dat we binnen de uren blijven en dat is weleens erg moeilijk. Je moet het continue bewaken. Het zit toch in ons bloed dat we willen zorgen, maar we moeten ook oppassen dat de cliënt wel onafhankelijk blijft en niet betutteld wordt. Ik werk er nu bijna tien jaar, ik heb hiervoor bij Vilente in een verpleeghuis als verpleegkundige gewerkt en daar had ik ook de hoofddienst als verpleegkundige. Als er wat gebeurde moest ik zorgen dat er actie op werd ondernomen.
Ik werk nu 32 uur per week over vier dagen verdeeld, niet ‘s avonds. Wel rijdt ik één keer in de week een vaste route om ook een beetje de cliënten te leren kennen en daarnaast monitoren we natuurlijk ook cliënten, waar veel complexe dingen aan de hand zijn. Onze verzorgende doen het werk maar wij houden natuurlijk wel de controle daarop, dat dingen goed gebeuren. Daarnaast zit ik in de werkgroep probleemgedrag. Vanuit het verpleegtehuis heb ik daarin gezeten. Dit is bijvoorbeeld ook voor demente bejaarden, veel van hen weigeren zorg. Dat is voor mij wel een uitdaging.
Daarnaast coördineer ik een project van logeervakanties in de buurt van Lunteren. Mensen komen bij onze omgeving logeren maar hebben ergens anders in Nederland thuiszorg bij een andere organisatie. Wij verlenen dan zorg aan die mensen op de indicatie van die cliënten. Af en toe werk ik daar ook een ochtend mee.

2. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Psychosociale problematiek, daar versta ik zelf onder: demente bejaarden, maar ook andere mensen die bijvoorbeeld psychische stoornissen hebben. Het stukje sociaal houdt in de dat je de zorg die je verleent op basis gaat geven van wat de cliënt nodig heeft. Het zijn vaak gedragsdingen die je moet regelen. Ik kom ook borderline tegen maar ook manisch depressief. Schizofreen niet echt maar wel weer de categorie demente bejaarden. Heel veel van hen zijn zorg mijdend, die zijn moeilijk te helpen.
Ja, er zijn grenzen aan. In principe vind ik het wel een uitdaging om te starten bij een cliënt met bepaalde problemen die er zijn, maar soms denk ik dat het te complex is. Wij hebben een ambulante thuiszorg, dat zijn mensen die wat meer gespecialiseerd zijn in demente bejaarden en die schakel ik er ook wel bij in soms. Maar in eerste instantie heb ik zelf wel het idee dat ik er aardig goed in ben.
Je wil ook niet teveel hulpverleners bij dit soort mensen inzetten, als je teveel in een situatie zet dan kom je niet ver, je moet dit langzaam opbouwen. Soms zoek ik dus hulp bij andere organisaties die wij ook hebben: steunpunt mantelzorg, alzheimer stichting/café en casemanagers.

3. *Is er binnen Vilente een protocol of cursus die voorschrijft hoe wijkverpleegkundigen moeten handelen op het gebied van psychosociale problematiek en de signalen daarvan?*

We werken wel met bepaalde stappenplannen. We zoeken eerst uit bij het gedrag wat er aan de hand is en wat er speelt. En dan kun je ook door te observeren een vragenlijst in vullen. We hebben daarvoor een aantal standaardlijsten en aan de hand daarvan gaan we kijken wat er aan de hand is. Hierbij heb je ook de naaste familie en omgeving nodig. We hebben niet een vastomlijnd protocol. Dit stappenplan vullen we pas in na een tijdje, als er een probleem is.
Ook hebben we signaallijsten, daar staan wat dingen op voor de verzorgende. Dat zijn handvaten en gaan over wat voor gedrag je ziet: ontremd, agressief, verdrietig, wisselende stemmingen, een hele lijst met dingen die je kan zien. We zijn nu wel hard bezig om dit meer in te gaan zetten. Ik zit nu in een project vanuit het verpleeghuis, probleemgedrag en dat kan ik nu meenemen in de thuiszorg. Dat is met verzorgingshuizen net zo, kun je een beetje vergelijken met de thuiszorg. In de thuiszorg heb je medewerking van de cliënt nodig. Ze zijn wilsbekwaam, als zij zelf het probleem niet inzien of de familie niet, dan kun je allen maar aanraden dat het verstandig zou zijn als ze hulp gaan zoeken.
In principe kom je er alleen om steunkousen aan te trekken, dan ga je niet meteen beginnen over bepaald gedrag dat niet leuk is. Behalve als je merkt dat ons werk erdoor belemmert wordt en dat de familie of de cliënt er een probleem mee heeft, dan kun je er wat mee en niet eerder.

4. *Op welke manieren wordt er nog meer aandacht geschonken aan psychosociale zorg?*

We hebben ons ambulante thuiszorg team, er zijn maatschappelijk werkers waar we steun van krijgen, we hebben steunpunt mantelzorg, we maken gebruik van de ouderenzorgers van de gemeente Wageningen en van een psycholoog binnen Vilente. Ook hebben we soms contacten met de Gelderse roos, daar werken mensen die gespecialiseerd zijn in psychogeriatrie.

5. *Hoe luidt de visie in uw organisatie op het gebied van psychosociale problematiek en hoe dient daar mee om te worden gegaan?*

Het staat of valt met hoe je tegen de zorg aan kijkt, wat is de visie op zorg van Vilente. Wij gaan er een beetje vanuit dat een mens een individu is en uit een aantal kanten bestaat, psychisch, lichamelijk en sociaal. Die drie samen kan je nooit los van elkaar zien. Als je zorg verleent komt er dus meer bij kijken. Ons beleid is dat je de mens als een eenheid wil zien en al die onderdelen moet je daarbij in het oog houden. In de thuiszorg kunnen wij daar niet veel mee. Als een cliënt die niet zo aardig is in de omgang of wat dan ook tegen mij zegt: ‘je komt hier om mijn steunkousen aan te trekken of om mij te douchen’ wie ben ik dan om iets over zijn gedrag te zeggen. Ik moet met respect met hen omgaan en dat verwacht ik ook terug. Als ik vind dat ik niet netjes behandeld wordt dan spreek ik dat ook uit.
Ik vind dat het ook zo moet maar veel medewerkers vinden dat moeilijk en gaan dan sussen of meepraten. De cliënt weet dan niet hoe jij je er onder voelt. Je mag best tegen iemand zeggen wat voor gevoel het je geeft als je zorg verleent en andersom is dat net zo. Niet elke verzorgende kan goed omgaan met lastige mensen. Zij gaan liever de confrontatie uit de weg.
We hebben ook een beleid, waarbij we mensen die zorg mijdend zijn, daar gaan we dan regelmatig een paar weken naar binnen, opbouwen, niet teveel doen, na een aantal weken gaan we met elkaar bekijken wat we signaleren en opmerken. Daarna gaan we er handvaten aan geven en dingen inzetten (uitproberen) en maken we een plan. Je moet dit plan wel als team blijven bijstellen, een goed zorgplan hebben en dat moet uitgebreid zijn. Niet alleen dat mevrouw agressief kan worden bijvoorbeeld. Je moet concreet aangeven welke dingen werken en soms zitten daar dingen bij die wat minder leuk zijn, bijvoorbeeld als stok achter de deur dat de huisarts het heeft opgedragen.
Bij sommige werkt dat en bij andere niet.

6. *Wordt psychosociale zorg geregistreerd, zo ja: hoe?*

Ja, daar hebben we via de computer metingen voor. In de verzorgingshuizen registreren ze dat zo, maar in de thuiszorg nog niet. Een keer in de zoveel tijd hebben ze een meting en brengen ze dat in kaart. Thuiszorg is daar ook wel mee bezig. Vilente breed willen we dit natuurlijk wel want we willen hetzelfde beleid in heel Vilente, alleen moet het aangepast worden voor de thuiszorg. We hebben nu gewoon de zorgdossiers die we bijhouden aan de hand van de indicaties. We krijgen indicaties voor

begeleiding individueel, we hebben ook scorelijsten en wij scoren dat dus. Als mensen boven een bepaalde score scoren zitten, dan hebben ze speciale aandacht nodig. Dat gaat in een dossier bij de cliënten. De scorelijsten gaat 1 keer in de 3 maanden, dat zijn vragen over hoe scoort iemand cognitief, emotioneel, is er genoeg ondersteuning, kan hij/zij zelf zijn dag indelen, dat soort vragen staan erin. Soms moet je het ook tussendoor gebruiken want er kan tussendoor ook wat veranderen. Dit staat in de Excel bestanden.

7. *Zou de aandacht voor psychosociale zorg binnen Vilente verbeterd kunnen worden? Zo ja, wat maakt dat dit verbeterd moet worden?*

Ja, sowieso kan dat. De dingen die niet helemaal goed gaan hebben vooral te maken met communicatie. Het over en weer communiceren met elkaar en het afstemmen van zorg bij een cliënt. Ik heb een aantal cliënten waar ambulante thuiszorg bij komt, zij hebben hun eigen stukje en wij kwamen daarnaast ook. Daar was helemaal geen communicatie over wat zijn jullie bevindingen en wat zijn onze bevindingen? Komen we dezelfde dingen tegen? Kunnen we samen wat afspreken? Dat kan wel veel beter. Vooral dus op gebied van communicatie. In zijn algemeenheid maar vooral bij de psychosociale zorg binnen de thuiszorg vind ik dat dit niet altijd goed gecoördineerd is. We zijn er wel mee bezig. De cliënt heeft een contactverzorgende en ik heb altijd aangegeven dat wanneer er ook andere disciplines inzitten, zij met elkaar ook moeten kunnen communiceren over hoe gaat het nou bij een cliënt? Anders doen zij straks wat anders dan wij en we moeten wel allemaal hetzelfde doen.
Zij hebben soms een andere aanpak en dan werkt het averechts en dat vind ik jammer, maar het kost tijd.

8. *Hebben er onlangs nog veranderingen op het gebied van psychosociale zorg plaats gevonden binnen Vilente?*

Nee, we zijn er wel al jaren mee bezig moet ik zeggen, met werkgroepen die erin zitten, psychologen, artsen, verzorgende en maatschappelijk werkers. Alleen wat in de thuiszorg vaak het probleem is, is dat je met de indicatie te maken hebt. Je kunt wel van alles willen maar als je maar 1,9 uur in de week hebt om steunkousen aan te trekken dan snap je wel dat er weinig tijd overblijft om mevrouw te helpen als ze van het padje af is. Daar houdt het CIZ niet zoveel rekening mee. Wat ik wel doe is een goede gedetailleerde beschrijving maken voor de indicatie. Begeleiding individueel kreeg iedereen vroeger gewoon, dat is nu echt niet meer zo, dat krijg je bijna niet meer. Maar met hele goede argumenten kun je het nog krijgen, dat moet je heel goed en concreet omschrijven wat er speelt. Als het dan nog niet geregeld kan worden dan verwijzen wij ook nog wel eens naar het maatschappelijk werk.
Sommige dingen kunnen we gewoon niet. Ik kan het dan wel proberen bij het CIZ maar ik weet dat het soms gewoon niet lukt.

9. *U vertelde eerder al iets over het feit dat er maatschappelijk werkers zijn binnen Vilente, ik vraag me af, hoe ziet die samenwerking met het maatschappelijk werk eruit?*

Dat weet ik niet. Ik heb nauwelijks een samenwerking met hun. Ze zitten bij ons op zorg advies en wij regelen hun indicaties enz. maar in principe is er heel weinig contact. Niet echt over een cliënt in elk geval. Wel zijn er ook maatschappelijk werkers die casemanagers zijn en daar hebben we dan wel contacten mee als zij in een situatie zitten waar wij als thuiszorg ook in zitten. We kunnen wel cliënten doorverwijzen en dat gaat via een algemeen nummer, daar kunnen zij advies vragen (dit heet Zorgadvies). Dit is nog maar sinds anderhalf jaar en er zit altijd een maatschappelijk werk achter.

10. *Bent u tevreden over de manier waarop Vilente omgaat met psychosociale zorg en zo ja, waarom bent u hier tevreden over?*

Ik vind dat het in de thuiszorg beter kan. We zijn er hard mee aan het werk. Vooral het stukje communicatie. Als er mensen in de groep wegvallen die er verstand van hadden dan zakt de boel een beetje in elkaar. Het is dus erg kwetsbaar want dan moet je weer een nieuwe medewerker vinden die dat op zich wil nemen en die kan het weer van vooraf aan leren. Ik denk dus dat, dat beter zou kunnen. We overleggen nu wel regelmatig als verpleegkundigen met elkaar (hoe doe jij dat , hoe doe ik dat, tips enz.) en dat is ook al heel belangrijk en goed.

Bijlage 15: Interview omgaan met psychosociale problematiek binnen de thuiszorg (Jos de Blok)

Naam: Jos de Blok
Functie: Directeur Buurtzorg
Datum: 23 maart 2011
Tijd: 09.30 uur

1. *Wat zijn uw werkzaamheden binnen Buurtzorg Nederland? (Werkomschrijving, soort contract, hoe lang werkzaam).*

Ik heb contact met allerlei instanties en Buurtzorg teams, ik zorg dat de contractering voor elkaar komt, ik start nieuwe initiatieven en ik ben eindverantwoordelijk. Ik heb Buurtzorg opgestart.

2. *Met welke afdelingen/diensten/faciliteiten heeft u vaak te maken? Wanneer en waarom juist met deze afdelingen/diensten/faciliteiten?*

We hebben geen afdelingen, diensten en faciliteiten. We hebben nog een paar kleine teams die zich bezig houden met financiële, personele en cliëntadministratieve dingen. Daarnaast hebben we coaches in verschillende teams en daar ben ik verantwoordelijk voor. Daarbij vallen alle 3300 medewerkers direct onder mij.

3. *Wat verstaat u onder psychosociale problematiek? Waar ziet u grenzen m.b.t. psychosociale problematiek?*

Onder psychosociale problematiek versta ik de problemen die voortkomen uit allerlei soorten problemen die zich in je leven kunnen voordoen en die met name je geestelijke welbevinden uit balans halen. Verder zie ik hier niet echt grenzen aan, het bekijken vanuit de context van wat is hier aan de hand en iemand in verschillende aspecten begeleiden zie ik als een groot voordeel van Buurtzorg.
In Nederland hebben wij alles in vakjes gedeeld en psychische problemen zijn onderdeel van het leven en die zijn ook logische als je crisis dingen meemaakt en ook lichamelijke crisissen doormaakt, is het logisch dat het psychische gevolgen heeft. Juist naar beide aspecten kijken levert volgens mij een oplossing op, waarbij cliënten/patiënten beter bij geholpen zijn dan dat je dat allemaal uit elkaar haalt.

4. *Bent u op de hoogte van hetgeen binnen Buurtzorg speelt op het gebied van psychosociale zorg?*

Ik ben goed op de hoogte. De teams zoeken in de eerste plaats zelf naar oplossingen voor dingen die ze tegenkomen. Als ze minder voldoende toegerust zijn voor bepaalde vragen en problemen dan kunnen ze daar opleiding of training voor volgen. Op deze manier wordt het niveau in die teams steeds groter.

5. *Heeft u contact met wijkverpleegkundigen over de psychosociale problematiek en hulpverlening en zo ja, hoe ziet dat contact eruit?*

Ja, maar niet specifiek over psychosociale zorg. Waar het over gaat is dat we een hoop vragen en problemen van mensen krijgen die redelijk complex zijn af en toe en daar hebben we gesprekken over. Ik kom regelmatig in teams en dan gaat het o.a. daar over en gaat het ook over de vraag van hoe kunnen we dat vanuit de visie van buurtzorg daar op een goede manier mee omgaan.

6. *Wat is u mening over de huidige gang van zaken m.b.t. psychosociale problematiek/zorg binnen Buurtzorg?*

Mijn mening is, dat we ver boven het gemiddelde van Nederland zitten m.b.t. de huidige gang van zaken op het gebied van psychosociale zorg. Ik vind dat het een hele opsplitsing van zaken en hele productie denken het hele psychosociale deel heeft verwaarloost. We hebben ontzettend veel vrouwen met een hele brede achtergrond die een lange geschiedenis hebben in de zorg en soms zelf vinden dat ze op sommige vlakken te kort schieten, maar het is maar net waar je kunt begeleiden.
Als ik het vergelijk met het gemiddelde van Nederland, dan vind ik dat het niveau binnen Buurtzorg ver boven het gemiddeld is.

7. *Weet u bij wie de wijkverpleegkundigen terecht kunnen als ze ergens tegenaan lopen op het gebied van psychosociale zorg?*

Ja, dat denk ik wel. Soms wordt het maatschappelijk werk en/of psycholoog ingeschakeld voor de cliënten en daarbij is ook paar keer overleg met de huisarts.

8. *Wat vind u van de visie van Buurtzorg, dat wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk op het gebied van zorg (lichamelijk en geestelijk) moet kunnen oppakken?*

Ik vind dat wijkverpleegkundigen eerder te weinig oppakken. Ik vind dat als je het vanuit de patiënt bekijkt dat je de patiënt niet te onnodig moet belasten met allerlei verschillende mensen die zich met allerlei verschillende dingen bezig houden. Dat is een van de grote problemen in ons huidige zorgsysteem, we knippen alles op in deeltjes en ik denk dat een wijkverpleegkundige een generalist hoort te zijn die van alles wel wat van af weet en door de soort problemen die ze tegenkomen beter weet hoe wel om te gaan met allerlei soorten problemen.

9. *Is er bewust gekozen om het maatschappelijk werk of een andere vorm van psychosociale hulpverlening buiten Buurtzorg te houden? Zo ja/nee, waarom?*

Buurtzorg en de teams zijn zelfsturend en de samenstelling van de teams zijn gebaseerd op het idee dat iedereen elkaar kan vervangen. Vanuit verpleegkundig perspectief en inhoudelijk perspectief is dat wel de vorm die veel landelijker is. De wijkverpleegkundige in zijn geheel moet in staat om allerlei vragen op te vangen. De maatschappelijk werker is een heel andere functie naar mij idee en hoort zich naar mijn idee bezig te houden met ander soort problematiek, dan de gemiddelde wijkverpleegkundige. Wel vind ik dat maatschappelijk werkers in het netwerk van de wijkverpleegkundige moet zitten. Mocht er vanuit de wijkverpleegkundigen de behoefte zijn om meer samen te werken met het maatschappelijk werk, dan vind ik dat je daar verschillende dingen mee kan doen. Je kan zeggen we gaan meer gebruik maken van maatschappelijk werkers of we gaan zorgen dat de kennis van de psychosociale zorg omhoog gaat en ik zou kiezen voor het laatste.
Want ik zou van allerlei functies kunnen zeggen van waarom zou het niet onderdeel van het team kunnen zijn, maar dat verstoort zeg maar de hele manier van werken binnen de visie van Buurtzorg. Want als je kijkt naar de wijzen waarop er overlegd wordt m.b.t. patiënten, dan zijn er wekelijks bijeenkomsten, dan worden onderling lastige situaties besproken en dan wordt er gekeken wat kunnen we eraan doen en is er deskundigheid nodig.

10. *Op welke manier kan Buurtzorg volgens u de psychosociale zorg zo optimaal mogelijk maken voor de medewerkers en patiënten?*

Door in ieder geval het er over te hebben, te reflecteren en te kijken hoe je de kennis/niveau binnen het team kan verbeteren. Ik kan me voorstellen dat in de teams het een aandachtsgebied wordt aan de hand van het type probleem wat er tegen wordt gekomen en de kennis die er mogelijk al wel of niet is.

11. *Wat voor positieve toevoeging/meerwaarde zou Buurtzorg kunnen gebruiken op het gebied van psychosociale zorg? (vertellen wat de bevindingen op dit moment zijn uit interviews/enquêtes)*

Het past absoluut niet bij ons model om bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aan te nemen. Natuurlijk heb ik daar wel over nagedacht, maar de rede dat het nu zo goed werkt is juist dat dat niet hoeft. Als jullie zo mensen vragen, of zij dat nodig hebben, dan vind ik dat een risico van dit onderzoek, dat je bijna de uitkomsten kan opschrijven en dat is ook wel een beetje het probleem wat ik heb met de insteek van jullie onderzoek. Wat ik goed zou vinden is dat je het hebt over welke problemen van mensen kom je tegen binnen je werk? Jullie stellen nu alleen maar vragen over psychosociale zorg. Daarbij stellen jullie soms suggestieve vragen.
Ik heb 10 jaar lang als wijkverpleegkundige gewerkt en ik doe het nog af en toe en ik vond vanuit mijn vak dat ik alle problemen die ik tegenkwam, die voortkwamen vanuit lichamelijke en psychische problemen dat ik daar mee uit de voeten kon komen. Ik ben ook psychiatrische verpleegkundige geweest, daarnaast stonden die dingen in de bijzondere belangstelling. Jullie richten je op een bepaald

gebied, het maatschappelijk werk, jullie hebben niet een achtergrond van een verpleegkundige dus je focust je heel erg op de psychosociale zorg en dat vind ik juist een risico. Je ziet dat ook bij andere specialisten dat mensen het gene waar ze zich op gaan richten het belangrijkste in een bepaalde situatie gaan zien, dus hoe meer specialisten hoe meer de patiënt opgedeeld wordt in partjes. Als je een vraag gaat stellen wat je tekort komt, dat vind ik dat een suggestieve vraag. Je kan net zo goed vragen wat zou je beter willen kunnen om je werk vollediger te kunnen doen, dat is een andere invulling van het zelfde thema en ik vind dat jullie al een bepaalde insteek zijn opgegaan en dat is dat het goed zou zijn dat maatschappelijk werkers een onderdeel van het team zouden worden.
Ik vind het prima dat jullie dit onderzoek doen, maar ik wil wel mijn kanttekening zetten dat wat eruit komt heel erg naar mijn idee bepaalt wordt van naar hoe jullie de vraagstellingen vanuit welk perspectief bekijken.

Het gaat echt helemaal de verkeerde kant op namelijk. Ik vind het dramatisch wat er de afgelopen 10 jaar gebeurt is. Je ziet dat afgelopen jaren de verschillende aspecten in de zorg steeds meer uit elkaar worden gehaald.
Wat ik zie is dat als iedere professional vanuit zijn eigen perspectief gaat kijken, dat een risico is voor de zorg. Functies zo breed mogelijk maken. Ik denk dat het juist is dat je moet beredeneren vanuit de context en als je daar dingen mee hebt waar je niet zo goed mee uit de voeten kan dan stel ik mij voor dat je gaat kijken wie kan mij hierbij verder helpen. Uitsplitsen en bij anderen mensen leggen, dan krijg je steeds een lager niveau en ik ben voor het tegenovergestelde. Ik denk dat als je goede interventies bedenkt en die kennis ontwikkelt voor die doelgroep, dat je beter in staat bent om daar beter mee om te gaan, dan dat als je met alles wat je niet zo snel zelf kan oplossen je daarvoor een ander gaat inschakelen.
Je ziet bijvoorbeeld dat allerlei specialisten bij een cliënt betrokken zijn, maar het probleem wordt niet opgelost. Dus wat ik vind is dat er veel te veel specialisten zijn en veel te weinig generalisten.
Het gemiddelde opleidingsniveau bij buurtzorg is vele maler hoger dan de gemiddelde thuiszorgorganisatie.
De gemiddelde thuiszorgorganisatie werkt nog geen 10% op HBO niveau. Bij ons is dat ongeveer 60%. De voordelen van het generalistische benadrukken.
Waar wij ons heel erg op richten is op de expliciete kennis. Maar dat is maar 20% wat er aan de hand is en wat ik nou probeer is om binnen buurtzorg duidelijk te maken dat het veel meer om die 80% gaat, om een goede beroepsontwikkeling waarbij je steeds beter in staat bent om als beroepspersoon allerlei typen problemen op te pakken en dat expliciet te maken en dat je tegelijkertijd kijkt waar en wat kan ik halen om te zorgen dat het een doorlopend proces is.
Als je het anders doet en gaat kijken waar ben ik allemaal niet goed in en wat moet ik bij een ander leggen dan krijg je het tegenovergestelde effect. Ik wil graag proberen duidelijk te maken hoe ik daar naar kijk en dat ik niet tegen maatschappelijk werkers ben maar dat ik vind dat ieder vanuit zijn eigen beroepsontwikkeling moet proberen een zo breed mogelijk spectrum te bedienen.
Wij zijn niet de thuiszorg. Ik noem het wijkverpleging. De thuiszorg is een verzamelnaam van van alles en nog wat geworden en dat heeft de wijkverpleging geen goed gedaan.
Ik vind het ook goed dat jullie gewoon doorzetten, maar ik ben wel heel kritisch op dat soort thema's. Als je niet oppast dan wordt er een verkeerde conclusie getrokken en ik zou het wel goed vinden dat jullie vanuit verschillende perspectieven naar dit onderwerp kijken en dit meenemen in jullie onderzoek.

Bijlage 16: ~Voorbeelden signalenlijsten~

Een depressie is bij ouderen vaak moeilijk te herkennen. Dit komt doordat de klachten aan de leeftijd worden toegeschreven maar ook omdat de klachten verschillen met die bij jongeren.

Hieronder staan drie mogelijkheden waarop er meer aandacht aan depressie of andere psychosociale problematiek gegeven kan worden.

Optie 1:
Deze optie kan gebruikt worden in de persoonlijke observatie en signalering van de wijkverpleegkundige.

De volgende verschijnselen komen veel voor bij ouderen met een depressie:

- Concentratieproblemen, vergeetachtigheid en besluiteloosheid
- Moeite met inslapen of doorslapen (of moeilijk uit bed kunnen komen)
- Lichamelijke klachten zoals verstopping, een droge mond, onverklaarbare pijn, duizeligheid, hartkloppingen, trillende handen, druk op de borst, en hoofd- en rugpijn
- Somberheid, lusteloosheid en prikkelbaarheid
- Denken aan zelfdoding

Optie 2:

Deze optie kan gebruikt worden in een gesprek met de cliënt in het geval er een beginnend vermoeden van depressie is.

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
3. Verveelt u zich vaak?
4. Hebt u meestal een goed humeur?
5. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
6. Voelt u zich vaak hopeloos?
7. Vindt u het fijn om te leven?
8. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?

- *Het antwoord 'ja' is een score 1 bij de vragen 2, 3, 6 en 8.*
- *Bij de vragen 1, 4, 5 en 7 geeft het antwoord 'nee' een score 1.*
- *Een totaalscore van 3 of hoger wijst op depressie.*

Optie 3

Op internet is er gezocht naar verschillende bestaande observatie modellen die gebruikt worden op het gebied van psychosociale problematiek[67],[68]. Van de meest voorkomende modellen hebben we een mix gemaakt en ons eigen observatiemodel samengesteld. Het model kan helpend zijn wanneer u een beginnend vermoeden heeft van psychosociale problematiek bij uw cliënt. We bevelen echter altijd aan om dit vermoeden verder te onderzoeken en raad te vragen bij uw team.

[67] Website: www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=inno_case&laag1=891&laag2=902&item_id=121
[68] Website: www.toolkitdementie.nl/Flex/Toolkit/OLPP.aspx?PageID=21523 (20 april 2011)

Verdere diagnostiek is in elk geval nodig als de score meer dan 1 is op een probleemgebied. (Voor cognitie geldt meer dan 2). Of de totaal score meer dan 4 is, ook al vallen de afzonderlijke gebieden onder de grens.

Als u de lijst hebt ingevuld kunt u het volgens onderstaand systematiek scoren:

- Score A (aanwezig) = 1 punt
- Score B (twijfel) = 0,5 punt
- Score C (niet aanwezig = 0 punten
- Score D (niet vast te stellen) = valt buiten de scoren

Probleemgebied	Symptomen	Observatie
Angst	1.Maakt een gespannen of geagiteerde indruk of heeft onrustig gedrag	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
	2.Heeft moeite zich echt te ontspannen	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
Depressie	3.Is beperkt in het beleven van plezier	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
	4.Sombere stemming, gevoel	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
Cognitie	5. Geheugenklachten of problemen	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
	6. Oriëntatie in tijd	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan

	7. Taal 8. Afhankelijkheid	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan ○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan
Eenzaamheid	9.Subjectief gevoel van eenzaamheid 10.Sociale isolatie/terugtrekgedrag	○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan ○ Ja ○ Nee ○ Twijfel ○ Was niet na te gaan

Bijlage 17: Persbericht

Mei 2011/ Ede - Psychosociale problematiek binnen Buurtzorg -

Twee studenten maatschappelijk werk en dienstverlening, van de Christelijke Hogeschool in Ede hebben een afstudeer onderzoek gedaan naar psychosociale problematiek binnen de vernieuwende organisatie Buurtzorg. De studenten hebben onderzoek gedaan onder de wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden, om te kijken of en zo ja welke psychosociale problematiek zij tegen komen in hun dagelijks werk. Vervolgens is er onderzocht hoe ze daarmee omgaan.

Hoe gaan verpleegkundigen in de wijk om met de psychosociale problematiek die zij tegen komen en in hoeverre zijn zij opgeleid in deze vorm van zorg? En zouden ze anders met deze problematiek om willen gaan, zo ja, op welke manier?

Zomaar enkele vraagstukken die voor en tijdens het onderzoek op tafel zijn gelegd. De vragen zijn in grote lijnen beantwoord door interviews en enquêtes binnen de opdrachtgevende organisatie Buurtzorg. Dit is een jonge en vernieuwende organisatie, die verpleging en verzorging aan huis levert en werkt met autonome buurtzorg teams. Ze maken gebruik van moderne ICT toepassingen waardoor kosten van administratie, management en overhead zo beperkt mogelijk blijven. De studenten hebben juist deze organisatie voor hun afstudeeronderzoek gekozen omdat de visie hen erg aansprak. Buurtzorg staat voor een organisatie die streeft naar een generalistische aanpak. De verpleegkundigen en verzorgende dienen zoveel mogelijk op te pakken bij de cliënt en de studenten vonden het een uitdaging om te onderzoeken welke uitwerking deze visie op het gebied van psychosociale zorg en problematiek heeft.

De studenten zijn begonnen met een literatuuronderzoek waardoor zij een beter beeld kregen van thuiszorg, buurtzorg en psychosociale problematiek. De studenten hebben het onderzoek gedaan binnen de organisatie Buurtzorg, waar ze zich vooral gefocust hebben op team Ede met name wat betreft de interviews. Voor de enquête zijn ze ook buiten Ede gaan kijken, namelijk in team Veenendaal, Wekerom, Wageningen en Bennekom.

Naline Scherrenburg-Schol, één van de onderzoekers, gaf aan dat er zeker een lijn zat in de uitkomsten: “Het viel op dat een groot deel van de medewerkers niet precies wist wat psychosociale problematiek was, namelijk 70%. Daarnaast vond 60% van de medewerkers dat zij niet voldoende geschoold zijn op het gebied van psychosociale problematiek, dit kwam ook in de interviews naar boven en die percentages vinden wij behoorlijk hoog.”

De studenten hebben ervoor gekozen om een aanbeveling en adviesrapport te schrijven. In dat rapport gaven zij de organisatie een blik op de uitkomst van het onderzoek. Daarnaast koppelden ze er een conclusie en advies aan waarin zij hun mening lieten blijken over hoe Buurtzorg zou kunnen verbeteren op het gebied van psychosociale zorg.
Het adviesrapport bevat het volgende advies. De medewerkers hebben behoefte aan meer duidelijkheid op het gebied van signalering en behandeling van psychosociale problematiek. De studenten hebben daarom een cursus of themadag aanbevolen die vooral ingaat op het signaleren van psychosociale problematiek maar ook meer duidelijkheid aan de medewerkers dient te geven over wanneer en hoe ze door moeten verwijzen. Naast deze cursus of themadag bleken de medewerkers behoefte te hebben aan een duidelijker structurering rondom psychosociale problematiek. Hierbij valt te denken aan een signaalkaart of een stappenplan. Een signaalkaart kan ingezet worden wanneer er een beginnend vermoeden is van psychosociale problematiek bij de cliënt en kan net een extra steuntje in de rug zijn bij het inschakelen van extra hulp.

Het onderzoek wordt begin juni gepresenteerd aan de medewerkers en organisatie van buurtzorg.

De studenten hopen uiteraard op een mooi afstudeer cijfer, waarna zij het werkveld in kunnen gaan als maatschappelijk werkers.