

## **Een gedroomde samenwerking Stakeholdersbevraging in Vlaams-Limburg naar samenwerkingsverbanden in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen**

**Auteurs:** Robbie Dumoulin, Leen Heylen

### **Samenvatting**

Dit onderzoek betreft een uitgebreide stakeholdersbevraging naar samenwerking binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Samenwerking is een belangrijk thema in het huidige beleidsplan geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen dat inzet op vermaatschappelijking van de zorg. Het overlegplatform Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL) rekruteerde vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg via de Plaatselijk Overleg Platforms (POP) en andere relevante actoren. Het onderzoek werd kwalitatief gevoerd waarbij een waarderende benadering gehanteerd werd binnen de methodiek van focusgroepen. In totaal waren er 110 deelnemers voor twaalf focusgroepen. Aan hen werd gevraagd te dromen van een ideale samenwerking. Uit de resultaten blijkt een grote bereidheid tot effectief samenwerken waarbij de patiënt centraal staat. Er is vooral vraag naar kennis, expertise en praktische ondersteuning van elkaar. De vraag naar een consultfunctie is reëel. De belangrijkste voorwaarde voor samenwerking is elkaar kennen. Daar is tijd en ruimte voor nodig. Een gedeeld patiëntendossier staat ook op de verlanglijst. De conclusie is dat er geen vraag is naar grote nieuwe projecten maar wel naar het verder inzetten op de concrete uitwerking van samenwerking.

---

### **A dreamed cooperation**

**Stakeholder query in Flemish Limburg concerning cooperation in the field of mental healthcare for older people**

#### **Abstract**

This study is an extensive stakeholder query on cooperation in the field of mental healthcare for older people. Cooperation is a key theme in the current policy on mental healthcare in Flanders which is an application of the socialisation of care. The consultative platform SPIL recruited representatives of the primary healthcare through local consultative platforms (POP) and other relevant actors. This qualitative study used the appreciative inquiry in focus groups. There were 12 focus groups with a total of 110 participants, asked to dream of an ideal cooperation. Results show a great willingness to work together effectively with a central role for the patient. Participants seek knowledge, expertise and practical support from each other. They request a consult feature to know where to turn to. The main premise to cooperation is knowing each other, for which time and space is needed. A joint patient record is another request. Conclusion: no great new projects are requested. Focus must go to further elaboration of working together.

---

**Kernwoorden:** gerontopsychiatrie, netwerken, psychiatrie, psychogeriatric, zorgcircuits

---

**Keywords:** Geriatric psychiatry, Networking, Psychogeriatrics

---

### **Inleiding**

De doelstelling van dit onderzoek was om op basis van een uitgebreide stakeholdersbevraging inzicht te verwerven in de verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke

gezondheidszorg voor ouderen. De werkgroep 'Ouderenzorg' van het overlegplatform Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg (SPIL) wilde dit laten resulteren in concrete te ondernemen acties en aanbevelingen voor zowel het beleid als het werkveld. Het overlegplatform heeft de taak overleg te plegen over de mogelijke samenwerking en taakverdeling met betrekking tot een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg. Vanuit hun contact met mensen uit het werkveld werd gemerkt dat er vragen bestonden rond die samenwerking. Het onderzoek beperkte zich tot de provincie Limburg, de resultaten zijn mogelijk relevant voor de brede maatschappelijke context. Er werd nagegaan welke samenwerkingsverbanden er bestaan en hoe de toekomst van die netwerken er zou uitzien in een ideale wereld volgens de stakeholders. Binnen het thema samenwerking werd vooral gekeken naar de uitwisseling van informatie en de ondersteuning die de betrokken actoren elkaar geven.

### **Achtergrond**

De toenemende aandacht voor samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen is een gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen. Ten eerste blijft de levensverwachting in België stijgen [ <sup>1</sup> ]. Binnen België is Vlaanderen de regio die het sterkst te maken zal krijgen met de bevolkingsveroudering. Het aantal 65-plussers zal blijven toenemen [ <sup>2</sup> ]. Ten tweede is één van de gevolgen van die vergrijzing een toename van het aantal zorgbehoevende ouderen [ <sup>3</sup> ]. Ten derde blijkt dat geestelijke gezondheidsproblemen een onderdeel van die stijgende zorgnood zijn. Mensen met psychische problemen bereiken vaker een oudere leeftijd terwijl ook steeds meer ouderen worden geconfronteerd met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit resulteert niet alleen in een groei maar ook in een toenemende heterogeniteit binnen deze groep qua ziektebeelden en verhoogt de noodzaak van (verschillende manieren van) aanpak [ <sup>4</sup> ].

De Vlaamse overheid zet in op 'vermaatschappelijking van de zorg' om de vergrijzingsproblematiek op te vangen. Hiermee wordt ook in de geestelijke gezondheidszorg een verschuiving bedoeld waarbij de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd wordt in de samenleving om iedereen daarin een zinvolle plek te geven en zij die het nodig hebben te ondersteunen [ <sup>5</sup> ]. Huidig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeuren betoogt in zijn beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen dat samenwerken noodzakelijk zal zijn om geestelijke gezondheidsproblemen vroeg te detecteren en continuïteit van de zorg te garanderen [ <sup>6</sup> ]. In 2008 werd nog vastgesteld dat België één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners had met 152 op honderdduizend inwoners [ <sup>7</sup> ]. Vanaf dan werd er binnen de context van de vermaatschappelijking van de zorg naar gestreefd om enerzijds dit aantal af te bouwen en anderzijds met de vrijgekomen middelen meer ondersteuning te bieden in de thuiszorg en zorgnetwerken en -circuits in te stellen, een maatregel die beter bekend is als artikel 107 [ <sup>8</sup> ]. Als we kijken naar de Vlaamse cijfers voor het aantal psychiatrische bedden zien we inderdaad een daling, zij het eerder een lichte, van 10.574 (2000) tot 10.202 (2012) [ <sup>9</sup> ]. De projecten die met deze vrijgekomen middelen worden gesteund richten zich echter in een eerste fase op (jong)volwassenen waardoor de ouderen voorlopig in de wachtkamer blijven [ <sup>8</sup> ]. Toch staat in het beleidsplan dat de ouderenproblematiek de volle aandacht verdient [ <sup>6</sup> ].

Het is hierop dat SPIL wenst te anticiperen en wilt kijken naar de verwachtingen, noden en behoeften naar samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Samenwerken is ook voor deze doelgroep de gekozen koers. Daarbij is het de bedoeling de deskundigheid van de hulpverlener te verhogen, alsook meer geestelijke gezondheidszorg aan te bieden in de eerste lijn. Samenwerken en netwerking zijn absolute vereisten voor een efficiënte geestelijke gezondheidszorg [ <sup>6</sup> ]. Onder samenwerking wordt hier de interprofessionele variant verstaan, namelijk de uitwisseling van informatie, ideeën en aanbevelingen tussen verschillende professionals die in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak opstellen [ <sup>10</sup> ]. Netwerken houdt in het stichten en gebruiken van contacten die omgezet worden in relaties met stabiliteit en structuur, om via onderlinge onderhandeling informatie en steun te krijgen teneinde bepaalde doelen te bereiken [ <sup>11</sup>, <sup>12</sup> ].

Internationaal gezien wordt er een verschuiving gezien naar een grotere maatschappelijke integratie van de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Onder andere Italië speelde een belangrijke rol in wat in de wetenschappelijke literatuur de ontwikkeling van de 'community based mental health care' genoemd wordt [ 13 ]. Hiermee wordt het proces bedoeld waarbij de grote gecentraliseerde instellingen worden afgebouwd en er ingezet wordt op gemeenschapsdiensten [ 14 ].

Een veel voorkomende vorm daarvan zijn gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidsteams. Dit zijn multidisciplinaire teams bestaande uit psychiaters, verpleegkundigen, psychologen en sociaal werkers [ 15 ]. Muijen ziet deze verschuiving optreden in landen over heel Europa, zij het met gebrek aan standaardisatie [ 16 ]. Thornicroft en Tansella spreken van een 'balanced approach', waarmee ze een evenwicht bedoelen tussen geïnstitutionaliseerde- en gemeenschapsdiensten [ 17 , 18 ]. Er bestaat een brede consensus over een shift weg van traditionele grote instituties dankzij een betere toegankelijkheid, grotere gebruikerstevredenheid en tegemoetkoming van de noden, betere continuïteit van de zorg, vroegtijdiger identificeren en behandelen, grotere therapietrouw en een verhoging van de kwaliteit van leven van patiënten die wordt vastgesteld bij toepassing van meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg [ 17 , 19 ]. In het Verenigd Koninkrijk ontstonden zo de 'Primary Care Mental Health Teams' [ 20 ], in Australië kennen ze de 'Mental Health Professional Networks' die ontstaan zijn nadat het beleid de huisartsen aanzette tot samenwerking met geestelijke gezondheidszorgprofessionals. Doorverwijzing werd gestimuleerd met het verplicht maken van feedback. Dit zette huisartsen aan om deze professionals te leren kennen aangezien ze wilden weten aan wie ze nu doorverwezen [ 21 ].

Factoren die bijdragen tot het succes van deze voorbeelden van teams en netwerken zijn goede communicatie, flexibiliteit bij de organisaties, duidelijke doelen, beschikbare tijd en middelen, en ondersteuning van het beleid [ 20 , 22 , 23 , 24 ]. Bij deze toenemende verscheidenheid van actoren zijn elkaar kennen, erkennen en vertrouwen belangrijke voorwaarden [ 10 ]. Het teamspirit model van Cromwell stelt dat elkaar eerst leren kennen er voor kan zorgen dat verschillen kunnen worden besproken en aangepakt, waardoor uiteindelijk de gezamenlijke visie kan worden ontwikkeld [ 25 ]. Dit ontbreekt soms vanwege onder andere een te hoge werkdruk voor de betrokken professionals [ 26 , 27 ]. Indien hiervoor wel de tijd zou genomen worden kunnen kennis en vormen van aanpak gedeeld worden en wordt de deskundigheid van het netwerk vergroot [ 10 ]. Om zo ver te komen moet men bewust zijn van de verschillen in organisatiecultuur en taalgebruik en er rekening mee te houden [ 10 , 26 , 28 ]. Andere kritische factoren om te kunnen samenwerken zijn voldoende financiering en opleidingen om te leren samenwerken. Het doel is een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak te ontwikkelen [ 10 ]. Deze kunnen zich dan verder vertalen in een standaardisatie van formulieren, procedures en dossiers. Het gebruik van ICT kan een bevorderende factor hiervoor zijn [ 26 ]. Samenwerken mag geen doel op zich zijn, maar het moet bijdragen tot een betere zorg. Daarbij is het belangrijk dat iedereen het gevoel heeft dat de investering in de samenwerking kan terugverdiend worden [ 29 , 30 ]. Als er gewerkt wordt met overeengekomen richtlijnen en goede communicatiesystemen is het mogelijk om positieve klinische en economische gevolgen te ervaren [ 31 ]. Een verbetering in de geestelijke gezondheidszorg is waarschijnlijker wanneer er ingezet wordt op het verbeteren van de interprofessionele samenwerking, dan wanneer er nieuwe diensten ontwikkeld worden [ 24 ]. Dossier et al. stellen dat (nieuwe) professionals in de geestelijke gezondheidszorg dit beseffen maar dat ze te weinig instrumenten krijgen aangereikt om effectieve samenwerking te bereiken. Daarvoor wordt er te weinig vorming gegeven over samenwerken en te veel geschoold op de eigen taakuitvoering [ 22 ].

## **Methode**

### **Gegevensverzameling**

De stakeholdersbevraging werd georganiseerd aan de hand van focusgroepen, een gestructureerde discussie onder een groep van stakeholders, begeleid door een ervaren gespreksleider. De methode is ontworpen om informatie te verkrijgen over behoeften van stakeholders rond een bepaalde kwestie en om te kunnen verklaren waarom ze die meningen hebben. Daarnaast laten focusgroepen toe om uit te maken welke informatie of actie er nodig is om aan deze noden en behoeften tegemoet te komen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethode is geschikt om dieper in te gaan op meningen en motieven van verschillende actoren [ 32 ]. Omdat er gezocht wordt naar verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en het de bedoeling is om aanbevelingen te formuleren naar beleid en praktijk, werd deze werkwijze geselecteerd. Binnen deze methode werd gekozen voor de waarderende benadering. Hiermee willen we oplossingen aanreiken die niet vertrekken

vanuit de problemen waarop we stoten, maar van elementen die al goed werken [ 33 ]. Conform de doelstellingen van het onderzoek en het gebruik van conventionele inhoudsanalyse voor de gegevensverwerking werden de gesprekken gevoerd aan de hand van open vragen [ 34 ]. Deelnemers werden zo uitgenodigd om waarderend te spreken over praktijken van samenwerking, verder te dromen over hoe het ideaal zou verlopen en vervolgens concrete toekomstscenario's aan te reiken. Er werd gevraagd wie volgens hen daar een rol in speelt en hoe men denkt over specifieke vormen van samenwerking zoals onderlinge communicatie en informatiedoorstroming. De onderzoekers vroegen telkens te denken aan goede voorbeelden van samenwerking en hieruit de werkbare elementen te halen. Deze manier van werken biedt de mogelijkheid nadien de terugkoppeling te maken naar het werkveld met concrete aanbevelingen. Alle focusgroepen werden geleid door een wetenschappelijk onderzoeker en geregistreerd met een audiorecorder.

### **Gegevensverwerking**

De verzamelde bestanden werden herhaaldelijk beluisterd en uitgeschreven om ze te kunnen onderwerpen aan een kwalitatieve inhoudsanalyse. Het doel hiervan is het identificeren en coderen van terugkerende thema's of patronen. Er werd meer specifiek gekozen voor een conventionele inhoudsanalyse, waarbij de categorieën uit de inhoud ontspruiten en niet vooraf zijn bepaald. Dit wordt vooral toegepast bij onderzoek waar men tot nieuwe inzichten wil komen, zoals hier het geval is [ 34 ]. Alle data worden door de onderzoeker eerst integraal doorgenomen om een algemeen beeld te krijgen. Vervolgens gaat hij er telkens gedetailleerder door om de codes en categorieën te bepalen en ten slotte te groeperen om na te gaan in welke mate er consensus heerst of verschillen zijn [ 34 ].

### **Onderzoeksgroep**

Aan een focusgroep namen minstens zeven en maximaal twaalf personen deel. In totaal vonden er in de periode van oktober tot december 2013 twaalf plaats binnen de organisatie van de bestaande Plaatselijk Overleg Platforms (POP), waar lokale vertegenwoordigers van de eerstelijnsgezondheidszorg samen komen om informatie uit te wisselen en de onderlinge communicatie te verbeteren. Op een totaal van zeventien POP in Limburg kunnen we dus spreken van een vrij hoge bereidheid tot deelname. Naast de stakeholders die deel uitmaken van deze POP werden nog relevante actoren uitgenodigd. In de samenstelling van de focusgroepen werd geopteerd voor heterogene groepen van praktijkhulpverleners omdat zij op deze manier vanuit de basis kunnen aangeven wat hun verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking zijn. De heterogeniteit zorgde ervoor dat er telkens zoveel mogelijk verschillende actoren rond de tafel zaten om ervoor te zorgen dat over alle focusgroepen heen een zo compleet mogelijk beeld kon geschetst worden van de verschillende meningen over samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. In totaal waren er 110 personen aanwezig waaronder negen huisartsen, 14 verpleegkundigen, drie maatschappelijk werkers, één kinesist, één apotheker, één thuiszorgcoach en een aantal vertegenwoordigers: 11 vanuit een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), 17 van een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), 12 van een woonzorgcentrum, twee van een dagzorgcentrum, 13 van een dienst gezinszorg, vier van aanvullende thuiszorg, één van een expertisecentrum, twee van een mobiel B-team voor volwassenen, twee van een seniorenforum, negen van een psychiatrisch ziekenhuis, vier van een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en vier van een algemeen ziekenhuis.

### **Resultaten**

In de volgende paragrafen gaan we in op de resultaten die zich uitsplitsen in vijf thema's als gevolg van de inhoudsanalyse. Ten eerste werd er bij de vraag naar de ideale samenwerking gehoord dat het belangrijk is dat de patiënt daarin centraal staat. Ten tweede werd er gesproken over kennis, vaardigheden en expertise, die via het netwerk kan worden verkregen, zoals we ook al zagen in de literatuur. Het derde thema, elkaar kennen, bleek vanuit de analyse doorheen het hele gesprek aan bod te komen en dus erg belangrijk, hetgeen niet verwonderlijk is gezien het theoretisch kader over samenwerken dat hierboven beschreven staat. Een ander element dat de wetenschappelijke literatuur aanhaalt komt terug in het vierde thema, namelijk tijd en ruimte om samen te werken. Ten slotte ging een behoorlijk deel van de gesprekken in de focusgroepen over hoe het gedeeld patiëntendossier zijn plaats krijgt in de samenwerking. Uit de gesprekken leren we dat de betrokken stakeholders zich bewust zijn van de noodzaak tot samenwerking, zoals Dosser en collega's ons al leerden [ 22 ], en hier continuïteit in willen brengen in plaats van steeds projectmatig te werken. Zij reiken elementen aan om dit verder te concretiseren.

### **Patiënt en zijn omgeving centraal**

In een gedroomde samenwerking zijn een aantal elementen aanwezig, zoals geformuleerd door een huisarts: *"De patiënt moet centraal. Wat wil die? Men moet niet zomaar allemaal hulp aanbieden maar kijken wat nodig is per geval en daarbij ook de mantelzorg betrekken"*. De twee elementen die de huisarts vermeldt, namelijk de patiënt en de mantelzorger, zijn ook volgens andere stakeholders zoals thuisverpleegkundigen en -verzorgenden relevant. Er zijn echter ook kanttekeningen van een medewerker van een woonzorgcentrum, van een psychologe van een CGG en een psycholoog van een psychiatrisch ziekenhuis. Deze laatste stelt het zo: *"het is inderdaad logisch dat het vanuit de patiënt vertrekt maar helemaal logisch is dat ook niet altijd, er zijn ook wel groepen van patiënten [...] die totaal geen ziekte-inzicht hebben"*. Stakeholders van de eerste lijn aan de ene kant en vooral de psychologen aan de andere kant kwamen tot overeenstemming dat er best een samenwerking rond de patiënt bestaat, waarbij ook de mantelzorgers kunnen worden betrokken, en een parallelsamenwerking die gericht is op de verstandhoudingen tussen verschillende actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg.

### **Kennis, vaardigheden en expertise**

Kennis over ziektebeelden blijkt belangrijk maar niet iedereen behoeft dezelfde informatie. Zo vindt de huisarts dat de thuiszorg en thuisverpleging niets heeft aan diagnoses. Deze bevestigen vooral de nood aan praktische tips en tricks over het herkennen van en omgaan met ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen. Er is binnen de focusgroepen enige discussie over de manier waarop kennis zou moeten vergaard worden. Volgens zowel een psychologe van het CGG als een thuisverzorgende zouden de opleidingen van verzorgenden meer aandacht moeten schenken aan geestelijke gezondheid. De meerderheid van de stakeholders acht dit echter niet haalbaar. Het zwaartepunt ligt volgens hen op praktische ondersteuning op het moment zelf waarin anderen in het netwerk kunnen voorzien. Een medewerker van een mobiel B-team bevestigt: *"Vaak krijgen wij vragen vanuit de eerste lijn of het OCMW: wat is daar aan de hand? Welke diagnose heeft die? Maar eigenlijk moeten wij vanuit de geestelijke gezondheidszorg hen leren de juiste vragen te stellen, zoals "Ik zie daar dat, ik merk daar dat, ik voel daar dat, wat doe ik daarmee"? [...] Daar moeten wij vanuit geestelijke gezondheidszorg de expertise aandragen om meteen de vertaalslag te maken van hoe iemand daar mee om kan gaan"*. Weten waar je terecht kan, wordt als erg belangrijk ervaren. Essentieel is dat je snel terecht kan bij een persoon die kennis heeft van het geestelijke gezondheidszorg-landschap.

Zo'n consult bestaat momenteel wel ten behoeve van volwassen patiënten (tot 65) waardoor voornamelijk thuisverpleegkundigen en thuisverzorgenden zich ondersteund voelen, ook in acute situaties. Deze mogelijkheid zien ze graag uitgebreid voor ouderen, net als de gehele werking van de bestaande netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor patiënten jonger dan 65. Ze bedoelen hiermee het partnerschap van diverse voorzieningen en diensten waarvan één in West-Limburg en één in Oost-Limburg opgericht is. Complementair aan bovenvermelde meer acute consultfunctie kan kennis vergaard worden door casusbespreking, momenteel aangeboden door de CGG. Ook de mogelijkheid om mee te lopen op een andere dienst wordt als positief ervaren. Goede praktijken op dit gebied, zoals iemand van een psychiatrisch ziekenhuis die regelmatig enkele uren beschikbaar heeft voor intervisie in een woonzorgcentrum, werken bevorderlijk voor alle betrokken partijen. De uiting van verwachtingen met betrekking tot het verwerven van meer kennis, vaardigheden en expertise bevestigen dat er, zoals de literatuur stelt, meer nood is aan vorming over samenwerking dan aan scholing gericht op de taakuitvoering van de professionals.

### **Elkaar kennen**

Al deze voorbeelden van kennisdeling hebben bovendien het grote voordeel dat verschillende actoren op deze wijze met elkaar in contact komen. Als iemand meeloopt op een andere dienst dan leert hij of zij daar de mensen kennen, hoe ze werken en wat hij of zij ervan kan verwachten. Elkaar kennen als voorwaarde voor een goede samenwerking is dan ook de rode draad doorheen dit onderzoek naar samenwerkingsverbanden. Zo zegt ook deze thuisverpleegkundige: *"Wij kennen elkaar, wij pakken al sneller de telefoon [...] Onbekend is onbemind zeggen ze, maar dat is zo, want dan weet je niet waar je moet zijn en dan houdt heel het verhaal op"*. Vormingsmomenten worden als ontmoetingsplaats gewaardeerd. Als concreet plan gaven vooral thuisverzorgenden en thuisverpleegkundigen aan op deze manier actiever nieuwe mensen aan te spreken zodat ze later deze mensen sneller durven opbellen. Op die manier wordt de communicatie bevorderd en de samenwerking versterkt. Dit is trouwens een voorwaarde om tot een volgende stap te komen, namelijk gezamenlijke doelen te stellen. Wanneer die er zijn leeft het gevoel dat zorg efficiënter kan toegediend worden. Het gaat hier om essentiële voorwaarden om tot overleg te komen. Tijdens dit onderzoek werd er verschillende malen opgemerkt dat de focusgroepen op zich al erg

handig waren om enkele nieuwe contactpersonen te leren kennen.

### **Tijd en ruimte**

Om samen te kunnen werken moet er volgens de stakeholders tijd en ruimte zijn. In zowat alle focusgroepen wordt verwezen naar een bestaand samenwerkingsinitiatief tussen CGG, OCMW, het psychiatrisch ziekenhuis en de eerstelijnsgezondheidszorg met het oog op een zorgketen voor ouderen met psychische problemen. De sterke elementen die vernoemd worden zijn het feit dat er bottom-up te werk gegaan is en er ingezet werd op wederzijdse bekendheid. Hiervoor was het wel nodig dat het lokaal beleid tijd en ruimte gaf aan de actoren om elkaar te leren kennen en netwerken te creëren. In een gedroomde samenwerking beschikken alle stakeholders in hun functie over zulke flexibiliteit en worden hun administratieve taken lichter. Men zou bij wijze van spreken de gelegenheid moeten hebben om bij elkaar op de koffie te gaan, opdat men elkaar echt kan leren kennen. Om hiertoe te komen moet er ook financiële ruimte zijn en dus zouden samenwerkingsverbanden beter erkend kunnen worden. Vele organisaties en diensten moeten momenteel goed op de middelen letten. Een creatieve oplossing die wordt aangereikt vanuit de focusgroepen was: verschillende woonzorgcentra die samen een psycholoog betalen en op deze manier toch expertise in huis kunnen halen.

### **Gedeeld patiëntendossier**

Een ideale manier van samenwerking die ook tijdbesparend is kan het gedeeld patiëntendossier zijn. In de gesprekken werd duidelijk dat er veel tijd kruipt in administratie van systemen die niet beschikbaar zijn voor anderen in het netwerk. Een gedeeld patiëntendossier zou beter de eigen afzonderlijke dossiers vervangen. Consensus over de inhoud en vormgeving hiervan was moeilijk te vinden in de focusgroepen, hoewel er ook geen uitgesproken verschillen in mening waren tussen bepaalde actoren. Dit komt omdat het moeilijk blijkt dit te visualiseren tijdens een focusgroep. Gemeenschappelijk gewenste elementen waren dat vanwege beroepsgeheim en privacy bepaalde delen van dat dossier wel of niet zichtbaar kunnen worden gemaakt voor anderen in het netwerk. Dit wordt bij voorkeur digitaal georganiseerd met functionele informatie en voorzien van een bewakersfunctie. Dit is iemand die de toegangen kan regelen en opvolging van het dossier kan verzekeren. De optie werd besproken om, wanneer ingelogd wordt in het gedeeld patiëntendossier, er een link is naar de consultfunctie zoals hiervoor besproken. Uiteindelijk zou zulk een gedeeld patiëntendossier ertoe kunnen leiden dat de informatiedoorstroming sneller en completer gebeurt. Een thuisverpleegkundige zegt: *" wat ideaal zou zijn, is [...] vooral dat wij een degelijk ontslaginfo krijgen na opname want wij willen die in de thuissituatie ook heel goed verder kunnen begeleiden "*. Cruciaal element is dan ook dat er feedback kan komen op de doorgegeven informatie.

### **Conclusie**

Deze studie betreft een uitgebreide stakeholdersbevraging om inzicht te verwerven in de verwachtingen, noden en behoeften aan samenwerking en afstemming binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. De stakeholders willen inzetten op samenwerking waarbij de patiënt centraal staat.

Uit de analyse van de resultaten blijkt dat er raakvlakken zijn met de beleidscontext en de internationale literatuur rond samenwerking. Zo blijkt het fundamenteel dat actoren binnen een domein elkaar leren kennen om verder samen te werken. Dan kunnen ze hun kennis en expertise vergroten door te leren van elkaar met een nadruk op praktische ondersteuning. Hiervoor vragen ze het bieden van tijd en ruimte door de beleidsvoerders en wachten ze op een digitaal informatie-uitwisselingsplatform waarin het gedeeld patiëntendossier vorm kan krijgen.

Een kanttekening die kan worden gemaakt bij dit onderzoek is dat er gerekruteerd werd via de Plaatselijk Overleg Platforms waarin eerstelijnsvertegenwoordigers samen komen om de samenwerking te bevorderen en op die manier het samenwerken al in de vingers hebben. Er moet ook benadrukt worden dat de uitgedrukte meningen zich beperken tot die van hulpverleners uit de praktijk. Om het draagvlak te vergroten zouden ook patiënten en beleidsmakers kunnen bevroegd worden. Het is waarschijnlijk ook om die reden dat er veel consensus heerste onder de verschillende stakeholders. Grote verschillen tussen groepen van stakeholders werden niet vastgesteld. Wel benadrukken vooral psychologen dat de patiënt centraal stellen bij mensen met geestelijk gezondheidsproblemen niet vanzelfsprekend is. Voornamelijk actoren uit de thuiszorg, thuisverpleegkunde en de woonzorgcentra zoeken naar kennis, vaardigheden en expertise om zo goed mogelijk de patiënt verder te helpen maar geven ook aan dat ze nu die stap niet zetten uit angst voor het onbekende terwijl CGG dan

weer opmerken dat hun aanbod onvoldoende gekend is. De belemmering om de droom van het gedeeld patiëntendossier te realiseren is dat het voor alle stakeholders heel moeilijk is te bepalen hoe zoiets er exact moet uitzien en wie welke rol daarin moet spelen. Daarvoor kijken ze op dit moment vooral naar de overheid en wachten ze tot een geschikt platform wordt aangeboden.

Aan dat beleid wordt verder gevraagd om er voor te zorgen dat er meer aandacht gaat naar de thema's samenwerking, ouderen en geestelijke gezondheidszorg in de opleiding van eerstelijns hulpverleners en verzorgenden. De stakeholders willen zoals gezegd de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg uitbreiden voor ouderen (65+) en dan specifiek de gewaardeerde consultfunctie. Hiervoor is financiële ruimte nodig, zouden vormen van samenwerking beter erkend en de administratieve druk verlaagd moeten worden.

Advies voor de praktijk bestaat uit inzetten op meer samenwerking waarin de patiënt centraal staat en de mantelzorg betrokken wordt binnen flexibele netwerken. Alle praktijkhulpverleners wordt aangeraden in te zetten op informele contacten binnen het domein geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Deelnemen aan vormingen, bij elkaar op visite gaan, de eigen dienst en manier van werken gaan voorstellen bij anderen en sneller de telefoon durven gebruiken om ondersteuning te vragen. Kennis kan verhoogd worden door casusbespreking en het uitwisselen van praktische tips. Er wordt voorgesteld om creatief om te gaan met middelen via samenwerking zoals: verschillende woonzorgcentra die samen een psycholoog in dienst kunnen nemen, en voluit gaan voor het gebruik van het gedeeld patiëntendossier, waarbij het eigen dossier hierdoor kan vervangen worden. Ten slotte wordt gevraagd feedback te geven op verkregen informatie om samenwerking te bevorderen. Er is onmiddellijk van start gegaan met het concreet terugkoppelen van deze aanbevelingen aan het betrokken werkveld. Initiatieven zoals dit zijn nodig om de vertaalslag naar de praktijk te maken. Net als verder onderzoek over dit thema dat kan bijdragen tot een betere samenwerking.

---

## **Auteurs**

### ***Robbie Dumoulin***

Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (VONK3), Thomas More

Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (VONK3), Thomas More, Geel

e-mail: [robbie.dumoulin@thomasmore.be](mailto:robbie.dumoulin@thomasmore.be)

### ***Leen Heylen***

Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (VONK3), Thomas More

Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (VONK3), Thomas More, Geel

---

## **Literatuurlijst**

1. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2013.
2. Vandeurzen J.. Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010–2014. Brussel: Kabinet van Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2010.
3. Mertens E.. Behoeftedonderzoek bij Limburgse senioren. Antwerpen: Universiteit Antwerpen Management School; 2005.
4. Lommelen L, Heuten K, De Maesschalck L. Opvang van ouderen met psychiatrische problemen binnen het woonzorgcentrum. Geel: Campinia Media; 2013.
5. Vanderleyden L, Moons D.. In: Informele zorg in Vlaanderen. Brussel: Studiedienst Vlaamse Regering; 2010.
6. Vandeurzen J.. Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: Kabinet van Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2010.
7. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Kopenhagen: WHO; 2009.
8. Dienst psychosociale gezondheidszorg. Gids naar een betere ggz door de zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2010.
9. Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. Evolutie capaciteit ziekenhuizen. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg

en Gezondheid; 2012.

10. Tsakitzidis G, Van Royen P.. In: *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2009.
11. Van Tomme N, Voets J, Verhoest K.. In: *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2011.
12. Puetz B.. *Networking*. *Public Health Nurs*. 2007;24(6):577-9. 10.1111/j.1525-1446.2007.00671.x
13. Jones J.. *Community-based mental health care in Italy: are there lessons for Britain?*. *Health Place*. 1996;2(2):125-8. 10.1016/1353-8292(96)00006-8
14. World Health Organization. *Mental health: a call for action by world health ministers*. Genève: World Health Organization; 2001.
15. World Health Organization. *Policies and practices for mental health in Europe*. Kopenhagen: World Health Organization; 2008.
16. Muijen M.. *The state of psychiatry in Europe: facing the challenges, developing consensus*. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(4):274-7. 10.3109/09540261.2012.697264
17. Thornicroft G, Tansella M.. *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence*. *Br J Psychiatry*. 2004;185:283-90. 10.1192/bjp.185.4.283
18. Thornicroft G, Tansella M.. *The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare*. *Br J Psychiatry*. 2013;202:246-8. 10.1192/bjp.bp.112.111377
19. Caldas de Almeida JM, Killaspy H.. In: *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. Brussel: Europese Unie; 2011.
20. Miller JS, Charles-Jones HD, Barry A, Saunders T.. *Multidisciplinary primary care mental health teams: a challenge to communication*. *Prim Care Ment Health*. 2005;3:171-80.
21. Fletcher J, King K, Christo J. *An evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care*. *Eval Program Plann*. 2014;45:29-41. 10.1016/j.evalprogplan.2014.03.002
22. Dossier DA, Handron DS, McCammon SL, Powell JY, Spencer SS. *Challenges and strategies for teaching collaborative interdisciplinary practice in children's mental health care*. *Fam Syst Health*. 2001;19(1):65-82. 10.1037/h0089464
23. King K, Christo J, Fletcher J, Machlin A, Nicholas A, Pirkis J.. *The sustainability of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in mental health care*. *Int J Ment Health Syst*. 2013;7(10):1-11.
24. Ungewitter C, Böttger D, El-Jurdi J. *Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker*. *Nervenarzt*. 2013;84:307-14. 10.1007/s00115-011-3433-1
25. Cromwell DM. *Building spirited multidisciplinary teams*. *J Perianesth Nurs*. 2000;15(2):108-14. 10.1053/pa.2000.5785
26. de Blok C, Vat L, van Soest-Poortvliet M. In: *Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT*. Utrecht: Nivel; 2012.
27. Pacquette-Warren J, Vingilis E, Greenslade J, Newnam S.. *What do practitioners think? A qualitative study of a shared mental health and nutrition primary care program*. *Int J Integr Care*. 2006;6(9):1-9.
28. Jünger S, Pestinger M, Elsner F, Krumm N, Radbruch L.. *Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams*. *Palliat Med*. 2007;21:347-54. 10.1177/0269216307078505
29. Hansen J, van Greuningen M, Batenburg RS. In: *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie*. Utrecht: Nivel; 2010.
30. Plochg T.. *Building a tower of babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care*. *Int J Integr Care*. 2006;6(4):1-
31. Fuller JD, Perkins D, Parker S. *Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1*. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:72-83. 10.1186/1472-6963-11-72
32. Elliott J, Heesterbeek S, Lukensmeyer C, Slocum N, Steyaert S.. In: *Participatieve methoden: Een gids voor de gebruikers*. Brussel: Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (Vlaams Parlement); 2006.
33. Barret F, Fry R, Wittcockx H.. In: *Appreciative Inquiry: Het basiswerk*. Tiel: Lannoo & Scriptum; 2012.
34. Hsieh HF, Shannon SE. *Three approaches to qualitative content analyses*. *Qual Health Res*. 2005;15:1277-88.



10.1177/1049732305276687