

= bij de =

BOUMANKLINIEK

de



Door: Anna Oudenaarden en Ariena Vonk Noordegraaf
Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Inleverdatum: 24 mei 2017

In opdracht van Boumankliniek
Prins Constantijnweg 131, 3066 TA Rotterdam



Onderdeel van Antes
Max Euwelaan 1, 3062 MA Rotterdam

Antes

Onder leiding van Christelijke Hogeschool Ede
Oude kerkweg 100, 6717 JS Ede



Opdrachtgever
Boumankliniek

Marc van Ophemert
m.ophemert@boumanggz.nl

Afstudeerbegeleider
Christelijke Hogeschool Ede

Arie Hordijk
aghordijk@che.nl

Eerste beoordelaar
Christelijke Hogeschool Ede

Nathan Gorter
ngorter@che.nl

Student
E-mailadres
Studentnummer

Anna Oudenaarden
atoudenaarden@student.che.nl
130577

Student
E-mailadres
Studentnummer

Ariena Vonk Noordegraaf
avonknoordegraaf@student.che.nl
130167

VOORWOORD

In oktober 2016 zijn wij, Anna Oudenaarden en Ariena Vonk Noordegraaf, op zoek gegaan naar een opdrachtgever voor ons afstudeeronderzoek. Dit onderzoek is onderdeel van het laatste jaar van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Graag wilden we praktijkgericht aan de slag gaan om iets praktisch bij te dragen door middel van ons onderzoek. Een kennis wees ons op de Boumankliniek in Rotterdam. Daar kregen we de mogelijkheid om onderzoek te doen naar de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom de overplaatsing van een patiënt van en naar de gesloten crisisafdeling de Lariks. De vraag vanuit de kliniek was om zo praktisch mogelijke aanbevelingen te doen, wat aansloot bij onze wens. Naast het doen van onderzoek, kregen we de kans om mee te kijken in het dagelijkse reilen en zeilen in de kliniek. Hierdoor deden we zelfs extra ervaring op voor onze verdiepingsminor: 'GGZ-agoog'. Door ons onderzoek zijn we in aanraking gekomen met veel medewerkers en patiënten, wat nuttig was voor ons onderzoek en we met veel plezier deden. Al deze mensen willen we bedanken voor hun welkom in de kliniek en hun bijdrage aan dit onderzoek. In het bijzonder willen we onze opdrachtgever en praktijkbegeleider Marc Ophemert hartelijk bedanken. *"Bedankt voor je tijd en het meedenken tijdens het uitvoeren van ons onderzoek. Daarnaast gaf jij ons een inkijk in een kliniek voor mensen met een verslaving en psychiatrische aandoening. Je was flexibel en stelde je beschikbaar om te sparren over de richting van ons onderzoek. We merkten dat je als hulpverlener gemotiveerd bent om verandering te maken, iets wat we graag meenemen in onze loopbaan."* Naast onze praktijkbegeleider hebben we vanuit de opleiding ook een begeleider toegewezen gekregen: Arie Hordijk. *"Bedankt voor je inzet en meedenken. Je hebt ons geholpen met het theoretische gedeelte van onderzoek doen en met het vormgeven van het betrekken van patiënten bij dit onderzoek. We voelden ons vrij om je te benaderen als we ergens twijfels over hadden en je nam ons serieus."* De medewerkers van de Lariks, medewerkers die geïnterviewd zijn of op een andere manier geparticipeerd hebben in dit onderzoek willen we hartelijk bedanken. Ook willen we alle mensen uit ons netwerk die meegedacht hebben, bijvoorbeeld door mee te lezen, bedanken voor hun inzet. We hopen dat dit onderzoek van toegevoegde waarde mag zijn voor de samenwerking tussen de afdelingen op de Boumankliniek en dat de gevolgen van de huidige samenwerking voor patiënten wordt ingeperkt.

Mei 2017

Anna Oudenaarden en Ariena Vonk Noordegraaf

- "Samen sta je sterk" -

INLEIDING

Op de volgende pagina's vindt u het onderzoeksverslag wat bestaat uit drie hoofdstukken. Daar voorafgaand is een samenvatting van het onderzoeksverslag opgenomen.

In hoofdstuk 1 wordt beschreven wat de aanleiding is tot dit onderzoek en vervolgens worden de probleemstelling en de vraagstelling beschreven. Daarna wordt de omgeving van dit onderzoek beschreven door middel van een organisatiebeschrijving en de methoden die gebruikt zijn in dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met de vastgestelde doelstellingen van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 worden alle resultaten van dit onderzoek vanuit de verzamelde gegevens weergegeven. Als eerste worden de resultaten uit het vooronderzoek weergegeven en daarna worden de antwoorden op deelvraag een tot en met vijf beschreven.

In hoofdstuk 3 worden de weergegeven resultaten besproken. Allereerst worden er conclusies getrokken uit de weergegeven resultaten. Daarop volgen de aanbevelingen aan de Boumankliniek, die gericht zijn om de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom de overplaatsing van de patiënt te verbeteren. Als laatste is er een discussie toegevoegd waarin kritisch wordt teruggeblikt op de gebruikte onderzoeksmethoden en de resultaten van het onderzoek.

Na hoofdstuk 3 is de bibliografie te vinden met daarin alle gebruikte bronnen die geraadpleegd zijn bij het uitvoeren van dit onderzoek.

Aan het einde van het verslag zijn twee bijlagen opgenomen. De eerste bijlage laat het eindproduct zien met een korte toelichting. De tweede bijlage bevat de uitwerking van een aanbeveling.

SAMENVATTING

Als gevolg van de transities in de zorg wordt van de medewerkers van Boumankliniek verwacht dat ze met minder middelen dezelfde kwaliteit zorg kunnen bieden. Ze lopen ertegenaan dat dit door de hoge werkdruk en de stoeve samenwerking tussen afdelingen niet lukt. Dit wordt vooral gemerkt in de doorstroom van patiënten tussen de afdelingen binnen de kliniek. De stoeve communicatie tussen de afdelingen houdt in dat er een gestructureerde en volledige overdracht ontbreekt. Als gevolg hiervan loopt de patiëntveiligheid en de continuïteit van de behandeling gevaar.

Het doel van dit onderzoek is om een hulpmiddel of handvaten voor de overdracht tijdens de doorstroom van een patiënt te adviseren of te ontwikkelen. De volgende onderzoeksvraag is gesteld:

Hoe kan de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom de overplaatsing van een patiënt van en naar Lariks binnen de Boumankliniek in Rotterdam verbeterd worden, waardoor de continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt?

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag zijn er aan de hand van vijf deelvragen drie verschillende vormen van onderzoek gedaan, namelijk literatuur, observatie en interviews.

Uit literatuuronderzoek bleek dat het belangrijk is om als organisatie een gemeenschappelijk doel te hebben. Dit verbindt en het bevordert goede samenwerking en communicatie. Daarnaast waarborgt standaardisatie van werkwijze rondom overdracht en overplaatsing de patiëntveiligheid en de continuïteit van de behandeling.

Uit observatieonderzoek bleek dat er frustratie is tussen afdelingen en dat medewerkers vooral over afdelingen praten, maar niet met de medewerkers van de afdeling zelf. Ook bleek uit de observaties dat er vaak een overdracht ontbreekt en kwam een focus op het vullen van bedden naar voren.

Uit interviews blijkt dat er door de focus op het bedden vullen voorbij gegaan wordt aan het doel om de patiënt zo goed mogelijke zorg te kunnen geven. Ook geven medewerkers aan dat klachten van een patiënt te hoog oplopen voordat de collega's van de Lariks ingrijpen, terwijl de medewerkers van de Lariks aangeven dat de andere afdelingen patiënten regelmatig op een dwingende manier afschuiven naar de Lariks. Naast dat er vaak een overdracht ontbreekt, komt in interviews ook naar voren dat afspraken rondom een overplaatsing niet soepel verlopen. Medewerkers zien korte lijntjes, ruimte voor overleg en open contact als mogelijkheden voor verbetering van de samenwerking en communicatie. Rondom de overplaatsing van de patiënt kan gebruik gemaakt worden van de mogelijkheid om op voorhand kennis te maken met de patiënt die op de wachtlijst staat.

Op basis van de bovenstaande bevindingen wordt aanbevolen om gezamenlijk gemeenschappelijke doelen op te stellen en medewerkers hierin mee te nemen, om ernaar te streven dat iedereen op één lijn ligt en in dezelfde richting denkt. Ook wordt aanbevolen de overdracht kliniek breed te standaardiseren. Als product is een checklist ontworpen waarin punten staan die rondom een overplaatsing geregeld moeten worden. Door deze aan alle verpleegkundigen en agogen te geven die op de vloer staan, komt er meer eenduidigheid. Daarnaast kan de checklist tijdens een overplaatsing van een patiënt met de andere afdeling besproken worden.

Eventueel vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het managementniveau. Om van daaruit te zoeken naar mogelijkheden om de aandacht te verleggen van de bedden capaciteit naar de kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding.....	4
Samenvatting.....	5
Hoofdstuk 1: Startsituatie	7
Aanleiding en achtergrond	7
Probleembeschrijving	10
Vraagstelling.....	11
Organisatiebeschrijving	12
Onderzoeksmethoden	14
Doelstellingen, doelgroep en beoogde resultaten	19
Hoofdstuk 2: Weergave van resultaten	20
Vooronderzoek.....	20
Deelvraag 1	22
Deelvraag 2	25
Deelvraag 3	28
Deelvraag 4	32
Deelvraag 5	35
Hoofdstuk 3: Bespreking van resultaten	38
Conclusie	38
Aanbevelingen.....	40
Discussie	43
Bibliografie.....	47
Bijlage 1: Product	51
Bijlage 2: IPG-model	52

HOOFDSTUK 1: STARTSITUATIE

Arnu is opgenomen op de crisisafdeling in de Boumankliniek in een agressieve en verwarde toestand. De afspraken die er met hem gemaakt zijn op de afdeling en de juiste medicatie helpen Arnu om enigszins te stabiliseren. Totdat hij 's morgens hoort dat besloten is hem in de middag over te plaatsen naar een andere afdeling. De afspraken die hij gemaakt heeft op de crisisafdeling, zijn houvast, lijken wel in rook te zijn opgegaan. Een afspraak die voor hem erg belangrijk is, is dat hij als hij agressief is tot rust kan komen in een binnenplaats. Op de nieuwe afdeling blijkt deze regel onbekend te zijn. Arnu heeft niets om zijn structuur te kunnen hervinden en dit stapelt zich op tot een agressieve uitval. De verpleegkundigen bepalen dat hij op zijn kamer moet blijven totdat hij weer rustig is. Arnu raakt op zijn kamer buiten zichzelf, zodat hij met spullen gaat gooien en zichzelf verwond. Arnu wordt overgeplaatst naar de crisisafdeling. Terug bij af ..

Aanleiding en achtergrond

Macroniveau

De Nederlandse verzorgingsstaat biedt intramurale zorg aan de mensen die dit nodig hebben. Deze zorg werd onbetaalbaar en daarom is hier actie op ondernomen. In juni 2012 verscheen het 'Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014'. De partijen hebben afgesproken om zich gezamenlijk in te spannen voor de realisatie van een kwalitatief hoogwaardige en betaalbare ggz. Eén van de afspraken is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de huidige beddenscapaciteit in de periode tot 2020 gaan afbouwen met een derde ten opzichte van de omvang van bedden in 2008 (VWS, 2016). Ambulantisering is het afgesproken middel om de gevolgen van de beddenreductie op te vangen. Omdat de situaties per gemeente verschillen, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders lokaal afspraken over de mogelijkheid, de inhoud en het tempo van de ambulantisering. De landelijke afspraken worden gemaakt ter ondersteuning van deze processen. Het vervolg op de afspraken uit het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014' wordt duidelijk in het 'Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017'. Daarin geven partijen aan dat de ambitie blijft bestaan om de beddenscapaciteit met een derde af te bouwen in de periode tot 2020 en om ambulante zorg in plaats te stellen van deze afbouw (Boonzaaijer, Erf & Heida, 2015). Het Trimbos instituut concludeert dat de bedden afbouw wel wordt gerealiseerd, maar dat de opbouw van de intensieve zorg in de thuissituatie stagneert (Landelijk Platform GGZ, 2015).

Mesoniveau

Dit onderzoek vindt plaats bij de Boumankliniek, die gevestigd is in Rotterdam. Sinds de fusie in 2012 behoren de Boumankliniek en Delta psychiatrisch centrum tot Antes, de specialist op het gebied van psychiatrie en verslaving. Na de fusie tot Antes is er één nieuw pand gebouwd en tegelijkertijd zijn de bedden in één keer tot een derde afgebouwd. De gevolgen hiervan zijn merkbaar in de praktijk. "Er staat druk op de voordeur", zo zegt een van de behandelaren. Doordat er minder bedden beschikbaar zijn zorgt dat ervoor dat de klachten van patiënten die wel binnen komen zwaarder zijn. Bij patiënten die eerder werden opgenomen wordt nu besloten wordt om het nog in te thuissituatie te blijven proberen. Patiënten moeten te lang doorlopen met hun problemen. De ambulante zorg die hen zou moeten opvangen is nog te weinig ontwikkeld om goede zorg aan hen te bieden in hun thuissituatie. Uit een enquête van de vakbond CNV Zorg en Welzijn blijkt dat onveilige situaties in de ggz fors zijn toegenomen. Volgens de respondenten zijn bezuinigingen en de daaraan verbonden afname van het aantal bedden een oorzaak voor de onveiligheid op de werkvloer (Stam, 2016).

De afspraken die op landelijk niveau gemaakt worden hebben ook invloed op de werkdruk, deze is verhoogd en roept indirect op tot een goede samenwerking tussen zorgaanbieders onderling. Hierdoor zou de kans vergroot kunnen worden om met minder mogelijkheden toch meer te bereiken. Een onderzoek naar de noodzakelijkheid van effectieve samenwerking en communicatie beschrijft dat effectieve communicatie en samenwerking essentieel is voor de kwaliteit van zorg (Bonacum, Graham & Leonard, 2004). Dit geeft het belang aan van een goede samenwerking.

De manager van de Boumankliniek en een hoofdbehandelaar van een van de afdelingen signaleren dat de samenwerking en communicatie tussen de vier verschillende afdelingen stroef verloopt. De medewerkers ondervinden dat afdelingen zich richten op hun eigen taken en weinig oog hebben voor de gehele kliniek. Dit komt naar voren bij bijvoorbeeld van patiënten binnen de kliniek of escalaties. Tijdens een escalatie wordt er hulp ingeroepen van andere afdelingen. Veel medewerkers lijken dit niet te zien als hun verantwoordelijkheid en wachten af. Vaak zijn het dezelfde medewerkers die zich inzetten bij een escalatie. Ook bij overplaatsingen wordt ervaren dat medewerkers gericht zijn op hun eigen afdeling. Als bijvoorbeeld vanwege te kort aan bedden op een andere afdeling het nodig is om een patiënt tijdelijk over te plaatsen wordt hier terughoudend op gereageerd. Er wordt ervaren dat medewerkers dan snel in eigen belang denken, in plaats van in het belang van de kliniek. Gevolg hiervan is dat medewerkers aangeven dat de patiënt op hun afdeling past.

Microniveau

Bij het zoeken naar mogelijke oorzaken van de niet-lopemde samenwerking en communicatie komt het volgende naar voren: Tijdens de fusie tot Antes zijn de afdelingen gereorganiseerd en zijn medewerkers op een werkplek terecht gekomen die ze niet zelf hebben kunnen uitkiezen. De kans is aanwezig dat de betreffende medewerkers hun expertise en kennis op een ander vlak hebben liggen, dan waar ze nu actief zijn. Dit kan extra werklast geven en een negatief effect hebben op de motivatie van de werknemer. Het is daarom belangrijk dat deze werknemers sociale ondersteuning krijgen uit het team (Polderman, 2010). Maar de vraag is of het team deze ondersteuning kan geven als er weinig werknemers zijn die wel kennis hebben van de manier van werken en de doelgroep. Het kan emotionele belasting geven als collega's geen ondersteuning bieden, wat kan leiden tot een minder gevoel van competentie (Polderman, 2010). Het zou bij de Boumankliniek een reden kunnen zijn dat de werkdruk ervoor zorgt dat de overdracht tussen de verschillende afdelingen bij een overplaatsing niet goed verloopt.

De drie belangrijkste thema's om complete, correcte en tijdige overdracht te bevorderen zijn *"de standaardisatie van de verschillende aspecten van werkwijzen, overdrachtsdocumenten en het kennen van elkaars informatiebehoeften"* (Blok et al., 2012). Samenwerking is belangrijk om achter elkaars informatiebehoeften te komen en werkdruk kan een tijdige overdracht in de weg staan. Als aan de verschillende functies op een positieve manier wordt voldaan, zorgt dit voor het continueren van de zorg en de patiëntveiligheid. Door overdracht wordt de zorg vastgesteld, verleend en het zorgt voor continueren van de zorg voor een patiënt. Een correcte overdracht zorgt ervoor dat de veiligheid van de patiënt wordt gewaarborgd (Bijl & Rooij, 2012). Bij de Boumankliniek in Rotterdam wordt gemerkt dat deze thema's niet soepel verlopen. De veiligheid van de patiënt en de continuïteit van de zorg raken beknelde. Zo wordt de medicatie of de vrijheden en beperkingen van patiënten niet altijd nauwkeurig overgedragen. Zoals in het bovenstaande voorbeeld benoemd verergeren de klachten en moet er een stap terug gedaan worden in de behandeling. Dit is een voorbeeld waaruit blijkt dat onvolledige overdracht een negatief effect heeft op de patiëntveiligheid en de continuïteit van de zorg.

De Lariks en de Mahonie-Palissander zijn de twee afdelingen vanwaar de patiënten het meeste doorstromen. In het onderzoek wordt gericht op de afdeling Lariks. Dit is een afdeling met vier bedden voor spoedopnames en 22 bedden voor de gesloten crisis. Hier richt men zich vanuit de herstelgerichte benadering op het stabiliseren van de patiënten, zodat ze kunnen doorstromen naar een andere afdeling. De patiënten op de Lariks hebben allemaal een verslaving en daarnaast een psychiatrische aandoening.

De andere afdelingen kunnen door het ontbreken van informatie niet goed aansluiten op de zorg die geboden is op de Lariks, wat de continuïteit van de zorg in de weg staat. De kans op verergering van klachten of onjuiste kennis over medicatie en beperkingen en vrijheden van patiënten staat de veiligheid en behandeling van de patiënt in de weg. Het is daarom belangrijk dat de overdracht rondom de doorstroom van patiënten van de Lariks naar een andere afdeling de veiligheid van de patiënt en de continuïteit van de zorg waarborgt.

Probleembeschrijving

Als gevolg van de transities in de zorg wordt van de medewerkers van Boumankliniek verwacht dat ze met minder middelen dezelfde kwaliteit zorg kunnen bieden. Ze lopen ertegenaan dat dit door de hoge werkdruk en de stoeve samenwerking tussen afdelingen niet haalbaar is. Dit wordt vooral gemerkt in de doorstroom van patiënten binnen de kliniek tussen de afdelingen. De slechte communicatie tussen de afdelingen houdt in dat er een gestructureerde en volledige overdracht ontbreekt. Dit heeft negatieve effecten heeft op de continuïteit van de behandeling. Dit uit zich in dat er onduidelijkheden zijn over de medicatie of vrijheden van een patiënt.

Probleemstelling

Bij de Boumankliniek in Rotterdam is sprake van matige samenwerking en slechte communicatie bij een overdracht rondom de overplaatsing van een patiënt van de Lariks naar een andere afdeling, wat een negatief effect heeft op de continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid in het geding komt.

Begripsomschrijving

- Samenwerking

Het geheel van activiteiten die de medewerkers van de afdelingen van de Boumankliniek in samenspraak met elkaar uitvoeren. Kenmerk is dat de betrokkenen elkaar nodig hebben om een bepaald doel te bereiken.

- Communicatie

Het geheel van uitwisseling van informatie tussen de afdelingen.

- Overdracht

Uitwisseling van de nodige informatie over een patiënt, als diegene wordt overgeplaatst naar een andere afdeling. Dit kan plaatsvinden tussen de verpleegkundigen en agogen op de werkvloer of tussen de behandelaren, die de regie hebben over het traject van een patiënt

- Overplaatsing

Het verplaatsen van een patiënt naar een andere afdeling. De overplaatsing begin op het moment dat doorgegeven wordt dat hij naar een andere afdeling gaat tot het moment dat diegene daadwerkelijk daar is.

- Continuïteit van behandeling

Het begrip continuïteit duidt op het verloop van de behandeling van een patiënt binnen de Boumankliniek. Hierbij wordt gestreefd naar voortgang zonder onderbreking.

- Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid betekent dat ervoor gezorgd wordt dat de patiënt zich in een fysiek en psychische veilige situatie bevindt. Hiervoor is het onder andere belangrijk dat medewerkers op de hoogte zijn van een volledige overdracht, waardoor ze weten hoe ze de patiënt kunnen benaderen.

Vraagstelling

Hoofdvraag

Hoe kan de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom de overplaatsing van een patiënt van en naar de Lariks binnen de Boumankliniek in Rotterdam verbeterd worden, waardoor de continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt?

Deelvragen

1. Wat staat er in de literatuur beschreven over de samenwerking bij de overplaatsing van patiënten en de rol van de overdracht?
2. Welke handvaten staan in de literatuur beschreven over het waarborgen van continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid?
3. Hoe verloopt de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom overplaatsing van een patiënt van en naar de Lariks?
4. Welke knelpunten ervaren medewerkers in de samenwerking rondom de overplaatsing van patiënten en welke mogelijkheden tot verbetering zien zij?
5. Welke middelen kunnen ingezet worden om de samenwerking en communicatie tussen medewerkers rondom de overplaatsing van patiënten te verbeteren?

Organisatiebeschrijving

Door deze beschrijving van de organisatie ontstaat er inzicht over de context van het onderzoek. Eerst wordt kort de overkoepelende organisatie beschreven en daarna specifiek de Boumankliniek. Ten slotte volgt er een korte uitleg over hoe de verschillende afdelingen eruitzien.

Antes

Antes is in 2012 ontstaan door een fusie van de Boumankliniek en Delta Psychiatrisch Centrum. Antes is de overkoepelende organisatie die behandeling en begeleiding biedt bij een combinatie van psychische problematiek en verslaving bij zowel ouderen, volwassenen als jongeren. Antes is actief in de regio Rotterdam-Rijnmond, Nieuwe Waterweg Noord, de Drechtsteden, Alblasserwaard-Vijfheerenlanden en de Zuid-Hollandse eilanden. De organisatie bestaat uit vier locaties: Bouman, Delta, Sprink en Youz. Elke heeft zijn eigen specialisatie in de psychiatrie of verslavingszorg (Antes, z.j.). Het uitgangspunt van dit onderzoek is de Boumankliniek

Boumankliniek

Wanneer mensen thuis niet de juiste zorg kunnen krijgen, kan een opname bij de Boumankliniek noodzakelijk zijn. De Boumankliniek behandelt en begeleidt mensen met verslavingsproblemen en andere psychische problematiek. De achterliggende visie van de kliniek is om de gezondheid van mensen met een verslaving te bevorderen en de risico's voor de samenleving, als gevolg van de verslaving, te beperken. De behandeling bij de kliniek richt zich op het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk leven in onze samenleving (Bouman GGZ, z.j.).

Beschrijving afdelingen

SEHP – Spoedeisende Hulp Psychiatrie

Op de SEHP zijn vier bedden beschikbaar voor spoedopnames. Na een paar dagen ter observatie wordt besloten naar welke afdeling de patiënt door kan stromen. Dit is meestal Lariks met als doel te stabiliseren of de detoxafdeling met als doel te ontnuchteren.

Lariks – gesloten crisisafdeling

De Lariks is een afdeling die beschikt over 22 bedden voor de gesloten crisisopnames. Hier richt men zich vanuit de herstelgerichte benadering op het stabiliseren van de patiënten, zodat ze kunnen doorstromen naar een andere afdeling. De patiënten op de Lariks hebben allemaal een verslaving en daarnaast een psychiatrische aandoening. De patiënten zijn meestal in het bezit van een inbewaringstelling (IBS) of een rechterlijke machtiging (RM), wat betekent dat de rechter hen de behandeling in de kliniek opgelegd heeft. Het is ook mogelijk dat iemand op vrijwillige basis op de Lariks verblijft. Deze afdeling is uitgangspunt van dit onderzoek naar overplaatsingen.

Jatoba-Sapelli – vervolgafdeling

Ook deze afdeling bevindt zich op één etage en heeft twee gangen: Jatoba en Sapelli. De afdeling Jatoba behandelt mensen met verslavingsproblematiek en daarbij een licht verstandelijke beperking. Op de afdeling Sapelli worden mensen met verslavingsproblematiek behandeld die als gevolg van hun verslaving een cognitieve beperking of beschadiging hebben opgelopen. Het wachten op een plek in een Beschermde Woonvorm of een gepland onderzoek is een indicatie om op een van de vervolgafdelingen langer te verblijven.

Ebben-Merbau – vervolgafdeling

Deze afdeling bestaat uit twee gangen op dezelfde etage. De afdeling heeft in totaal ruimte voor 47 patiënten. Ebben richt zich vanuit de rehabilitatiebenadering op herstel van de patiënten in een gesloten setting. Op Merbau komen vaak patiënten van de Lariks voor hun vervolgtraject.

Mahonie-Palissander – detoxafdeling

Deze afdeling richt zich op detoxificatie van mensen die afhankelijk zijn van middelen. De afdeling beschikt over 40 bedden. Bij een aanmelding starten patiënten op de Palissander hun behandeling in gesloten setting en kunnen vervolgens naar de Mahonie doorstromen. Mensen verblijven voor hun detox drie tot zes weken op de afdeling.

WachtlIJstbeheer

Bij de overplaatsingen binnen de kliniek speelt wachtlIJstbeheer een belangrijke rol. Het team bestaat uit drie mensen die goed zicht hebben op de actuele wachtlIJst en communiceren met de afdelingen wat betreft overplaatsingen. Zij zijn op een kantoor in de kliniek aanwezig van maandag tot en met vrijdag. Elke middag wordt het patiënten overzicht voor de volgende dag gestuurd naar alle medewerkers. Ook wordt voorafgaand aan het weekend doorgegeven wat er in het weekend eventueel mogelijk is qua verschuivingen.

Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt weergegeven aan de hand van welke onderzoeksmethoden dit onderzoek is uitgevoerd. Eerst wordt beschreven hoe het vooronderzoek op de afdeling is vormgegeven. Daarna leest u per deelvraag de onderzoeksmethode die daarbij is gebruikt.

Vooronderzoek

Voor het onderzoek is het een belangrijke toevoeging dat er patiënten bij betrokken worden. Het doel is namelijk om uiteindelijk een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Door middel van het vooronderzoek zijn de gevolgen voor de patiënten van matige samenwerking en slechte communicatie bij de overplaatsing in kaart gebracht. De gevolgen voor patiënten benadrukken het belang om goed samen te werken en te communiceren. Data is verzameld door middel van het afnemen van een enquête die vervolgens zijn verwerkt. Het verslag maakt deel uit van de onderzoeksresultaten. De enquêtes zelf zijn te vinden in het bronnenboek. Door middel van een brief zijn de patiënten er van tevoren op gewezen waar het vooronderzoek toe dient en wat er met de resultaten wordt gedaan. Deze brief is opgenomen in het bronnenboek. Omdat niet alle patiënten competent genoeg zijn om de brief zelf te lezen en/of te begrijpen, is hen ook mondeling uitgelegd wat er in de brief beschreven staat.

De respondenten zijn geselecteerd door middel van een niet-gerichte selectie steekproef. Dit houdt in dat er patiënten zijn gekozen uit de beschikbare groep patiënten van de Boumankliniek. Vanwege de problematiek van de doelgroep is het op voorhand moeilijk in te schatten wie voldoende in staat zijn om de enquête in te vullen. Daarom is het vooronderzoek in samenwerking met de opdrachtgever vormgegeven. De vorm van een niet-gerichte selectie steekproef die gekozen is, is de toevallige steekproef. Op de dag van het vooronderzoek heeft de opdrachtgever ingeschat welke patiënten competent genoeg waren om de enquête in te vullen (Baarda et al., 2013). Er zijn negen respondenten gesproken. Meer respondenten voor dit gedeelte van het onderzoek was moeilijk te regelen, omdat de meeste respondenten niet bekwaam zijn om de enquête in te vullen. Meer respondenten had het vooronderzoek echter wel betrouwbaarder gemaakt.

De opdrachtgever heeft als eerst het contact gelegd met de patiënten. Hij was er ook bij terwijl patiënten de enquête invulden en nam initiatief in het contact. Op deze manier kan hij invloed hebben op de antwoorden van de patiënten omdat hij als medewerker betrokken is bij de Boumankliniek. Dit is zo veel als mogelijk tegengegaan. Vanuit ons en de opdrachtgever is aangegeven dat ze geen rekening moeten houden met de aanwezigheid van de opdrachtgever en kritisch mogen zijn op hoe het er daadwerkelijk op de afdeling aan toe gaat. Toch zal het bovenstaande en de competentie van de patiënten invloed gehad hebben op de resultaten. Dat is de reden dat het vooronderzoek zo low-level gehouden is en geen deel uitmaakt van de methoden die gebruikt zijn bij het beantwoorden van de deelvragen.

Allereerst zijn er algemene vragen gesteld aan de respondenten, die een algemeen beeld schetsen rondom communicatie tussen medewerkers. Vervolgens over wat ze belangrijk vinden als het gaat om overdracht. Daarna komt het belangrijkste stuk voor het onderzoek, namelijk: hoe de patiënten hun overplaatsing hebben ervaren. De informatie uit de enquêtes is weergegeven in een verslag dat toegevoegd is bij de onderzoeksresultaten. Het vooronderzoek heeft een beeld gegeven van hoe overplaatsingen verlopen.

Gebruikte onderzoeksmethoden

Het onderzoek dat is uitgevoerd bij de Boumankliniek en is beschreven in dit onderzoeksverslag is een kwalitatief onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek gaat het niet om feiten en cijfers, maar om een interpretatief en subjectief onderzoek, waarin antwoord gegeven wordt op een 'hoe-vraag' (Swaen, 2013). Het is belangrijk dat dit onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk is. De betrouwbaarheid wordt vergroot door transparant te zijn in de stappen die ondernomen zijn en deze kritisch te beschrijven. De validiteit wordt vergroot door triangulatie toe te passen. Dit betekent dat er vanuit drie invalshoeken onderzocht zal gaan worden (Baarda et al., 2013). Er is gekozen voor literatuuronderzoek, observatieonderzoek en het afnemen van interviews.

Literatuuronderzoek

Als eerste is er literatuuronderzoek uitgevoerd, waardoor antwoord is gegeven op deelvraag 1 en 2. Er is op die manier een beeld verkregen over wat van belang is bij samenwerking tussen afdelingen rondom de overplaatsing van patiënten en welke rol de overdracht hierin speelt. Ook is duidelijk geworden welke handvaten er gebruikt kunnen worden, waardoor de continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt. Bij de gevonden relevante bronnen is gezocht in de literatuurlijst van die bronnen naar meer bronnen met bruikbare informatie. Alle relevante bronnen die zijn gevonden, zijn opgeslagen in BOLAS. Dit staat voor Bronnen Opslaan Labelen Analyseren Slimmer zoeken (BOLAS, z.j.).

Onderstaand de twee categorieën met de bijpassende zoektermen die onder andere gebruikt zijn:

Afdelingen	Doelgroep
Teams	Verslavingspsychiatrie
Kwaliteit van zorg - quality of care	Doorstroming - throw of patiënten
Communicatie – communication	Overplaatsing
Samenwerking (tussen afdelingen) - teamwork	Patiëntveiligheid - patiënt safety
Overdracht - knowledge transfer	Continuïteit van behandeling

Deze begrippen zijn met elkaar gecombineerd door de functies 'EN' en 'OF' van Google. Dit heeft ervoor gezorgd dat er meer relevante bronnen beschikbaar waren. De gevonden bronnen zijn voornamelijk: rapporten, onderzoeken, (online) boeken, artikelen en beleidsstukken. De relevante bronnen zijn onderverdeeld in deelvraag een of twee door middel van labels. De labels komen voort uit het onderwerp dat in de bron het meest naar voren komt. Ook is in de aantekening bij de bron kort samengevat waar de bron over gaat. Vervolgens werden de bronnen getaxeerd op bruikbare informatie voor het beantwoorden van de deelvraag. Voor de analyse zijn de inhoudelijke aspecten meegenomen als: letterlijke inhoud, auteur en datum van uitgave. Vervolgens zijn de deelvragen beantwoord met informatie uit de gevonden bronnen. Door middel van de APA-normering is verwezen naar de bron waaruit informatie is gebruikt. Er zijn Engelse bronnen meegenomen in het literatuuronderzoek om een vollediger beeld te krijgen van de beschikbare informatie over het onderwerp. Grenzen in het zoekprofiel zijn ten eerste dat de gehele tekst in het Nederlands of Engels geschreven is en tweede dat de bron gratis beschikbaar is.

Observatieonderzoek

Vorbereiding

Naast literatuuronderzoek is de methode van observatieonderzoek toegepast om deelvraag drie te beantwoorden. Bij het observatieonderzoek is gekozen voor een ongestructureerde observatie,

omdat er weinig voorkennis is en het niet duidelijk is wat er wordt aangetroffen (Baarda et al., 2013). Allereerst zijn de medewerkers via een e-mail op de hoogte gebracht van het observatieonderzoek. Hierin is de mogelijkheid gegeven om het aan te geven als een medewerker niet wil dat hij geobserveerd worden en dat ze anoniem zullen blijven. Ook is aangegeven dat het belangrijk is om te zien hoe een overdracht normaliter gaat. Deze mail is toegevoegd aan het bronnenboek. Een nadeel aan observatieonderzoek is dat de aanwezigheid van de onderzoekers invloed kan hebben op het gedrag van de respondenten (Baarda et al., 2013). Dit nadeel is door de voorbereidende e-mail zoveel mogelijk opgeheven. Daarnaast is er tijd geïnvesteerd in het aanwezig zijn op de afdeling, wat heeft gezorgd voor bekendheid bij medewerkers en wat ontspannen en oprecht gedrag teweeg kan brengen.

Een ander nadeel aan observatie is dat de onderzoekers afhankelijk zijn van context (Baarda et al., 2013). Hieronder valt dat de overplaatsingen bij de Boumankliniek pas kort van tevoren bekend zijn, wat vroeg om aanpassing. Doordat de onderzoekers ongeveer vier dagen in de week aanwezig waren op de kliniek is dit opgevangen en zijn er voldoende overplaatsingen geweest die geobserveerd konden worden. De replicatie-eis vraagt om de onderzoekprocedures te kunnen herhalen met daarbij dat de omstandigheden nagenoeg hetzelfde zijn, en hetzelfde resultaat behalen (Baarda et al., 2013). Bij dit onderzoek is het belangrijk om verschillende overplaatsingen te observeren, voordat er aan deze eis kan worden voldaan. Dit omdat er verschil is in samenwerking en communicatie tussen overplaatsingen.

Observeren

Tijdens een overplaatsing hebben zijn onze observaties door middel van veldnotities vastgelegd (Baarda et al., 2013). Bij elke observatie is in het kort en door middel van steekwoorden datum, tijdstip, plaats en situatie vastgelegd. Tijdens de observatie stond het doel centraal, namelijk om duidelijk te krijgen hoe medewerkers met elkaar samenwerken en communiceren tijdens de overdracht bij een overplaatsing. Er is aan de betrokken medewerkers gevraagd of er meegekeken kan worden. Na toestemming gekregen te hebben is meegelopen met de medewerkers en kon de samenwerking geobserveerd worden. Hierbij zijn soms verduidelijkende vragen aan de medewerkers gesteld om helder te krijgen wat de motivatie is achter hun gedrag. Hierdoor is er sprake van participerende observatie. Er is voor observatie gekozen omdat die methode het best past bij kwalitatief onderzoek. Het wordt gebruikt om gedetailleerde informatie over een groep mensen en over het gedrag van individuen te verkrijgen (Dingemanse, 2017).

Uitwerken

De steekwoorden zijn dezelfde dag uitgewerkt. Bij het uitwerken is interpretatie zoveel mogelijk tegen gegaan door zo feitelijk mogelijk te zijn. De uitgewerkte observaties zijn opgenomen in het bronnenboek. In de observaties zijn identificatiecodes gebruikt om gedrag aan te duiden (Baarda et al., 2013). De uitleg van de codes wordt eveneens in het bronnenboek opgenomen. De observatiegegevens zijn onderverdeeld in de rubrieken; beddenoverleg, ochtendoverleg en overplaatsingen. De gegevens zijn onderverdeeld in fragmenten, waaraan labels zijn gehangen. Dit zorgt ervoor dat de inhoud van de fragmenten snel te vinden zijn. Daarnaast gaat het ook interpretatie tegen door de oorspronkelijke informatie zoveel mogelijk te behouden. Bij gebruik van informatie uit de observaties in de deelvraag is verwezen naar het fragmentnummer van het gebruikte fragment. Dit geeft transparantie in de stappen die zijn ondernomen. Na zeven observaties van overplaatsingen werd gesignaleerd in de uitwerkingen dat er saturatie bereikt werd, omdat er geen nieuwe informatie bij kwam qua overplaatsingen.

Interviews afnemen

De derde methode die toegepast is, is het afnemen van interviews. Op deze manier zijn ervaringen en behoeften van de medewerkers, als het gaat om samenwerking rondom de overdracht en overplaatsing, in beeld gebracht. Met de informatie uit de interviews zijn deelvragen vier en vijf beantwoord. Er is gekozen om van elke afdeling behandelaren en verpleegkundigen of agogen te spreken. Zo is er informatie verworven vanuit verschillende functies, wat maakt dat er vanuit verschillende perspectieven een beeld is gecreëerd over het onderwerp. Dit vergroot de betrouwbaarheid van de uiteindelijke informatie.

Vorbereiding

De respondenten voor de interviews zijn door middel van een gerichte steekproef gekozen (Baarda et al., 2013). Hierbij is rekening gehouden welke functies de respondenten hebben, want dat maakt dat er verschil in perspectief is. Daarnaast zijn medewerkers die minder dan een jaar werken binnen de Boumankliniek uitgesloten van deelname, vanwege de betrouwbaarheid van de antwoorden. De respondenten zijn benaderd via de e-mail, waarin is vermeld dat het een anoniem interview betreft. De e-mail is toegevoegd in het bronnenboek. Er is gekozen voor een semigestructureerd interview. Hierbij is ruimte om door te vragen op bepaalde onderwerpen als dit nodig is. Aan de hand van opgestelde topics zijn vragen opgesteld. Het interview is opgedeeld in drie delen om duidelijk onderscheid te maken tussen de afdeling vanwaar een patiënt vertrekkend is en de afdeling die een patiënt ontvangt. Het laatste deel gaat over de gewenste situatie waar aan de respondenten ruimte is gegeven om mogelijkheden voor verandering aan te geven.

Afnemen

Voor het afnemen van de interviews is er een proefinterview afgenomen bij de opdrachtgever, waarin geoefend is met het doorvragen (Baarda et al., 2013). Dit is naar wens verlopen en vervolgens zijn de andere interviews afgenomen. Voor de aanvang van elk interview is gevraagd aan de respondent of diegene bezwaar had tegen het opnemen van de interviews. Dit was bij geen van de respondenten het geval. De interviews zijn persoonlijk afgenomen, waardoor er doorgevraagd kon worden op aarzelingen. Dit was belangrijk, om duidelijk te krijgen welke knelpunten en mogelijkheden er zijn binnen de kliniek. Een nadeel van het persoonlijk afnemen van interviews kan zijn dat respondenten zich door de interviewers laten beïnvloeden. Doordat er geen persoonlijke connecties zijn met de respondenten in de Boumankliniek, wordt dit nadeel grotendeels opgeheven. De interviews hebben plaatsgevonden in de Boumankliniek, in de meeste gevallen op de thuisafdeling van de medewerker. Dit zorgde ervoor dat de respondenten in een vertrouwde omgeving waren die makkelijk te bereiken is (Swaen, 2013).

Uitwerken

Nadat de eerste interviews zijn afgenomen, is er een begin gemaakt met het uitwerken van de gegevens. De opgenomen interviews werden uitgetypt, gefragmentariseerd en gelabeld. Er werd duidelijk welke informatie er gemeten is en dat er meer doorgevraagd mocht worden op de knelpunten in de samenwerking. Doordat de interviews gelijk werden uitgewerkt, kon er gelet worden op het moment dat er saturatie bereikt werd. Nadat er vijf behandelaren waren geïnterviewd en drie medewerkers van de werkvloer werd op de meeste punten al saturatie bereikt. Maar voor de volledigheid en om te voldoen aan onze doelstelling om van elke afdeling een behandelaar en medewerker van de werkvloer te interviewen hebben, is er nog één interview afgenomen met een medewerker van de werkvloer. Er zijn dus uiteindelijk vijf behandelaren en vier medewerkers van de

werkvloer geïnterviewd. Boven elk interview is vermeld welke functie de medewerker heeft zodat hier rekening mee gehouden kan worden bij het gebruiken van de informatie.

In interviews komen regelmatig meningen naar voren en gaat het over behoeften. Daarom is ervoor gekozen om de interviews verbatim uit te typen. Dit zorgt ervoor dat er geen ruimte is voor (onjuiste) interpretatie. De uitgetypte interviews zijn gefragmenteerd en aan de fragmenten zijn labels gegeven. De labels zijn vervolgens weer onderverdeeld in kernlabels. Dit vergemakkelijkt het zoeken en laat transparant zien welke stappen zijn genomen bij het uitwerken van de interviews.

De uitgewerkte interviews en de fragmenten zijn opgenomen in het bronnenboek. Dit bronnenboek wordt alleen beschikbaar gesteld aan de Christelijke Hogeschool Ede, maar niet aan anderen verstrekt vanwege de anonimiteit van de respondenten.

Betrouwbaarheid en validiteit

Door het concreet formuleren van de begrippen en het transparant zijn over de gebruikte methoden van onderzoek, is er aandacht gegeven aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. In het onderzoek is er triangulatie toegepast door verschillende onderzoeksmethoden naast elkaar te gebruiken. Dit vergroot de validiteit van het onderzoek. Het verzamelen, analyseren en verwerken van de gegevens liepen in de periode parallel aan elkaar. Hierdoor kon het onderzoek bijgestuurd worden waar dit nodig bleek. Zo is gebleken uit interviews en gesprekken dat er naast het overplaatsen van een patiënt zelf ook nog andere samenwerkingsverbanden zijn rondom overplaatsing. Vanwege de volledigheid van informatie en de betrouwbaarheid van de conclusies is ervoor gekozen om deze samenwerkingsverbanden ook te betrekken in het onderzoek (Baarda et al., 2013). Deze samenwerkingsverbanden zijn het beddenoverleg, het ochtendoverleg en bureau wachtlijstbeheer. Het beddenoverleg en het ochtendoverleg zijn beide ook geobserveerd, vanwege de volledigheid van informatie voor het onderzoek. Hierbij zijn dezelfde criteria aangehouden als voor de observaties van overplaatsingen. In de mail die naar alle medewerkers is gestuurd, is ook gevraagd of de medewerkers akkoord gingen met observatie en is er ruimte gegeven wanneer een medewerker dit liever niet wilde.

Expertinterview

Als aanvulling op het observatieonderzoek, is er een expertinterview afgenomen met een medewerker van wachtlijstbeheer. Deze persoon is benaderd als expert op het gebied van wachtlijstbeheer, een onderwerp wat regelmatig terugkwam in interviews, maar erg onduidelijk bleef (Baarda et al., 2013). Door dit interview was er een completer beeld wat hielp om deelvraag drie te beschrijven. De geschikte medewerker voor dit interview is persoonlijk benaderd en er is een afspraak gemaakt. Het interview is niet gestructureerd, omdat er weinig voorkennis was (Baarda et al., 2013). Het interview is opgenomen en daarna is de informatie in een verslag verwerkt. Het verslag is in het bronnenboek opgenomen.

Doelstellingen, doelgroep en beoogde resultaten

Doelstellingen en resultaten

Vanuit de Boumankliniek is gevraagd om onderzoek te doen naar hoe de samenwerking en communicatie kan verbeteren rondom de overplaatsingen van patiënten. Dit thema is gespecificeerd naar overdracht bij overplaatsingen vanaf en naar de afdeling Lariks. De resultaten van dit onderzoek zullen leiden tot een advies aan de Boumankliniek wat betreft het onderwerp samenwerking bij een overplaatsing. Het eindproduct zal een verslag zijn van het onderzoek, waarin de onderzoeksvraag wordt beantwoord en aanbevelingen zullen worden gedaan voor de opdrachtgever.

Aan het einde van dit onderzoek wordt er een hulpmiddel voor de overdracht tijdens de doorstroom van een patiënt geadviseerd of deze is ontwikkeld. Dat hulpmiddel waarborgt de continuïteit van de zorg en de patiëntveiligheid in de overdracht. Op mesoniveau bevordert het hulpmiddel de communicatie en samenwerking tussen de afdelingen op de Boumankliniek en levert de medewerkers tijd op. Op macroniveau levert dit onderzoek een bijdrage aan het vraagstuk rondom de kwaliteit van zorg. Het maakt duidelijk waarom de zorg voor de patiënten meer prioriteit moet hebben dan hoe de organisatie de zorg regelt.

Doelgroep

We dit onderzoek vooral richten op de overdracht bij doorstroming van patiënten van de afdeling de Lariks. Wij hebben voor deze afdeling gekozen, omdat er vanaf de Lariks de meeste doorstroom plaatsvindt naar andere afdelingen binnen de kliniek. Het is belangrijk dat er op één afdeling gericht wordt, omdat het onderzoek anders te groot en complex wordt. Hoe meer afgebakend de vraag, hoe specifiek het antwoord is en hoe beter het bruikbaar is in de praktijk. De verwachting is dat er vanuit het onderzoek aanbevelingen komen voor de overdracht rondom doorstroom van patiënten waar ook de andere afdelingen belang bij hebben.

De belangstellenden die wij verder voor ogen hebben, die het onderzoeksverslag zullen lezen, zijn medewerkers van verschillende andere instellingen die te maken hebben met samenwerking tussen afdelingen. Het feit is dat de medewerkers elkaar niet vaak zien, omdat de afdelingen grotendeels los van elkaar staan. Maar omdat ze onder het dak van dezelfde instelling werken is samenwerking noodzakelijk om gestelde doelen te kunnen bereiken. Qua functies van medewerkers die het onderzoek zullen lezen denken wij aan: Agogen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, behandelaren, artsen, psychiaters en de afdelingsmanagers van de Boumankliniek. Naast deze medewerkers is dit onderzoek te lezen door alle belangstellenden die interesse hebben in dit onderwerp en/of onderzoek.

HOOFDSTUK 2: WEERGAVE VAN RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de beschreven onderzoeksmethoden weergegeven. Als eerste worden de resultaten van het vooronderzoek beschreven en daarna volgen de antwoorden op de deelvragen.

Vooronderzoek

Onder de patiënten van de Boumankliniek is een low-level vooronderzoek gedaan. Dit rondom hun tevredenheid over de overplaatsing en overdracht op de Boumankliniek. Allereerst wordt de vraag beantwoord over hoelang de patiënten verblijven op de Boumankliniek. Vervolgens wordt weergegeven wat patiënten belangrijk vinden in een overdracht. Als laatste komt naar voren hoe patiënten een overplaatsing hebben ervaren. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

Algemeen

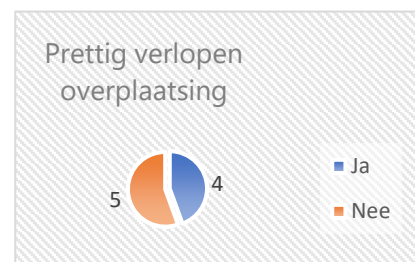
De eerste vraag is hoe lang iemand in de Boumankliniek verblijft. De gemiddelde tijd dat de respondenten in de Boumankliniek verblijven is vijf maanden, met een minimum van vijf weken en een maximum van twee jaar.

Overdracht

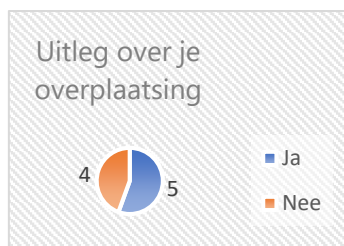
De tweede categorie bestaat uit twee vragen over de overdracht. Op de vraag of het belangrijk is dat de medewerkers op de volgende afdeling weten welke medicatie gebruikt wordt, werd door zes van de negen respondenten een tien gegeven en iemand een acht en één vijf en één nul. Hieruit kan opgemaakt worden dat de meesten het heel belangrijk vinden dat de medicatie goed moet worden overgedragen bij een overplaatsing naar een andere afdeling. De tweede vraag is: "Vind je het belangrijk dat ze op een volgende afdeling weten welke afspraken je hebt gemaakt op deze afdeling?" Hier werd door zes patiënten een tien gegeven, twee gaven een negen en één iemand een nul. Hieruit kan geconcludeerd worden dat bijna alle respondenten het heel belangrijk vinden dat de afspraken die gemaakt zijn op de afdeling ook goed worden overgedragen tijdens een overplaatsing.

Overplaatsing

De laatste categorie is bedoeld voor respondenten die zijn overgeplaatst binnen de Boumankliniek. Dit waren alle negen ondervraagden en ze hebben allemaal de laatste categorie ingevuld. De vragen gaan allemaal over wat ze ervaren hebben tijdens de overplaatsing. De eerste vraag is of de overplaatsing naar de andere afdeling prettig is verlopen. In figuur 1 zijn hiervan de uitkomsten te zien. Er is te zien dat iets meer dan de helft aangeeft dat de overplaatsing niet prettig is verlopen. In de volgende figuren wordt hier specifieker op ingegaan.



Figuur 1



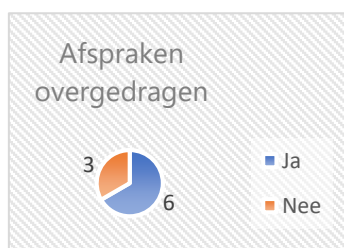
In figuur 2 zijn de uitkomsten te zien op de vraag of er uitgelegd is wat er gebeurde toen er werd overgeplaatst naar een andere afdeling. Hier geeft iets meer dan de helft van de respondenten aan dat dit is gebeurd. Vier van de vijf geven aan geen of onvoldoende uitleg te hebben gekregen bij hun overplaatsing. Hier ligt wat de patiënttevredenheid betreft een verbeterpunt voor de Boumankliniek.

Figuur 2

Vraag drie gaat over of men genoeg tijd heeft gekregen om zich voor te bereiden op de overplaatsing. De meesten gaven aan dit wel gehad te hebben, drie gaven aan te weinig tijd te hebben gekregen om zich voor te bereiden. Hier zou ook een verbeterpunt kunnen liggen.



Figuur 3



Vraag vier gaat over of de afspraken die gemaakt zijn op de vorige afdeling bekend zijn op de nieuwe afdeling. De meeste respondenten gaven aan dat dit het geval was, drie gaven aan dat er niet goed was overgedragen. Ook hier zou een verbeterpunt kunnen liggen.

Figuur 4

Samenvatting

De weergegeven resultaten geven aanleiding tot verbeterpunten. Vooral op het gebied van overplaatsing komen verbeterpunten voor de Boumankliniek naar voren. Daar de meeste respondenten aangeven het belangrijk te vinden dat medicatie en afspraken goed worden overgedragen geven drie van de zes respondenten aan dat deze niet goed zijn overgedragen. Ook wordt door meer dan de helft van de respondenten aangegeven dat de overplaatsing niet prettig is verlopen. Dit geeft eveneens aanleiding dat hier verbetering in te behalen valt.

Deelvraag 1

Wat staat er in de literatuur beschreven over de samenwerking bij de overplaatsing van patiënten en de rol van de overdracht?

In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat er in de literatuur beschreven staat over de samenwerking tussen teams bij de overplaatsing en overdracht van patiënten. Diverse bronnen: onderzoeken, boeken en artikelen zijn gescreend op relevante informatie voor het beantwoorden van de eerste deelvraag. Als eerst wordt het team als onderdeel van een organisatie beschreven. Daarna gaat het over de samenwerking tussen teams. Dit wordt vervolgens gespecificeerd naar de samenwerking bij een overplaatsing van patiënten en tijdens een overdracht en daarop volgt een samenvatting.

Teams in een organisatie

Een team is een belangrijk onderdeel van een organisatie. Zaccaro, Rittman en Marks (2001) gebruiken de volgende definitie van 'team': *"Een te onderscheiden reeks van twee of meer mensen die dynamisch, van elkaar afhankelijk en adaptief naar een gemeenschappelijk en gewaardeerd doel/objectief/ missie toe werken, die specifieke rollen of functies hebben en die een beperkte levensduur van lidmaatschap hebben"*. In deze definitie komt naar voren dat elk teamlid binnen het team zijn eigen rol heeft en zijn eigen interactie heeft met de leden om de gezamenlijke verantwoordelijkheid, namelijk het gemeenschappelijke doel, te bereiken (Rijnbergen, 2007). Een organisatie stelt deze gemeenschappelijke doelen op. Om deze doelen te bereiken is het van belang de werkzaamheden op te splitsen, als ze te groot zijn om door één groep uit te laten voeren. Vervolgens kunnen ze worden verdeeld over kleinere groepen medewerkers. Het is dan van belang dat de werkzaamheden van de groepen en individuen goed op elkaar worden afgestemd (Alblas, 1997). Dit roept indirect op tot goede samenwerking.

Samenwerking tussen teams

Groepen kunnen verschillende plaatsen en functies innemen in de organisatie, waardoor de kans bestaat dat er verschil in gerichtheid (oriëntatie) ontstaat. Dit kan een aanleiding zijn tot differentiatie van opvattingen en belangen tussen twee groepen. Deze verschillen kunnen leiden tot negatieve stereotyperingen over en weer. Men ziet dan elkaar als tegenstanders en gaat de negatieve kenmerken van de ander overdrijven. De samenwerking en afstemming van werkzaamheden kan door de negatieve stereotyperingen bemoeilijkt worden. Door de vorming van groeperingen neemt de interactie binnen de subgroep toe, maar neemt de interactie buiten de groep af. Dit kan leiden tot psychologische afstand tussen groepen en het kan een belemmering vormen voor noodzakelijke afstemming. Ook kan een groep of team een eigen leven gaan leiden en de doelstelling van de organisatie uit het oog verliezen (Alblas, 1997). Een team dat in een organisatie zich naar binnen richt wordt ook wel een gesloten team genoemd. Zo'n team heeft vaak een sterk wij-gevoel, mensen voelen zich fijn bij elkaar en communiceren veel. De ruimte voor conflict in deze teams is vaak nihil. Bij een patiënt die moeilijk gedrag vertoont, wordt al snel gedacht aan een overplaatsing naar een ander team, met als argument dat de patiënt er niet past. Om dit tegen te gaan is het belangrijk dat de communicatie tussen het instituut en het team open is (Janzing & Kerstens, 2012).

Overplaatsing van patiënten

Bij een overplaatsing wordt de patiënt op initiatief van zichzelf of een behandelaar naar een andere afdeling of organisatie overgeplaatst. Als de patiënt dit zelf wil, is er de mogelijkheid om met de behandelaar overleggen. Als een behandelaar een overplaatsing voorstelt, hangt dit vaak samen met de behandeling. De patiënt heeft recht op een goede uitleg over de reden van de overplaatsing (Rijksoverheid, 2014). Overplaatsing kan bij een patiënt veel stress veroorzaken, vooral als omgevingen en behandelingen gewijzigd of beëindigd worden zonder voorkennis of adequate uitleg. Als het personeel niet aan de psychologische behoeften van de patiënten voldoet, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het vervolg. De angst kan geminimaliseerd worden als het personeel de gevolgen herkent, erkent en hier positief op reageert (Coyle, 2001). Daarnaast wordt ook aangegeven dat het overdragen van medicatie een belangrijk deel is van overplaatsing. Het medicatieproces wordt kwetsbaar als niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor het voorschrijven van medicijnen aan de patiënt (Stam, 2017). De afspraken tussen afdelingen waar er overplaatsing van patiënten plaats vindt zijn daarom van belang. Deze afspraken helpen mee de kwaliteit van de zorg te verbeteren, doordat ze de doorstroming van patiënten faciliteren (Wiggers & Oostwouder, 2016).

Samenwerken bij overdracht

Bonacum, Graham & Leonard (2004) geven aan hoe belangrijk effectieve communicatie en samenwerking zijn voor het leveren van hoge kwaliteit en patiëntveiligheid (zie kader). Specifieker wordt genoemd dat overleg en een vlotte informatiedoorstroming essentiële aspecten zijn van het

"Effective communication and teamwork is essential for the delivery of high quality, safe patient care."

Bonacum,
Leonard &
Graham (2004)

leveren van kwaliteit en veiligheid (Vyt, 2015). Knelpunten voor de patiënten overdracht zijn incompleetheid, onnauwkeurigheid en tijdigheid (Kranenbarg & Sassen, 2016). Onvolledige of foutieve communicatie kan verschillende oorzaken hebben. Een hiërarchische verhouding kan negatieve invloed hebben op communicatie. Ook de verschillen in communicatiestijlen tussen de verscheidene beroepsdisciplines kunnen een negatief effect hebben op de communicatie. De verschillende beroepsdisciplines hebben een eigen opleiding gehad, waarin een verschillende focus ligt, bijvoorbeeld op de diagnose. Vaak hebben klinici uiteenlopende opvattingen over wat er moet gebeuren, terwijl dit effectieve communicatie en samenwerking in de weg staat (Bonacum et al.,

2004). Een gemeenschappelijke taal kan een factor zijn die de communicatie tussen verschillende zorgverleners zou kunnen optimaliseren (Vyt, 2015). Daarnaast hebben ook menselijke factoren invloed op de communicatie. Menselijke factoren die de communicatieoverdracht kunnen beperken zijn onder andere het menselijk geheugen, effecten van stress en vermoeidheid, de risico's van afleiding en onderbrekingen, en een beperkt vermogen om te multitasken (Bonacum et al., 2004). Mede daarom is het belangrijk om communicatie niet over te laten aan één professional, maar om hierin alle betrokkenen rondom de situatie mee te nemen (Haslam, 2004). Het structureren van communicatie kan communicatiefouten tegengaan. Daarnaast is een goed en begrijpelijk zorgplan een middel voor effectieve communicatie. Ook is het belangrijk dat iedereen dezelfde richting op wil. Tenslotte is een veilige omgeving van belang om open te kunnen communiceren staat (Bonacum et al., 2004).

Samenvatting

Het is binnen een organisatie van belang dat er open communicatie is tussen het instituut en de teams en dat iedere groep streeft naar gemeenschappelijke doelen. Als dit er niet is, bestaat de kans dat een team zich op zichzelf richt en zijn eigen leven gaat leiden, los van het gemeenschappelijke belang van de organisatie.

Bij een overplaatsing moeten bepaalde zaken tussen de afdelingen op elkaar worden afgestemd: een akkoord dat de patiënt komt, voldoende faciliteiten om te voldoen aan zijn medische behoefte, zoals medicatie, informatie over de patiënt moet worden overgedragen en de patiënt moet veilig worden overgebracht. De afspraken die er zijn gemaakt tussen afdelingen waar de overplaatsing plaatsvindt beogen de kwaliteit van zorg te waarborgen en kunnen de doorstroming van patiënten faciliteren.

Tijdens de overdracht van deze zaken is effectieve communicatie en samenwerking essentieel voor de kwaliteit en patiëntveiligheid. Verschil in communicatiestijlen van verschillende beroepsdisciplines bijvoorbeeld waar de nadruk ligt op de diagnose of juist niet zorgt ervoor dat er op een verschillende manier naar een situatie gekeken wordt. Ook de hiërarchische verhouding en menselijke factoren kunnen oorzaak zijn voor een onvolledige of foutieve overdracht.

Deelvraag 2

Welke handvaten staan in de literatuur beschreven over het waarborgen van continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid?

Wanneer de samenwerking in een team en de overdracht bij overplaatsing goed verloopt, zijn daar positieve gevolgen aan verbonden. Met 'goed' wordt hier bedoeld: volgens vastgestelde normen en met vastgestelde doelen die ook daadwerkelijk bereikt worden. De positieve gevolgen zijn met name continuïteit van zorg en patiëntveiligheid. In deze deelvraag wordt ingegaan op de handvaten die de literatuur biedt om deze te waarborgen. Eerst zal het thema continuïteit behandeld worden, daarna het thema patiëntveiligheid en tot slot volgt er een samenvatting.

Continuïteit van de behandeling

Elke behandeling in welke GGZ-instelling of ziekenhuis of bij welke cliënt of patiënt dan ook verdient continuïteit. Wanneer het in de literatuur gaat over het thema 'continuïteit' wordt er meestal gesproken over de continuïteit van zorg. Het gaat hierbij om ononderbroken samenhang van het herstelproces van een patiënt. Ononderbroken samenhang betekent dat de zorg naadloos hoort over te gaan van de ene hulpverlener naar de andere (Drijver, 2006). Door overplaatsing tussen verschillende afdelingen krijgt een patiënt te maken met verschillende hulpverleners en afdelingsculturen. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat het hulpverleningsproces onderbroken wordt, waardoor de continuïteit wordt belemmerd. Om dit te voorkomen moeten de afdelingen zich bewust zijn van het belang van de patiënt. Vervolgens kunnen ze wellicht hun cultuurverschillen, strategische belangen en financiële problemen opzijzetten. Door krachten te bundelen zullen continuïteit en samenwerking positieve vruchten afwerpen (Drijver, 2006).

Als continuïteit ontbreekt op een afdeling kan het gevolg zijn dat patiënten niet de zorg krijgen die op dat moment nodig is of dat de zorg niet effectief is. Dit leidt ertoe dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt niet optimaal is en het kan een langere behandelduur en hogere kosten met zich mee brengen. In ernstige gevallen kan het leiden tot terugval of achteruitgang in het ziektebeeld. Als het omgedraaid wordt, kan het organiseren van continuïteit in de zorg eraan bijdragen dat de voorgaande gevolgen minder worden waargenomen. Goede continuïteit van zorg heeft dan ook een preventieve werking en draagt zodoende bij aan het verminderen van maatschappelijke overlast (GGZ Nederland, Ministerie van Veiligheid en Justitie & Zorgverzekeraars Nederland, 2015).

Handvaten ter bevordering van continuïteit

In de literatuur staat beschreven dat een goede verslaglegging door voortgangsrapportages en overdracht essentieel is voor het waarborgen van de continuïteit van de behandeling. Om goede en verantwoorde zorg te kunnen verlenen aan patiënten en om continuïteit in de behandeling te waarborgen, is het belangrijk dat er op een adequate manier verslag wordt gelegd (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2011). Het onjuist overbrengen van informatie over patiënten kan leiden tot verstoring van de continuïteit. Daardoor ontstaat er een verhoogd risico op nadelige incidenten op de werkvloer en schade voor de patiënt zelf. Ook kan het leiden tot grote ontevredenheid van de patiënt en een gevoel van machteloosheid (Kranenbarg & Sassen, 2015).

Verder is het van groot belang dat afdelingen met elkaar samenwerken. De patiënt weet dat zijn traject bij jou eindig is en dat ervoor gezorgd zal worden dat zijn behandeling bij een andere afdeling een passend vervolg krijgt. Voor de meest complexe doelgroep werkt het beste deze samenwerking in een multidisciplinaire setting voor te bereiden, waar alle relevante personen aansluiten en waarbij direct een plan van aanpak wordt gemaakt (Van Es, Koek & Koster, 2016).

Patiëntveiligheid

Als definitie voor patiëntveiligheid in dit hoofdstuk wordt gehanteerd: *"Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt ontstaan door het niet volgende de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem"* (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011).

Handvaten ter bevordering van patiëntveiligheid

Er bestaan verschillende factoren die invloed hebben op de patiëntveiligheid binnen een instelling. De wetenschappelijke literatuur geeft bijvoorbeeld aan dat leiderschap een cruciale rol speelt in het succesvol implementeren van verbeteringen.

Wanneer toewijding en verbintenis van professionals en bestuurders afwezig is, zullen inspanningen maar een minimaal effect hebben. Dit is nodig op alle niveaus: huisartsen, apothekers of verpleegkundigen hebben de mogelijkheid om met hun enthousiasme een leidende rol in te nemen want daarmee kunnen ze anderen motiveren om een expliciete doelstelling zoals patiëntveiligheid te behalen (Berwick & Leape, 2000). Verder blijkt de inspraak van de patiënt zelf invloed te hebben op de patiëntveiligheid. Het geeft bijvoorbeeld een gevoel van veiligheid wanneer de overdracht aan het bed van de patiënt wordt gedaan. De patiënt weet welke verpleegkundige verantwoordelijk is en dit draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt in de kwaliteit van zorg (Groenhuis & Nieweg, 2016).

In een organisatie waar een patiëntveiligheidscultuur bereikt wil worden, is het goed dat gedeelde normen, waarden, opvattingen en omgangsvormen worden nagestreefd ten aanzien van het thema patiëntveiligheid. Het gaat er hierbij om in hoeverre teamleden zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en daarbij zodanig handelen dat men onveilige situaties voorkomt, herstelt en communiceert. Hierdoor kan geleerd worden van fouten en het gedrag. De gewenste veiligheidscultuur is een open en eerlijke cultuur waarin medewerkers fouten en bijna-fouten die ze hebben gemaakt durven te melden, collega's elkaar aanspreken om risico's te vermijden en medewerkers gestimuleerd worden om te melden en te leren van (bijna) fouten (Botje, Langelaan, Schilp & Wagner, 2015).

Tot slot speelt volgens de literatuur standaardisatie een belangrijke rol in het waarborgen van zowel continuïteit van de behandeling als de patiëntveiligheid. De zorg zelf ervaart geen last aan het gebrek van standaardisatie en daarom werkt iedere organisatie in een eigen systeem met eigen patiëntendossiers (Jacobs, 2014). Standaardisatie houdt in: het vaststellen van verschillende aspecten van werkwijzen en het kennen van elkaar en elkaars informatiebehoeften. Om de patiëntveiligheid en continuïteit van behandeling te waarborgen dienen alle betrokkenen informatie over de patiënt te ontvangen (Blok et al., 2012). Met betrekking tot de vormgeving van de patiëntenoverdracht worden overdrachtdossiers die gestructureerde delen bevatten, aanbevolen om de overdracht te verbeteren. Een gestandaardiseerd overdrachtdocument kan mogelijk bijdragen aan het succesvol overdragen van wilsverklaringen en medicatielijsten (Kranenbarg & Sassen, 2016).

"We have learned that leadership is an essential ingredient of success in the search of safety, as it is throughout the enterprise of quality improvement."

Don Berwick en Lucian Leape
(2000)

Bekendste voorlopers
in patiëntveiligheid

Samenvatting

Door de overplaatsing tussen verschillende afdelingen krijgt een patiënt te maken met verschillende hulpverleners, wat de continuïteit van de behandeling zou kunnen belemmeren. Het gevolg van het ontbreken hiervan kan zijn dat patiënten niet meteen de zorg krijgen die op dat moment nodig is of minder effectieve zorg krijgen. Voor het waarborgen van de continuïteit van de behandeling is een adequate verslaglegging van belang. Ook is het noodzakelijk dat afdelingen met elkaar samenwerken. Dit zorgt ervoor dat iedereen op de hoogte is van de zorg die geleverd wordt aan een patiënt en de volgende afdeling kan aansluiten op de al geboden behandeling. Het is het beste als een volgend traject in een multidisciplinaire setting voorbereid wordt, waar alle relevante personen aansluiten en direct een plan van aanpak wordt gemaakt. Handvaten voor het waarborgen van patiëntveiligheid bestaan uit verschillende factoren. Allereerst gaat het om de toewijding die een professional moet hebben voor zijn werk om ervoor te zorgen dat inspanningen gewenst effect zullen bereiken. Verder blijkt een patiënt zich veilig te voelen wanneer hij zelf bij de overdracht aanwezig is. Als derde is het goed om na te streven dat medewerkers zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en daarom onveilige situaties voorkomen, herstellen en communiceren met elkaar. Ten slotte is standaardisatie een thema wat in de literatuur beschreven wordt als handvat om continuïteit van behandeling en patiëntveiligheid te waarborgen. Werkwijzen worden vastgesteld en een gestandaardiseerd overdrachtsdocument kan bijdragen aan een succesvolle overdracht.

Deelvraag 3

Hoe verloopt de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom de overplaatsing van een patiënt van en naar de Lariks?

Vanuit de vorige deelvragen is duidelijk geworden wat in de literatuur beschreven staat over samenwerking en communicatie in teams en de gevolgen hiervan voor continuïteit van zorg en patiëntveiligheid. In deze deelvraag zal er door middel van het observatieonderzoek een antwoord gegeven worden op de derde deelvraag. De praktijk wordt zichtbaar doordat er verschillende overleggen en overplaatsingen bijgewoond zijn. In de tekst wordt verwezen naar fragmenten die in de observatieverslagen in het bronnenboek beschreven staan. Aan de hand van de volgende drie situaties wordt inzichtelijk gemaakt hoe de samenwerking en communicatie bij de overdracht rondom een overplaatsing verloopt. Eerst zal stilgestaan worden bij het ochtendoverleg op de afdeling Lariks, daarna bij het beddenoverleg, wat kliniek breed gehouden wordt en tenslotte zal het gaan over de daadwerkelijke overplaatsing van een patiënt van en naar de afdeling Lariks. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

Ochtendoverleg Lariks

Het ochtendoverleg vindt van maandag tot vrijdag plaats tussen 9.00 en 10.00 uur. Hierbij zijn de behandelaren en de medewerkers van de afdeling aanwezig. Tijdens het overleg wordt afgestemd wie welke actie onderneemt, ook wat betreft overplaatsingen van patiënten van of naar de Lariks.

Bedden capaciteit

Uit dit overleg blijkt dat de lange wachtlijsten ervoor zorgen dat een bed kostbaar is en dat een leeg bed dus duur is omdat de organisatie anders geld misloopt. Dit zijn belangrijke redenen waardoor patiënten doorgeplaatst moeten worden. Het is andersom ook zo dat een patiënt over kan naar een volgende afdeling, maar dat er op die afdeling geen bed vrij is. Het is dan wachten op een plekje (Oo1.2, Oo2.3, Oo4.2). Sporadisch gebeurt het dat de patiënt in de tijd dat hij wacht op een plek al modules kan meedraaien op de afdeling waar hij op de wachtlijst staat (Oo4.1).

Zodra er een bed vrij is op een van de vervolgafdelingen is dat reden om te kijken welke patiënt er door kan stromen naar die afdeling (Oo2.2, Oo2.5, Oo3.3).

Samenwerking en communicatie afdelingen

Tijdens het ochtendoverleg is er ruimte om te bespreken of een patiënt overgeplaatst kan worden of niet. Soms gebeurt dat als de Lariks vindt dat een patiënt naar een van de vervolgafdelingen overgeplaatst kan worden, er wordt dan overlegd met de ontvangende afdeling en die geeft daar goedkeuring voor (Oo1.2). Het blijkt dat wanneer het afdelingen niet lukt om iets te regelen, dat dat ten koste gaat van de behandeling van de patiënt (Oo1.7). Het is namelijk zo dat patiënten evengoed heen- als weer teruggeplaatst worden. Van belang is daarom om een plan te maken met de andere afdeling over waar de patiënt nu uiteindelijk een periode zal gaan verblijven (Oo1.4, Oo1.6). Ook gebeurt het dat er een patiënt in het weekend is overgeplaatst naar de Lariks, het is onduidelijk wat de reden van de overplaatsing is en een behandelaar moet zelf op zoek gaan (Oo3.1). Hieruit blijkt dat er geen communicatie is geweest tussen de behandelaren van beide afdelingen over de reden dat deze patiënt teruggeplaatst is. Wanneer een patiënt overgeplaatst wordt naar Lariks is het onduidelijk of de afspraken die op de vorige afdeling zijn gemaakt, ook aangehouden moeten worden op de Lariks (Oo4.3). Ook bij deze overplaatsing is blijkbaar de overdracht onvoldoende geweest. Door het meegeven van het klinisch behandelplan heeft de ontvangende afdeling op één

A4 een overzicht van wat er speelt bij de patiënt. Het is zaak dat die klinische behandelplannen voor iedere patiënt op orde zijn, zodat de overdracht gestroomlijnder verloopt (Oo1.9).

Beddenoverleg

Eén van de weinige momenten dat de afdelingen elkaar zien en spreken is tijdens het beddenoverleg. Dit overleg vindt elke maandagmorgen plaats om 10.00 uur. Bij dit overleg is van alle vier de afdelingen de hoofdbehandelaar aanwezig. Iedereen heeft tijdens het overleg een lijst voor zich en daarop is zichtbaar welke bedden bezet zijn en door wie. Ook staat erop beschreven welke bedden leeg zijn op welke afdeling. Het doel van het overleg is om kort te sluiten welke patiënt naar welke afdeling zou kunnen doorstromen. Tijdens dit overleg is het zaak om met elkaar samen te werken omdat iedereen werkt aan dezelfde opdracht die zij krijgen van de organisatie, namelijk: ervoor zorgen dat alle bedden bezet zijn.

Doorstroom

Tijdens het overleg wordt besproken wie er kan doorstromen naar het bed dat vrij is (Bo1.2, Bo1.3). Het viel op dat het overleg maar vijftien minuten duurde, dit heeft ermee te maken dat er weinig bedden beschikbaar zijn en er dus weinig te overleggen is. Eén van de hoofdbehandelaren noemde: 'We zitten muurvast' (Bo1.4). Dit zorgt ervoor dat er weinig tot geen mogelijkheden zijn om patiënten door te laten stromen, tot het moment dat er patiënten met gepland of niet gepland ontslag gaan. Qua doorstroom is het wachtlijstbeheer die het meest recente overzicht heeft van de bedden. Dat er weinig mogelijkheden zijn om te schuiven, is een reden voor wachtlijstbeheer om aan een medewerker te vragen om nog eens kritisch te kijken naar de bedden en de wachtlijst (Bo2.2, Bo2.6). In het overleg wordt richting wachtlijstbeheer aangegeven dat het jammer is dat er weer een bed leegstaat (Bo2.3). De focus hierop wijst op de eis vanuit de organisatie dat de bedden gevuld moeten zijn. Ook werd er besproken dat het lastig is om patiënten door te laten stromen uit de kliniek en dat er daardoor lange wachtlijsten zijn. De aanwezigen gingen in gesprek over dit signaal en beaamden dat dit als probleem wordt ervaren (Bo2.5).

Samenwerking en communicatie afdelingen

Er werd zichtbaar dat het beddenoverleg ook wordt gebruikt om ontevredenheid uit te spreken over bijvoorbeeld het ontbreken van medicatie van een overgeplaatste patiënt. Dit werd gedeeld en de afdeling zei dat ze erachter aan zou gaan hoe het zat (Bo1.1). In het overleg gebeurt het ook dat een afdeling aan de Lariks vraagt of er plek is om iemand terug te plaatsen. Er wordt gereageerd dat er geen plek is, maar dat de patiënt wel op de wachtlijst geplaatst mag worden. Dit gesprekje verloopt zichtbaar kortaf en gehaast (Bo2.7).

Overplaatsingen

Om een overplaatsing te kunnen faciliteren is samenwerking en communicatie tussen de betrokken afdelingen van belang.

Samenwerking en communicatie afdelingen

Vanaf het moment dat er gebeld is met wachtlijstbeheer loopt het contact tussen de betrokken afdelingen, dus tussen de Lariks en een van de andere afdelingen (Op1.2, Op4.3). Dit gaat meestal via de telefoon en er wordt afgestemd op welk tijdstip een patiënt overgeplaatst kan worden (Op1.1, Op2.1, Op4.1, Op5.3, Op6.3). Soms hangt dit samen met het moment dat de nieuwe kamer van de patiënt is schoongemaakt (Op2.1, Op5.2). Al voordat de patiënt wordt opgehaald, ontstaat er soms frustratie door het feit dat de afdeling te laat is en een afspraak niet nakomt (Op1.4, Op4.7). In beide

gevallen valt het op dat dit niet wordt uitgesproken naar de medewerker zelf wanneer die arriveert (Op1.5, Op4.12), maar dat de frustratie gericht is op de afdeling. Het is kort van tevoren bekend dat iemand overgeplaatst kan worden, maximaal twee uur (Op1.1, Op2.1, Op3.1, Op4.1).

Wanneer de patiënt door de nieuwe afdeling al eens gezien is, is dat een reden om de overplaatsing vlug te laten verlopen (Op1.1, Op5.7).

Als het gaat om een overplaatsing naar de Lariks is dat meestal omdat een patiënt ontregeld is en hij met het gedrag wat hij vertoont niet langer op de afdeling kan blijven. Er wordt eerst contact gezocht met de Lariks of er overgeplaatst kan worden in plaats van wachtlijstbeheer te bellen (Op7.1). Er is geen bed vrij, maar het is mogelijk om een patiënt te ruilen (Op7.2). Tussen de afdelingen bestaat interactie die zich uit in het gevoel van de Lariks dat andere afdelingen vinden dat die patiënten zou weigeren (Op7.3) en het gevoel bij de andere afdelingen dat Lariks

vindt dat zij patiënten te snel zouden terugplaatsen (Op6.6). Er heerst ook een gevoel bij de andere afdelingen dat de Lariks iets belooft aan patiënten wat op de nieuwe afdeling niet nagekomen kan worden. Dat voelt als 1-0 achterstaan en het zorgt voor frustratie (Op5.11).

Overdracht

Tijdens het observeren wordt zichtbaar dat tussen de verpleegkundigen in de meeste gevallen zowel de mondelinge overdracht als een schriftelijke overdracht ontbreekt. Dat een overdracht ontbreekt kan te maken hebben met het feit dat de afdeling zelf ook geen informatie heeft, omdat de patiënt nog maar een paar dagen opgenomen is (Op1.5, Op4.5), dat de patiënt al bekend is op de afdeling (Op5.6) of dat er een flexmedewerker ingezet wordt die geen informatie heeft (Op6.9). Onder de schriftelijke overdracht wordt een verpleegkundige overdracht verstaan met daarin alle nodige aandachtspunten over de patiënt. Wanneer de opname gepland is, kan er wel een verpleegkundige overdracht geschreven worden (Op5.4). Maar vaak is die afwezig (Op1.5, Op4.5, Op6.9) of is de informatie summier (Op5.9). Tijdens een overplaatsing gaan de medicatie, de medicatielijsten en de bijbehorende stickers mee met de patiënt (Op1.5, Op4.4, Op5.8). In een enkel geval gebeurt het dat er wordt aangegeven dat dat later op de dag gebracht wordt (Op6.7, Op6.9).

Naast de overdracht tussen de verpleegkundigen vindt er een overdracht plaats tussen de behandelaren (Op2.4, Op5.12). Deze beide overdrachten staan geheel los van elkaar. Wanneer een overplaatsing gepland staat, blijkt dat behandelaren elkaar van tevoren al opzoeken om een mondelinge overdracht te doen (Op3.1, op5.1). In deze mondelinge overdracht komen aan bod: de belangrijke aandachtspunten, psychisch toestandsbeeld, traject schuldsanering, somatische aandoening en afspraken rondom urinecontroles en vrijheden (Op3.2). Vanuit de verpleegkundigen is er behoefte om de overdracht tussen de behandelaren ook in te kunnen zien (Op5.10).

Bij de patiënten van de spoedeisende hulp is alleen een mondelinge overdracht aan de orde, omdat de patiënt betrekkelijk nieuw is en nog geen behandelplan heeft. Als invulling van de schriftelijke overdracht wordt in een enkel geval het verslag van het opnamegesprek meegegeven aan de patiënt (Op4.4). Door het beloop op de SEH is er geen tijd om een verpleegkundige overdracht te schrijven (Op1.9, Op4.5).

Gevolgen voor patiënten

Het verloop van de samenwerking en de communicatie op de afdelingen geeft zijn weerslag op de patiënten. De patiënt moet namelijk met zijn ingepakte spullen buiten zijn kamer wachten omdat de kamer al wordt schoongemaakt voor de volgende patiënt (Op1.3, Op6.5). Het zorgt voor spanning bij de patiënt, als de afdeling dan ook nog eens veel te laat is om hem op te halen (Op1.4, Op4.8). Dit uit zich in luid praten, wiebelen op de benen en heen en weer lopen. Het gevolg van dat de

nieuwe afdeling te laat is dat zowel de kennismaking (Op4.13, Op5.5) als het afscheid van de vorige afdeling kort en gehaast verloopt (Op4.14, Op5.7, Op6.7). In een enkel geval vertelt de patiënt onderweg naar de volgende afdeling zelf wat zijn afspraken en vrijheden zijn (Op6.10). Dit omdat er geen tijd is geweest voor een overdracht.

Samenvatting

Uit de observaties worden verschillende samenwerkingsverbanden en communicatiestromen van de medewerkers van de Boumankliniek bij een overplaatsing duidelijk. Op het beddenoverleg en het ochtendoverleg blijkt de telkens terugkerende focus op het bezetten van bedden. Zodra er ergens een bed vrij is, is dat aanleiding om te kijken welke patiënt overgeplaatst kan worden. Er blijkt tussen de behandelaren van de verschillende afdelingen geen communicatie te zijn over de volgende zaken: op welke afdeling een patiënt uiteindelijk, na heen- en weer teruggeplaatst te zijn, zal verblijven, wat de reden van een terugplaatsing is en in hoeverre de nieuwe afdelingen meegaan in de gemaakte afspraken. Het is zaak dat die klinisch behandelplannen voor iedere patiënt op orde zijn, zodat de volgende afdeling op één A4 een overzicht heeft van wat er speelt bij de patiënt. Lariks en de andere afdelingen lijken tegenover elkaar te staan. Op de Lariks heeft men het gevoel dat andere afdelingen vinden dat ze patiënten zouden weigeren. De andere afdelingen hebben het gevoel dat Lariks vindt dat zij patiënten te snel zouden terugplaatsen. Tijdens de overplaatsingen van patiënten komt de samenwerking en communicatie van de verpleegkundigen naar voren. Wanneer afdelingen te laat zijn voor de gemaakte tijdsafpraak, zorgt dit voor frustratie. Deze frustratie is gericht op een afdeling en wordt niet besproken met de collega van die afdeling. De communicatie tijdens een overplaatsing door middel van een overdracht blijkt vaak te ontbreken. Tot slot wordt duidelijk dat de overdracht van de behandelaren geheel los staat van de overdracht van de verpleegkundigen en vanuit de verpleegkundigen is er behoefte om de overdracht van de behandelaren in te zien.

Deelvraag 4

Welke knelpunten ervaren medewerkers in de samenwerking rondom de overplaatsing van patiënten?

Door observatie is duidelijk geworden hoe de samenwerking tijdens overplaatsingen verloopt. Hieruit zijn al verschillende knelpunten naar voren gekomen. Door middel van interviews is er specifiek informatie verzameld over de knelpunten in de samenwerking rondom overplaatsing en overdracht. Deze informatie is gebruikt om deelvraag vier te beantwoorden. Als eerste worden de knelpunten in overdracht weergegeven, daarna in overplaatsing en tot slot in de samenwerking. Aan het einde wordt een samenvatting gegeven van de weergegeven informatie.

Knelpunten rondom overdracht

De overdracht, zowel mondeling als schriftelijk, tussen behandelaren komt vaak niet mee tijdens een overplaatsing (1.20, 3.9, 4.8, 6.10). Ook bij de verpleegkundigen op de werkvloer ontbreekt een schriftelijke overdracht vaak (2.32, 7.7, 8.7, 9.15). Als de overdracht alleen mondeling gebeurt bestaat het gevaar dat er belangrijke informatie verloren gaat (7.14, 8.13, 9.8). De redenen waardoor er geen overdracht meekomt zijn heel divers. Overplaatsingen binnen de Boumankliniek worden meestal kort van tevoren gepland of zijn ongepland, wat het maken van een overdracht in de weg staat (1.20, 3.22, 5.9, 6.10). Overplaatsingen vinden ook plaats in het weekend wanneer er geen behandelaren aanwezig zijn (1.18, 3.22, 4.12). Voor hen is het dan de vraag of ze alsnog een overdracht moeten sturen. De een kiest ervoor om dat wel te doen (4.13) en de ander niet (6.20). Voor behandelaren is het ook niet altijd duidelijk aan wie ze op de volgende afdeling hun overdracht moeten overdragen, bijvoorbeeld omdat er verschil is in de samenstelling van disciplines met de daarbij behorende taken (3.22, 4.15). Daarnaast wordt als belemmerende factor aangegeven dat overdracht tijd kost (3.37, 6.25, 8.12). Toch is een overdracht belangrijk. Het kan namelijk een storende factor zijn als er geen overdracht is (1.20). Er kan dan niet goed op de behandeling van de vorige afdeling worden aangesloten (1.21, 2.37). Doordat er geen overdracht is zijn er veel onduidelijkheden. Vooral in het weekend kan er onrust en frustratie op de afdeling ontstaan over vrijheden, medicatie, tijdstippen van medicatie en gebruik (2.10, 5.20, 7.7, 8.9).

"Dus een patiënt zwemt vaak een beetje als hij wordt overgeplaatst, terwijl dat onnodig is" (2.37).

Overdracht van en naar de Lariks

Overplaatsingen naar de Lariks zijn vaak van korte duur (1.33), deze zijn erop gericht om de crisis te couperen (4.2, 6.2). Dit kan een reden zijn waardoor er minder belang wordt gehecht aan een overdracht naar de Lariks (1.33). Terwijl bij de Lariks juist wordt aangegeven dat ze een overdracht missen. Het lijkt erop dat een patiënt vaak wordt afgegeven en ervaren wordt dat overleg dan lastig is (3.10, 7.11). Voor overplaatsing van Lariks naar een andere afdeling is het belangrijk dat er een goede overdracht is en dat patiënten warm welkom worden geheten om een terugval te voorkomen. Dit gebeurt nu niet altijd (7.27).

Knelpunten rondom overplaatsing

Rondom overplaatsing zijn verschillende knelpunten aanwezig. Allereerst is de doorstroom van patiënten vaak onverwachts voor zowel de medewerkers van de Boumankliniek als voor de patiënten (1.11, 2.33, 4.13, 5.9, 8.2). Medewerkers geven aan dit logisch te vinden (6.23) en hier geen invloed op te hebben (1.40, 8.26). De onverwachte doorstroom heeft te maken met redenen van buitenaf

die zorgen voor de druk op de Lariks om patiënten zo snel mogelijk over te plaatsen (1.13, 6.23, 8.11). Lege bedden moeten altijd direct worden opgevuld, omdat de organisatie anders geld misloopt (1.13). Daarnaast is er door de overheid gestimuleerd om bedden af te bouwen (8.26), wat zorgt voor druk op de wachtlijsten en dit heeft een negatief gevolg heeft op de kwaliteit van zorg (1.36, 3.23, 8.11). Een overplaatsing is voor patiënten spannend en zeker als deze onverwachts is, kan dit extra stress opleveren (2.33). Voor de medewerkers heeft de snelle doorstroom als gevolg dat er vaak achter de feiten aangelopen wordt (5.9). Rondom een overplaatsing wordt het bedrijfsbureau en wachtlijstbeheer ingelicht, maar het is onduidelijk wie hier verantwoordelijk voor is (2.7, 3.2). Daarnaast wordt gemerkt dat familie vaak niet wordt ingelicht, wat wel wenselijk is (2.11). Wat verder maar twee keer genoemd wordt als taak van de overplaatsende partij (3.26, 5.22). Een andere belangrijke reden is dat een overplaatsing even tussendoor lijkt te komen en niet zorgvuldig gebeurt (2.35, 7.26, 8.11). Er raken bijvoorbeeld weleens spullen van patiënten kwijt (2.39). En ook wordt weinig tijd genomen voor een overplaatsing en patiënten worden geen warm welkom geheten (7.26). Op Mahonie-Palissander is er een consultatiefunctie, wat de mogelijkheid biedt om met elkaar te overleggen over bepaalde keuzes rondom overplaatsingen. Hier wordt weinig gebruik van gemaakt (6.8).

Overplaatsingen van de Lariks

Vanuit de Lariks is het vanwege de problematiek lastig om patiënten door te laten stromen (3.18). Het speelt ook mee dat vanuit wachtlijstbeheer de vraag aan de Lariks is om patiënten over te plaatsen, ook al is geen van de patiënten er al aan toe, toch moet het wel (3.23). De andere afdelingen merken dat overplaatsingen vaak moeten worden gedaan omdat er bedden nodig zijn. De patiënt met de problematiek en de toekomstige afdeling staat daar minder centraal in (1.16, 2.1, 6.8, 8.6). Patiënten zijn bijvoorbeeld nog te instabiel of hebben een IBS wat niet passend is bij de afdeling waar ze naartoe worden overgeplaatst (6.8).

Overplaatsingen naar de Lariks

Redenen die door afdelingen genoemd worden om patiënten terug te plaatsen naar de Lariks gaan vooral over terugval, verergering van psychiatrische klachten en/of gedrag (1.5, 1.22, 2.14, 4.5, 5.12, 6.13, 8.19, 9.21). Ook de middelen van de Lariks *“die gespecialiseerd is in ernstige psychiatrie”* (2.22) werden aangegeven als reden. Het is een kleinere afdeling die meer aandacht kan bieden en waar meer personeel beschikbaar is (1.15, 4.10). De Lariks heeft een meer gesloten kader (6.13) en de middelen als screeningsinstrumenten en de crisismonitor werden genoemd (2.23). Door de afdelingen wordt aangegeven dat het lastig is om patiënten terug te plaatsen naar de Lariks als de verpleegkundigen dit nodig vinden (1.18, 2.29). Vaak moeten de klachten te ver oplopen voordat de Lariks een patiënt terug laat plaatsen (2.22, 6.16, 8.22). Vanuit de Lariks wordt terughoudend gereageerd op een overplaatsing naar de Lariks, omdat een terugplaatsing als faalervaring wordt ervaren door patiënten (3.31, 7.8). Vaak wordt ervaren dat afdelingen op een dwingende manier patiënten willen terugplaatsen (3.4). Terwijl de Lariks daar veel meer in zou willen overleggen om te

“Er is ook niet echt duidelijk wat er van ons verwacht wordt. Ik denk dat ook heel veel mensen het ook wel een beetje eng vinden. En er wordt ook wel gedacht van: ‘Hij zit nu bij jullie dus jullie mogen het oplossen’” (2.19).

kijken of er bijvoorbeeld ook andere oplossingen zijn, behalve een terugplaatsing (3.5). Maar ook meer overleg rondom een overplaatsing om afspraken te maken. Nu lijkt het er regelmatig op dat patiënten worden teruggeplaatst en de afdeling zijn handen er dan vanaf trekt, wat medewerkers van de Lariks onwenselijk vinden (3.6, 7.7). Er is bij de medewerkers van de vervolgafdelingen angst om bijvoorbeeld separeerbezoeken op de Lariks te doen (2.18).

Knelpunten rondom samenwerking

Duidelijk komt naar voren dat de samenwerking tussen de afdelingen niet goed verloopt (1.12, 2.24, 3.30, 4.4, 6.16, 7.6, 8.34, 9.26). Er wordt op een negatieve manier over elkaar gepraat en geklaagd (1.35, 2.43, 9.18). Een oorzaak zou kunnen zijn dat medewerkers na de reorganisatie opnieuw moeten wennen en dat dit samen met de werkdruk zorgt voor een focus op de eigen afdeling (1.41, 4.22). Het lijkt alsof elke afdeling op een eilandje leeft en de oorzaak als er iets fout gaat bij de ander zien (3.30, 4.4). Terwijl het juist gevaarlijk kan zijn als de afdelingen elkaar niet helpen (2.41). Alleen de samenwerking met Ebben-Merbau verloopt op het niveau van behandelaren soepel. Vanwege afspraken, korte lijnen en een vast overleg per week (3.27, 5.6). Daarnaast wordt er voordat iemand terug geplaatst wordt overlegd over eventuele andere interventies (3.27).

Samenvatting

Zowel in de overdracht als in de overplaatsing als in de samenwerking daarbij zijn vanuit de interviews knelpunten zichtbaar geworden. Iedereen is het erover eens dat de samenwerking niet goed verloopt. Knelpunten in samenwerking rondom overplaatsing zijn:

- Factoren van buitenaf zorgen ervoor dat niet het belang van de patiënt voorop staat, maar het vullen van bedden. Hier hebben medewerkers geen invloed op. Dit zorgt mede voor een onverwachte doorstroom ook in het weekend. De onverwachte doorstroom samen met de beperkte tijd staat een zorgvuldige overdracht in de weg.
- Tussen de afdelingen zijn er verschillen in de samenstelling van disciplines en de daarbij behorende taken. Dat geeft onduidelijkheid voor de behandelaren aan wie er overgedragen moet worden.
- Taken rondom een overplaatsing worden tussen de afdelingen niet goed afgestemd. Onduidelijkheden gaan onder andere over het afstemmen van een juiste tijd en inlichten van het bedrijfsbureau, wachtlijstbeheer en de nieuwe afdeling.
- Opvallend is dat het inlichten van de patiënt zelf niet en van de familie nauwelijks genoemd wordt door de medewerkers.
- Medewerkers en behandelaren van de Lariks ervaren dat medewerkers van andere afdelingen patiënten regelmatig op een dwingende manier afschuiven naar de Lariks.
- Terwijl andere afdelingen aangeven dat het te ver moet oplopen met klachten voordat een patiënt terug geplaatst mag worden naar de Lariks.
- Er lijkt bij de Boumankliniek een cultuur te heersen waarin de afdelingen los van elkaar eilandjes vormen en waarbij ieder over andere afdelingen klaagt.

Deelvraag 5

Welke mogelijkheden zien medewerkers om de samenwerking en communicatie tussen afdelingen rondom de overplaatsing van patiënten te verbeteren?

In de vorige deelvraag zijn de knelpunten waar medewerkers tegenaan lopen beschreven. In de interviews is ook gevraagd naar de mogelijkheden die zij zien rondom samenwerking en communicatie bij overplaatsingen van patiënten. Deze mogelijkheden staan samen met belangrijke behoeften en aandachtspunten centraal in deze deelvraag. Eerst worden behoeften en aandachtspunten rondom overdracht beschreven. Vervolgens wordt beschreven wat belangrijke punten voor de inhoud van de overdracht zijn en daarna worden de mogelijkheden voor een betere overdracht, betere overplaatsingen en betere samenwerking beschreven. De belangrijkste informatie wordt samengevat aan het einde van dit hoofdstuk.

Behoeften en aandachtspunten overdracht

Ondanks alle knelpunten vinden alle respondenten een duidelijke overdracht belangrijk (1.21, 2.9, 3.8, 4.7, 5.15, 6.11, 7.10, 8.13, 9.23). Er is verschil in de manier van overdracht tussen de behandelaren en de verpleegkundigen op de werkvloer. De verpleegkundigen geven aan zowel een mondelinge als een schriftelijke overdracht, elkaar aanvullend, wenselijk te vinden (2.45, 7.14, 7.16, 8.8, 8.14). Schriftelijke overdracht heft het nadeel van mondelinge overdracht op, namelijk dat belangrijke informatie verloren kan gaan (7.14, 8.13, 9.8). Schriftelijke overdracht kan ook via de e-mail (8.14).

*"Een mailtje vind ik erg fijn.
Dan ligt dat contact open,
dat vind ik fijn" (4.9).*

Een aantal behandelaren geeft aan zowel een mondelinge als een schriftelijke overdracht wenselijk te vinden (3.21, 5.22, 6.25). Er werd ook aangegeven door behandelaren dat wanneer de rapportage duidelijk is, daar al voldoende belangrijke informatie uit gehaald kan worden. Ze merken op dat er niet altijd tijd is voor een mondelinge en een schriftelijke overdracht (5.22, 6.21, 9.8). Als behandelaren en verpleegkundigen ieder een eigen overdracht schrijven, krijg je een compleet pakket (5.17, 6.11, 7.9). Het is belangrijk dat de overdracht beknopt is, omdat het vastleggen en doornemen veel informatie in de praktijk niet haalbaar is, vanwege tijdsgebrek (3.37).

Inhoud overdracht

Wat zeker aanwezig moet zijn in een overdracht is het beleid wat ingezet is op de andere afdeling en de belangrijke afspraken (2.9, 3.33, 4.16, 6.25, 7.7, 8.8, 9.28). Verlof is een belangrijke afspraak die overgedragen moet worden (2.10, 3.33, 4.29, 5.7, 7.30.). De reden van overplaatsing is ook belangrijk om over te dragen (5.15, 7.10, 8.29). Medische informatie, zoals medicatie (1.21, 2.9, 5.7, 8.36, 9.28), ziekenhuisafspraken en eventuele ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen mogen niet ontbreken in een overdracht (2.9, 3.12, 4.20, 7.31, 9.9). Ook zijn doelen belangrijk en welk vervolg er aan de behandeling gegeven moet worden (3.9, 4.7, 4.17, 5.8, 6.25, 8.36). Er zijn nog verschillende andere zaken die bepaalde medewerkers belangrijk vinden voor een overdracht. Bijvoorbeeld hoe is een patiënt binnen gekomen (4.7), wie is de patiënt in het kort (4.16) en gegevens van contactpersonen en huisarts (5.8).

Mogelijkheden rondom overdracht

Er zijn verschillende mogelijkheden genoemd om een overdracht te faciliteren. Zo is er een intern overplaatsingsformulier, dat ingevuld kan worden bij overplaatsing (2.5). Daarnaast kan er een opnamesgesprek met de patiënt plaatsvinden (2.38). Op de Lariks werken de behandelaren met een klinisch behandelplan waarin de doelen van de patiënt staan (3.14). Deze moet elke week geüpdatet worden, zodat er een overdracht is als een patiënt naar een andere afdeling gaat (3.16).

Behoeften en aandachtspunten rondom overplaatsing

Een overplaatsing wordt gezien als belangrijke stap en daarom is het belangrijk om er tijd voor te nemen (1.32, 2.35, 3.33, 7.29). Medewerkers hebben namelijk grip op hoe ze een overplaatsing laten verlopen (1.40). Het zou gewenst zijn als van tevoren familie (2.6, 5.22) of contactpersonen en het ambulante team wordt ingelicht, zodat zij op de hoogte zijn van de overplaatsing (3.26). Vervolgens is het belangrijk dat er met de volgende afdeling wordt afgesproken of de patiënt gehaald of gebracht wordt en hoe laat dat zal zijn. Hiervoor horen beide afdelingen een rustig punt te zoeken waarop de overplaatsing en overdracht kunnen plaatsvinden (1.10, 2.31, 7.12, 9.4). Als vertrekkende afdeling is het belangrijk om de juiste verwachtingen bij patiënten te scheppen over de nieuwe afdeling, zodat ze een reëel beeld krijgen (2.36, 8.18). Als ontvangende afdeling is het belangrijk dat de patiënt welkom geheten wordt en dat bijvoorbeeld zijn nieuwe kamer aangewezen wordt (1.9, 2.35, 3.33, 7.29, 8.15, 9.7).

Specifiek met betrekking tot de samenwerking met de Lariks werd genoemd dat men zo snel mogelijk hulp wil als het niet gaat met een patiënt (2.22). Dat daarin meer samenwerking mag ontstaan (1.38). Vanuit de Lariks vindt men het belangrijk om eerst te overleggen over de mogelijke interventies, voordat een patiënt naar de Lariks wordt teruggeplaatst (3.5). Van de Lariks is men bereid om mee te denken met andere afdelingen (3.7) en zo kan samen naar een oplossing gezocht worden (6.22).

Mogelijkheden rondom overplaatsing

Er zijn mogelijkheden genoemd om een overplaatsing en de samenwerking beter te laten verlopen. Het zou een oplossing zijn als er een indicatie voor de wachttijd zou kunnen worden gegeven om stress bij patiënten te voorkomen (2.33). Daarnaast zou er al een overdracht gedaan kunnen worden als de overplaatsing van tevoren al bekend is (5.17, 8.7). Een initiatief wat ook regelmatig naar voren kwam is om alvast met patiënten die op de wachtlijst staan voor de afdeling kennis te maken. Bijvoorbeeld om met hen een rondje over de nieuwe afdeling te lopen en daar even koffie te drinken (2.34, 3.27, 5.18, 8.32). Ook korte lijnen met wachtlijstbeheer zijn gewenst (3.25, 9.29).

Mogelijkheden rondom samenwerking

Begrip (1.38, 2.44, 8.23) en elkaar serieus nemen en respecteren (8.33) zijn kernwoorden die regelmatig terugkomen. Als aangegeven wordt dat men een patiënt niet meer aankan, wil men daarin begrip ontvangen en serieus genomen worden (1.38, 2.44, 9.37). Ook ruimte voor overleg kwam veel naar voren (1.38, 3.29, 4.21, 5.14, 6.22, 7.34, 9.34). Doordat het contact openligt en de medewerkers het idee hebben dat ze bij elkaar langs mogen lopen. Communicatie is hier belangrijk in (3.35). Flexibiliteit is ook belangrijk (6.24). Verder werd aangegeven dat korte lijntjes belangrijk zijn (3.29, 5.14, 8.28). Een medewerker geeft aan elkaar nodig te hebben en het belangrijk te vinden samen één gemeenschappelijk doel te hebben. Dit wordt omschreven als het belang van de patiënt en voor hem de zorg het beste uitzetten (2.40, 3.30, 4.6, 5.21, 8.35). Mogelijkheid om tot dat doel kan komen is het investeren

"De schotten moeten eruit, weet je het is een beetje wij-zij. En dat is jammer terwijl je eigenlijk voor één doel staat." (8.34)

in menselijk contact en het gewoon met elkaar om de tafel gaan zitten (4.23). Ook zijn er kliniek breed overleggen, waar vooral hoofdbehandelaren aanwezig zijn. Het zou een mogelijkheid zijn om verpleegkundigen hierbij te betrekken of een combinatie van hen (4.26). Ook met medewerkers van verschillende afdelingen bijvoorbeeld een agressietraining volgen is positief bevallen. Zaken werden uitgesproken naar elkaar, terwijl dat niet het doel was van de training (2.42). Bij de behandelaren is door sommigen aangegeven dat het fijn is als het contact open is, er ruimte is om bij elkaar langs te lopen om wat te vragen (3.35, 4.9, 5.11).

Samenvatting

Verpleegkundigen en behandelaren gaven aan het belangrijk te vinden in de samenwerking tussen de afdelingen dat er ruimte is voor overleg, dat er begrip is en dat men serieus wordt genomen. Mogelijkheden om samenwerking en communicatie tussen afdelingen te verbeteren zijn:

- Korte lijntjes tussen verpleegkundigen en behandelaren, waarin ruimte is voor open contact zodat men mét elkaar praat in plaats van óver elkaar.
- Er kan meer samengewerkt worden onderling, door alvast kennis maken met patiënten die op de wachtlijst staan voor de afdeling maar nog op een andere afdeling verblijven binnen de kliniek.
- Er werd aangegeven dat een overdracht een belangrijk onderdeel is van de overplaatsing. Er wordt een overdracht verwacht van een overplaatsende afdeling. Hier is verschil in behoefte als het gaat om de manier van overdragen, de inhoud en aan wie de overdracht gericht is; behandelaren of verpleegkundigen. Er is een intern overplaatsingsformulier waar gebruik van kan worden gemaakt, maar dit gebeurt momenteel nog niet. Behandelaren kunnen gebruik maken van het klinisch behandelplan, als deze up-to-date wordt gehouden is er altijd een goede overdracht. Ook is het belangrijk dat verpleegkundigen dan de taken rondom een overplaatsing goed met elkaar afstemmen.
- Voor de afstemming tussen afdelingen en voor de patiënten zou het fijn zijn als er een indicatie gegeven kan worden voor de wachttijd. Dan kan de overplaatsing gepland worden en overdracht op voorhand gegeven kan worden.
- Het is voor patiënten belangrijk dat ze welkom worden geheten door de ontvangende afdeling, bijvoorbeeld door middel van een opnameboekje of een opnamegesprek.
- Vanuit de Larijs geeft men aan te willen fungeren als consultatiepunt voor andere afdelingen als dit nodig is.

Conclusie

Hoe kan de samenwerking en communicatie bij de overdracht van de overplaatsing van een patiënt verbeterd worden, waardoor de continuïteit van de behandeling en de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt?

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de bovenstaande vraag. Het doel van dit onderzoek is om te beschrijven hoe de samenwerking en communicatie bij een overplaatsing verbeterd kan worden. Hiervoor is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar hoe de samenwerking en communicatie op dit moment verloopt, om vervolgens te kijken op welke punten er verbetering aangebracht kan worden. Dit is gedaan door middel van een vooronderzoek onder patiënten, literatuuronderzoek, interviews met medewerkers en observatie van overplaatsingen en overleggen.

Samenwerking en communicatie

Uit de resultaten is gebleken dat de samenwerking en communicatie tussen de afdelingen van de Boumankliniek niet soepel verloopt. Literatuuronderzoek wijst erop dat het belangrijk is dat iedereen naar het gemeenschappelijke doel van de organisatie streeft (Rijnbergen, 2007). In de interviews met de medewerkers komen er twee verschillende gemeenschappelijke doelen naar voren die botsen met elkaar. Als eerste heerst er binnen de organisatie een bedrijfsmatig doel, het gebruikmaken van de maximale beddencapaciteit, omdat de organisatie anders geld misloopt. Naast het bedrijfsmatige doel komt vanuit de medewerkers duidelijk een wenselijk doel naar voren om als organisatie de patiënt centraal te stellen en zich gezamenlijk in te zetten voor een zo effectief mogelijke behandeling. Het doel van de organisatie om de bedden gevuld te hebben, wordt door de medewerkers begrepen en men geeft aan hier weinig invloed op te hebben. Alleen gaat dit wel ten koste van het wenselijke doel, het belang van de patiënt. Om aan dit wenselijke doel te werken is het belangrijk dat medewerkers niet over elkaar maar met elkaar praten. Dat er openheid is om bij elkaar langs te gaan en ze samen achter één doel staan (Alblas, 1997).

Overdracht bij overplaatsing

Het doel van de organisatie om de bedden gevuld te hebben, zorgt mede voor een onverwachte en gehaaste doorstroom wat een zorgvuldige overdracht in de weg staat. Daarnaast lijkt er een cultuur te heersen waarin afdelingen los van elkaar functioneren en vooral naar elkaar wijzen in plaats van met elkaar praten. Ieder heeft een eigen denkkader waarin het belang van de eigen afdeling centraal staat. Dit heeft zijn weerslag op hoe de communicatie bij een overplaatsing verloopt. Observaties laten zien dat afspraken bij een overplaatsing niet worden nagekomen en dat daardoor frustratie ontstaat. Frustraties over het niet nakomen van afspraken worden gericht op een andere afdeling in zijn geheel, maar worden niet uitgesproken naar een collega van die afdeling. Op de Lariks wordt ervaren dat andere afdelingen patiënten naar hun willen afschuiven en overleg daarover moeizaam verloopt. De andere afdelingen geven aan dat de klachten te ver moeten oplopen voordat een patiënt teruggeplaatst kan worden. Als mogelijkheid hierin geven medewerkers van de Lariks aan dat zij geconsulteerd willen worden voor de andere afdelingen en met hen willen overleggen over eventuele acties. Op die manier wordt er gebruik gemaakt van de aanwezige competenties en kwaliteiten van teams. Daarnaast is er bij veel medewerkers behoefte aan open contact en korte lijntjes om met elkaar te kunnen overleggen en plannen te kunnen maken.

wat betreft overplaatsingen. Dit wordt gezien als een mogelijkheid om de samenwerking en communicatie tussen de afdelingen in de Boumankliniek te verbeteren.

Continuïteit van de behandeling en patiëntveiligheid

Op dit moment zijn er een aantal samenwerkingsverbanden in de Boumankliniek. Wachtlijstbeheer speelt een centrale rol in de communicatie tussen de afdelingen en elke week vindt het bedden-overleg plaats, waarbij alle afdelingen aanwezig zijn. Ook tijdens de overplaatsing moet samengewerkt en afgestemd worden. In de praktijk lijken de afspraken rondom overplaatsing vaag te zijn, wat blijkt uit het vaak ontbreken van een overdracht en het ontbreken van kaders die binnen de gehele kliniek geldend zijn. Daarbij is het lastig dat er verschillen zijn in disciplines en bijbehorende taken, de beperkte tijd die er is en dat taken rondom overplaatsingen tussen afdelingen niet goed worden afgestemd. Terwijl uit de literatuur juist blijkt dat standaardisatie van afspraken en adequate verslaglegging de continuïteit van de zorg en de patiëntveiligheid waarborgt (Blok et al., 2012). De mogelijkheid om op voorhand te werk te gaan, is raadzaam. Hier kan invulling aan worden gegeven door al kennis te maken met een patiënt die op de wachtlijst staat. De patiënt zou alvast een rondleiding kunnen krijgen op een nieuwe afdeling. Ook zou de mogelijkheid om een patiënt overdag al mee te laten draaien met modules beter benut kunnen worden. Op deze manieren kan de samenwerking en communicatie tussen overplaatsingen vorm krijgen.

Doordat de overplaatsingen vaak onverwachts zijn, kan een patiënt nog te instabiel zijn voor een volgende afdeling en dit gaat ten koste van de effectiviteit van de behandeling. Uit het vooronderzoek kwamen nog meer negatieve gevolgen voor de patiënten naar voren wat het belang van verandering onderstreept. Uit het vooronderzoek blijkt dat ondanks dat patiënten het belangrijk vinden dat medicatie en afspraken goed worden overgedragen dit volgens hen niet vaak gebeurt. Meer dan de helft van de patiënten heeft aangegeven dat een overplaatsing niet prettig is verlopen, wat aangeeft dat hier verbetering in te behalen valt. Ook valt het op dat in de interviews niet wordt genoemd dat men familie en andere betrokkenen zoals verwijzers inlicht over een overplaatsing. Terwijl er in diezelfde interviews wel wordt aangegeven dat familieparticipatie belangrijk is. In deze knelpunten liggen mogelijkheden tot verbetering.

Aanbevelingen

Uit de getrokken conclusies zijn verschillende aanbevelingen voortgevloeid, deze komen in dit gedeelte aan bod. Aanbevelingen zijn gericht op verbetering van de samenwerking en communicatie tussen de afdelingen van de Boumankliniek bij overdracht en overplaatsing van patiënten. Allereerst worden er aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op een gemeenschappelijk doel. Vervolgens over het aanstellen van een consultatiefunctie, kennismaking bij overplaatsing en standaardisatie van overdracht. Vervolgens wordt een aanbeveling beschreven die gaat over een checklist die ontworpen is als eindproduct naar aanleiding van dit onderzoek. Daarop volgen nog vier aanbevelingen die gaan over het aanstellen van een coördinatiepunt, scholing, overlegmomenten en het aanstellen van een behandelaar per patiënt.

Gemeenschappelijk doel

Het is belangrijk dat er bij de medewerkers van de Boumankliniek bewustwording optreedt van de huidige manier van samenwerken. De eerste stap in dit proces is om de medewerkers uit te nodigen bij de presentatie over de resultaten van dit onderzoek en de bijbehorende aanbevelingen. Op die manier wordt voor hen concreet zichtbaar hoe het werk omtrent overdracht en overplaatsing er in de praktijk aan toegaat. Het is belangrijk voor de samenwerking dat iedereen dezelfde richting op werkt en dat er gemeenschappelijke doelen zijn (Bonacum et al., 2004). Dit vraagt om de interne motivatie en het verantwoordelijkheidsgevoel voor het werk en de resultaten daarvan van elke individuele medewerker. De genoemde drie handvaten zijn onderstaand uitgebreider beschreven.

- ➔ Voor de Boumankliniek is het belangrijk dat er kritisch gekeken wordt naar de bedrijfsmatige manier waarop nu gewerkt wordt, een gevolg van de focus op het vullen van de bedden. Het botst met de missie van de Boumankliniek, want daarin wordt juist beschreven dat de Boumankliniek er is om de gezondheid van mensen met een verslaving te bevorderen (Bouman GGZ, n.d.). Het is belangrijk dat bij de medewerkers van de kliniek bewustwording optreedt van de huidige samenwerkingscultuur. Bewustwording is de eerste stap om vervolgens stappen te gaan ondernemen om hier iets aan te doen (Oude Lansink, 2014).
- ➔ Er mist binnen de Boumankliniek een gemeenschappelijk doel. Belangrijk voor een goede samenwerking is dat deze er wel is (Rijnbergen, 2007). Dit verbindt de verschillende afdelingen namelijk met elkaar. Voor de kliniek zou het een functionele toevoeging zijn als er door behandelaren en verpleegkundigen van de verschillende afdelingen een gemeenschappelijk doel wordt opgesteld. Daarbij is het belangrijk dat meegenomen wordt dat het belang van de patiënt nu regelmatig ondergeschikt is aan het opvullen van bedden. Verder moet er samengewerkt worden met degenen die weet hebben van de financiële mogelijkheden van de Bouman-kliniek. Tijdens het proces kan gebruik gemaakt worden van het IPG-model: *"Integrale Procesbegeleiding van Groepen"*. Dit model richt zich allereerst op de het formuleren van doelstellingen en op bewustwording van de interactiepatronen tussen de teamleden. Hierbij is er speciaal aandacht voor knelpunten. Vervolgens worden effectieve samenwerkingsprocessen gestimuleerd (Remmerswaal, 2013). Het model richt zich op procesbegeleiding van één team. Onze aanbeveling richt zich op het toepassen van het IPG-model voor de teams van de Boumankliniek in Rotterdam. Waarbij de regisseurs, de managers zijn die de leiding op zich zouden kunnen nemen als men dit traject wilt uitvoeren. De deelnemers waarover gesproken wordt zijn dan de teams. De managers zijn de leiders van het proces en belangrijk is dat de teams hier zoveel mogelijk bij betrokken worden. Het IPG-model wordt in bijlage 2 verder toegelicht.

- ➔ De verandering in het samenwerken vraagt om interne motivatie en een persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel voor het werk en de resultaten daarvan bij iedere individuele medewerker. We bevelen aan om als behandelaren en verpleegkundigen initiatief te nemen in het stellen van een gemeenschappelijk doel. Op deze manier verloopt de communicatie meer bottom up, dus vanuit de medewerkers op de werkvloer richting de organisatie. Hierdoor kan gestreefd worden naar motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel bij iedere medewerker. Het is zaak dat de mensen die zich bezighouden met het opstellen van dat doel de andere behandelaren en verpleegkundigen meenemen in het proces. Dat kan mondeling verlopen maar bij voorkeur door notulen van vergaderingen die de medewerkers via de e-mail ontvangen. Op deze manier voelen de medewerkers zich betrokken en hebben zij het gevoel serieus genomen te worden. Er is op die manier open communicatie en zekerheid dat de informatie bij iedereen aankomt. Open communicatie is een belangrijk kenmerk voor een goede samenwerking (Janzing & Kerstens, 2012).

Consultatiefunctie op Lariks

We adviseren om op de Lariks een pilot op te zetten met iemand die een consultatiefunctie heeft. Dit zou dan inhouden dat andere afdelingen de Lariks kunnen consulteren bij een situatie die aan het oplossen is. Op deze manier kan de Lariks vroegtijdig geconsulteerd worden wanneer er crisis is. Dit biedt de mogelijkheid dat de Lariks op voorhand al mee kan denken en er ruimte is voor overleg en afstemming. Dit is juist bij kwetsbare patiënten van belang en het waarborgt patiëntveiligheid en de continuïteit van de behandeling (Blok et al., 2012).

Kennismaken voor overplaatsing

Er is de mogelijkheid om van tevoren al kennis te maken met de patiënten die op de wachtlijst staan en nog op een andere afdeling binnen de Boumankliniek verblijven. We adviseren om dit indien mogelijk standaard bij elke overplaatsing te laten terugkeren. Zeker bij de overplaatsingen waarbij de patiënt al even op de wachtlijst staat zal dit goed mogelijk zijn. Als een aangewezen persoon op elke afdeling de afspraken juist afstemt met alle collega's, helpt dit mee aan het goed faciliteren van de doorstroom van patiënten (Wiggers & Oostwouder, 2016). Voor de patiënt komt dit zijn of haar veiligheid ten goede. Het kennis maken kan vormgegeven worden door alvast een rondleiding te geven of even te koffie drinken op de nieuwe afdeling.

Standaardisatie overdracht

We adviseren om als kliniek de mogelijkheden te bekijken die te maken hebben met het standaardiseren van de overdracht rondom overplaatsingen binnen de kliniek. Wanneer hier stappen in gezet worden zullen overdrachten soepeler verlopen, omdat duidelijk is wie waar zijn informatie kan verkrijgen. Concreet adviseren we om kliniek breed te gaan werken met het klinisch behandelplan, waar in het kort de nodige informatie van een patiënt teruggevonden kan worden. Verder kan het FACT-bord voor alle afdelingen in gebruik worden genomen. Tijdens het ochtendoverleg wordt dit bijgewerkt met alle recente informatie. Een technische tip is om ervoor te zorgen dat iedereen in het FACT-bord van elke andere afdeling kan lezen (niet bewerken). Deze aanbevelingen zijn gericht op standaardisatie van de overdracht. Dit is belangrijk voor zowel de continuïteit van de behandeling als de patiëntveiligheid (Jacobs, 2014).

Checklist

Standaardisatie houdt in: het vaststellen van verschillende aspecten van werkwijzen en het kennen van elkaar en elkaars informatiebehoeften. Om de patiëntveiligheid en continuïteit van behandeling te waarborgen dienen alle betrokkenen informatie over de patiënt te ontvangen (Blok et al, 2012). Dit kan op de Boumankliniek vormgegeven worden door het gebruik van een checklist met daarop alle acties omtrent een overplaatsing. Door deze kliniek breed in te zetten, is duidelijk wie voor welke taken verantwoordelijk is. Deze checklist is ontworpen voor verpleegkundigen en agogen. De checklist is te vinden in bijlage 1.

Coördinatiepunt per afdeling

We adviseren om per afdeling een of twee medewerkers aan te stellen die in eerste instantie een overplaatsing coördineren en hier het overzicht over hebben. Het zou tactisch zijn om deze taak aan een verpleegkundige of agoog toe te kennen, omdat er niet altijd een behandelaar aanwezig is tijdens een overplaatsing. Daarnaast zijn zij degene die de checklist uit moeten voeren en weten wat praktisch haalbaar is qua tijdstip bijvoorbeeld. De medewerker met deze taak kan ervoor zorgen dat de werkzaamheden goed op elkaar worden afgestemd, wat belangrijk is voor een goed verlopende samenwerking (Alblas, 1997).

Scholing van personeel

We adviseren om als kliniek meer kennis over overdracht te geven aan de medewerkers, zodat iedereen weet wat belangrijk is om over te dragen. Op die manier kan er inzicht gegeven worden in elkaars informatiebehoeften en wat belangrijk is in de samenwerking (Blok et al., 2012). Dit bevordert de efficiëntie van het leveren van zorg en voorkomt dat er gesproken wordt in 'wij-zij'.

Overlegmomenten tussen afdelingen

Op de Lariks wordt waargenomen dat zij elke week op een vaste tijd een overlegmoment hebben met de afdeling Merbau. We adviseren om dit tussen elke combinatie van afdelingen te realiseren, waarbij natuurlijk gekeken wordt tussen welke afdelingen een relevant aantal overplaatsingen plaatsvindt. Deze samenwerking is belangrijk omdat de behandeling van een afdeling eindig is. Door overplaatsing in een multidisciplinaire setting voor te bereiden, kan er continuïteit van behandeling worden geboden (Van Es et al., 2016). In de praktijk betekent het dat die afdelingen elke week een uur met elkaar rond de tafel zitten om acties uit te zetten wat betreft:

- Welke mogelijkheden de wachtlijst biedt
- Of er plek is en wie er klaar voor is om door te stromen
- Alvast kennis maken met de patiënt
- De patiënten die overgeplaatst gaan worden of al overgeplaatst zijn
- Op voorhand overdracht over komende overplaatsingen

Behandelaar koppelen aan patiënt

De situatie in de Boumankliniek is momenteel zo dat de behandelaren gekoppeld zijn aan een afdeling. Dit zorgt ervoor dat de patiënt bij een overplaatsing een andere behandelaar krijgt. Het advies is om behandelaren te koppelen aan patiënten, zodat er bij een overplaatsing niet van behandelaar gewisseld hoeft te worden. Gevolg hiervan is dat de behandelaren op alle afdelingen komen en dat zij bekend zijn bij het personeel. Deze switch zou zorgen voor een patiëntgerichte manier van werken, omdat de continuïteit van de behandeling gewaarborgd wordt.

Discussie

In dit hoofdstuk vindt een discussie plaats over het uitgevoerde onderzoek. Hierbij is er als eerste aandacht voor een procesevaluatie met daarbij terugblikkend naar hetgeen invloed heeft gehad op de kwaliteit van het eindproduct. Vervolgens wordt er kritisch teruggeblikt op de uitvoering van het onderzoek. In dit hoofdstuk krijgt de lezer de mogelijkheid om inzicht te verkrijgen in de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Productevaluatie

Bijdrage eerder onderzoek

Er is bij de Boumankliniek nooit eerder onderzoek gedaan naar de onderwerpen: samenwerking, communicatie, overplaatsing en overdracht. Dit onderzoek is daarom geen vervolg op eerder onderzoek in de praktijk. Wel is er voortgebouwd op de al aanwezige literatuur, waaruit duidelijk werd wat belangrijk is voor goede samenwerking en communicatie en welke handvaten ingezet kunnen worden voor het waarborgen van de patiëntveiligheid en de continuïteit van de behandeling. Het onderzoek geeft inzicht aan medewerkers van de Boumankliniek over de huidige manier van samenwerken en communiceren rondom een overplaatsing. Duidelijk is geworden hoe er twee gemeenschappelijke doelen heersen en dat deze botsen met elkaar en hoe er vorm wordt gegeven aan overplaatsing en overdracht. Mogelijkheden over verbetering van de samenwerking en communicatie zijn in kaart gebracht. Door middel van concrete en realiseerbare aanbevelingen is er een eerste stap gezet om verbetering aan te brengen aan de huidige situatie.

Literatuuronderzoek

Deelvraag 1 en 2 zijn beantwoord door middel van bronnen uit de literatuurstudie. In de literatuur gaat het over 'het ziekenhuis' wat een synoniem is voor 'kliniek'. Er is weinig informatie gevonden die gericht over een ziekenhuis of kliniek in de verslavingszorg gaat.

In de literatuur is geen bruikbare informatie gevonden over ad hoc overplaatsingen, terwijl dit wel een belangrijk probleem is waar men op de Boumankliniek mee te maken heeft. Dit was onverwacht, aangezien ervan uitgegaan werd dat meerdere organisaties in Nederland te maken hebben met ad hoc overplaatsingen, als gevolg van de recente veranderingen in de zorg. Dit onderdeel is voor het beantwoorden van deelvraag drie wel geobserveerd in de praktijk en kwam in interviews terug. Op deze manier is er toch voldoende informatie over verzameld.

Observatieonderzoek

Deelvraag 3 is beantwoord door middel van het doen van observatieonderzoek. Hierbij was eerst het doel om door middel van het observeren van overplaatsingen antwoord te geven op de deelvraag. Er was weinig weet van de samenwerkingsverbanden die verder in de kliniek aanwezig waren. Er bleken nog verschillende overleggen te zijn tussen de afdelingen die betrekking hebben op overplaatsingen. De tijd liet het toe om ook deze overleggen te observeren om zo de volledigheid van het antwoord op deelvraag drie te vergroten.

Het was shockerend om te observeren dat deze overleggen totaal gefocust waren op een bedrijfsmatige manier van werken, namelijk op het vullen van de lege bedden. Verder werd opgemerkt dat het belang van de patiënt geheel uit het oog werd verloren. Wanneer de kliniek 'muurvast' zit qua bezetting, was dit reden om het overleg te staken. Ondanks deze persoonlijke ervaring is objectief gekeken door letterlijk op te schrijven wat gehoord werd.

Interviews afnemen

Deelvraag 4 en 5 zijn beantwoord met de verkregen informatie uit de interviews met de behandelaren en verpleegkundigen van de vier verschillende afdelingen. Bij het beantwoorden van deelvraag 4 werd duidelijk dat het antwoord grote overlap had met het antwoord op deelvraag 5. De verkregen informatie was daarnaast een zodanige hoeveelheid dat er in overleg met de opdrachtgever en begeleider vanuit school voor gekozen is om de deelvragen aan te passen. In plaats van dat deelvraag 4 de knelpunten en mogelijkheden zou beschrijven, beschrijft deze nu alleen de knelpunten. De mogelijkheden voor verbetering in de samenwerking en communicatie tijdens overplaatsing zijn opgenomen in deelvraag 5. Een opvallende bevinding is dat de respondenten onze beschrijving van het probleem herkennen, maar dat uit hun handelen blijkt dat ze er in de praktijk niks mee doen.

Procesevaluatie

Overplaatsing naar de Lariks

Voor de volledigheid van informatie hadden er een of meerdere overplaatsingen naar de Lariks geobserveerd moeten worden. Maar er werd tegen de beperking aangelopen dat er ondanks veel aanwezigheid op de kliniek geen overplaatsingen waren naar de Lariks. Deze overplaatsingen zijn ad hoc en vaak buiten kantooruren. Dit is een beperking in het observatieonderzoek. Door middel van interviews en observatie van ochtendoverleg is er wel informatie vanuit de Lariks meegenomen in het onderzoek. Hierdoor is geprobeerd de gevolgen van deze beperking (een eenzijdig beeld) zo klein mogelijk te houden.

Fragmenten

Na het verwerken van de interviews werd opgemerkt dat de fragmenten van de interviews groot zijn. Na hiernaar gekeken te hebben is besloten het niet te veranderen omdat het zoals het nu is ook voldoet aan de eisen. Het risico is dat er bruikbare informatie over het hoofd gezien wordt en er mogelijk verwijzingen missen. Dit risico is zo veel mogelijk opgeheven doordat de fragmenten veel zijn doorgenomen tijdens het schrijven van deelvraag vier en vijf. Daarnaast zijn de interviews door de onderzoekers zelf uitgetypt, waardoor de belangrijkste informatie al bekend was. Hierdoor is er extra opgelet op het verwerken van belangrijke informatie. Op deze manier zijn de gevolgen voor dit onderzoek zo veel mogelijk ingedekt, maar voor een eventueel volgend onderzoek is het belangrijk dit mee te nemen.

Medewerkers en behandelaren

In interviews kwam naar voren dat er verschil is in de samenwerking en communicatie tussen medewerkers onderling en behandelaren onderling. Om het verschil van perspectief ook aan te tonen in interviews is ervoor gekozen dit boven het interview te vermelden en is dit meegenomen in het beantwoorden van de deelvragen.

Volledigheid

Tijdens het onderzoeksproces kwamen we erachter dat er verschillende samenwerkingsverbanden zijn. Zo is er tussen Merbau en de Lariks op behandelaren niveau een goedlopende samenwerking. De werkvloer lijkt hier niets van te merken. Er is op een andere afdeling een consultatiefunctie, die nauwelijks wordt gebruikt. Er is gekozen juist de algemeen geldende stem te laten tellen. De goedlopende samenwerking met de Merbau is meegenomen als mogelijkheid en de consultatiefunctie als aanbeveling voor de Lariks.

Ook rondom overplaatsingen zijn er twee belangrijke overleggen: het beddenoverleg en het ochtendoverleg waarvan tevoren geen weet van was. Omdat deze overleggen een vorm van communicatie is en hier samenwerking plaatsvindt rondom overplaatsingen van patiënten, bevat het belangrijke informatie voor het onderzoek. Daarom is ervoor gekozen ook deze overleggen te observeren.

Daarnaast werd bekend dat er een medewerker is die de wachtlijst beheert en dit heeft ook een belangrijke rol in overplaatsingen en de samenwerking daar omheen. Met deze medewerker is daarom een expertinterview afgenomen. De informatie hieruit was ook een toevoeging aan het onderzoek en vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat het onderwerp door een extra perspectief is belicht. Dit expertinterview is terug te vinden in het bronnenboek.

Evaluatie doelen

De doelstelling was om een hulpmiddel voor de overdracht tijdens de doorstroom van een patiënt te adviseren of te ontwikkelen. Het doel hebben we naar mate het onderzoeksproces vorderde, enigszins aangepast. Uit de conclusie blijkt namelijk dat er rondom overplaatsing geen eenduidige afspraken waren en overdracht soms geheel mist. Daarom was het meer gepast om een hulpmiddel voor de overplaatsing te ontwikkelen. Hierin is de overdracht wel een onderdeel en handvat. Maar nog steeds wordt voldaan aan de doelstelling, we hebben ook handvaten geadviseerd rondom de overdracht. Het hulpmiddel wat ontwikkeld is rondom overplaatsing bevordert de continuïteit van de zorg en de patiëntveiligheid wat aan dit doel voldoet. Dit hulpmiddel behaalt ook de vooraf opgestelde doelstelling op mesoniveau; verbetering in communicatie en samenwerking tussen de afdelingen op de Boumankliniek. Hierbij was belangrijk dat het hulpmiddel tijd oplevert. De onderzoekers geloven erin dat het tijd oplevert, omdat er duidelijke afspraken zijn, waar geen onduidelijkheid over hoeft te zijn. Terwijl de frustratie die er nu is, veel energie en tijd kost.

Het onderzoek gaat over communicatie en samenwerking rondom overdracht bij overplaatsingen. Wat we gespecificeerd hebben naar; van en naar de Lariks. Hiertussen vindt inderdaad veel wisselwerking plaats en daarmee veel samenwerking en communicatie. Daarnaast was het handig om zo een specifiek onderwerp te hebben omdat dit heeft geleid tot reductie van informatie maar wel voldoende beeld heeft gegeven van de samenwerking en communicatie die er is tussen afdelingen op de Boumankliniek. Daarbij hebben we een concrete aanbeveling kunnen doen met betrekking tot de samenwerking en communicatie met en van de Lariks. Maar vooral gebleken is dat er onderliggend kliniek breed bepaalde zaken de aandacht vragen om de samenwerking te verbeteren. Een gemeenschappelijk doel en overplaatsing algemeen zijn hierin belangrijke onderwerpen die in de conclusie en aanbevelingen ook aandacht krijgen. Dit zijn zaken die vervolgens de samenwerking en communicatie bij overplaatsingen van en naar de Lariks verbeteren.

Suggesties voor eventueel vervolgonderzoek

- Dit onderzoek heeft zich vooral gericht op de sociale kant van de problematiek, de niet soepel lopende communicatie en samenwerking. Maar daar komt ook een bedrijfsmatige kant bij kijken. De doorstroom in de kliniek wordt grotendeels bepaald door het vullen van bedden omdat er op die manier geld verdiend wordt. Dat heeft invloed op de samenwerking en gevolgen voor de patiënt. We bevelen aan om op managementniveau te kijken naar welke mogelijkheden er zijn rondom een soepel lopende doorstroom waarbij er meer ruimte is voor overleg en het belang van de patiënt op de voorgrond kan staan.
- Daarnaast zou het een toevoeging zijn op het vooronderzoek om te onderzoeken wat de gevolgen zijn voor de patiënten van de huidige manier van samenwerken en communiceren. Dit onderzoek kan zich richten op of er verergering is van klachten of dat er meer incidenten gebeuren als er bijvoorbeeld geen overdracht is meegekomen tijdens een overplaatsing. Dit onderzoek zou het belang van goede samenwerking en communicatie nog meer kunnen aanduiden.
- Er is weinig informatie over ad hoc overplaatsingen. Voor vervolgonderzoek zou het interessant zijn om door middel van vergelijkingsonderzoek de gevolgen van ad hoc overplaatsingen te beschrijven. Dit onderzoek zou kunnen bijdragen aan dossieropbouw richting geldbronnen en het vergaren van kennis.
- Voor escalatie bij patiënten is goede samenwerking en communicatie tussen de afdelingen essentieel. Dan is er namelijk onverwachts en ongepland hulp van andere afdelingen nodig. Voor een verdieping op dit onderzoek kan er onderzocht worden hoe dit nu verloopt en waar er hier verbetering in te behalen valt.

BIBLIOGRAFIE

- Alblas, G. (1997). *Groepsprocessen: Overleggen en uitvoeren in teams*. Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?id=ebc5GbNjUAwC&pg=PP7&lpg=PP7&dq=alblas+1997+samenwerking+groepen&source=bl&ots=4WemSskQuM&sig=_hAA2ma8hR33bDYbU1xM7veeeZQ&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwiRyNys1LzTAhXBbRQKHYYHKcfUQ6AEIMjAD#v=onepage&q=alblas%201997%20samenwerking%20groepen&f=false
- Antes. (z.j.). Antes. Geraadpleegd op 24 april, 2017, van <https://www.antesgroep.nl/over-antes/organisatie/>
- Antes. (z.j.). Bouman GGZ Missie en Visie. Geraadpleegd op 11 april, 2017, van <https://www.boumanggz.nl/over-bouman/missie-visie/>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Goede, M. de, Peters, V., & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Berwick, D. M., & Leape, L. L. (2000). Safe health care: are we up to it? Geraadpleegd op 9 februari, 2017, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117747/>
- Bijl, N., & Rooij, S. de. (2012, 05 november). Verbeterplan. Geraadpleegd van http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jAclccWoEEAJ:files.webklik.nl/user_files/2010_05/132476/Verbeterplan%2520Sanne%2520de%2520Rooij%2520en%2520Nina%2520Bijl.doc+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl
- Blok, C. de, Bruijne, M. de, Hertogh, C., Minkman, M., Pieter, D., Soest-Poortvliet, M. van, & Wagner, C. (2012). *Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT*. Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Informatieoverdracht-ziekenhuizen-vvt.pdf>
- BOLAS. (z.j.). BOLAS In het kort. Geraadpleegd van <http://www.bolas.nl/>
- Bonacum, D., Graham, S., & Leonard, M. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Geraadpleegd van http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_1/i85.short
- Boonzaaijer, G., Erf, S. van der, & Heida, J. (2015, 11 februari). Acute geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd van http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2013/04/SIRM-rapport_Knelpunten_analyse_acute_GGZ.pdf
- Botje, D., Langelaan, M., Schilp, J., & Wagner, C. (2015). *Zicht op cliëntveiligheid. Het meten van veiligheidscultuur in een GGZ-instelling*. Geraadpleegd van http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/GGZ_%20patientveiligheidscultuur.pdf

- Bouman GGZ. (z.j.). Behandeling. Geraadpleegd op 24 april, 2017, van <https://www.boumanggz.nl/behandeling-verslaving/>
- Coyle, M. A. (2001). *Transfer anxiety: preparing to leave intensive care*. Geraadpleegd van [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(01\)91561-7/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(01)91561-7/pdf)
- Dingemanse, K. (2017, 7 april). Observatie in je scriptie – wanneer kun je het gebruiken? Geraadpleegd op 18 april, 2017, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/observatie-je-scriptie/>
- Drijver, R. (2006, oktober). Continuïteit in de acute zorg. Geraadpleegd op 24 april, 2017, van <https://www.henw.org/archief/volledig/id764-continueit-in-de-acute-zorg.html>
- Es, M. van, Koek, S., & Koster, T. (2016, september). Programma Continuïteit van zorg. Handreiking voor professionals. Geraadpleegd van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20voor%20professionals%20CvZ.pdf>
- GGZ Nederland, Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Zorgverzekeraars Nederland. (2015, 17 juli). Een advies over de continuïteit van zorg na de strafrechtelijke keten. Geraadpleegd van <http://www.continueitvanzorg.nl/uploads/files/Advies-CvZ-na-strafrechtelijke-keten.pdf>
- Goossens, W. (2004). Integrale procesbegeleiding van groepen. Geraadpleegd van http://groepsmaatschappelijkwerk.nl/sites/default/files/Integrale_procesbegeleiding_van_groepen.pdf
- Groenhuis, M., & Nieweg, R. (2013). Een literatuuroverzicht (2). Verpleegkundige overdracht. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, pp. 51-54. Geraadpleegd van <https://www.hanze.nl/assets/kc-arbeid/Documents/Public/verpleegkundigeoverdracht.pdf>
- Haslam, S. A. (2012). *Psychology in organizations*. Geraadpleegd van <http://sk.sagepub.com/books/psychology-in-organizations>
- Inspectie voor de gezondheidszorg. (2011). *Implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter*. Geraadpleegd van https://www.igz.nl/Images/2011-10%20Rapport%20Veiligheidsmanagementsysteem_tcm294-309572.pdf
- Jacobs, J. (2014, 20 november). Waarom de zorg geen haast heeft met standaardisatie [Blogpost]. Geraadpleegd op 15 februari, 2017, van <http://www.smarthealth.nl/2014/11/20/blog-waarom-de-zorg-standaarden-negeert/>
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- Klein Kranenbarg, E., & Sassen, B. (2016). *Interventies ter verbetering van de overdracht van patiënteninformatie van ziekenhuizen naar verpleeg-, verzorgingshuizen en de thuiszorg bij kwetsbare ouderen*. Geraadpleegd van <http://transferverpleegkundigen.venvn.nl/Portals/26/Nieuws/Artikel%20-%20Patientenoverdracht%20van%20ziekenhuis%20naar%20VVT-instellingen%20Eefje%20Klein%20Kranenbarg%20jan%2016%20.pdf>
- Landelijk Platform GGZ. (2015, 02 november). Knelpunten ambulantisering ggz vereisen urgente aandacht van politiek. Geraadpleegd op 16 januari, 2017, van <http://www.platformggz.nl/lpggz/newsitems/ni003036>
- Leistikow, I. (2010). *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Geraadpleegd van http://www.sin-nl.org/pdfs/leistikow_proefschrift_patientveiligheid_de_rol_van_de_bestuurder.pdf
- Marks, M. A., Rittman, A. L., & Zaccaro, S. J. (2001). Team leadership. *The Leadership Quartely*, 2001(12), 451-483. Geraadpleegd van <https://pdfs.semanticscholar.org/5392/b82c7297f13abb83275c3b8f853dfd009f98.pdf>
- Oude Lansink, J. (2014, 1 april). Verandering begint bij bewustwording, ook in de zorg. Geraadpleegd op 11 april, 2017, van <https://www.managementsite.nl/verandering-bewustwording-zorg>
- Polderman, R. (2010). *De invloed van salaristevredenheid, baanonzekerheid en werkdruk op motivatie van werknemers. Een onderzoek onder medewerkers van een accountants- en adviesbureau*. Geraadpleegd van <file:///C:/Users/Acer-ES1/AppData/Local/Temp/scriptie%20Ruben%20Polderman%20definitief.pdf>
- Remmerswaal, J. (2013). *Handboek groepsdynamica*. Amsterdam, Nederland: Boom Nelissen.
- Rijksoverheid. (2014, 21 januari). Informatiepunt Dwang in de zorg. Overplaatsing.. Geraadpleegd op 6 februari, 2017, van <https://www.dwangindezorg.nl/vraag-en-antwoord/overplaatsing/ggz-prof-overplaatsing>
- Rijnbergen, M. J. E. (2007). *Juni 2007 Universiteit van Utrecht Samenwerking in teams: De impact van verticaal en gedeeld taak- en relatiegericht leiderschap en groepsontwikkeling op teamprestatie*. Geraadpleegd van <http://www.teamontwikkeling.net/papers/Thesis-ThijsRijnbergen-november2007-UniversiteitUtrecht.pdf>
- Stam, C. (2017, 17 januari). Overleg hulpverleners cruciaal bij gebruik medicijnen. Geraadpleegd op 6 februari, 2017, van <https://www.zorgwelzijn.nl/Home/Nieuws/2017/1/Overleg-hulpverleners-cruciaal-bij-gebruik-medicijnen/>
- Stam, C. (2016, 07 oktober). Zorg Welzijn; ondersteunt professionals in het sociaal domein.. Geraadpleegd op 03 januari, 2017, van <https://www.zorgwelzijn.nl/ggz/nieuws/2016/10/onveilige-werksituaties-in-ggz-fors-toegenomen/>

Swaen, B. (2013, 10 oktober). Kwalitatief vs. kwantitatief onderzoek. Geraadpleegd op 23 december, 2016, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-kwantitatief-onderzoek/>

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. (2011). *Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/Richtlijn%20Verpleegkundige%20en%20verzorgende%20verslaglegging.pdf>

VWS. (2016, 19 december). Invoering Generalistische Basis GGZ. Opgeroepen op december 22, 2016, van Bestuurlijk akkoord en nieuwe afspraken toekom. Geraadpleegd op 22 december, 2016, van <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomst-ggz>

Vyt, A. (2015). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn* (3e ed.). Geraadpleegd van https://books.google.nl/books?id=loL6CgAAQBAJ&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Interprofessioneel+en+interdisciplinair+samenwerken+in+gezondheid+en+welzijn.+Apeldoorn:+Garant.&source=bl&ots=4tu5n2Z9u2&p;sig=wXCDld9mNz6A3vh5G4e04-cBZss&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwi_n9iBt5_SAhUEExoKHXEVC7QQ6AEINTAD#v=onepage&q=Interprofessioneel%20en%20interdisciplinair%20samenwerken%20in%20gezondheid%20en%20welzijn.%20Apeldoorn%3A%20Garant.&f=false

Wiggers, M. P., & Oostwouder, W. (2016). *Handboek compliance in de zorg*. Zutphen, Nederland: Paris.

BIJLAGE 1: PRODUCT

Om de overdracht bij de overplaatsingen in de kliniek te helpen standaardiseren is onderstaand pasje als hulpmiddel ontwikkeld. Het betreft een checklist met acties die uitgevoerd moeten worden gedurende een overplaatsing. Deze acties komen veelal uit de observaties en het afnemen van interviews met de verpleegkundigen. De checklist zal op pasjes worden afgedrukt en aan iedere medewerker gegeven worden bij de presentatie van de onderzoeksresultaten.

Het doel hiervan is dat de verpleegkundige zich bewust is van zijn of haar handelen tijdens een overplaatsing en geen punten verliest in de hectiek van alle dag. Daarnaast is het een doel dat verpleegkundigen elkaar scherp houden aan de hand van deze acties en elkaar bevragen op het volledig uitvoeren hiervan.

 Checklist bij Overplaatsing Betrokken partijen: - Patiënt - Wachtlijstbeheer - Behandelaar en verpleegkundige vertrekkende afdeling - Behandelaar en verpleegkundige ontvangende afdeling	✓ Indien mogelijk van tevoren kennismaken met nieuwe afdeling ✓ Contact met wachtlijstbeheer en bij akkoord: ✓ Contact met andere afdeling ○ Overleg of het oké is dat patiënt overgeplaatst wordt ○ Tijdsafspraken maken ✓ Patiënt inlichten en tas laten pakken ✓ Verpleegkundige of agoog: verpleegkundige overdracht schrijven ✓ Familie inlichten ✓ Ambulant behandelaar inlichten ✓ Medicatie, medicatielijst en stickers pakken ✓ Mondelinge overdracht aan de hand van verpleegkundige overdracht ✓ Indien nodig wachtlijstbeheer op de hoogte stellen
---	---

BIJLAGE 2: IPG-MODEL

In deze bijlage is er extra aandacht voor het IPG-model wat aanbevolen is om mee te werken. Alle informatie en de afbeelding zijn afkomstig van de bedenker van het model: Wim Goossens (2004).

Definitie

Definitie van het integrale procesbegeleiding van Goossens (2004) is als volgt: "Integrale procesbegeleiding van groepen behelst een werkwijze waarbij afzonderlijke, in de theorie beschreven fenomenen bij het begeleiden van groepen in hun onderlinge samenhang worden gebracht en gebruikt bij de aansturen van het groepsproces en de daarbij horende groepsdynamieken. Kern van de integrale benadering is dat er gewerkt wordt vanuit een overallview waarbij de beschreven fenomenen in hun onderlinge dynamiek worden geplaatst en tot eenheid worden gemaakt."

Toepassing

Analyseren

Hierbij is het belangrijk dat verschillende zaken geobserveerd en geanalyseerd worden. Dit kan aan de hand van de tabellen die per fase toegevoegd zijn.

- Zijn de fenomenen uit de betreffende fase van groepsontwikkeling herkenbaar?
- Welke signalen kunnen we bij de deelnemers waarnemen die blijk geven van het betreffende basisthema?
- Past de rol die de werker aanneemt bij de fase van groepsontwikkeling?
- Hoe verhoudt de leiderschapsstijl zich tot de fase van groepsontwikkeling?
- Op welk niveau vinden interventies plaats en wat zijn daarvan de effecten als men de fase van groepsontwikkeling in acht neemt?

Interveniëren

Hier staat het inzetten van interventies centraal. Men kan dan ingaan op vragen als:

- Wat voor betekenis heeft dit basisthema voor het interveniëren van de werker?
- Hoe kan de rol van de werker via concreet rolgedrag gestalte krijgen?
- Wat betekent de gekozen leiderschapsstijl vooral bij het concreet interveniëren tijdens deze fase?
- Welke concrete interventies kunnen we op de onderscheiden niveaus doen?

Reflecteren

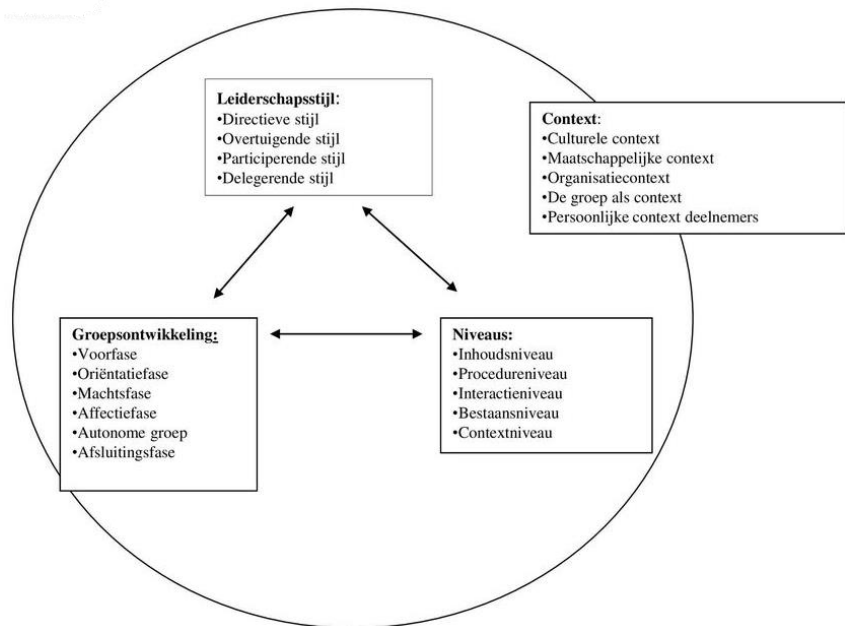
Ook hier gelden enkele vragen om terug te kijken:

- Hoe hebben onze interventies effect gehad op het omgaan met het basisthema?
- Verhielden de gekozen rol en het rolgedrag van de werker zich op de juiste wijze ten opzichte van de groepsontwikkeling?
- Was de gekozen leiderschapsstijl effectief en welke accenten zijn gelegd of achterwege gelaten?
- Hoe reageerde de groep op de gekozen interventies; sloot de niveaukeuze aan bij de groep?

Groepsfases

Voorfase

Kenmerkend voor de voorfase van een groep is dat de context van de groep centraal staat. De groep ontstaat om aan een bepaalde, niet-vervulde behoefte uit de context van de deelnemers te voldoen. Hoewel de groep nog niet bestaat, maken de deelnemers (en de latere regisseurs) een eigen beeld van de groep. In dit beeld houden zij zich bezig met: het maken van een ontwerp van de groep, creëren van eigen 'wensenpakket' met



betrekking tot eigen verwachtingen en doelstellingen en gewenste activiteiten. Naar de toekomstige deelnemers hoopt men een gezamenlijk belang te ervaren en aansluiting te kunnen vinden. Ook wordt er een beeld gemaakt van de gewenste vorm van leiderschap in de groep. Teneinde het beeld van de toekomstige groepsleden en de regisseur te matchen, bepleit Nora van Riet (2001) om ook al in de voorfase contact te laten plaatsvinden tussen de groepsleden en de regisseur. Dit om elkaars beelden te vergelijken, doelstellingen tegen elkaar af te zetten, enzovoort.

Voorfase van de groep	
<i>Betekenis voor de deelnemer/teams</i>	Erbij willen horen. De a.s. deelnemer voelt zich aangetrokken door doelen, activiteiten en deelnemers van de groep. Deelnemer maakt beelden en verwachtingen van de groep
<i>Rol van de regisseur/manager</i>	Diagnosticus en ontwerper van een provisorisch groepsimago (analyseren, hypothesevormend)
<i>Leiderschapsstijl:</i>	Directief
<i>Interventie op niveau:</i>	Inhoudsniveau, procedureniveau en contextniveau.
<i>Voorbeelden van interventies op niveau:</i>	Inhoudsniveau: doel verhelderen, resultaat bepalen, thema's vastleggen, Procedureniveau: agenda opstellen, tijdspad aangeven, werkstructuur aangeven Contextniveau: afbakenen naar de context, invloed context onderkennen, remedies ten aanzien van contextinvloeden benoemen

Oriëntatiefase

Deze start wanneer de deelnemers elkaar daadwerkelijk ontmoeten. De groep heeft dan nog veel behoefte aan externe sturing vanuit de leiding omdat de eigen taak- en werkstructuur nog niet is ontwikkeld. Deelnemers moeten zekerheid en veiligheid verwerven naar de eigen rol en positie in de groep. De deelnemers moeten het met elkaar eens worden over ieders taak en bijdrage. Tevens dienen persoonlijke verwachtingen en doelen gelieerd te worden aan het groepsdoel. De oriëntatiefase kenmerkt zich verder doordat aanvankelijk stereotiepe ideeën van de deelnemers over elkaar moeten worden genuanceerd. Deze fase eindigt meestal wanneer de groepsleden het eens zijn geworden over de groepsdoelen en de taak- en werkstructuur van de groep. De groep sluit een contract met elkaar.

Oriëntatiefase van de groep	
<i>Betekenis voor de deelnemer/teams</i>	Erbij willen horen. Dit krijgt een betekenis in het daadwerkelijke contact met de deelnemers en de regisseur
<i>Rol van de regisseur/manager</i>	Stuurman/regisseur: de grote kaders uitzetten; structuur aanbrengen via doelstelling en programma (veiligheid en vertrouwen)
<i>Leiderschapsstijl:</i>	stuurman/regisseur: de grote kaders uitzetten; structuur aanbrengen via doelstelling en programma (veiligheid en vertrouwen)
<i>Interventie op niveau</i>	Inhouds- en procedureniveau
<i>Voorbeelden van interventies op niveau:</i>	Inhoudsniveau doelen aanhalen, resultaten benoemen, luisteren, samenvatten, thematiseren, informatie geven Procedureniveau agenda bieden, regels voor participatie geven, grenzen stellen, inbrengen van werkvormen, onzichtbare interventies

Controle- en affectiefase

Desintegratie en herintegratie: Staat in de vorige fase het ontwikkelen van een taak- en werkstructuur én de verhouding tot de context centraal, in deze fase verschuift de aandacht van de groepsleden naar de interne verhoudingen binnen de groep. Daarbij gaan controle-elementen rondom gezag, invloed en dominantie tussen de groepsleden een rol spelen. De strijd om de macht gaat expliciet of impliciet en subtiel een rol spelen tussen de groepsleden. Daarna gaat in de persoonlijke verhoudingen de mate van persoonlijke betrokkenheid, sympathie – antipathie, afstand – nabijheid, vertrouwelijkheid – afstandelijkheid een rol spelen. De strijd om de macht verschuift naar een strijd om de openheid en persoonlijke betrokkenheid op elkaar. Nora van Riet (2001) beschrijft dat in deze fase na een aanvankelijke integratie een vorm van desintegratie kan ontstaan. De desintegratie kan onder meer tot uitdrukking komen in ongeoorloofde uitbarstingen, verzet tegen een 'knellend contract' en optreden van 'stoorzenders', groepsconflicten, enzovoort. Het doorwerken hiervan is van belang om tot een vorm van herintegratie te komen.

Controle- en affectiefase van de groep	
<i>Betekenis voor de deelnemer/teams</i>	Controle: invloed, macht, zeggenschap Affectie: openheid, zelfonthulling, overgave
<i>Rol van de regisseur/manager</i>	procesbegeleider/coach: groep helpen door crisismomenten heen te komen
<i>Leiderschapsstijl:</i>	overtuigend en participierend
<i>Interventie op niveau</i>	Controlefase: interactieniveau Affectiefase: bestaansniveau
<i>Voorbeelden van interventies op niveau:</i>	Interactieniveau: rollen en posities ter sprake brengen, herkenning vragen, zorg delen, metacommunicatie, kritiek bespreekbaar maken, groepsklimaat benoemen Bestaansniveau: doorvragen naar ervaring, zelfonthulling, erkenning geven, functionele stiltes, onderlinge feedback stimuleren, confronteren

Autonome fase

De autonome groep valt te bezien als een fase waarin de taakstructuur van de groep is ontwikkeld en het relatiepatroon is gevormd. De groep is in staat haar eigen leiderschapsfuncties te vervullen. Er is sprake van een open groepsklimaat en de deelnemers kunnen zichzelf zijn. Met andere woorden, de groep is volwassen geworden; er is sprake van een hoge mate van zelfsturing en zelfregulering bij de groep.

Autonome fase van de groep	
<i>Betekenis voor de deelnemer/teams</i>	Commitment: betrokkenheid, van betekenis zijn, significantie, autonomie en democratie
<i>Rol van de regisseur/manager</i>	loods/gids: wel eigen rol en positie, doch gelijkwaardig in de groep
<i>Leiderschapsstijl:</i>	participierend, delegerend
<i>Interventie op niveau</i>	Affectiefase: bestaansniveau
<i>Voorbeelden van interventies op niveau:</i>	Bestaansniveau: erkenning geven voor competenties en identiteit, waardering van commitment en loyaliteit, vragen naar persoonlijke behoeftes en persoonlijke ervaringen, onderlinge feedback stimuleren, confronteren

Afsluitingsfase

De bindingen tussen de groepsleden worden losser en men blikt terug op bereikte resultaten. Het klimaat van de groep kenmerkt zich door ambivalente gevoelens. Enerzijds is men blij dat men de groep kan loslaten, doch anderzijds valt een stuk vertrouwdheid weg. Tevens komt in deze fase de terugkeer naar de eigen context weer in het vizier van de deelnemers.¹

¹ IPG-model, Goossens, 2004