

## Verslag van een professionaliseringsproject

# Zorg in de maatschappelijke opvang

**De Gastenburgh werd in 1970 door het Leger des Heils geopend als tijdelijke opvangmogelijkheid voor 60 mannen, vrouwen en kinderen. In de jaren tachtig ontstond de behoefte om een ziekenafdeling op te richten, omdat zieke zwervers niet altijd welkom waren in de reguliere ziekenhuizen of verpleeghuizen. Tot 2002 verbleef in De Gastenburgh een mengeling van mensen die in een crisis verkeerden en cliënten die te ziek waren om op straat te verblijven. In een professionaliseringsproject werd de kwaliteit van de zorg geoptimaliseerd.**

Foto: Frank Fahner

Mensen die niet meer thuis kunnen of willen wonen omdat ze bijvoorbeeld geestelijke, financiële of relationele problemen hebben komen vaak terecht bij de maatschappelijke opvang. Deze heeft tot doel een vangnet te bieden voor mensen die buiten de samenleving geraakt zijn of dreigen te raken. Het kan gaan om mishandelde vrouwen en hun kinderen, dak- en thuislozen, mensen in een psychische crisis, maar ook verslaafden, zwerfjongeren en psychiatrische patiënten.

Specifiek aan de voorzieningen voor maatschappelijke opvang is dat ze laagdrempelig zijn. De dak- en thuisloze cliënten, die uit zichzelf komen of doorverwezen worden, kunnen er vrijwel altijd terecht. Een ander kenmerk is dat er met minimale middelen en randvoorwaarden gewerkt wordt. De gebouwen voldoen vaak niet aan de eisen van de tijd en van de Arbwet en zijn slecht onderhouden. Het personeel bestaat uit vrijwilligers, ziekenverzorgenden, verpleeghulpen en maatschappelijk werkers. Er zijn geen disciplines in dienst die de eindverantwoordelijkheid voor de medische en psychosociale zorg dragen. Daarvoor worden samenwerkingsovereenkomsten met verschillende zorgaanbieders gesloten: GGD, verslavingskliniek, GGZ, verpleeghuizen.

Voorzieningen voor maatschappelijke opvang, waarin het primair gaat om 'bed, bad en brood', worden door de gemeente gefinan-

cierd. In het kader van de modernisering van de AWBZ kunnen cliënten sinds april 2003 door een indicatiestelling hun recht op verstrekking van AWBZ-(zorg)functies doen gelden. Opvanginstellingen kunnen sinds die tijd ook een toelating krijgen tot de AWBZ en daarmee worden gerechtigd tot verstrekking van AWBZ-functies. Ze horen dan wel aan andere kwaliteitseisen dan voorheen te voldoen en bijvoorbeeld begeleidingsplannen te maken voor geïndiceerde cliënten en de uitvoering van de zorg te registreren.

Tegenwoordig zijn de gezondheidsproblemen van de cliënten van de maatschappelijke zorginstellingen zodanig ernstig en gecompliceerd dat vaak opname geïndiceerd en professionele zorg nodig is. Doordat de zorgvraag zwaarder geworden is en meer eisen aan de zorg gesteld worden kan niet meer volstaan worden met een groep vrijwilligers.

### De Gastenburgh

De geschetste ontwikkelingen hebben binnen een van de afdelingen van het Leger des Heils in Amsterdam, de Gastenburgh, geresulteerd in een project met als doelstelling 'Het inzetten van een kwaliteitsverbetering of een professionaliseringstraject in de zorgafdelingen waarbij de zorgverlening in de afdelingen naar professionele maatstaven uitgevoerd dient te worden'. De bedoeling was met dit project de kwaliteit van zorg te optimaliseren, de samen-

werking met de externe hulpverleners te verbeteren en de plaats van de medewerkers van de opvanginstellingen daarin te bepalen, de beroepshouding van de medewerkers naar professionele maatstaven te vormen en te zorgen dat de cliënt in de zorgverlening centraal zou komen te staan. Het project was breed opgezet en duurde ongeveer twee jaar. Er werd speciaal aandacht besteed aan de samenwerking met externe hulpverleners zoals GGD-artsen, -zorgcoördinatoren, verpleeghuisarts en GGZ (psychiatrie en verslaving). Samen met de Hogeschool van Amsterdam werd een gespecialiseerde opleiding van 1 jaar opgezet voor de hulpverleners.

De Gastenburgh had net als veel andere instellingen voor maatschappelijke opvang twee zorgafdelingen: de wijkziekenboeg en de meerzorgafdeling. In de wijkziekenboeg worden cliënten met acute somatische problemen opgenomen. Zij worden behandeld door de sociaal geneeskundigen van de GGD. Op de meerzorgafdelingen verblijven cliënten met een chronische zorgvraag die vanwege hun overige problematiek niet opgenomen worden in het verpleeghuis. Meerzorgafdelingen worden vaak in samenwerking met een verpleeghuis opgezet, dat financieel verantwoordelijk is, de kwaliteit van de zorg bewaakt en daarin ook participeert. De verpleeghuisarts heeft een coördinerende rol en is verantwoordelijk voor de geboden zorg. Beide afdelingen wor-

# ‘Negentig procent slaapt nu in een pyjama’

**Waar ze vroeger met hun kleren aan op straat sliepen, ligt nu negentig procent van de bewoners van de afdeling Meezorg van Gastenburgh, een voorziening voor maatschappelijke opvang van het Leger des Heils, 's nachts in pyjama in bed. 'Wat de gewoonste dingen lijken, is in dit werk soms heel bijzonder. De pyjama kun je zien als symbool van nieuw verworven stabiliteit.'**

Luisita Illis is verpleegkundige en zorgcoördinator van Meezorg, een afdeling die zich richt op chronisch zieke dak- en thuislozen die verslaafd zijn aan alcohol of drugs en tegelijk psychische en somatische problemen hebben. 'Zij worden aangemeld door de GGD of stromen door vanuit onze ziekenboeg, waar ze maximaal zes maanden kunnen verblijven. Bij somatische problemen moet je denken aan bijvoorbeeld hiv en longproblemen door verslaving aan drugs en aan levercirrose door alcoholverslaving. Op psychisch vlak is er vaak een persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie of borderline', zo somt Luisita op.

'Drie jaar geleden konden we deze categorie patiënten slechts zes maanden opvangen en hadden we daarvoor slechts één verpleegkundige, één ziekenverzorgende en een sociaal pedagogisch medewerker (spw'er) ter beschikking. Nu telt de afdeling nog steeds één spw'er, maar inmiddels vijf verpleegkundigen met achtergronden in verpleeghuis, ziekenhuis of psychiatrie, en vier ziekenverzorgenden. Zij werken allen 32 of 36 uur en hebben een aanvullende opleiding gevolgd bij de Hogeschool van Amsterdam, gericht op deze specifieke categorie patiënten, een jaar lang eens per week. Een ander verschil met drie jaar geleden is dat we nu terminale zorg kunnen bieden, op een aparte kamer.'

Er was onmiskenbaar behoefte aan het verlenen van de verblijfsduur van maximaal zes maanden naar een jaar, met na herindicatie de mogelijkheid van verlenging met nog een jaar. De twintig bedden op de afdeling zijn continu bezet en er staan momenteel vijf personen op een wachtlijst. 'Logisch ook', zegt Luisita, 'want

reguliere voorzieningen, zoals een verpleeghuis, zijn niet ingesteld op deze categorie patiënten met zeer complexe problemen. Van het personeel in een verpleeghuis kun je ook niet verlangen dat zij specifieke deskundigheid op dit terrein in huis hebben. De mensen zelf voelen zich daar ook niet op hun plek.'

De specialisatie die Meezorg biedt, werpt zijn vruchten af. 'Mensen voelen zich in de omgeving die onze afdeling biedt in het algemeen prettig. Ze hebben een vast onderkomen, krijgen de zorg die ze nodig hebben en leren weer een 'normaal' leven te leiden. Ze slapen binnen, gebruiken op vaste tijden de maaltijd, gaan onder de douche, verzorgen hun haar, leren omgaan met elkaar, waarbij heel basale normen en waarden een rol spelen, zoals handen wassen voor het eten, met mes en vork eten, niet eerder van tafel gaan. De mensen waren dat kwijt en zijn blij dat ze dat weer leren'

'We hebben een dame, ernstig diabetes en visueel gehandicapt, die er door verwaarlozing beroerd aan toe was. Zij verblijft nu bijna anderhalf jaar bij ons en haar leven is zodanig gestabiliseerd dat zij in oktober "uitstroomt" naar zelfstandige huisvesting. Een maatschappelijk werker bereidt dat nu intensief voor door contacten te leggen met het Centrum Indicatiestelling Zorg, de woningcorporatie; alles wat er geregeld moet worden. Het gezin van deze vrouw was uiteengevallen, het contact met haar zoon ernstig verstoord, maar dat is nu weer opgepakt. Ze kan weer betekenis geven aan haar moederschap.'

## Hoge eisen

Op een afdeling voor patiënten met meerdere, complexe problemen, worden hoge eisen gesteld aan de personele staf. In het multidisciplinair overleg zitten naast de interne verpleegkundigen en verzorgenden en de spw'er, ook extern ingehuurde disciplines aan tafel: een verpleeghuisarts, een 'drugsarts', psychiater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, fysiotherapeut en de support-mentoren die het maatschappelijk werk al aan dak- en thuislozen

toewijst als zij nog een zwervend bestaan leiden.

'We werken met een achtfasen model. Als een klant wordt aangemeld, bijvoorbeeld via de GGD, dan neemt een verpleegkundige een intakegesprek af. Vervolgens wordt de persoon opgenomen en geobserveerd. Uit die observatie volgt een analyse, die de basis is voor het opstellen van een zorgplan. Vervolgens wordt een planning gemaakt en volgt uitvoering en evaluatie. In het meest gunstige geval stroomt iemand na verloop van tijd uit.'

Luisita ziet dagelijks hoe bewoners langzaam opkrabbelen en vindt dat zeer bevredigend om mee te maken. 'We hebben hier een jonge vrouw van veertig, die chronisch schizofreen is. Ze kwam binnen in de ziekenboeg, sterk verwaarloosd, gebruikte doorlopend drugs: ze sliep of was stoned en prostitueerde zich om de drugs te kunnen bekostigen. Ze werd opgenomen op Meezorg en goed ingesteld op medicatie. Ze heeft nu een vrouwelijk kapsel, kleedt en verzorgt zich goed, tippelt niet meer, gebruikt nog maar eens per week drugs. Ze zegt: "Loes, ik wil weer leren verantwoordelijkheid te nemen. Ik zou straks toch wel graag een keer een baan willen." We hebben haar enige werkzaamheden binnenshuis aangeboden, daar ontvangt ze ook een kleine vergoeding voor. Ze zet koffie en thee voor ons. Haar enthousiasme! Om mensen die zich onbegrepen voelen, die door de maatschappij zijn uitgekotst, hier te zien opbloeien, dat is prachtig. Ik denk wel eens: had ik dit maar tien jaar eerder geweten, maar toen was ik er misschien zelf nog niet aan toe om dit werk te doen.'

den geleid door het management van de instelling voor maatschappelijke opvang. Het was voor het management van de Gastenburgh een uitdaging om een kwaliteitsverbetering in gang te zetten die de eigenheid van het team van de maatschappelijke opvang binnen de multidisciplinaire samenwerking vorm zou geven en een duidelijke plaatsbepaling voor de externe hulpverleners zou opleveren.

De problemen die het management ontdekte waren divers. In hoofdlijnen hadden ze betrekking op de cliënten (opname, zorgaanbod en doorstroming) en op het aantal disciplines rondom de cliënt en de multidisciplinaire samenwerking.

### De cliënten

Cliënten konden via de reguliere kanalen opgenomen worden, maar zich ook zelf aanmelden voor hulp. Het aanbod was daardoor onvoorspelbaar en moeilijk te reguleren.

Vanwege hun gedragsproblemen werden de cliënten vaak te snel ontslagen uit de reguliere gezondheidszorg en, al dan niet met een overdracht, doorverwezen naar de zorgafdelingen. De zorgafdelingen beschikten niet altijd over de juiste middelen om de zorg af te stemmen op de vaak ernstige en complexe gezondheidsproblemen van de cliënten, zoals forse longontstekingen, zware infecties, aanhoudende koorts. Ook beschikte het personeel niet altijd over de benodigde deskundigheid. Een ander probleem waren de onvoorspelbare complicaties die typisch bij deze cliënten kunnen voorkomen en die meestal onmiddellijk deskundig ingrijpen vereisen. Het gaat daarbij om overdoses, ontwenningverschijnselen, complicaties ten gevolge van de een slechte lichamelijke conditie, bloedingen, hartstilstand. Ook de doorstroming van opgenomen cliënten naar andere hulpverleningssettings vormde een probleem. Overplaatsing werd vaak bemoeilijkt doordat cliënten niet verzekerd waren, financiële problemen hadden en een specifieke benadering nodig hadden vanwege hun verslaving.

Een casus kan de typische problematiek rond de zorg voor de cliënten van de maatschappelijke opvang verduidelijken.

*Mw. X is met acute longklachten opgenomen op de interne afdeling van een ziekenhuis. Zij gebruikt cocaïne en is sinds een aantal jaren dakloos. Zij is in meerdere opvanginstellingen opgenomen geweest, heeft geen woon- of verblijfplaats en vertrouwt*

*hulpverleners niet. Zij is met het aidsvirus besmet. Mw. X wordt op een eenpersoonskamer geplaatst omdat zij sterk verwaarloosd is en een aantal dagen niet gedoucht heeft. Zij wil zich niet aan de regels houden, is 's nachts wakker en wil eten. Als zij eet gebeurt dit zonder de normale tafelmanners. Overdag slaapt zij veel. Als zij wakker is vraagt zij medepatiënten of bezoekers om geld om in de centrale hal van het ziekenhuis met de publieke telefoon haar vrienden op te kunnen bellen. Er wordt op die dag een afspraak gemaakt dat een arts langskomt om het beleid met haar door te nemen. Zij wil wel wachten maar heeft een afspraak met een voor de verpleging onduidelijk persoon. Als het haar te lang duurt, roept zij vanuit haar bed de verpleging. Zij heeft haar medicatie ook niet ingenomen en deze in haar tas verstoppt. Ze verlangt naar cocaïne. Ze staat op en roept de verpleging vanuit de gang. Ze meldt dat het haar te lang duurt en eist dat zij even naar buiten kan om cocaïne te kopen. Volgens Mw. X waren deze afspraken in het verpleegplan opgenomen maar daar is niets over gerapporteerd. Ze wordt voor de keus gesteld om zich te houden aan de bij opname gemaakte afspraken en haar therapie met antibioticakuur te volgen of te stoppen met de behandeling. Mevrouw wil met ontslag. Zij krijgt een ontslagbrief mee voor de GGD-artsen. Mw. gaat zelf naar een wijkziekenboegafdeling.*

### Multidisciplinaire samenwerking

Een tweede specifiek knelpunt bij de zorgafdelingen is het scala aan disciplines waarmee men te maken heeft. Maatschappelijke opvanginstellingen hebben geen disciplines in dienst die de verantwoordelijkheid voor de medische en psychosociale zorg op zich kunnen nemen. Zij sluiten daartoe samenwerkingsovereenkomsten met verschillende zorginstellingen. Knelpunten waren de onduidelijkheid over de coördinatie van de zorg en het gewenste zorgaanbod. Een extra complicerend element was hier dat cliënten hulpverleningstrajecten doorliepen met mentoren/casemanagers/maatschappelijk werkers die niet tot het vaste team van zorgverleners behoorden. Ook werkten de verschillende gecontracteerde instellingen niet samen. De opvanginstellingen hebben voornamelijk een faciliterende rol in de opvang. Het beleid

rond verpleging en begeleiding van de cliënten, en dus het werk van de verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers, sociaal pedagogische medewerkers in het team, wordt bepaald door de externe hulpverleners. Dit is in convenanten vastgelegd.

### Het professionaliseringsproject

Om na te gaan hoe de professionaliseringsslag het beste uitgevoerd zou kunnen worden werden eerst een uitgebreide diagnose en een plan van aanpak opgesteld. Deze werden in aparte bijeenkomsten gecommuniceerd met medewerkers, leidinggevenden en externe hulpverleners.

Het plan van aanpak hield het volgende in:

1. Strategische Positionering van de Gastenburgh binnen de maatschappelijke opvang en bij externe partijen waarmee convenanten gesloten zijn. De zorgafdelingen krijgen een centrale rol in de AWBZ-gefinancierde zorg voor de zieke dak- en thuislozen.
2. Wijze waarop de zorg binnen de afdelingen georganiseerd moet worden zowel inter- als multidisciplinair, de benodigde randvoorwaarden en de wijze van samenwerking (communicatie) met andere partijen.
3. Benodigde personele deskundigheid, kwalitatief en kwantitatief, in relatie tot de complexiteit van de zorgverlening.
4. Implementatie van de procedures voor kwaliteitsverbetering, toegespitst op de doelgroep.
5. Teweegbrengen van een cultuurverandering waarbij gedeelde waarden en normen in de professionele beroepshouding richtinggevend zijn.

Bij de uitwerking werd per onderdeel besloten welke functionarissen erbij betrokken moesten worden, op welke wijze het uitgevoerd zou worden en hoe de communicatie en implementatie plaats zouden vinden. Er werd gekozen voor een ontwikkelbenadering omdat gedurende het ontwikkel- en implementatieproces voortdurend nieuwe inzichten en keuzen naar voren kwamen. Bij de uitwerking ging het om de herdefiniëring (=differentiatie) van het zorgaanbod, de beschrijving van het primaire proces en de organisatorische randvoorwaarden.

### Differentiatie van het zorgaanbod

Het zorgaanbod werd opnieuw beschreven en daarbij werd een duidelijk onderscheid

gemaakt tussen de meerzorgafdeling en de wijkziekenboeg zodat ook de cliëntengroep beter gedifferentieerd kon worden.

Het uitgangspunt was dat door differentiatie in de cliëntengroep het zorgaanbod met een flexibel samengesteld multidisciplinair team beter toegespitst zou kunnen worden op de zorgbehoefte van de cliënt. Op die manier zou de kwaliteit van de zorg verhoogd kunnen worden. Bij opname kon dan al snel besloten worden welk type zorg de cliënt nodig had, welke hulpverleners bij het team betrokken zouden worden en welk behandeltraject, intern en extern het beste gevolgd zou kunnen worden. Samen met het multidisciplinaire team werd gekeken naar de specifieke kenmerken van de cliënten. Er werden besluiten genomen over de wijze van opname en ontslag en criteria voor zorg op de beide afdelingen.

Het zorgaanbod werd verder gedifferentieerd aan de hand van cliëntindicatoren: tien leefgebieden aan de hand waarvan men binnen het Leger des Heils de complexiteit van de dak- en thuisloze cliënt beoordeelt (huisvesting, woonvaardigheden, lichamelijke gesteldheid, psychische gesteldheid, verslaving, sociale vaardigheden, relatie met justitie, financiën, dagbesteding, zingeving). De hulpverlening wordt op basis daarvan gestructureerd. Voor de beide zorgafdelingen werden de cliëntindicatoren uitgewerkt voor de zieke dak- en thuisloze cliënt. Bepaalde combinaties van indicatoren bleken bij deze cliënten veel voor te komen, zoals de combinatie somatiek (HIV), psychiatrie (psychose) en verslaving (cocaïne) maar ook de combinatie somatiek (diabetes), adl, psychische problemen (schuldvragen) en verslaving. De gevonden combinaties waren richtinggevend bij het ontwikkelen van het behandelaanbod.

Voor de ontwikkeling van de zorginhoudelijke indicatoren werd gekozen voor een combinatie van de gezondheidspatronen van Marjory Gordon en de SAMPC-methode<sup>1</sup>, die veelal in het verpleeghuis en de revalidatiesetting toegepast wordt. Deze bandering werd in de praktijk en in de diverse multidisciplinaire overleggen getoetst. De mate waarin combinaties van cliëntindicatoren en de daaraan verbonden zorgvragen voorkomen geeft de complexiteit op een afdeling weer (zie kader 1). In de matrix kan de breedte en diversiteit van de doelgroep volledig tot uitdrukking komen.

## Beschrijving van het primaire proces

De herdefiniëring van het primaire proces leidde tot de ontwikkeling van instrumenten voor het interne en het externe (zorg)traject. Voor de afdelingen wijkziekenboeg en meerzorg werden instrumenten ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de zorg verbeterd kon worden. Voor het externe traject werden criteria geformuleerd voor de externe partners, die ofwel al bij het begin van de opname bij de cliënt betrokken waren of tijdens de opname betrokken werden. In dit onderdeel van het project participeerden zowel managers van de maatschappelijke opvang als managers van andere zorginstellingen. Zij werden geïnformeerd over de beoogde lijn en de consequenties voor de zorguitvoering. Het voordeel van deze werkwijze was dat de instroom en de uitstroom beïnvloed werden en dat het inzicht in de zorgketen voor deze doelgroep van zieke dak- en thuislozen groeide.

Voor het interne traject werden zorgroutes ontwikkeld, bijvoorbeeld voor hygiëne bij opname, het aanbieden van veiligheid en aangaan van het eerste gesprek als eerste stap om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de voornamelijk therapieontrouwe cliënt. In de hygiëneroute werd opgenomen dat cliënten zich voordat de behandeling kon starten eerst moeten wassen en schone kleren aangeboden krijgen als zij deze zelf niet hebben. Daarna neemt een verpleegkundige met de cliënt door wat de opname inhoudt en wat daarbij van hem verwacht wordt. Cliënten worden op hun verantwoordelijkheden ten aanzien van de opname, de huisregels en deelname aan de behandeling gewezen. Procedures hiervoor dienen zij te ondertekenen.

Veel aandacht is ook besteed aan het ontwikkelen van klinische paden en een elektronisch multidisciplinair dossier. De klinische paden betreffen standaardroutes voor opname, ontslag en verblijf waarbij in detail is vastgesteld welke functionaris gedurende het traject verantwoordelijk is, en gedifferentieerde routes in combinatie met protocollen voor de verpleging en verzorging van de specifieke cliënt. Om te bevorderen dat het team de zorg op cliëntgerichte wijze uitvoert is expliciet in alle stappen van de klinische paden en de zorgroutes de rol van de cliënt meegenomen bij gesprekken, evaluaties, observaties, feedback. Bij de ontwikkeling van de diverse klinische paden waren verschillende disciplines betrok-

ken. Een centrale rol was toebedeeld aan de verpleegkundige zorgcoördinator, die iedere fase volgde en de kwaliteit van het uitgevoerde traject beoordeelde. De zorgcoördinator heeft ook een centrale rol in de coördinatie, bewaking en toetsing van de uitgevoerde trajecten, het leveren van feedback en het aanspreken van de hulpverleners bij de uitvoering van zorg.

Voor het multidisciplinaire dossier werden criteria geformuleerd voor de gegevens die gedurende het opnametraject ingevuld en bekend dienden te zijn. Ook moesten de stappen van de zorgroutes en de klinische paden terugkomen in het dagelijkse gebruik van het dossier.

Nieuw was de invoering van multidisciplinaire overleggen waarbij de casus van de cliënt en het maken van korte en lange termijn multidisciplinair beleid ten behoeve van de cliënt centraal staan. Het proces ten behoeve van dit overleg werd beschreven: de voorbereiding van de disciplines, hun rol tijdens het overleg, de taken en bevoegdheden. Over dit proces werd consensus bereikt met de diverse externe disciplines.

De gezamenlijke uitwerking van de procesbeschrijvingen, multidisciplinaire overleggen en het dossier bevorderde de complexe multidisciplinaire samenwerking in de verschillende overlegvormen, de prioriteiten en keuzen die gemaakt werden in de uitvoering van zorg, de diagnostiek en onderliggende behandeling. Cliënten merkten dat er meer met hen gecommuniceerd werd en dat zij meer betrokken werden bij de inhoud van de zorg. Zij kregen meer vertrouwen in de zorgverleners en waren eerder geneigd om zich te houden aan de gemaakte afspraken.

## De organisatorische randvoorwaarden

De invoering van de nieuwe cliëntgerichte en vraaggestuurde visie op zorgverlening vergde een aantal maatregelen.

Voor het zorgverleningsteam betekende dit dat functiedifferentiatie ingevoerd moest worden waarbij onderscheid gemaakt werd tussen de taken van verpleegkundigen, verzorgenden, assistenten, sociaal pedagogisch medewerkers en maatschappelijk werkers. Ook vond een herverdeling van personeel plaats naargelang persoonlijke bekwaamheid voor een van de betreffende afdelingen. Ook de medici richtten zich op een van de teams.

Het aannamebeleid werd erop gericht verpleegkundigen aan te trekken die het traject konden uitdragen en zich verder wilden bekwamen in het complexe diagnostische proces en het samenwerkingstraject met externen. Verpleegkundigen moeten uitvoering kunnen geven aan deskundig overleg met externen, de coördinatie van de zorg en het bewaken van de continuïteit ervan. De opleiding en het abstractieniveau van de overige teamleden zijn niet toereikend om deze (verpleegkundige) taken uit te voeren. De functie-differentiatie leverde voor verpleegkundigen een verdieping van hun werk op, wat als een meerwaarde ervaren werd. Verpleegkundigen kregen de extra taak toebedeeld om de inhoudelijke kwaliteit van de zorguitvoering te bewaken. Aan de verpleegkundigen werden verzorgenden gekoppeld die delen van de zorg uitvoerden voor de aan hen toegewezen cliënten. Dit voorkwam ook dat er taakgericht gewerkt werd. Ieder team werd door een zorgcoördinator met een verpleegkundige achtergrond geleid.

Externe betrokkenen ervoeren het nieuwe beleid als zeer positief. De structuur van de zorgorganisatie was duidelijker, de afstemming met disciplines en de communicatie over de zorg in de verschillende overlegvormen en de uitvoering daarvan waren aanzienlijk verbeterd.

Ter bevordering van de deskundigheid op het gebied van de zorg en de problematiek van de cliënten werd een opleidingsprogramma opgezet. Daarin stonden twee thema's centraal: het methodisch werken in inter- en multidisciplinair verband en ziekteleer. Het methodisch werken werd aan de hand van de praktijksituaties en leeropdrachten in de praktijk toegepast en verder uitgediept. De ervaringen van de deelnemers waren zeer positief omdat de opleiding goed aansloot bij de werksituatie. In de opleiding werd ook volop aandacht besteed aan de professionele beroepshouding en de visie op zorg aan zieke dak- en thuislozen. Het was de taak van de zorgcoördinatoren om te zorgen dat de geleerde methodiek in de zorgverlening verder vorm kreeg en dat de ontwikkelde richtlijnen en methodes geïmplementeerd werden.

Een andere belangrijke randvoorwaarde betrof de huisvesting van de zorgafdelingen. Deze schoot op alle punten tekort om de nieuwe zorgvisie te realiseren. Er werd een verbouwingsplan opgezet om binnen de aan-

Kader 1						
	Somatisch	Verslaving	Cognitief	Maatschappelijk	ADL	Psychisch
Somatisch - HIV - Diabetes - Leverproblemen - Huidproblemen - etc						
Verslaving - drug - alcohol - etc						
Cognitief						
Maatschappelijke						
ADL-zorg - zelfstandig - hulp bij - overnemen						
Gedragmatig en psychisch						
Psychiatrisch						

wezige ruimten de beoogde differentiatie in de zorgverlening te kunnen realiseren. Naast de afdelingen voor zieke dak- en thuislozen moesten ook een afdeling voor terminale zorg een plaats krijgen en aparte plaatsen voor cliënten die na herstel op een wachtlijst staan voor een vervolgplek. De huisvesting is een niet te onderschatten factor bij arbeidssatisfactie en motivatie van medewerkers.

## Nabeschuiving

Het beschreven traject betekende voor de zorgafdelingen in de maatschappelijke opvanginstelling een cultuurverandering die bijdroeg aan het op professionele wijze zorg verlenen aan de zieke dak- en thuislozen. Het traject is niet afgesloten en wordt nog verder ontwikkeld. De nadruk ligt daarbij op het verder ontwikkelen van zorgspecifieke cliëntindicatoren, het versterken van de multidisciplinaire samenwerking en het verder differentiëren en professionaliseren van de verschillende afdelingen. Managers kunnen daarbij de in dit professionaliseringsproces ontwikkelde principes en inzichten gebruiken en de huidige lijn verbeteren met nieuwe inzichten over zorgprogramma's, Diagnose Behandeling Combinaties en multidisciplinaire dossiers of het elektronisch patiëntendossier (EPD). Zij kunnen ook gebruik maken van nieuwe verpleegkundige functies zoals praktijkverpleegkundige, nurse practitioner, of verpleegkundig specialist. Deze kunnen een blij-

vende verdieping van kennis bewerkstelligen. De problemen rond de hulpverlening aan zieke dak- en thuislozen zijn nog onvoldoende belicht en ook is nog onvoldoende duidelijk welk type zorgverlener deze hulp het beste kan verlenen. Dit artikel beoogt een bijdrage te leveren aan het denken over de zorg aan deze groeiende groep cliënten. ■

## Nawoord

Mw. drs. Evelin-Pierre L.A. Dumfries is verpleegkundige en Gezondheidswetenschapper. Zij is werkzaam als zelfstandig interim-manager en adviseur in de gezondheidszorg. Contactadres: EPD Management Consultancy, epd.mc@planet.nl, tel. (020) 697 41 07.

Met dank aan al degenen die hun kritische bijdrage hebben geleverd, aan mw. drs. Tonny Horenberg, de zorgcoördinatoren van de Gastenburgh Bert van der Laan en Luisita Illis, en speciaal mw. Karen Verpoorte, ten tijde van het project Sectormanager Maatschappelijke Opvang Stichting Goodwill Centra Amsterdam.

## Noot

1 Het SAMPC-model bestaat uit vijf aandachtsgebieden aan de hand waarvan bestaande en te verwachten problematiek geanalyseerd kan worden: S: somatisch; A: activiteiten van het dagelijks leven (ADL); M: het maatschappelijk functioneren; P: het psychisch functioneren; C: de communicatie.