

‘Ambulanceverpleegkundigen rennen nooit’

Onderzoeksrapport casuïstiekstudie VG GGZ Omega Groep en Careander

december 2023

Inleiding en relatie met het project VG GGZ

Bij Omega Groep en Careander doen zich met enige regelmaat situaties voor waarbij cliënten complex gedrag vertonen, wat voor de cliënt zelf, de medebewoners op de locatie en de medewerkers een negatieve impact heeft. Dit kan uiteindelijk leiden tot uitplaatsing van de cliënt, waarbij vaak een periode van intensieve extra inzet nodig is om de periode te overbruggen, of te werken aan stabilisering van de cliënt. In het gezamenlijke project VG GGZ hebben we in 2023 acties en interventies ontwikkeld, die beogen deze situatie te verbeteren.

Om te leren en te toetsen in hoeverre we in dit project de belangrijkste knelpunten hebben geadresseerd, hebben we een casuïstiekonderzoek uitgevoerd. Een onderzoeksgroep heeft daartoe twee casusanalyses gemaakt van situaties uit het recente verleden waarbij een cliënt over een langere periode complex gedrag liet zien met een negatieve impact voor de cliënt zelf, de medebewoners en het team. In deze voorbeelden is dus nog niet met de interventies gewerkt uit het project.

Aanpak

In samenspraak met de leden van het projectteam zijn twee casussen geselecteerd die naar mening van de collega's exemplarisch zijn voor de problematiek waarop het project zich richt. Een onderzoeksgroep, bestaande uit de projectleider, de aan het project verbonden GGZ Agoog, een gedragsdeskundige vanuit Careander en een manager vanuit Omega Groep, hebben zich vervolgens verdiept in de dossiers van deze cliënten. Daarna zijn door twee duo's interviews gevoerd met de betrokken medewerkers. In verschillende analysesessies heeft de onderzoeksgroep vervolgens gekeken welke rode draden we zien en tot welke conclusies en aanbevelingen dit leidt. Onderstaande casusbeschrijvingen gaan over echte cliënten. We hebben details veranderd om herkenning te voorkomen.

Casus 1

De bewoner voelt zich in de basis onveilig. Er is sprake van een psychische kwetsbaarheid door meerdere psychoses. Tevens speelt er een verstandelijke beperking, hechtingsproblematiek en er is sprake van NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel). De bewoner heeft veel nabijheid nodig, ook fysieke nabijheid. Er is grote gevoeligheid voor authenticiteit en de bewoner kan goed mensen 'lezen' (en hun zwakke plekken vinden). Onrust wordt getriggerd als er iets niet duidelijk is. De bewoner wil dan de touwtjes in handen krijgen en gaat aan afspraken tornen en er over in discussie. Zodra daar ruimte voor lijkt, leidt dat tot onstuimig gedrag zoals schreeuwen, dreigen, spullen stuk maken, overlast veroorzaken in de buurt, automutilatie en fysieke agressie naar anderen. Als het goed gaat, kan de bewoner genieten van activiteiten en nabijheid. Er was geruime tijd een patroon waarin het niet goed ging met de bewoner. De escalaties en het onstuimige gedrag waren zeer frequent aanwezig en het lukte ondanks vele inspanningen onvoldoende om dat te doorbreken. Wat maakte dat de dingen gingen zoals ze gingen? De antwoorden op die vraag laten zich in vier clusters verdelen.

1. *Teamfactoren en teamdynamiek*

- Het team had geen ervaring met problematiek zoals die van deze bewoner. Teamleden voelden zich onveilig en onmachtig. Dat leidde tot gedrag waarmee ze (onbewust en onbedoeld) het patroon versterkten: het gedrag werd steeds onstuimiger en het team ervaarde steeds meer onveiligheid en onmacht. Voorbeelden hiervan zijn:
 - Het persoonlijk maken van gedrag – je gekwetst voelen door wat de cliënt doet i.p.v. doorvoelen dat dit een uiting is van haar problematiek. De cliënt daardoor emotioneel afwijzen, haar een naar persoon vinden.
 - Een beschuldigende houding aannemen naar anderen, bv. collega's of manager i.p.v. een vragende / nieuwsgierige / reflecterende houding (naar jezelf en anderen);
 - Roepen om kaders en protocollen, en die vervolgens weigeren uit te voeren;
 - Inzetten op beheersing vanuit macht – grijpen naar sancties.
- Er ontstond verdeeldheid in het team en tussen teamleden en manager / gedragsdeskundige. Als je niet bang bent voor (het gedrag van) de cliënt en je kunt aansluiten bij wat deze nodig heeft, is het gedrag een stuk minder onstuimig. De mensen die dat kunnen, vinden dus dat het wel meevalt. Maar als je wél bang bent en je onmachtig voelt in hoe te handelen, krijg je én meer onstuimig gedrag over je heen én je voelt je niet gesteund door anderen die het blijkbaar wel kunnen. Zeker als je manager bij die groep hoort, versterkt dat de onveiligheid en de onmacht die je ervaart. Zo ontstaat een neerwaartse spiraal.
- Er was sprake van onduidelijke en verschillende verwachtingen over en weer over teamrollen – er waren veel aannames over wie wat doet en zou moeten doen. Daardoor was er ruimte voor veel (emotionele) discussie daarover, die de hierboven beschreven neerwaartse spiraal verder versterkte.
- Er was sprake van verloop in het team, een hoog ziekteverzuim en veel invallers.

2. *Kwaliteit van diagnose en aanpak*

- De informatie uit het cliëntdossier is vergeleken met wat in de interviews naar voren wordt gebracht. Dat geeft twijfel over de kwaliteit van de diagnostiek en de vertaling daarvan naar het handelen van medewerkers. Is er bv. voldoende oog geweest voor de rol van medicatie, het belang daarvan en wat je bij bepaalde medicatie aan gedrag kunt verwachten? Ook het NAH horen we niet langskomen in de interviews.
- We zien dat er naar oplossingen gegrepen wordt door manager en gedragsdeskundige – het organiseren van structuur, stut en steun als antwoord op wat teamleden aangeven. Er is minder aandacht geweest voor wat zich onder de oppervlakte in het team afspeelde en waar dat door veroorzaakt werd.
- We zien veel handelen op korte termijn, ingegeven door een gevoel van crisis. De lange termijn sneeuwde daardoor soms onder. Er lijkt consensus dat deze plek voor deze bewoner niet goed is, en deze is aangemeld op wachtlijsten. Het is niet helemaal helder wie is nu verantwoordelijk voor de opvolging daarvan. Het lijkt een voldongen feit dat het nog wel een paar jaar kan duren voordat de bewoner naar een beter passende plek kan. De organisatie lijkt niet bezig met wat dat voor deze persoon betekent.

3. *Fysieke omgeving*

- De nabijheidsbehoefte van de cliënt spoort niet met de grote locatie waar voor bijna 30 cliënten één gemeenschappelijke ruimte is. Daar is niet altijd begeleiding bij. Voor de cliënt is dit onveilig.
- Het pand heeft meerdere verdiepingen met lange gangen. Er is één kantoor. De begeleiders krijgen vaak te laat of niet mee dat er een escalatie gaande is.
- Ook voor andere cliënten is dat vervelend, waar medewerkers zich weer bezwaard over voelen en er nog meer lading op het gedrag van cliënt komt.

- Vanuit de buurt wordt met onbegrip gereageerd op escalaties in het gedrag van cliënt. Door teamleden wordt dit als extra druk ervaren waardoor zij geneigd zijn tegen de afspraken in handelend op te treden (wat averechts werkt en het onstuimige gedrag juist verhevigt).
4. *Samenwerking met externe partijen*
- Het was een 'eerste keer' dat er een cliënt was met deze problematiek. Heel veel was nieuw voor de organisatie, bv. hoe het werkt in samenwerking met allerlei externe partijen en hulptroepen. Er waren mede daardoor onduidelijke en verschillende verwachtingen over en weer over rollen – er waren veel aannames over wie wat doet en zou moeten doen.
 - Dit gaf ruimte om verder in de neerwaartse spiraal te gaan: teamleden ervoeren de GGZ / het COT / de crisisdienst als niet helpend en voelden zich niet gehoord en gezien door hen.

Casus 2

De bewoner werd aangemeld met de diagnose autisme. Er was meer begeleiding en nabijheid nodig dan op de oude woonlocatie kon worden geboden. De bewoner was daardoor in crisis geraakt en verbleef op een crisisafdeling. Pas na instroom bij de organisatie werd duidelijk dat er ook eetproblematiek, automutilatie en suïcidaliteit speelde of ontstond. Mogelijk is er ook sprake van trauma en/of persoonlijkheidsproblematiek. Wat maakte dat de dingen gingen zoals ze gingen? De antwoorden op die vraag laten zich in drie clusters verdelen.

1. *Intake*

- De clustermanager was nieuw in haar rol en voelde zich onder druk gezet – de bewoner moest weg bij de crisisopvang, kon niet terug naar de oude locatie en er waren geen alternatieven. De organisatie 'moest' haar wel opnemen. De problematiek zou wel meevallen en er werden toezeggingen gedaan door andere partijen m.b.t. de begeleiding die zij zouden bieden.
- Bovendien was er een plek leeg op de locatie en paste de bewoner in de gewenste cliëntmix. Ook vanuit intern werd er dus druk gevoeld.
- Er was een nieuwe GD, er miste interne tegenspraak op dat moment.
- Er was geen goed beeld van de cliënt en er was geen goede voorbereiding voor het team. Er was geen goed plan. Signalen dat de problematiek groter / complexer was, werden wel waargenomen maar er werd niet op geacteerd. Er was geen back-up plan voor als er opnieuw crisis zou ontstaan, daar werd pas aan gewerkt toen het al gebeurd was.

2. *Teamfactoren en teamdynamiek*

- Op beide locaties kregen de teams het niet voor elkaar om te werken zoals nodig was. Ze zaten daarin niet op één lijn. Er miste kennis m.b.t. de problematiek van de bewoner, en toen die kennis werd aangereikt (wellicht te laat en te weinig) ging het nog steeds niet. Het lukte het team niet om te kijken naar wat de cliënt nodig heeft. Ze bleven doen wat ze gewend zijn. Als een individuele medewerker wel ander gedrag in kon zetten, lukte het niet om dat vol te houden omdat zo'n medewerker geen steun kreeg in het team. De bewoner ging teamleden bekritisieren en zo werd splitsing in het team versterkt.
- Passend bij de problematiek wordt het gedrag van de cliënt vaak nog onstuimiger als grenzen duidelijk worden aangegeven. Het is dan voor teamleden nog moeilijker om standvastig te zijn. Ze schieten in de reddersrol, mede vanuit hun eigen overdracht. Er was sprake van sterke identificatie met de eigen zorgzaamheid, waardoor het onmogelijk werd om die niet in te zetten. Als de cliënt ging dreigen met ernstige automutilatie / suïcide, werden de gemaakte afspraken overboord gezet.
- Het vertrouwen in expertise van een ander bleek moeizaam – het was lastig om te erkennen dat een andere visie wel eens beter zou kunnen zijn voor de cliënt.

- Medewerkers ervaren een gevoel van zich alleen gelaten voelen door hun organisatie. Ze gaven aan te weinig kennis te hebben, maar het gevoel ging verder dan de feitelijke situatie. Er was sprake van onveiligheid in het team / in de organisatie. Gesprekken gingen niet meer over elkaar begrijpen en wat nu het beste zou zijn, maar werden oordelend. Iets is goed of fout.
- Door management / de organisatie werd ingezet op ad hoc oplossingen als antwoord op de vragen van het team – kennis aandragen, inzet van een extern team. Die oplossingen waren op zichzelf niet verkeerd. Tegelijkertijd droegen ze bij aan de negatieve dynamiek in het team. Medewerkers voelden zich nog steeds of nog meer alleen gelaten. Er vond onvoldoende validatie plaats van dat gevoel – waardoor er geen verandering in het gedrag van teamleden kon ontstaan en er beperkt ruimte was voor gezamenlijke reflectie. Medewerkers waren bang dat cliënt zichzelf iets zou aandoen en de cliënt deed een groot beroep op hun zorgzaamheid.
- Die dynamiek is nog steeds merkbaar. Medewerkers vonden het niet makkelijk om over deze casus te spreken, waren bezorgd over mogelijke consequenties van openhartigheid en hadden er nog steeds veel emoties bij.

3. *Even volhouden nog – het is tijdelijk – samenwerking met externe partijen*

- In een periode van 20 maanden waarin cliënt bij de organisatie in zorg was, hebben zich 19 verschillende organisaties met de cliënt bezig gehouden. Cliënt is in deze periode vijf keer uitgeplaatst geweest naar ziekenhuis of GGZ en is één keer intern overgeplaatst.
- Het verblijf was steeds voor 'tijdelijk', even overbruggen tot de bewoner ergens heen kon waar specialistische behandeling zou worden geboden. Dat maakte de druk op het team nog te dragen omdat er uitzicht was op verlichting. Echter, dit mislukte voortdurend, omdat partijen naar elkaar wezen of omdat de cliënt de aangedragen oplossingen weigerde. De druk op het team werd daardoor steeds groter, de grenzen van wat ze aankonden werden steeds overschreden / opgerekt. Er ontstond verzet in het team; zie je wel, we zijn ergens ingeluisd.
- Er was lang een idee: 'We zetten iemand niet op straat'. Daar zit een rationele kant aan: er was geen alternatief beschikbaar op basis waarvan de organisatie de bewoner kon afwijzen. Er is zorgplicht. Maar doordat de organisatie die verantwoordelijkheid voelde en bleef aangaan, konden andere partijen blijven afhouden. De organisatie ging lange tijd niet scherp aan de wind varen en accepteerde het beroep wat op haar gedaan werd, ook toen al duidelijk was dat het niet vol te houden was.
- Er waren steeds ad hoc korte termijn oplossingen met korte uitplaatsingen. Dat gaf even lucht maar droeg niet bij aan een lange termijn oplossing. Daarbij was er geen gezamenlijkheid tussen het team op de woonlocatie en het team waar de bewoner was uitgeplaatst. Medewerkers van de woonlocatie zaten in zo'n periode in de opluchting – nu even niet bezig met deze cliënt. Ze namen zelf geen initiatief om de samenwerking daarin te zoeken. En het werd ze niet aangereikt door de locatie waar cliënt tijdelijk verbleef, dus het gebeurde niet. Daardoor droegen de uitplaatsingen niet bij aan meer perspectief op wat er uiteindelijk moest gebeuren.

Dimdammen – hoe we met de beste bedoelingen cliënten niet helpen

De huisarts neemt initiatief om de cliënt te verwijzen voor de behandeling van de eetstoornis. De gespecialiseerde kliniek waar hij naar verwijst, verwijst terug naar de GGZ. De kliniek geeft aan dat behandeling alleen kan werken in samenwerking met de GGZ. Waar moet de cliënt nu behandeld worden, in de kliniek voor eetstoornissen of in de GGZ? Geen van beide neemt regie, waardoor er een patstelling ontstaat.

Ondertussen wordt de cliënt ook aangemeld bij een andere organisatie, gespecialiseerd in autisme. Na enkele maanden blijkt hier een opnamestop te zijn. Ook hebben zij twijfels vanwege de suïcidaliteit en automutilatie van de cliënt.

De kliniek gespecialiseerd in eetstoornissen geeft het advies om op zoek te gaan naar een andere woonplek. Dat is lastig omdat de cliënt een WMO indicatie heeft die regio-gebonden is. Wie is verantwoordelijk voor het zoeken naar een andere woonplek? De gemeente komt met twee

voorstellen, maar de cliënt stemt hier niet mee in. Beide organisaties hebben bovendien twijfel of zij wel goede zorg kunnen bieden aan deze cliënt.

De kliniek gespecialiseerd in eetstoornissen werkt alleen met een vrijwillige opname en bereidheid van de client om te werken aan de eetstoornis. Wordt er tijdens de opname een suïcide poging gedaan, dan stopt de opname. De GGZ geeft aan geen zorgmachtiging te kunnen afgeven op basis van suïcidaliteit. De kliniek wil alleen aan een opname beginnen als er een vervolg woonplek is. De gemeente geeft aan geen woonplekken te hebben, want eerst moet er behandeling plaats vinden. De GGZ wil het dossier teruggeven aan de huisarts.

Welke interventies waren helpend / hadden helpend kunnen zijn?

- Het was helpend om heel duidelijk een grens te stellen naar de cliënt en daar aan vast te houden.
- Het was helpend toen er eenmaal een duidelijk plan lag met heel concrete handvaten hoe de cliënt te bejegenen en hoe medewerkers daarin moeten handelen. Het lukte (lang) niet altijd, maar het was een stap dat het er in ieder geval was. Het is helpend om een goed signaleringsplan te hebben en daar naar te handelen – het te kennen, het serieus te nemen. Daar hoort ook bij: waar je terecht kunt voor hulp, wanneer en hoe.
- De samenwerking met FACT was helpend. Achteraf had de organisatie assertiever mogen zijn toen de samenwerking met de GGZ niet goed liep. Er is wel actie op ondernomen, maar toen dat via de geëigende weg niet tot resultaten leidde, werd dat geruime tijd als voldongen feit geaccepteerd.
- Het inzetten van een teamcoach kan een goede interventie zijn én als er weinig veiligheid in een team is, kan het ook de onveiligheid versterken. Timing is belangrijk – wanneer zet je het in? En met welke opdracht en hoe transparant is dat voor iedereen?
- Inzet van een 'coördinerend team' kan werken én er is het risico om daarbij in een grenzeloze reddersrol te verzanden. Een coördinerend team kan ook (onbedoeld en onbewust) de angst en de handelingsverlegenheid bij anderen (niet in dat team) versterken.
- Het had helpend kunnen zijn om individuele medewerkers met bv. ACT (Acceptance & Commitment Training) en mindfulness te helpen hun eigen overdracht / fusie op het spoor te komen (vaak gerelateerd aan hun eigen 'rugzakje'). Zodat zij beter hadden kunnen onderkennen dat het contraproductief was om in hun zorgzaamheid te blijven hangen. Daarna zou je dat in het team hebben kunnen brengen. Zodat een team stapsgewijs ervaring kan opdoen om het anders te doen en te zien wat daar de effecten van zijn.
- Het had helpend kunnen zijn om meer te valideren; erkenning uitspreken voor de gevoelens zonder het gelijk te willen fixen. Zowel naar medewerkers als naar de cliënt. Ook naar gedragsdeskundige en manager. Op de verschillende lagen geldt: eerst valideren voor je weer kunt mentaliseren (rationeel / methodisch denken en handelen). Het gaat om wat het met je doet. Medewerkers vragen om kennis of zeggen dat ze zich niet gehoord voelen. Het had helpend kunnen zijn om dan meer aandacht te hebben voor 'hoe is het voor jou?'. In een team bij elkaar inchecken hoe het gaat, hoe iedereen erbij zit. Aandacht voor elkaar. Ruimte creëren voor medewerkers om aan te geven als je een situatie niet aan kunt. Intervisie en moreel beraad kunnen daarbij helpen. Door een beraad klein en concreet te houden kun je veiligheid creëren. Met iemand van buiten en een vaste dynamiek hoe je het doet. Je leert elkaar kennen – hoe werk jij, waarom doe jij wat je doet?
- Het had helpend kunnen zijn om elkaar in een team aan te spreken bij je niet aan afspraken houden en doorvragen op waarom iemand dat niet doet. Niet vanuit een oordeel / veroordeling maar vanuit nieuwsgierigheid en een open houding. Daar is reflecterend vermogen voor nodig.
- In de samenwerking met andere partijen is het helpend om de verwachtingen van en naar elkaar te expliciteren. Zodat helder wordt wat een ieder kan en wat niet, en hoe en wanneer een partij ingeschakeld kan worden. Daarbij is het helpend om te werken vanuit open nieuwsgierigheid in plaats van oordelen / 'er wat van vinden'. Het is helpend om de expertise van verschillende

werelden bij elkaar te brengen. Er zit waarde in die verschillende aanpakken. Die waarde kan pas verzilverd worden als het lukt om niet te oordelen over elkaar maar te verbinden.

Hoe verhouden de helpende interventies zich tot de interventies in het project?

- Inzet van het kernteam had zeker goed kunnen helpen in deze casuïstiek. Wel is een voorwaarde dat het team 'in het raampje' is (in staat tot mentaliseren) – als dat nog niet het geval is, heeft het weinig zin. Dan is eerst meer valideren nodig.
- Als deze cliënten nu bij het kernteam waren aangemeld, was wellicht gekozen voor inzet Verpleegkundig Specialist /GGZ Agoog of bv. koppeling met externe partner. Dan was er eerst teruggegaan naar: wat is er met deze bewoner aan de hand? Tijd nemen, goede analyse maken samen, van buiten kijken. De focus op wie de cliënt is en wat deze nodig heeft. Dat begint met goede diagnostiek – totaalplaatje zien en regelmatig heroverwegen – en dat steeds weer meenemen in wat er nu gedaan moet worden. Of waar expertise gehaald wordt. Of wat evt. een betere plek zou zijn.
- Inzet VS / GGZ Agoog in de verschillende vormen zou hier helpend geweest zijn: dossierstudie, meelopen tijdens dienst, klinische lessen, intervisie. In hun inzet zien we de combinatie van kennisoverdracht en aandacht voor wat er gebeurt in de teamdynamiek en hoe deze weer constructief kan worden gemaakt. Ook hadden zij een rol kunnen spelen in de moeizame samenwerking met de GGZ. De VS / GGZ Agoog kan een brugfunctie vervullen en als een soort tolk fungeren tussen het team en de GGZ.
- Er zou nog meer aandacht mogen komen voor het individueel begeleiden van medewerkers in waarom je doet je wat je doet. Hen helpen bij het verdragen van onmacht en schurende waarden. Hen behoeden voor 'gezond verstand' laten overheersen daar waar dat de cliënt niet helpt. Supervisie kan daar een vorm voor zijn. Op teamniveau kun je hier moreel beraad voor inzetten.
- Bij het aanbieden van scholing zou je nog meer kunnen beginnen bij de vraag: wie is de cliënt en wat heeft deze nodig? In wat er tot nu toe in het project geboden is, is het vertrekpunt vaak nog de ziektebeelden. Het is nodig om daar kennis over te hebben én het is niet genoeg.
- Er zou meer oog mogen zijn voor de rol van de locatie en omgeving en hoe dat wel of niet past bij de problematiek van de cliënt. En wat je daar eventueel in kunt aanpassen.

Overige aanbevelingen

- Het begint al bij de intake. Wees bij intake kritisch of je op een bepaalde locatie / met een bepaald team kunt bieden of organiseren wat deze cliënt nodig heeft. Het belang van rust bewaren bij de intake, en anders nee zeggen. De druk bij een leeg bed is logisch en moet toch worden weerstaan. Daarbij zien we een risico van 'cherry picking' van cliënten van de wachtlijst, waardoor cliënten die zorg het hardst nodig hebben, het langst moeten wachten. Anderzijds bewijzen we cliënten geen dienst als we ze ergens plaatsen waar de kans zeer groot is dat het misgaat.
- Bij de intake is het belangrijk om expliciet aan te geven wat het team nodig heeft. Daarbij meteen kijken naar samenwerken met bv. GGZ. Welke ondersteuning is nodig zodat dit team kan bieden wat deze cliënt nodig heeft? Daarmee kan het risico van cherry picking verkleind worden: als er aan de voorkant harde afspraken liggen over waar het team op mag rekenen, zal de bereidheid toenemen om complexiteit aan te gaan.
- Er wordt veel gewerkt vanuit het (zorg)hart en 'gezond verstand'. Er is meer aandacht nodig voor methodisch handelen, gestructureerd aan doelen werken en hoe je daarop rapporteert. In de opleidingen is hier onvoldoende aandacht voor (zowel bij MBO als bij HBO zien we ruimte voor verbetering). De organisaties hebben daar zelf wat in te doen.

- De onderschatting van de cruciale rol van het eigen 'zijn' van de medewerker. De antennes van deze cliënten en hun vermogen om iemands knoppen te vinden is enorm. Overdracht en tegenoverdracht speelt een grote rol in alle complexe casuïstiek die we in het project langs zien komen. Dat speelt bij individuele medewerkers en in de teamdynamiek. Een cliënt met complex / onstuimig gedrag maakt als het ware zichtbaar wat er in de onderstroom bij individuele medewerkers en teams speelt. Dat constateren is niet voldoende; er zijn interventies nodig op individueel niveau en teamniveau om mensen hierbij te helpen.
- Teven is een rolvaste manager nodig, die helicopterview houdt, durft door te pakken en te begrenzen. Situationeel leidinggeven, goed die onderstroom voelen en daar op acteren. Hoe krijg je je team weer in het mentaliseren? En die gesteund wordt door de top van de organisatie. Vaak zien we een parallel patroon: wat tussen cliënt en medewerkers gebeurt, zien we weerspiegeld in wat in de organisatie gebeurt, op de verschillende niveaus.
- In het project is gewerkt aan toerusting van medewerkers, scholing en consultatie (intern en extern). Die interventies hebben meerwaarde, zie hierboven.
- Daarnaast zien we kansen in autonomie bevorderend beleid. Dat kan een goede kapstok zijn om de aspecten in de teamdynamiek en het individueel handelen te verbinden met wat een cliënt ten diepste nodig heeft.
- We bevelen aan dat meer aandacht is voor het burgerschap van cliënten. Dat ze verantwoordelijk worden gehouden voor hun daden, en bv. een bekeuring krijgen als ze over het spoor lopen. Cliënten mogen zich ook wel eens rot voelen, zonder dat iemand het hoeft te fixen.
- We bevelen aan om op de locatie te zoeken naar mogelijkheden om de fysieke ruimte beter te laten matchen met de behoefte van een cliënt, bv. opdelen van een grote locatie.
- 'Ambulanceverpleegkundigen rennen nooit'. Weersta de druk om bij een (gevoelde) crisis meteen in de actiestand te schieten en te gaan 'redden'. Vaak is het beter om eerst achterover te leunen en goed te bezien wat er hier nu eigenlijk gebeurt. We hopen dat de analyse en aanbevelingen uit dit stuk daarbij helpend kunnen zijn.