

Leerlijn Gerontopsychiatrie

Vastgesteld op 6 september 2022 versie 1.0

De werkgroep 'Opstellen competentieprofielen en leerlijnen ten behoeve van het zorgprogramma gerontopsychiatrie' heeft het afgelopen jaar gewerkt aan de eerste opzet van een leerlijn Gerontopsychiatrie. Dit document is het resultaat van de inbreng van de expertise vanuit alle leden van het doelgroepennetwerk. De komende jaren zal de leerlijn binnen de Vereniging voor Gerontopsychiatrie in gezamenlijkheid verder doorontwikkeld worden.

Opmerking bij versie 1.0:

Nu het document is vastgesteld zal een tekstschrijver dit document samen met documenten die door de andere werkgroepen worden opgeleverd onder handen nemen. Teksten worden aangepast naar de huisstijl die voor de Vereniging voor Gerontopsychiatrie wordt ontwikkeld. Daarmee zorgen we binnen alle documenten voor een eenduidige terminologie en benamingen binnen alle documenten van de Vereniging.

Met dank aan:

Alien Veldkamp (Atlant)
Anita van der Kinderen (Mijzo)
Annemiek Haan (Noorderbreedte)
Anton Hoeneveld (Patyna)
Arthur Woudenberg (Hilverzorg)
Christian Klijs-Helsemans (Het Parkhuis)
Corine Witteveen (Atlant)
Dine Noorda (Amsta)
Esther Keijers (De Waalboog)
Greetje Bergsma (Patyna)
Joke van Lith (Attent)
Joyce Vermaas - van den Berg (Archipel)
Kimberly Mateman (Atlant)

Kirsten Jacobs (Vereniging voor Gerontopsychiatrie)
Lysanne Malschaert (Hilverzorg)
Marianne Bartelse (Het Parkhuis)
Marton Vekerd (ZuidOostZorg)
Monique van den Hoorn (Atlant)
Nicoline de Groot (Amsta)
Ria Tazelaar (Archipel)
Rianne Westerhof (Attent)
Richtje Bosma (Noorderbreedte)
Smally Rey-Philips (Laurens)
Stephan de Kruif (Atlant)
Yvonne Fontein (Hilverzorg)

En met dank aan de expertise en advies vanuit ZonMw:

Astrid Schat
Esther Leije



1. Inleiding

Onderdeel van het adviesrapport en transitieplan voor de ontwikkeling van het doelgroepnetwerk gerontopsychiatrie is de ontwikkeling van een leerlijn. De basis voor de leerlijn vormen het (ook in de transitiefase te ontwikkelen) zorgprogramma en het bijbehorende competentieprofiel.

Met deze eerste opzet van de leerlijn beschrijft de werkgroep het WAT:

- 1) Gezamenlijk vertrekpunt van het doelgroepnetwerk voor de ontwikkeling van de leerlijn
- 2) De ontwerpeisen die de werkgroep stelt aan de leerlijn
- 3) De thema's die op basis van het zorgprogramma en het competentieprofiel een plek verdienen binnen de leerlijn.

HOE de organisaties invulling gaan geven aan de leerlijn is vooralsnog aan de organisaties zelf (zelf organiseren of inkopen, gebruik maken van een GP-bijbscholing van een MBO-opleiding, gezamenlijk organiseren of inkopen). In de toekomst zullen we als doelgroepnetwerk (en kenniscentrum) gezamenlijk hierin gaan faciliteren.

Vooruitkijkend zouden we onze ambities kunnen vertalen naar een korte, middellange en lange termijn ambitie:

Korte termijn: (= focus werkgroep 4)	Eind van het jaar moeten alle aangesloten organisaties kunnen aantonen dat zij (bij)scholing organiseren volgens de leerlijn én ze moeten een scholingsplan hebben ¹ . Doel: eerste opzet van de leerlijn door het vastleggen van: ▪ Opbouw: Uitgangspunten / prioriteit / volgorde / niveau ▪ Inhoud: de onderwerpen (gerelateerd aan zorgprogramma en competentieprofiel) Organisaties kunnen op basis hiervan een scholingsplan ontwikkelen.
Middellange termijn:	Verkennen gezamenlijk (REC's/DEC's/Kenniscentrum) ontwikkelen/aanbod/inkoop van scholingen.
Lange termijn	Bouwen aan relatie doelgroepnetwerk GP met regulier onderwijs / leerlijnen van andere doelgroepen / enz.

2. Gezamenlijk vertrekpunt

We kiezen voor een gezamenlijk vertrekpunt voor de ontwikkeling van de leerlijn met het lange termijn perspectief voor ogen. Daarom denken we nu al over manier waarop we in een latere fase scholing willen gaan aanbieden, dan wel zelf ontwikkelen. Aansluiten bij een breed gedragen visie op leren en ontwikkelen gaat ons daarbij helpen. We kiezen daarvoor de visie van Filip Dochy over [High Impact Learning](#) (HILL) als vertrekpunt.

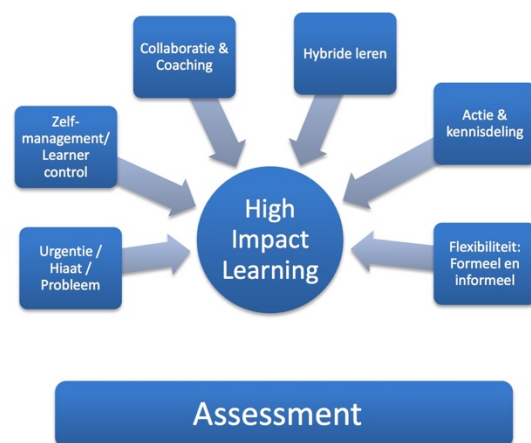
¹ Zie criteria REC/DEC/KC in de bijlage.



In het kort:

- Het is een model waarmee onderwijs vormgegeven kan worden. Het is dus een methode. High Impact Learning wordt veel gebruikt in het mbo- en hbo-onderwijs.
- Het is gebaseerd op de ontwikkelingen in de maatschappij om ons heen, waar steeds meer om flexibele en zelfstandige professionals wordt gevraagd.
- High impact learning ontstaat als de student het geleerde (kennis, vaardigheden en attitudes) in diverse situaties kan toepassen.
- Dat kun je bereiken door per leerproces de 7 bouwstenen uit te werken.

De link in de eerste paragraaf leidt naar een introductiefilmpje waarin de bouwstenen worden uitgelegd.



Figuur 1: Essentiële bouwstenen van High Impact Learning.

3. Ontwerpeisen leerlijn

Met het benoemen en uitwerken van ontwerpeisen schetsen we het kader voor de leerlijn. Ontwerpeisen dwingen tot het maken van keuzes. In onderstaande tabel zijn de ontwerpeisen op een rijtje gezet, met daarnaast de gemaakte keuzes.

Ontwerpeisen	Uitwerking
1. De leerlijn is bedoeld voor alle zorgprofessionals die werken met GP-cliënten.	▪ Alle (basis)onderdelen zijn voor zorgmedewerkers vanaf niveau 3 en behandelen. ▪ Medewerkers niveau 1 en 2: aangegeven onderdelen naar behoefte.
2. Inzetbaar voor zowel starters op het gebied van GP als voor medewerkers die al langer met de doelgroep werken	▪ Modulaire aanpak, opbouwend in moeilijkheidsgraad. ▪ Werken met leerinterventies: Aanvullend op de scholingsonderdelen, welke nog vastgesteld moeten worden, wordt per onderdeel bepaald welke interventie(s) kunnen worden omgezet om te voldoen aan de specifieke criteria.
3. Tijdsduur voor doorlopen van de tijdslijn niet te krap (gezien tijdsbesteding en deelname aan andere scholingen door medewerkers) maar ook niet te lang (motivatie, relevantie van scholingen)	Onderwerpen voor starters benoemen we in de leerlijn 'basis'. Starters doorlopen in maximaal 3 jaar de leerlijn. De onderwerpen voor de meer ervaren medewerkers benoemen we in de leerlijn 'ervaren'.
4. Medewerker een stem en een verantwoordelijkheid geven bij het maken van het eigen ontwikkelplan: urgentie, zelfregie, keuzemogelijkheden en formuleren van de leervraag draagt bij aan motivatie van de medewerker (zie Dochy)	De organisatie toetst samen met de medewerker in hoeverre hij/zij reeds voldoet aan het competentieprofiel. Dit vormt het startpunt voor het persoonlijk ontwikkelplan voor de medewerker.
5. Aanvullend op reeds aanwezige competenties. Specifiek GP.	▪ Basis op orde: medewerkers hebben al een bepaalde basisopleiding.



	▪ Onderwerpen/thema's zijn gebaseerd op zorgprogramma en competentieprofiel (opgebouwd volgens de CanMeds rollen)
6. Borging in de praktijk	▪ Om het geleerde in de praktijk te brengen en te borgen stimuleert de organisatie het leren op de werkvloer. ▪ Organisaties hanteren een ontwikkelingsgerichte benadering waarmee medewerkers groei kunnen laten zien. ▪ Het kenniscentrum heeft hierbij een faciliterende rol.

4. Thema's leerlijn

De leerlijn is gekoppeld aan de CanMeds-rollen in het competentieprofiel. De te realiseren doelen sluiten dan ook aan bij de competenties die beschreven zijn bij de verschillende rollen. Onderstaande tabel benoemt de thema's voor de leerlijn en laat zien of dit thema behoort tot *basis* voor startende medewerkers of *ervaren* voor medewerkers met ervaring met de doelgroep.

CanMeds-rol	Thema's	Basis	Ervaren
Zorgverlener (1)	1. Basiskennis over gerontopsychiatrie	✓	--
	2. Medicatie bij GP-cliënten	✓	--
	3. Herstelondersteunend werken	✓	--
Communicator (2)	4. Gesprekstechnieken / houding en gedrag	✓	--
	5. Omgaan met agressief gedrag en de-escalerend werken	✓	--
Samenwerkpartner (3)	6. Groepsdynamische processen	✓	--
Lerende en reflecterende professional (4)	7. Intervisie en moreel beraad*	✓	✓
Gezondheidsbevorderaar (5)	8. Seksualiteit en intimiteit	--	✓
Gezondheidsbevorderaar (5)	9. Palliatieve zorg	--	✓
Professional en kwaliteitsbevorderaar (7)	10. Wet- en regelgeving	✓	--

*In de leerlijn wordt wel de gezamenlijke visie beschreven ten aanzien van intervisie en moreel beraad. Uitwerking/uitvoering wordt door de organisatie opgepakt.



5. Uitwerking thema's

1. Basiskennis over gerontopsychiatrie

Waarom relevant? (Bouwsteen Dochy: benoem de urgentie²)

GP-bewoners hebben een complex ziektebeeld en geen persoon is hetzelfde. Alleen met de juiste basiskennis over de verschillende ziektebeelden kun je de juiste begeleiding bieden die aansluit bij de psychische en somatische aandoening van de bewoner, rekening houdend met de eigen regie van de bewoner.

Bovendien heb je als zorgprofessional een signaalfunctie. Het is belangrijk om te kunnen herkennen dat en/of waarom iemand ontregelt qua somatiek of gedrag en weten wanneer je aan de bel trekt bij behandelaars.

2. Medicatie bij GP-cliënten

Waarom relevant?

Bij GP-bewoners wordt vaker bepaalde psychofarmaca gebruikt als patiënten somatisch of psychisch ontregelen. Als zorgprofessionals is het belangrijk dat je weet welke medicatie vaak gebruik wordt en welk effect deze medicatie kan hebben op de bewoner. Die kennis zet je in om je houding, gedrag en communicatie tijdens contacten met de bewoner aan te passen. Daarnaast heb je als zorgprofessional een signaalfunctie en moet je weten wanneer behandelaars in te schakelen.

3. Herstelondersteunend werken

Waarom relevant?

De kern van herstel is dat het een uniek, intens en individueel traject is, nodig om met de gevolgen van een psychiatrische stoornis te leren leven. Herstelen betreft het ontgroeien van de gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis, het vinden van een nieuw evenwicht en een nieuw doel in iemands leven.

De herstelvisie gaat uit van een gefaseerd proces:

- Overweldigd worden door de aandoening. De ontredde en verwarring van de cliënt staan op de voorgrond.
- Worstelen met de aandoening. De cliënt kent nog steeds angst om overspoeld te worden door de aandoening, maar vraagt zich nu ook af hoe hij ermee verder kan leven.
- Leven met de aandoening. In deze fase beseft de cliënt meer en meer dat hij in staat is om met de aandoening om te gaan.
- Leven voorbij de aandoening. De aandoening raakt steeds meer op de achtergrond.

Om de GP-bewoner te kunnen ondersteunen, is het belangrijk dat je de principes van herstel kent en aan kunt sluiten bij de verschillende fases van herstel van de bewoner. Je helpt dan om voorbij de aandoening te kijken, niet de nadruk te leggen op de klachten maar juist op de krachten.

▪ ² Dochy schrijft over urgentie: Het moet zo beschreven zijn dat de medewerker die het nog aan kennis, vaardigheden of attitude op dit vlak ontbreekt zélf kan zien dat het belangrijk is deze scholing te volgen. De medewerker moet deze urgentie voelen.

Note: deze teksten worden nog door een tekstschrijver geredigeerd.



4. Gesprekstechnieken / houding en gedrag

Waarom relevant?

Om goed af te kunnen stemmen op de GP-bewoner is het belangrijk dat je kennis hebt van verschillende gesprekstechnieken en benaderingsstrategieën.

Iedere bewoner vraagt om een eigen benadering. Als medewerker stem je je handelen hierop af. Jouw houding, gedrag en manier van gesprekken voeren is namelijk van invloed op het gedrag van de bewoner.

De belevingswereld van de GP-bewoner staat centraal, de waarden en normen van de cliënt zijn het uitgangspunt. De samenwerking met jou als medewerker krijgt vorm op basis van gelijkwaardigheid waarbij jouw referentiekader naar de achtergrond geplaatst wordt. De cliënt wordt onvoorwaardelijk geaccepteerd. De presentietheorie biedt hierin een houvast. Met presentie wordt bedoeld het aansluiten bij en afstemmen op de leefwereld en levensloop van de ander. Presentie biedt hulp, steun en zorg in de vorm van een werkzame, effectieve bekommernis die het verhaal en leven van de ander helpt te verstaan en verder te brengen.

Het is belangrijk dat je in je dagelijkse werkzaamheden de relatie kunt leggen tussen wat de bewoner zegt en wat de bewoner eigenlijk bedoeld. Hierbij moet je rekening houden met de verstoorde werkelijkheidsbeleving van de bewoner. Het leren toepassen van gesprekstechnieken is dus eigenlijk altijd gekoppeld aan de basiskennis over psychiatrische ziektebeelden.

Motiverende gespreksvoering zet je in om de bewoner te helpen om de interne motivatie te vinden om gedrag te veranderen. Denk hierbij aan het stoppen met roken, het bereiken van een gezondere leefstijl of heel klein, voortaan eerder naar bed te gaan.

5. Omgaan met agressief gedrag en de-escalerend werken

Waarom relevant?

Het voorkomen én vóórkomen van agressie is een van de onderdelen van ons werk. Agressie komt veel voor en heeft verschillende gradaties. Toch heeft dit gedrag, vanuit de bewoner gezien een functie. Welke dit is en waarom dit voorkomt zijn de vragen die we ons hierbij stellen. Door het gedrag te snappen kunnen we onze begeleidingsstrategie aanpassen en daarmee de-escalerend handelen. Hiermee helpen we de bewoner om weer te ontspannen en ontstaat een nieuwe samenwerking.

Doel van deze training is dat medewerkers leren om op een professionele manier om te gaan met verbale en fysieke agressie van cliënten. Agressief gedrag komt vaak voort uit angst en onzekerheid. Centraal staan het herkennen van signalen van agressie, het zorgen voor de eigen veiligheid, fysiek ingrijpen bij fysieke agressie en communicatie bij agressief gedrag. In de training gaat het om zowel theorie als praktijk.

6. Groepsdynamische processen

Waarom relevant?

Onze bewoners leven samen in een groep waar een hoop groepsdynamische processen plaats vinden. Het moeten/proberen accepteren van elkaar met de gebreken die eenieder heeft, het samen leven in een samengesteld huishouden en elkaars normen en waarden die ze vanuit thuis hebben meegenomen naar de afdeling, karakters of ziektebeelden die botsen of juist goed met elkaar kunnen klikken.



De een ziet familie komen van een andere bewoner, terwijl er niemand bij hem op bezoek meer komt, wat tot frustratie of verdriet leidt of naasten die zorgen voor prikkels in de groep of agressie tegen zorgmedewerkers waardoor andere bewoners onrustig worden. Of er zijn nog seksuele behoeftes bij een bewoner, maar andere bewoners willen daar niet mee lastig gevallen of aan bloot gesteld worden, hoe ga je daar mee om in de groep en leid je dat voor eenieder in goede banen.

Als zorgmedewerker is het belangrijk dat je weet hoe je om moet gaan met groepsdynamiek. Het aanpassingsvermogen van GP-bewoners is anders (moeizamer) dan bij cliënten zonder GP-problematiek. Omdat mensen met deze problematiek emoties moeilijk kunnen reguleren moet je als zorgmedewerker daar oog voor hebben, tijdig kunnen signaleren, gedrag analyseren en waar nodig interveniëren.

7. Intervisie / moreel beraad

Waarom relevant?

Intervisie en moreel beraad vormt de rode draad door de leerlijn en is relevant voor alle medewerkers van alle niveaus.

Intervisie

Een open, herstel ondersteunende reflecterende houding heb en krijg je niet zomaar, het vraagt om bewustwording van jezelf. Hoe sta ik in relatie tot de ander? Intervisie is een hulpmiddel om onderzoekend met elkaar in gesprek te gaan, het houdt de teams scherp en zorgt ervoor dat de medewerkers zich kunnen ontwikkelen.

Om te kunnen leren is het nodig dat er gereflecteerd en gespiegeld wordt. Blinde vlekken heten niet voor niets zo, je ziet ze niet want je weet het niet. We hebben de ander nodig om onze eigen blinde vlekken te kunnen zien. Je bent jezelf lang niet altijd bewust van de signalen die je overbrengt op een ander. In intervisie kan je elkaar bevragen, spiegelen, aanvullen en mogelijk bevestigen. Het gaat over hoe jij als persoon je rol als hulpverlener vervult.

Intervisie is noodzakelijk om je eigen emotionele hygiëne gezond te houden. Het geeft de hulpverlener de ruimte om werkinhoudelijke dilemma's te delen. In de psychiatrie zijn dit vaak thema's zijn die aan je eigen persoonlijke ervaringen en je eigen normen en waarden raken. Hoe sta jij als medewerker met je eigen verhaal in het werk?

Moreel beraad

Een andere vorm om met elkaar in gesprek te gaan over normen en waarden en ethische kwesties is moreel beraad: moreel beraad kan omschreven worden als een gestructureerd multidisciplinair overleg over een morele kwestie, meestal aan de hand van een casus.

Een moreel beraad kan worden ingepland wanneer er bepaalde morele vragen leven in een team. Een voorbeeld kan zijn "ik breng mijn client naar de rookruimte omdat hij daar zelf niet meer komt, hiermee werk ik mee aan beschadigend gedrag, wil ik dat? "

Het moreel beraad kan zich op grofweg twee doelen richten: het probeert een oplossing te vinden voor de kwestie of het probeert te verhelderen welke houding je in de kwestie inneemt.

8. Seksualiteit en intimiteit

Waarom relevant?

Binnen het verpleeghuis is seks vaak een taboe, veelal wordt seksueel gedrag als ontremming of ongepast gezien. Een probleem waar anderen last van hebben. Privacy is tevens ver te zoeken en praten over seks en intimiteit is meestal spannend en wordt vermeden.

Bij GP-bewoners speelt ook dat psychische problemen gaan vaak samen met veranderingen in seksuele behoeftes en seksuele respons. Vele psychische symptomen en psychofarmaca interfereren



met seksualiteit. En veranderingen in seksueel functioneren kunnen kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en therapietrouw beïnvloeden.

Het signaleren en bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit als basisbehoefte is dus ook voor de mensen met een psychiatrische achtergrond essentieel.

Een belangrijke taak hierin is weggelegd bij de betrokken zorgprofessionals, zoals V&V, specialist ouderengeneeskunde, ergotherapie en psychologie.

9. Palliatieve zorg

Waarom relevant?

Geschat wordt dat de levensverwachting met een psychiatrische aandoening met 10 jaar wordt verkort. Dit kan worden verklaard door bijwerkingen van psychofarmaca en een ongezondere leefstijl. Daarbij komend hebben GP-bewoners vaak ook somatische aandoeningen en een stapeling van ouderdomsklachten die maken dat ze kwetsbaar zijn en die de levensverwachting nog meer kunnen verkorten. De stapeling van problemen zorgen ervoor dat relatief jongere mensen kunnen komen te overlijden. Dit overlijden kan een natuurlijk overlijden zijn, maar er komt ook relatief vaker suïcide voor of een doodswens met euthanasievraag vanwege een psychiatrische aandoening

Palliatieve zorg aan mensen binnen de gerontopsychiatrie is complex en kent specifieke uitdagingen. Er kan sprake zijn van verminderd ziekte-inzicht of wilsbekwaamheid ten gevolge van een psychiatrische aandoening waarbij de wilsbekwaamheid rondom het levenseinde getoetst dient te worden, veelal door een psychiater.

Ook voor de zorgmedewerker vraagt dit om specifieke kennis en competenties.

10. Wet- en regelgeving

Waarom relevant?

Meer dan bij andere verpleeghuisbewoners hebben we bij GP-bewoners te maken met zaken als bewindvoering, mentor- en curatorschap, rechterlijke machtiging (RM), en inbewaringstelling (IBS). Daarnaast hebben we te maken met de Wet Zorg en Dwang en de Wet verplichte GGZ. Beide wetten regelen de rechten van bewoners bij onvrijwillige zorg.

Het maken van afspraken rondom de vrijheid van GP-bewoners is een intensiever proces dat wezenlijk verschilt van dat van een reguliere verpleeghuisafdeling. GP-bewoners zijn over het algemeen fysiek mobieler, bewegen zich meer buiten de instelling en hebben soms verslavingsproblematiek of vertonen ander risicovol gedrag. Aan de andere kant kampt een aanzienlijk deel van de GP-bewoners met beperkt ziekte-inzicht en overzichtsproblematiek. Kortom, GP-bewoners hebben veel drang naar vrijheid, terwijl dat risico's voor henzelf of anderen kan meebrengen.

Als zorgmedewerker moet je weten hoe hiermee om te gaan.



Bijlage: CELZ criteria

	Criterium	Indicator
REC/DEC	Medewerkers beschikken allen over basiskennis m.b.t. de doelgroep en de organisatie heeft een scholingsplan. Medewerkers zijn in staat cliënten doelgroepspecifiek te benaderen.	Minimaal niveau: De organisatie heeft een plan waarin beschreven staan hoe er een specifiek voor de doelgroep scholingsplan wordt opgesteld. Er kan worden aangetoond dat binnen vier jaar na de eerste visitatie 80% van de medewerkers daadwerkelijk getraind en geschoold zijn.
DEC	Kennis en expertise van medewerkers wordt geborgd doordat medewerkers van de afdeling voldoen aan het competentieprofiel opgesteld door het kenniscentrum. Daarnaast worden zij geschoold op basis van de op dat moment actuele leerlijn van het kenniscentrum.	Minimaal niveau: Het management kan aangeven hoe de zorg- en behandelaren de komende twee jaar verder worden geschoold in specialistische kennis
KC	Een KC ontwikkelt met het zorgveld actuele competentieprofielen en definieert een leerlijn die bijdraagt het scholingsbeleid op het specifieke expertisegebied GP in aansluiting op de behoeften vanuit de praktijk en practise-based alsook evidence - based ontwikkelde kennis.	Het KC beschikt over actuele competentieprofielen die zijn ontwikkeld met het zorgveld. Het KC beschikt over een leerlijn die bijdraagt aan het scholingsgebied op het specifieke expertisegebied van de doelgroep. Deze leerlijn sluit aan op de behoeften vanuit de praktijk en practise-based en evidence-based ontwikkelde kennis