

Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home “SpeCIMeN”

Citation for published version (APA):

Collet, A. (2019). Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home “SpeCIMeN”. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Gildeprint Drukkerijen. <https://doi.org/10.26481/dis.20191219ac>

Document status and date:

Published: 01/01/2019

DOI:

[10.26481/dis.20191219ac](https://doi.org/10.26481/dis.20191219ac)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Due to the ongoing process of deinstitutionalization of psychiatric care services, the traditional asylum function for older adults with severe mental illness (SMI) has been partly taken over by nursing homes (NHs). Patients suffering from a mental health disorder and also in need of nursing home care (because of dementia and/or physical disorders), are patients with complex care needs. They present a particular challenge to long term care (LTC) wards within both NHs and mental healthcare institutions (MHs) as they often surpass the level of mental healthcare that can be offered in NHs, and, vice versa, the level of physical care that can be offered in MHs. As these patients have a combined need for both mental health care and nursing home care, we refer to this specific group of patients as *double care demanding patients* (DCD-patients) in this thesis. In daily practice it has been recognized that collaborative care models are needed for DCD-patients. Some specialized DCD-units in Dutch MHs and NHs have been developed accordingly. This offered the unique possibility to study the DCD-population across both settings, and to explore their differences and similarities.

This thesis reports on the results of the “Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home (SpeCIMeN)-study”. Research questions covered the characteristics and the care needs of DCD-patients, the facilitators and barriers to DCD-care, and the necessary elements for successful tailored integrated and trans sectoral care, combining both psychiatric care and nursing home care. The results of this study are relevant for planning of services that should take into account different patterns of needs among elderly DCD-patients. Several study designs were applied including a systematic literature research, observational cohort studies, a focus group study and a case study.

The **first chapter** provides general background information about the concept of patients with combined physical, mental and psychological care needs, residing in either a mental health facility or a nursing home (NH). Up till now, different types of long-term care (LTC) are provided to older people with disabling psychiatric illnesses, advanced dementia, and physical disabilities. The absolute dichotomization into two categories of psychiatric treatment in mental healthcare on the one hand and nursing home care (composed of either psychogeriatric care or physical care) on the other hand creates regulatory and funding restrictions that hamper the realization of the complementary benefits, both sectors may have. Consequently, both NH-residents with comorbid psychiatric disorders and psychiatric patients with comorbid dementia and/or physical disabilities will not always receive the type of care they need. Given the current level of concern about DCD-patients, and the ever growing number of these patients, due to the ageing of the population it is important that they receive the most effective and efficient care they deserve.

In **chapter 2** the results of a systematic literature review are presented. The focus was on integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care on psychiatric disorders and severe behavioural problems in NH patients. Eight intervention trials, including four RCT's were identified as relevant for the purpose of the review. Findings indicate, that the most effective approach for DCD-patients constitutes of an integrated care model with the following components: accurate observation and identification of comorbid psychopathology, assessment of psychiatric, medical and environmental causes, comprehensive medical and neurological assessment, thorough assessment of history of previous use of psychotropic medication, and programs for teaching behavioural management skills to nursing-staff. Several studies suggested the benefits of more intensive mental health (MH) services for nursing home (NH) DCD-patients. Short-term mental hospital admission for a more comprehensive assessment and interventions, benefits NH DCD-patients with and without dementia, who are admitted for severe agitated and disruptive behaviour, requiring continuous observation. Neither patients' quality of life, nor distress or job satisfaction of nursing staff were objects of interest in the studies included. All the included studies had several methodological shortcomings. In general sample sizes were small, follow-up time was short, and all studies differed in their design. This implies that no definite indications for the ideal composition of the multidisciplinary team, the ideal setting to provide mental health services for NH patients with psychiatric disorders, the ingredients and context factors that are responsible for the efficacy of the intervention, nor whether multidisciplinary teams involving psychiatrists and psychiatric nurses are essentially superior, could be given.

In **chapter 3** we explored the demographic, physical health-related, mental health-related, and quality of life related characteristics of DCD-patients in both the MH and NH-setting, as an essential first step to best meet their specific needs. This observational cross-sectional study demonstrated that DCD-patients overall had a mean age of 68 years, were more often male, low educated, and had been institutionalized for longer than one year. Family support was significantly more prevalent in NH DCD-patients, while most MH DCD-patients had legal representation. The prevalence and severity of care dependency and comorbidities were equally high among all DCD-patients, with cardiovascular, pulmonary, neurological and gastrointestinal problems being most prevalent. Overall DCD-patients showed a higher prevalence of neuropsychiatric symptoms than non-DCD patients. MH DCD-patients expectedly differed significantly in psychopathology from NH DCD-patients as evidenced by a higher prevalence of psychotic symptoms, anxiety symptoms, agitation and psychiatric morbidity. Personality disorders were diagnosed in almost one-quarter of all DCD-patients. Overall DCD-patients were satisfied with their quality of life, with significant higher satisfaction rates in NH DCD-patients for given care, and psychological well-being. These results stress the importance of giving enough attention to physical care within the MH, and the need for psychiatric training of nurses in the NH-setting. There

could be a risk of having a mismatch between the type of patients and the type of care offered. The heterogeneity of DCD-patients and the resulting care complexities emphasize the need for a skills mix of nursing-staff in both settings, as they must be able to address both the somatic care needs as well as psychiatric and psychological care needs. Our study shows that it is not the primary disease diagnosis (psychopathology or physical illness), but rather the accumulation of functional and behavioural problems that seems to be decisive for the demand for care in DCD-patients. Because of the heterogeneity of the DCD-population with a wide range of functional, behavioural, medical and social support needs, personal and customized care seems to be necessary, which is in line with the findings in chapter 2. Current admission criteria of DCD-patients to either to the NH setting or the MH setting seem to be mainly based on the severity and unpredictability of their behavioural problems, and not on their physical-related care needs.

The care complexities of DCD-patients could have implications for nursing staff's experienced work-related stress, and might have an impact on their well-being and risk for burnout. Therefore, as part of the observational cross-sectional study described above, we explored (**chapter 4**) the possible relationship between mental health-related and physical health-related characteristics of DCD-patients, and the mental well-being and demographics of the nursing staff caring for them. Because of the traditional categorization in physical care and psychiatric care, and therefore a better training level of nursing staff to only one of these care domains, we hypothesized that care dependency, physical care demands, and intensity of neuropsychiatric symptoms in DCD-patients would be correlated to higher symptoms of work-related distress in nursing-staff across settings. The mean work-experience (over 5 years) and the mean age (41 years) of nursing-staff was similar in both settings. A significant difference in the educational level was found, with low vocational training for 29% of NH-nurses. Still, feelings of self-efficacy and levels of mental distress were similar in both settings, indicating that the educational level alone is not an indicator of work-related mental well-being of nursing staff in DCD-units. Based on the study results as described in chapter 3 we expected well-being of MH nursing staff to be more compromised as they have to encounter higher instances of challenging behaviour, due to a higher prevalence of NPS and comorbid psychiatric illnesses in MH DCD-patients. Contrary to these expectations, no significant relationship between DCD-patient characteristics and staff well-being across both settings was found. We did find a tendency that for all nursing staff, a higher amount of NPS in DCD-patients is associated with higher rates of both emotional exhaustion and work-related mental distress. Nursing staff with more than 5 years of work experience overall felt competent in caring for DCD-patients, and showed a higher job performance. MH DCD-nursing staff in general was more at risk for burnout, as were older nurses in both settings.

Chapter 5 presents the results of a qualitative study, exploring the possible facilitating

and obstructing factors in DCD-care from the perspective of nursing-staff and other multidisciplinary team members. This qualitative study involved semi structured focus group interviews and a case description. Several preconditions and unmet needs in caring for DCD-patients overall were expressed. The starting point of successful multidisciplinary DCD-care is “motivation for”, “affinity with”, and “commitment to” this specific target group. Knowing each other and building of mutual trust and respect among all team members is necessary to create a psychologically safe environment that enables staff to collaborate effectively.

Five key-levels of factors regarding experiences and needs of DCD nursing- and other multidisciplinary-staff were mentioned.

They comprised of: 1. patient-related factors: the complexity of combined care needs, and the complexity of behavioural problems; 2. informal care-related factors: the often misapprehension of the complexity of DCD-patients’ problems by family, and the risk of deployment of volunteers as a substitute for nursing staff; 3. professional care-related factors: the necessity of team player competencies and attitudes, of a multidisciplinary approach in working with DCD-patients, and of collaboration between MH and NH settings; 4. living- and work-related factors: sufficient availability and continuity of staff, and specific facility requirements like sufficient outdoor and indoor space and strippable private bedrooms, are necessary to provide for a safe environment, and 5. organization of care-related factors: there should be a clear DCD-policy, with clear admittance and transfer or relocation criteria. Nursing staff wants to be valued for their expertise, they want to be challenged with more-in-depth training in geriatrics and pharmacotherapy, in counselling strategies, challenging behaviour and in recognizing the influence of their own personal characteristics when interacting with DCD-patients and their family members.

Chapter 6 presents a detailed description of a DCD case, therewith further exploring and elaborating on the identified facilitators and barriers to (inter) professional collaboration within and between settings. Both the formidable challenge of providing effective integrated treatment to DCD-patients, as well as the risk of delivering inadequate DCD-care due to the service gaps between organisations, and funding barriers are illustrated. The necessity of intensive collaboration between health professionals in nursing homes, mental health care, secondary medical care and primary care is highlighted. The collaborative care model – that is premised on a multidisciplinary approach to patient care, a well-structured patient care plan, monitoring by case managers, and interprofessional communication – can form an effective basis for organizing care delivery. As part of the collaborative care model, a so called expert-transfer team could be created in every region, for dealing with very difficult-to-place DCD-patients. It would be composed of experts representing all the participating healthcare organisations. They would discuss the service needs of individual patients, make proposals for their optimal placement, and

actually arrange such placement. Expert-transfer teams ought to be granted authorisation by the center for assessment of long-term care (CIZ) and health insurers in their region, to avoid hindrance from funding walls. That would ensure personalized tailored care for DCD-patients.

Finally in **chapter 7** we give an overview is of the main findings of this thesis, integrate the results that were discussed in the different chapters and address theoretical and methodological considerations of the studies performed. Several implications for daily practice and further research are presented.

Samenvatting

Als gevolg van het voortgaande proces van extramuralisering in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is het aantal bedden voor langdurig verblijf binnen veel psychiatrische instellingen afgebouwd. De zorg voor oudere volwassenen met chronische psychische stoornissen en zorgafhankelijkheid is sindsdien deels overgenomen door verpleeghuizen. Ouderen met een psychiatrische stoornis, die op grond van comorbide dementie en/of somatische problematiek ook verpleeghuiszorg nodig hebben, zijn patiënten met complexe zorgvragen. Zij vormen een bijzondere uitdaging binnen afdelingen voor langdurige zorg, zowel in verpleeghuizen als instellingen voor GGZ. Hun psychiatrische zorgvragen overstijgen vaak het niveau van psychische zorg dat in verpleeghuizen geboden kan worden, terwijl hun somatische zorgvragen de mogelijkheden van de GGZ overstijgen. Omdat het hier om een specifieke groep patiënten gaat, die een combinatie van psychiatrische én verpleeghuiszorg nodig hebben, worden zij in dit proefschrift patiënten met een dubbele zorgvraag (DZV-patiënten) genoemd. In de dagelijkse praktijk van de zorgverlening aan DZV-patiënten wordt erkend dat modellen van collaborative care nodig zijn. Vanuit deze erkenning zijn een aantal gespecialiseerde DZV-units opgezet in verpleeghuizen en instellingen voor GGZ. Dat bood ons de unieke kans, om de DZV-populatie in beide sectoren op deze specifieke units te onderzoeken en de verschillen en overeenkomsten in kaart te brengen.

In dit proefschrift bespreken we de resultaten van het onderzoek 'Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home (SpecIMeN)'. De onderzoeksvragen waren gericht op 1. de kenmerken van DZV-patiënten en van hun verpleegkundige staf, 2. de factoren die DZV-zorg kunnen bevorderen of belemmeren, en 3. de elementen die nodig zijn om tot succesvolle integrale en trans-sectorale DZV-zorg te komen, waaraan zowel psychiatrische- als verpleeghuiszorg een bijdrage leveren. De resultaten van dit onderzoek zijn relevant voor het ontwerpen en plannen van zorgvoorzieningen, die rekening houden met de uiteenlopende zorgbehoeften van oudere DZV-patiënten. Er zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast, waaronder systematisch literatuuronderzoek, observerend cohortonderzoek, een focusgroep onderzoek en een casusanalyse.

Het **eerste hoofdstuk** beschrijft algemene achtergrondinformatie over het begrip 'patiënten met een combinatie van psychiatrische, somatische en/of cognitieve zorgbehoeften', die ofwel in een verpleeghuis ofwel in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Tot op heden ontvangen ouderen met invaliderende psychiatrische stoornissen, gevorderde dementie of ernstige lichamelijke beperkingen verschillende types langdurige zorg. De absolute tweedeling in enerzijds psychiatrische behandeling in de GGZ en verpleeghuiszorg (onderscheiden in psychogeriatrische zorg en somatische zorg) anderzijds, creëert regulerings- en financieringsbeperkingen. Daarmee wordt de realisering van de meerwaarde die een afstem-

ming tussen de beide sectoren zou kunnen hebben, belemmerd. Hierdoor krijgen noch de verpleeghuisbewoners met comorbide psychiatrische problematiek, noch de psychiatrische patiënten in de GGZ met comorbide dementie en/of lichamelijke beperkingen, in alle gevallen het type zorg dat zij nodig hebben. De reeds geschetste zorgen over de huidige situatie van DZV-patiënten en hun verwachte groei in aantallen door de bevolkingsvergrijzing, benadrukt het belang van het kunnen geven van de meest doelmatige en effectieve zorg aan deze patiëntengroep.

In **hoofdstuk 2** presenteren we de resultaten van een systematisch literatuuronderzoek. We hebben de wetenschappelijke literatuur specifiek onderzocht op integrale interventies, waarin psychiatrische- en verpleeghuiszorg werden gecombineerd ten behoeve van verpleeghuispatiënten met psychische stoornissen en ernstige gedragsproblemen. Er werden acht relevante interventie-onderzoeken gevonden, waaronder vier gerandomiseerde klinische studies (RCTs). De meest doeltreffende benadering voor DZV-patiënten bleek te bestaan uit een model van geïntegreerde zorg met de volgende componenten: zorgvuldige observatie en identificatie van psychiatrische, somatische en psychosociale problematiek; een volledig lichamelijk en neurologisch onderzoek; inventarisatie van actuele en gebruikte psychofarmaca; scholing van verpleegkundigen en verzorgenden in het kunnen toepassen van gedragsinterventies. Een aantal studies benoemde de noodzaak van voldoende GGZ-voorzieningen voor DZV-patiënten in verpleeghuizen. DZV-patiënten (met of zonder dementie), met ernstig geagiteerd of verstorend gedrag waarvoor continue observatie noodzakelijk was, hadden baat bij een kortdurende opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

De levenskwaliteit van DZV-patiënten, noch de arbeidsbelasting of de werktevredenheid van het personeel, kreeg aandacht in de geïnccludeerde onderzoeken. Ook hadden alle onderzoeken methodologische tekortkomingen. Zo was de steekproefgrootte doorgaans klein, vonden vervolgmetingen erg snel plaats en was de onderzoeksopzet onderling verschillend. Het literatuuronderzoek leverde dus geen concrete aanwijzingen voor de ideale samenstelling van een multidisciplinair team, of de ideale omgeving om psychische zorg aan verpleeghuisbewoners met psychiatrische problematiek te leveren. Daarnaast bleef onduidelijk welke inhoudelijke en contextuele factoren de effectiviteit van een interventie bepalen, alsook of het betrekken van psychiaters en psychiatrische verpleegkundigen bij multidisciplinaire teams tot betere zorg leidt.

Hoofdstuk 3 beschrijft het onderzoek naar de kenmerken van DZV-patiënten in het verpleeghuis en de GGZ, als een noodzakelijke eerste stap om optimaal aan hun specifieke zorgvragen tegemoet te kunnen komen. Wij inventariseerden de demografische achtergrond, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid en ervaren kwaliteit van leven van de deelnemers. De DZV-patiënten in dit transversale observatieonderzoek waren gemiddeld 68 jaar, vaker man, laag opgeleid, en langer dan één jaar intramuraal opgenomen.

Familieondersteuning was significant vaker aanwezig bij de verpleeghuisbewoners, terwijl de meeste DZV-patiënten in de GGZ alleen wettelijke vertegenwoordigers hadden. De prevalentie en de ernst van zorgafhankelijkheid en lichamelijke comorbiditeit waren in beide groepen DZV-patiënten even groot, waarbij hart- en vaatziekten, longaandoeningen, neurologische problemen en maag- en darmziekten het meest frequent voorkwamen. De prevalentie van neuropsychiatrische symptomen was bij DZV-patiënten hoger dan bij bewoners zonder een dubbele zorgvraag. DZV-patiënten in de GGZ verschilden, zoals te verwachten viel, significant van DZV-patiënten in verpleeghuizen ten aanzien van hun psychopathologie, met een hogere prevalentie van psychotische symptomen, angstsymptomen, agitatie en psychiatrische morbiditeit in de GGZ-groep. Bijna 25 procent van alle DZV-patiënten had een diagnose van een persoonlijkheidsstoornis. Over het algemeen waren DZV-patiënten tevreden met hun kwaliteit van leven, waarbij de patiënten in verpleeghuizen hoger scoorden op zowel tevredenheid over de verleende zorg als met hun eigen psychisch welbevinden.

Bovengenoemde resultaten tonen het belang van aandacht voor somatische zorg binnen de GGZ enerzijds en van psychiatrische training voor verpleeghuispersoneel anderzijds. De heterogeniteit van DZV-patiënten, en de daaruit voortvloeiende zorgcomplexiteit, onderstrepen de noodzaak dat professionals in beide zorgsettings een combinatie van vaardigheden nodig hebben om aan zowel de somatische, als de psychiatrische en psychologische zorgbehoeften van hun patiënten te kunnen voldoen. Ons onderzoek geeft aan dat niet de hoofddiagnose (psychopathologische dan wel somatische problematiek) bepalend is voor de zorgvraag van DZV-patiënten, maar de opeenstapeling van functionele en gedragsproblemen waarmee zij te maken krijgen. De heterogeniteit van de DZV-populatie – met haar verscheidenheid aan functionele, gedragsmatige, medische en sociale ondersteuningsbehoeften – maakt zorg op maat noodzakelijk voor deze groep, zoals ook bleek uit de bevindingen in hoofdstuk 2. De huidige criteria voor de opname van DZV-patiënten, zowel in verpleeghuizen als in GGZ-instellingen, lijken primair gebaseerd te zijn op de ernst en de onvoorspelbaarheid van hun gedragsproblemen, en niet op hun zorgbehoeften op somatisch gebied.

De complexiteit van de zorg aan DZV-patiënten zou gevolgen kunnen hebben voor de door verpleegkundigen en verzorgenden ervaren werk gebonden stress, met een navenante impact op hun welzijn en kwetsbaarheid voor burn-out. Als onderdeel van het bovenbeschreven transversale observatieonderzoek beschrijven wij daarom in **hoofdstuk 4** het mogelijke verband tussen het geestelijk welbevinden van de verpleging en hun demografische achtergronden enerzijds, en de kenmerken van DZV-patiënten in termen van psychische en lichamelijke gezondheid anderzijds. Door de traditionele tweedeling in somatische- en psychiatrische gezondheidszorg, is het verpleeg- en verzorgend personeel meestal op één van deze domeinen beter gekwalificeerd. Onze veronderstelling was daarom, dat de DZV-patiënt kenmerken zorgafhankelijkheid, somatische zorgbehoeften en intensiteit van neuropsychiatrische symptomen, gecorreleerd zouden zijn met het niveau van ervaren werk gebonden

stress van zorgverleners binnen het verpleeghuis en de GGZ.

In beide zorgsettings was de gemiddelde werkervaring (meer dan 5 jaar) en de gemiddelde leeftijd (41 jaar) van het personeel gelijk. Er bleek een significant verschil in opleidingsniveau, waarbij 29% van het verpleeghuispersoneel een lagere beroepsopleiding had. Toch vonden wij in beide zorgsettings vergelijkbare niveaus van zelfvervaren persoonlijke bekwaamheid (*self-efficacy*) en van psychisch welbevinden; een aanwijzing dat opleidingsniveau alleen niet als indicator kan dienen voor werk gebonden psychisch welzijn bij zorgverleners in DZV-afdelingen. Op basis van de in hoofdstuk 3 beschreven resultaten hadden we verwacht dat het welbevinden van de GGZ-zorgverleners onder grotere druk zou staan, omdat zij vaker met verstoring gedrag te maken zullen hebben door de hogere prevalentie van neuropsychiatrische stoornissen en comorbide psychiatrische stoornissen. Wij vonden echter in beide settings geen significant verband tussen DZV-patiëntkenmerken enerzijds en personeelswelzijn anderzijds. Wel zagen we een trend bij alle zorgverleners naar een hoger niveau van emotionele uitputting en verminderd werk gerelateerd psychisch welbevinden, wanneer hun DZV-patiënten een hogere mate van neuropsychiatrische stoornissen vertoonden. Over het algemeen voelden verpleegkundigen en verzorgenden met meer dan vijf jaar werkervaring zich competent in het verlenen van zorg aan DZV-patiënten en leverden zij hoge werkprestaties. De zorgverleners in de GGZ-setting, alsmede de oudere zorgverleners in beide settings, hadden een hoger risico op burn-out.

Hoofdstuk 5 presenteert de resultaten van een kwalitatieve studie, die de mogelijke bevorderende en belemmerende factoren in de DZV-zorg verkent vanuit het perspectief van verpleegkundigen, verzorgenden en andere multidisciplinaire teamleden. Dit onderzoek is gebaseerd op semigestructureerde focusgroep-interviews en een casusbeschrijving. Een reeks aan algemene randvoorwaarden en onvervulde zorgbehoeften in de zorg voor DZV-patiënten kwam aan de orde in deze interviews. Het uitgangspunt van succesvolle multidisciplinaire DZV-zorg is 'motivatie voor', 'affiniteit met' en 'toewijding aan' deze specifieke patiëntengroep. Elkaar goed leren kennen en het opbouwen van onderling vertrouwen en respect tussen alle teamleden is noodzakelijk om een psychologisch veilige werkomgeving te creëren, waarbinnen effectieve samenwerking mogelijk is.

In het onderzoek kwamen vijf essentiële factoren naar voren uit de ervaringen en behoeften van het verpleegkundige-, verzorgende- en overige multidisciplinaire personeel, met betrekking tot de zorg voor DZV-patiënten. Dit zijn (1) *patiëntgebonden* factoren: de complexiteit van de gecombineerde zorgvragen en van de gedragsmatige problemen; (2) *mantelzorg gebonden* factoren: de misverstanden bij familieleden met betrekking tot de complexiteit van de problemen van de patiënten, en de risico's van inzet van vrijwilligers als vervanging van beroepskrachten; (3) *beroepsmatige* factoren: de noodzakelijkheid van teamcompetenties en attitudes, van een multidisciplinaire aanpak in het werk met DZV-patiënten, en van een goe-

de samenwerking tussen verpleeghuis en GGZ; (4) factoren in de *woon- en werkomgeving*: voldoende beschikbaarheid en continuïteit van personeel, en specifieke inrichtingseisen, zoals voldoende buiten- en binnenruimtes en stripbare éénpersoonskamers voor patiënten, om een veilige omgeving te waarborgen; (5) factoren met betrekking tot de *organisatie van de zorg*: een duidelijk geformuleerd DZV-beleid met eenduidige criteria voor opname en overplaatsing van DZV-patiënten.

Zorgverleners willen gewaardeerd worden om hun expertise. Ook zoeken zij uitdaging in de vorm van verdiepende scholingen op het gebied van geriatrie en farmacotherapie, counseling-strategieën, het omgaan met verstorend/ontwrichtend gedrag en in het onderkennen van de invloed van hun eigen persoonlijke eigenschappen in de interactie met DZV-patiënten en diens familieleden.

Hoofdstuk 6 bevat een gedetailleerde beschrijving van een DZV-casus, met een nadere bespreking en verdieping van de factoren, die de professionele samenwerking binnen en tussen de verschillende zorgsectoren kunnen bevorderen of belemmeren. De casus illustreert de enorme uitdaging van het geven van effectieve integrale behandeling en zorg aan DZV-patiënten alsook het risico op gebrekkige zorgverlening vanuit bestaande zorglacunes tussen organisaties en schotten in de financiering. De noodzaak van intensieve samenwerking tussen zorgprofessionals in verpleeghuizen, GGZ-instellingen, tweedelijns medische zorg en eerstelijns zorg wordt belicht. Het model van *collaborative care* – dat uitgaat van een multidisciplinaire aanpak van zorg voor elke patiënt, een gestructureerd zorgplan, zorg coördinatie door casemanagers en interprofessionele communicatie – kan een effectieve basis vormen voor de organisatie van de zorgverlening. Als onderdeel van dit model kan per regio een ‘expert-transfer-team’ worden samengesteld om de noodzakelijke zorg te coördineren van zeer moeilijk plaatsbare DZV-patiënten. Hierin bespreken deskundige vertegenwoordigers van alle betrokken zorgorganisaties de zorgvragen van de patiënt. Zij doen vervolgens niet alleen een voorstel tot beste plaatsing, maar zij realiseren deze plaatsing ook. Het transfer-team zou mandaat van alle zorginstellingen, van het indicatieorgaan voor langdurige zorg (CIZ) en de zorgverzekeraars in de regio moeten krijgen, zodat het niet door financierings-schotten gehinderd wordt. Met deze werkwijze moet de noodzakelijke persoonsgerichte zorg op maat voor DZV-patiënten gegarandeerd kunnen worden.

Tot slot geven we in **hoofdstuk 7** een overzicht van de belangrijkste bevindingen in dit proefschrift en integreren we de resultaten die in de verschillende hoofdstukken naar voren kwamen. We belichten de theoretische en methodologische overwegingen die in de uitgevoerde onderzoeken een rol speelden. Een aantal implicaties voor de dagelijkse praktijk en voor toekomstig onderzoek worden besproken.