

Livio
'Het verlenen van psychogeriatrische zorg in een setting van kleinschalig wonen'



L.K. Kroes

Livio
**'Het verlenen van psychogeriatrische zorg in een setting van
kleinschalig wonen'**

Bachelorscriptie
30 November, 2007

Leslie K. Kroes
Algemene Gezondheidswetenschappen
Faculteit Management en Bestuur
Universiteit Twente, Enschede

Begeleider: Ir. F.M.J.W van den Berg
Meelezer: Dr. H.G.M. Oosterwijk
Opdrachtgever: Dhr B. Kors, Livio

Voorwoord

Deze bacheloropdracht is het resultaat van enkele maanden verdieping in een actueel en intrigerend onderwerp: de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen en de invulling van de zorg in de kleinschalige woonvorm. Ik heb het erg interessant gevonden mij te verdiepen in de psychogeriatrische zorg. Daarbij kwam ook dat de mensen in het vak erg gedreven, enthousiast en toegewijd zijn, dit maakte dat ik overal waar ik kwam of wie ik benaderde hartelijk ben ontvangen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Livio, een grote zorg- en dienstverleningsorganisatie in Twente en de Oost-Achterhoek. De bacheloropdracht is de afronding van de bacheloropleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.

Uiteraard was deze scriptie nooit tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal personen. Ik wil iedereen die mij heeft geholpen hartelijk bedanken en een aantal mensen in het bijzonder. Als eerste wil ik Agaath Oude Veldhuis en Lizette Keijer danken voor het openen van enkele deuren binnen Livio. Grote dank is verschuldigd aan Bert Kors voor de begeleiding tijdens het proces, het organiseren van de observaties binnen Livio en daarbij wist je mij met de juiste mensen in het veld in contact te brengen. Daarnaast ben ik ook de collega's van de Irenesingel dankbaar voor de gezellige tijd, gedurende de vier maanden dat ik daar een werkplek had. Ook ben ik in het land in een aantal gerealiseerde projecten erg hartelijk ontvangen en mocht ik mijn observaties houden en interviews afnemen; Daelhoven in Soest, De Melkweg in Wageningen en Het Elisabeth Gruyterhuis in Zwolle, dank hiervoor.

Mijn dank gaat ook uit naar de begeleiding vanuit de Universiteit Twente. In het bijzonder Frank van den Berg, die met suggesties en adviezen mij de goede richting op stuurde. Ook Dhr. Oosterwijk wil ik danken als tweede begeleider en als het luisterende oor in de rol van studiebegeleider, vooral tijdens de eerste fase van het proces.

Leslie Kroes

Enschede, November 2007

Management summary

Aanleiding

Op basis van demografische ontwikkelingen, veranderingen van leefstijlen en voorkeuren van klanten is te verwachten dat de vraag naar psychogeriatrische verpleeghuiszorg de komende jaren zowel kwantitatief als kwalitatief zal gaan veranderen. Het blijkt dat traditionele verpleeghuizen niet meer voldoen aan de wensen van de bewoners.

Livio heeft kleinschalige woonvormen ontwikkeld om meer aansluiting te vinden bij de ontwikkelingen in de samenleving en de veranderende vraag van de klant. Er zijn binnen Livio nog geen ervaringen rondom het verlenen van zorg in kleinschalige woonvormen en er ontbreekt kennis over de wens van de klanten. Livio heeft de opdracht gegeven te onderzoeken wat de vraag en behoeften van de psychogeriatrische klant zijn ten aanzien van zorg en wonen, en op welke wijze daar door Livio invulling aan kan worden gegeven.

Resultaten

Uit het onderzoek werd duidelijk dat de aard van de zorgverlening het belangrijkste element in de vormgeving van zorg in een kleinschalige woonvorm is. Geïntegreerde belevingsgerichte zorg voldoet aan de vraag van de klant, de focus van Livio zou daarom op de aard van de zorgverlening moeten liggen en de twee elementen die daarbij van invloed zijn; de medewerkers (attitude) en de rol van de familie. De fysieke inrichting van de woning is van belang om uiteindelijk tot een goede uitwerking van de zorg te komen.

Aanbevelingen

- Toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg in de nieuwe kleinschalige woonvormen.
- Scholen van medewerkers in geïntegreerde belevingsgerichte zorg.
- De functie van verpleeghuisarts niet mee te nemen naar de kleinschalige woonvorm. Medische functie wordt niet meer als hoofdfunctie gezien en de invloed van het medische model kan verkleind worden door de rol van het paramedische team te verkleinen. Bewoners behouden hun eigen huisarts in Haaksbergen.
- De betrokkenheid en de rol van medewerkers en familieleden vergroten. Deze kan verhoogd worden door het organiseren van workshops waarin kennis wordt gemaakt met de visie en de doelstellingen van de organisatie.
- Evalueren van de effecten van kleinschalig wonen. Dit kan door middel van een cliënt tevredenheidsonderzoek. Daarin kan het welzijn en de kwaliteit van leven van de bewoners worden geëvalueerd, de tevredenheid van de familieleden en het welzijn van de medewerkers.
- Kwaliteitsniveau van de eigen zorgprocessen bewaken. Het Trimbos-instituut heeft voor het meten van kwaliteit van leven bij mensen met dementie een meetinstrument ontwikkeld, Qualidem. Livio zou kunnen onderzoeken in hoeverre dit instrument toepasbaar is binnen de organisatie en een meerwaarde vormt voor de bewaking van het kwaliteitsproces.
- Om meer aandacht voor belevingsgerichte zorg te krijgen en de invoering daarvan in de huidige scholingsprogramma's, is het wenselijk zijn om een samenwerking te zoeken met lokale opleidingsinstituten.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Management summary.....	4
1. Introductie.....	6
1.1 Achtergrond	6
1.2 De organisatie Livio	6
1.3 Hoofdvraag en onderzoeksvragen.....	7
1.4 Methoden van onderzoek.....	8
2. Psychogeriatrische zorg en kleinschalig wonen.....	9
2.1 Ontwikkeling en gevolgen van dementie.....	9
2.2 Ontstaan en ontwikkeling van de huidige psychogeriatrische verpleeghuiszorg	11
2.3 Ontwikkeling van zorgbenaderingen voor mensen met dementie	13
2.3.1 <i>Zorgbenaderingen voor dementerenden</i>	13
2.4 Wat zijn de wensen en behoeften van dementerenden?	17
2.5 Kenmerken en kernwaarden van kleinschaligheid.....	19
2.5.1 <i>Kenmerken</i>	19
2.5.2 <i>Kernwaarden</i>	20
2.5.3 <i>De zorgverlener in de kleinschalige woonvoorziening</i>	21
2.6 Deelconclusie.....	22
3. Psychogeriatrische zorg in kleinschalig wonen in praktijk.....	25
3.1 De zorgverlening in de onderzochte projecten.....	25
3.2 Deelconclusie.....	29
4. Toepassing voor Livio.....	31
5. Conclusies	33
5.1 Aanbevelingen voor Livio.....	34
5.2 Vervolgonderzoek.....	35
Literatuurlijst	36
Bijlage 1: Een psychogeriatrische afdeling in een grootschalig verpleeghuis.....	39
Bijlage 1: Topic lijst interviews	41
Bijlage 2: Observatie lijst.....	43
Bijlage 3: Project 1 Daelhoven te Soest	44
Bijlage 4: Project 2 Judith Helmichhuis in Zwolle	46
Bijlage 5: Project 3 De Melkweg in Wageningen.....	48

1. Introductie

1.1 Achtergrond

Op basis van demografische ontwikkelingen, veranderingen van leefstijlen en voorkeuren van klanten is te verwachten dat de vraag naar psychogeriatrische verpleeghuiszorg de komende jaren zowel kwantitatief als kwalitatief zal gaan veranderen (SCP, 2001).

Hierin speelt ook het veranderde overheidsbeleid een rol. In de nota van het ministerie van VWS 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' uit 2005 geeft de overheid aan dat het beleid gericht moet zijn op het bevorderen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen (min VWS, 2005). De overheid geeft hierbij aan dat een meer individueel gerichte benadering van ouderen van belang is. Over de groeiende groep ouderen met psychogeriatrische aandoeningen zegt de overheid dat deze groep een kwetsbare groep in de samenleving is. De zorg aan ouderen met psychogeriatrische aandoeningen zoals die gegeven wordt in verpleeghuizen komt niet overeen met het geschetste overheidsbeleid. In de nota pleit de overheid ervoor dat zorginstellingen hun capaciteiten zoveel mogelijk gaan inzetten in het aanbieden van zelfstandig wonen met zorg en diensten, en geeft als advies mee om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (min VWS, 2005).

Om aan deze veranderende vraag te voldoen zijn er binnen de verpleeghuiszorg al enkele jaren ontwikkelingen gaande. Er zijn recentelijk nieuwe concepten ontwikkeld in drie richtingen (Royers, 2005):

1. Extramuralisering zoals verpleeghuiszorg thuis; de zorgvragers blijven in hun eigen huis wonen en ontvangen verpleeghuiszorg thuis
2. Woon- zorgcombinaties; zowel complexgewijs als buurtgewijs (woonzorgzones), waarbij binnen een zekere straal met een zorgeenheid als middelpunt geschikte, aangepaste of levensbestendige woningen worden gerealiseerd met daaraan gekoppelde zorg
3. Kleinschalige voorzieningen; wooneenheden voor een kleine groep mensen (meestal 6 à 7, maar soms minder soms meer) met een zorg- en welzijnsarrangement.

Deze concepten worden beschouwd als een vertaling van de wensen van klanten met dementie en het veranderde overheidsbeleid.

1.2 De organisatie Livio

Livio is een zorg- en dienstverleningsorganisatie in Twente en in de Oost-Achterhoek. Livio levert zorg en diensten bij de mensen thuis maar ook in instellingen zoals verpleeg- en verzorgingshuizen. Livio wil een innovatieve organisatie zijn met een dienst- en serviceverlening die aansluit op de ontwikkelingen in de samenleving en de vraag van de markt.

Livio wil inspringen op de veranderde vraag naar zorg- en dienstverlening en andere vormen van huisvesting voor psychogeriatrische patiënten. De huidige woonvormen voldoen niet meer aan de visie van Livio. Livio heeft op basis van dit gegeven, projecten ontwikkeld met een nieuwe vorm van huisvesting, zorg- en dienstverlening. Het gaat hierbij om een vorm van kleinschalig wonen (KSW). De KSW projecten worden onderdeel van een wijk. De situering in de wijk heeft als doel het stigmatiserend karakter van de instelling te verminderen; daarnaast ontstaan er op deze wijze contactmogelijkheden in de wijk (Livio, Beleidsnota Kleinschalig wonen, 2007).

Kleinschalig wonen wordt door Livio omschreven als een vorm van wonen, waarbij klanten met beperkingen de beschikking hebben over een eigen appartement, met woonkamer, slaapkamer, keukentje en badkamer. Gezamenlijk beschikken de zes appartementen ook nog over een grote woonkamer met keuken. De gezamenlijke vertrekken kunnen door de klant worden benut als dit voor de klant op basis van het zorgplan een meerwaarde heeft. Er is geen sprake van groepswooningen maar het 'wonen zoals thuis' staat centraal. De woonruimte moet de klant een gevoel van veiligheid en overzichtelijkheid geven (Livio, Beleidsnota kleinschalig wonen, 2007). De eerste appartementen van de projecten zullen per september 2007 bewoond gaan worden. Het betreft hier de appartementen aan de Van Ostadestraat in Haaksbergen. (Livio, Beleidsnota Kleinschalig wonen, 2007).

De zorg- en dienstverlening die in de kleinschalige woonvorm wordt gegeven, wordt door Livio beschreven als 'de zorg die geboden wordt aan mensen die behoefte hebben aan complexe en intensieve zorg (vaak tengevolge van dementie), in een huiselijke en voor de klant herkenbare omgeving'. Dit betekent dat de klanten een gewoon huishouden draaien en zelf hun dagelijks leven inrichten; zo bepalen de klanten zelf wanneer ze opstaan en wanneer ze naar bed gaan. Er kan bijvoorbeeld gekozen worden om de maaltijden gezamenlijk te nuttigen of in het eigen appartement. De medewerkers zijn onderdeel van het huishouden en de zorg- en dienstverlening die zij verlenen dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de leefstijl en voorkeuren van de klanten (Livio, Beleidsnota Kleinschalig wonen, 2007).

De veilige en herkenbare omgeving waar Livio over spreekt wil Livio realiseren door een kleine groep klanten de ondersteuning en zorg te leveren door een klein team van medewerkers. Daarbij heeft de individuele klant een 'vaste' medewerker. Daarnaast is de inrichting van het appartement en de gezamenlijke huiskamer voor de klant herkenbaar als eigen huis, door het gebruik van eigen meubels.

1.3 Hoofdvraag en onderzoeksvragen

Er zijn binnen Livio nog geen ervaringen rondom het verlenen van zorg in kleinschalige woonvormen en er ontbreekt kennis over de wens van de klanten. Livio heeft de opdracht gegeven te onderzoeken wat de vraag en behoeften van de psychogeriatrische klant zijn ten aanzien van wonen en welzijn. En op welke wijze daar door Livio invulling aan kan worden gegeven. De hoofdvraag die centraal zal staan in dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe dient Livio de zorg voor haar psychogeriatrische ouderen in de kleinschalige woonvorm vorm te geven?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is psychogeriatrische zorg?
2. Wat zijn de wensen van dementerenden?
3. Wat is kleinschalig wonen?
4. Hoe ziet psychogeriatrische zorg in de kleinschalige woonvorm in de praktijk eruit?
5. Welke adviezen kunnen er voor Livio worden geformuleerd?

1.4 Methoden van onderzoek

Dit onderzoek bestaat in feite uit twee onderdelen. In het eerste deel van het onderzoek betreft het verzamelen van kennis. De methode die hierbij wordt gebruikt is een literatuur studie. Om kennis te verkrijgen is het belangrijk eerst een goed beeld te krijgen wat het begrip dementie inhoudt, en een inzicht te geven in de belevingswereld van dementerenden en de psychosociale gevolgen van dementie. Daarna zal een beeld worden geschetst van de situatie van de huidige grootschalige verpleeghuiszorg en de ontwikkeling van enkele richtingen in de zorg. Hiermee wordt de eerste deelvraag behandeld. Vervolgens zal er door een analyse van de literatuur naar de zorg- en woonwensen en behoeften van de psychogeriatrische klant antwoord worden gegeven op deelvraag twee. Er is voor de beantwoording van deze deelvraag uitsluitend gekozen voor een literatuuronderzoek, omdat het onmogelijk is een onderzoek op te zetten waarbij psychogeriatrische ouderen geïnterviewd worden. Ten slotte wordt er een overzicht gegeven van de literatuur over de kenmerken van kleinschalig wonen en de zorg in een kleinschalige woonvoorziening. Dit wordt behandeld in deelvraag drie.

Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit observaties en interviews. Het doel van de observaties en interviews is om een beeld te krijgen van kleinschalig wonen en de zorg in de praktijk. De observaties en interviews zullen plaatsvinden in een drietal projecten voor psychogeriatrische ouderen in Nederland. De heer van Waarde van stichting Alzheimer Nederland heeft op aanvraag van mijn kant suggesties gegeven voor het benaderen van verschillende projecten. De resultaten uit dit gedeelte van het onderzoek worden vergeleken met het beleid van Livio en vormen de input voor de beantwoording van deelvraag vier en vijf.

Bij de conclusies wordt een antwoord gegeven op de hoofdvraag. De resultaten uit het literatuuronderzoek en de praktijk leiden tot inzichten die vertaald kunnen worden in aanbevelingen voor Livio over de vormgeving van zorg aan psychogeriatrische klanten in een kleinschalige woonvorm.

2. Psychogeriatrische zorg en kleinschalig wonen

Dit hoofdstuk geeft een verkenning van de literatuur over de zorgverlening voor mensen met dementie weer. In paragraaf 2.1 wordt beschreven wat dementie is en welke psychosociale gevolgen dementerenden ondervinden. De ontwikkeling van de verpleeghuiszorg en de wijze waarop de zorg wordt verleend in verpleeghuizen komt aan bod in paragraaf 2.2. Paragraaf 2.3 geeft een beschrijving van enkele theoretische zorgbenaderingen. Daarna worden de wensen en behoeften van mensen met dementie behandeld in paragraaf 2.4. Ten slotte komen in paragraaf 2.5 de kenmerken en kernwaarden van kleinschaligheid naar voren.

2.1 Ontwikkeling en gevolgen van dementie

Dementie is een ziekteproces dat leidt tot voortschrijdende achteruitgang van het functioneren van de hersenen. Het gevolg van het ziekteproces is dat bepaalde hersencellen niet meer goed functioneren en op den duur afsterven. Dementie is geen op zichzelf staande ziekte, maar de naam voor een combinatie van symptomen (Gezondheidsraad, 2002). De klinische verschijnselen zijn divers. Men spreekt van dementie als er verlies is van cognitieve vermogens als: korte termijn geheugen, taalgebruik, abstract kunnen denken, waarneming, redeneren en handelen (Gezondheidsraad, 2002).

De classificatie Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM), is een classificatie voor psychische stoornissen. De DSM wordt gebruikt om dementie te beschrijven, en is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. Er worden drie stadia van dementie onderscheiden (Schoemaker, 2002):

- Eerste stadium (lichte dementie): perioden van apathie, soms afgewisseld met perioden van geprikkeldheid. Werk en sociale activiteiten worden belemmerd. Persoonlijke hygiëne en oordeelvorming zijn voldoende om zelfstandig te kunnen blijven wonen.
- Tweede stadium (matige dementie): stoornissen van verschillende functies (geheugen, besef van tijd en plaats, praktische en intellectuele vaardigheden, taal en gedrag). Zelfstandig wonen wordt riskant. Toezicht is noodzakelijk, eventueel in beperkte mate.
- Derde stadium (ernstige dementie): de patiënt kan dagelijkse bezigheden (zoals minimale persoonlijke hygiëne) niet meer uitvoeren. De patiënt is volledig hulpbehoevend en herkent vaak zijn familie en omgeving niet meer.

Er zijn veel vormen van dementie en enkele tientallen ziekten waarbij dementie kan voorkomen.

Op grond van verschillende oorzaken van de cognitieve stoornissen worden subtypen van dementie onderscheiden: de belangrijkste subtypen zijn de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie (dementie als gevolg van afwijkingen in de bloedvaten van de hersenen) (De Lange, 2002). In ongeveer 70% van de gevallen is er sprake van Alzheimer, in 15% van de gevallen van vasculaire dementie en in 15% van een andere vorm van dementie (De Lange, 2002). De ontwikkeling en verloop van dementie verschilt per oorzaak. Alzheimer-dementie begint over het algemeen sluipend, waarna het verloop geleidelijk verslechtert. Bij vasculaire dementie is het begin abrupt.

Het proces van achteruitgang is traag en vaak al jaren gaande als de diagnose wordt gesteld (Gezondheidsraad, 2002). Het begint met een toenemende moeite om ingewikkelde situaties te kunnen overzien, moeilijke beslissingen te nemen of het vergeten van namen, telefoonnummers en recente gebeurtenissen. In het begin zijn mensen vaak nog in staat hun onvermogen te compenseren,

bijvoorbeeld door het intensiever gebruik van notitieboekje en de agenda. Maar deze veranderingen brengen veel spanningen in het dagelijks leven en de sociale contacten. Het zijn vaak de partner en de kinderen die deze veranderingen als eerste waarnemen. De huisarts bevestigt dit gevoel door het stellen van de diagnose van beginnende dementie. In het vroege stadium worden er naast geheugenproblemen ook problemen met het oriëntatievermogen gezien. Het vinden van woorden en het begrijpen van wat anderen zeggen gaat steeds moeilijker. Daarnaast is er vaak sprake van slaapstoornissen en worden dementerenden incontinent. Het aantal klachten neemt in de loop van het ziekteproces toe evenals de ernst ervan (Schoemaker, 2002). Geleidelijk raakt de dementerende het contact met het heden geheel kwijt. Hij verliest het vermogen om situatie, mensen en dingen te herkennen (Gezondheidsraad, 2002). Wanneer de dementie zich verder ontwikkelt ontstaan er ook gedragsveranderingen, het oordeelsvermogen en de impulscontrole nemen af. Dit kan resulteren in verwaarlozing van uiterlijk, het maken van ongepaste opmerkingen en grof taalgebruik. Doordat men snel vergeet kunnen er situaties ontstaan die een gevaar opleveren voor de dementerende en zijn omgeving. Verschijnselen als depressiviteit, angstig gedrag, achterdocht, neerslachtigheid, boosheid, rusteloosheid, slapeloosheid, wanen en zwerfgedrag kunnen gedurende het hele ziekteproces optreden en worden omschreven als 'probleemgedrag' of 'behavioural and psychological symptoms in dementia', afgekort met de term BPSD (Droës & Finnema, 2001; Gezondheidsraad, 2002). In het verleden werden deze ontregelingen (cognitieve stoornissen) altijd gezien als een direct gevolg van hersendegeneratie (het verdwijnen van hersencellen).

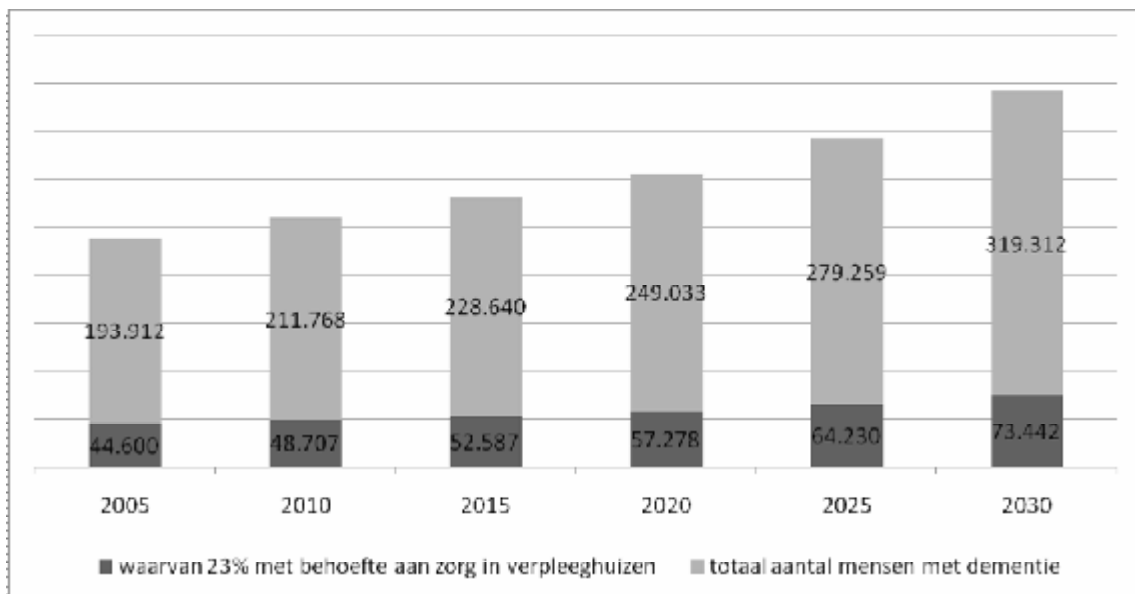
Dementie roept bij patiënten, familie en hulpverleners gevoelens van onmacht op. Zo komt het leven van de verzorgende familieleden geheel in het teken van de ziekte te staan. Naasten hebben vooral moeite met persoonlijkheidsveranderingen en ontregeld gedrag (Gezondheidsraad, 2002). Voor naasten betekent de toenemende achteruitgang een onherstelbaar verlies van een persoon. In eerste instantie komt het grootste gedeelte van de zorg voor patiënten in handen van familieleden en naasten te liggen. Vooral partners van patiënten nemen deze zorg op zich, dit type zorg wordt ook wel mantelzorg genoemd. De familie kent de levensgeschiedenis, persoonlijke waarden, wensen en voorkeuren van de patiënt het beste, daardoor zijn zij vaak de aangewezen persoon om de patiënt te verzorgen. Daarnaast verstoort deze afhankelijkheid ook vaak de relatie tussen patiënt en partner/familieelid. Naarmate het ziekteproces vordert worden patiënten afhankelijker van anderen. In veel gevallen komt er een moment dat de belasting voor de partner te groot wordt en thuis wonen niet meer mogelijk of verantwoord is. De patiënt heeft dan 24-uur per dag toezicht nodig. Dit kan de partner en de reguliere thuiszorg niet leveren.

Hoewel een behandeling voor dementerenden ontbreekt zijn er wel mogelijkheden om de symptomen van de ziekte te verlichten en omgang met de ziekte te vergemakkelijken. Deze interventies zijn gericht op (Gezondheidsraad, 2002):

- benutting van de functionele mogelijkheden
- compensatie van beperkingen
- behoud van autonomie, eigenheid en waardigheid
- beperking van de gevolgen van bijkomende somatische aandoeningen, gedragsontregelingen en psychiatrische verschijnselen
- versterking van de communicatiemogelijkheden en behoud van sociaal contact
- versterking van een gevoel van veiligheid
- benutting van de mogelijkheden om te genieten
- acceptatie van de ziekte en steun bij het zoeken naar manieren om ermee om te gaan.

Dementie is een ziekte die vooral de oudere mensen treft en de vergrijzing van de bevolking zal dan ook zorgen voor een stijging van het aantal mensen met dementie (Gezondheidsraad, 2002). Mensen met dementie overlijden gemiddeld eerder dan leeftijdsgenoten zonder die aandoening. Volgens het SCP zal het aantal patiënten met dementie in 2010 zijn opgelopen tot ruim 211.000 (2001). Daarbij verwacht men van 2020 tot 2030 een zeer snelle stijging van het aantal dementerenden en komt men met een schatting van ruim 320.000 gevallen in 2030 (Van Waarde & Wijnties, 2006). Deze stijging is deels het gevolg van de vergrijzing, daarnaast heeft de stijging ook te maken met het vroeger diagnosticeren van dementie doordat mantelzorgers en hulpverleners de symptomen eerder herkennen (De Lange, 2003).

Het totale aantal mensen met dementie bedroeg in 2005: 193.912. Daarvan hadden 44.667 mensen behoefte aan psychogeriatrische zorg in verpleeghuizen, dit is een totaal van 23 % (Van Waarde & Wijnties, 2006). Deze mensen zijn een potentiële doelgroep voor kleinschalig wonen. Figuur 1 laat het aantal mensen met dementie zien dat behoefte heeft aan psychogeriatrische zorg in verpleeghuizen (al dan niet kleinschalig). De figuur laat zien dat de behoefte groeit van 44.600 in 2005 naar ruim 73.442 in 2030.



Figuur 1: Toename van dementie en van de behoefte aan zorg in verpleeghuizen (Van Waarde & Wijnties, 2006)

2.2 Ontstaan en ontwikkeling van de huidige psychogeriatrische verpleeghuiszorg

Verpleeghuizen zijn in de 20^{ste} eeuw in het verlengde van ziekenhuizen ontstaan. Door vergrijzing van de bevolking en een toename van chronisch zieken was er behoefte aan instellingen met de mogelijkheid tot langdurige verpleging. Voor deze patiënten was het niet meer noodzakelijk om onder de dagelijkse behandeling van medische specialisten te staan. Het ziekenhuis kon de functie van langdurige verpleging niet (langer) vervullen, doordat er te weinig plaatsen beschikbaar waren voor deze categorie patiënten. In 1961 waren er 6.400 verpleeghuisbedden, inmiddels telt ons land 325 verpleeghuizen met een totale capaciteit van bijna 60.000 plaatsen (somatiek en psychogeriatric) (Boot & Knapen, 2001; Royers, 2005). Tegenwoordig zijn verpleeghuizen bedoeld

voor mensen die niet meer aangewezen zijn op een ziekenhuis, maar wel verpleging en verzorging nodig hebben die thuis of in het verzorgingshuis niet geboden kunnen worden. Het verpleeghuis geeft een integrale behandeling aan mensen die door ziekte een continue, systematische en veelal langdurige zorg nodig hebben door verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en anderen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische patiënten.

De laatste jaren heeft het verpleeghuis er twee extra functies bijgekregen; de dagbehandeling en een consultatiefunctie. Bij de dagbehandeling vindt de zorg uitsluitend plaats gedurende de dag of een gedeelte daarvan. Bij de consultatiefunctie vindt er door de verpleeghuisarts consultatie aan huis of in het verzorgingshuis plaats. Via deze twee functies wordt er ook gebruik gemaakt van de deskundigheid van verpleeghuizen. Kenmerken van grootschalige verpleeghuizen zijn: de medisch technische opzet met een zorgaanbod opgebouwd rondom de ziekteproblematiek, grote afdelingen met 30 bewoners, een sterk gereguleerd leven, beperkingen van keuzevrijheden en het gebrek aan privacy. Het leven van de bewoners wordt op een wijze ingericht dat er een hoge mate van efficiency wordt bereikt, door de zorg te maximaliseren en de kosten te minimaliseren (Nouws, 2003).

In verpleeghuizen zijn verpleeghuisartsen verantwoordelijk voor de medische zorg. Er wordt in verpleeghuizen multidisciplinair gewerkt onder de regie en coördinatie van een verpleeghuisarts. Het medisch handelen van de verpleeghuisarts bestaat uit het uitvoeren van medische taken en daarbij activiteiten op het niveau van zorgregie. Daarbij wordt samengewerkt met andere paramedische disciplines. De verpleeghuisarts vervult de traditionele rol van hoofdbehandelaar, waarbij paramedici handelen op basis van verwijzing of volgens protocollen.

De basis voor het handelen van de huidige verpleeghuiszorg in Nederland is CSLM; de zorg is Continue, Systematisch, Langdurig en Multidisciplinair. In verpleeghuizen wordt het medische model gehanteerd, uitgangspunt van dit model is het genezen van de patiënt (Nouws, 2003). Het gaat om een sterk taak- en aanbodgericht model, waarbij gehecht wordt aan het werken met standaarden, protocollen en methodieken. De zorg staat hierbij centraal. De overige taken zijn verdeeld over verschillende functies. Het dagritme is vastgelegd en wordt vooral bepaald door de keuken en de activiteiten lopen volgens een vast programma. Een aantal kenmerken van het medische model zijn (Hogewoning -Van der Vossen, 2002; Van der Kooij, 1996):

- De bewoner wordt ingedeeld naar zorgzwaarte ofwel verhuist tijdens zijn verblijf naar de afdelingen die aansluiten bij het stadium van dementie waar hij zich in bevindt.
- De bewoner wordt benaderd als een patiënt met de ziekte dementie.
- De nadruk ligt op de lichamelijke aspecten van de verzorging. Medewerkers worden opgeleid om verpleegtechnische handelingen uit te voeren en mensen te ondersteunen bij het wassen, aankleden, eten en naar het toilet gaan.
- De focus ligt op de beperkingen, die de ziekte dementie met zich meebrengt.
- De (para)medische zorgverleners spelen de hoofdrol in de multidisciplinaire samenwerking.
- De omgeving is klinisch en de afdelingen zijn afgesloten.

Ter illustratie wordt er in bijlage 1 een praktijkbeschrijving gegeven van het werken en de dagelijkse gang van zaken op een psychogeriatrische afdeling in een groot verpleeghuis. De inhoud is gebaseerd op een observatieperiode op de betreffende afdeling.

2.3 Ontwikkeling van zorgbenaderingen voor mensen met dementie

De zorg voor mensen met dementie bestond gedurende een lange tijd alleen uit een goede lichamelijke verzorging en stimulerende activiteiten als realiteitsoriëntatie (ROT) en geheugen trainingen (De Lange, 2004). Deze trainingen houden in dat er stelselmatig de juiste informatie wordt aangeboden en dat onjuiste waarnemingen, uitspraken en handelingen gecorrigeerd worden. Deze benaderingen zijn niet erg effectief gebleken en kunnen zelfs doordat de dementerende voortdurend geconfronteerd wordt met zijn eigen tekortkomingen averechts werken en verdriet, een toename van onbegrip, frustratie en agressie bij de dementerende veroorzaken (Gezondheidsraad, 2002). Daar kwam bij dat doordat het gedrag van dementerenden werd beoordeeld vanuit de ziekte, andere mogelijke interventies niet aan bod kwamen. Begin jaren tachtig kwam er kritiek op deze benadering van mensen met dementie in verpleeghuizen. Het werd erkend dat niet alle gedrag van mensen met dementie te verklaren valt uit hun hersenbeschadiging. Ook psychologische en sociale factoren spelen een rol (Dröes & Finnema, 2001). Ook de persoon die zij zijn, het leven dat ze geleid hebben, de manier waarop ze zelf met de ziekte omgaan en de manier waarop anderen met hen omgaan, spelen een rol. Men raakte geïnteresseerd in de achtergronden van de dementerenden en als antwoord op de kritiek ontstonden er in de jaren tachtig nieuwe vormen van zorg, deze vormen van zorg worden ook wel belevingsgerichte zorg genoemd.

Volgens Dröes is de definitie van belevingsgerichte zorg: 'zorg die erop gericht is het sociale en emotionele functioneren van mensen met dementie te verbeteren door hen te begeleiden in het omgaan met de gevolgen van de ziekte en door aan te sluiten bij de individuele mogelijkheden en de subjectieve beleving'. Deze definitie is opgesteld vanuit de 'coping theorie', hier wordt later op ingegaan (Dröes & Finnema, 2001). Het doel van de belevingsgerichte zorg is het verbeteren van het emotionele en sociale functioneren, en uiteindelijk de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

2.3.1 Zorgbenaderingen voor dementerenden

Bowlby heeft in 1983 het begrip gehechtheidsgedrag ontwikkeld. Onder gehechtheidsgedrag verstaat Bowlby het gedrag dat is gericht op het verkrijgen en behouden van de nabijheid van iemand waaraan men gehecht is (Dröes & Finnema, 2001). Dementerenden moeten voortdurend afscheid nemen van hun vertrouwde wereld. Dit brengt angstgevoelens en stress met zich mee. De stress voor een angstige situatie zou een behoefte aan veiligheid oproepen, welke tot uitdrukking komt in gehechtheidsgedrag. Dit uit zich vaak in het verlangen om naar huis te gaan en het herhaaldelijk vragen naar de ouders (Gezondheidsraad, 2002; De Lange, 2004). Door Miesen is deze theorie gebruikt om het begrip 'ouderfixatie' bij dementerenden te verklaren. Veel ouderen met dementie zijn ervan overtuigd dat hun ouders nog leven en willen naar hen toe. Dit wordt vanuit de gehechtheidstheorie gezien als een angstreactie op het gevoel van onveiligheid en daarmee als een uiting van de behoefte aan veiligheid. Miesen ontdekte een sterke relatie tussen de mate van cognitieve stoornissen en uitingen van gehechtheidsgedrag (Dröes & Finnema, 2001; Gezondheidsraad, 2002). Blijkbaar voelen dementerenden met meer cognitieve stoornissen zich vaker onveilig dan degenen die op een hoger niveau functioneren.

Aansluitend op de theorie van Miesen zijn belevingsgerichte benaderingen als 'warme zorg' en leefstijldifferentiatie ontworpen (De Lange, 2004). Bij warme zorg wordt de nadruk gelegd op veiligheid en vertrouwdheid. Deze veiligheid en vertrouwdheid worden verkregen door kleinschalig wonen, huiselijkheid, nabijheid en de afwezigheid van dwang en aangepast aan de functionele mogelijkheden en belevingswereld van de dementerende. Deze benadering van zorg werd door verpleeghuisarts Houweling in de jaren tachtig voor het eerst toegepast (Dröes & Finnema, 2001).

Leefstijldifferentiatie houdt in dat men probeert een vertrouwde sfeer te creëren door mensen met dementie met dezelfde achtergrond, interesses, waarden en normen bij elkaar te plaatsen op een afdeling in een verpleeghuis (Hogewoning- Van der Vossen 2002; Krijger, 2004; De Lange, 2004). Er kunnen zo groepen ontstaan met bijvoorbeeld een agrarische, stadse of culturele, een Indische of Turkse achtergrond.

Dröes heeft het adaptatie-coping model ontwikkeld. Dröes ontwikkelde het adaptatie- coping model uit onvrede op de zorg die vanuit het medische model werd geboden. Zij benadrukte dat dementerenden door een weinig stimulerende omgeving en niet op de persoon gerichte zorg onnodig snel achteruitgingen (De Lange, 2004).

Volgens het adaptatie-coping model (Gezondheidsraad, 2002) leiden de veranderingen die de dementerende doormaakt tot stress waarmee hij probeert om te gaan (coping). Het model probeert het gedrag van mensen met dementie te verklaren uit de wijze waarop zij zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte (adaptatie) en het omgaan met de stress die deze gevolgen kunnen veroorzaken (coping). Uit onderzoek is gebleken dat mensen met dementie veel stress ondervinden door een achteruitgang van cognitieve functies en de sociale gevolgen. Daarnaast worden deze veranderingen ook ervaren als emotioneel belastend (Ettema, 2005). Volgens Dröes zijn aanpassing aan en coping met de gevolgen van dementie processen waarin de dementerende zelf actief is en waarbij de omgeving steun en begeleiding kan bieden. De veranderingen die nogal eens tot stress leiden en om aanpassingen van de dementerende vragen zijn door Dröes weergegeven met de term *opgaven of adaptieve taken* (Dröes & Finnema, 2001). Door Dröes worden in dit proces zeven opgaven onderscheiden (Dröes & Finnema, 2001; De Lange, 2004; Ettema, 2005):

- Omgaan met de eigen invaliditeit
- Ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met de zorgverleners
- Handhaven van een emotioneel evenwicht
- Behouden van een positief zelfbeeld
- Voorbereiden op een onzekere toekomst
- Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
- Omgaan met de verpleeghuisomgeving

Of bepaalde opgaven tot stress leiden hangt af van de dementerende en wordt beïnvloed door verschillende factoren. Sommigen hebben te maken met de ziekte, of de persoonlijke aard (zoals levensgeschiedenis of karakter) of hebben betrekking op de sociale omgeving (het wel of niet hebben van een sociaal netwerk). Voor het geven van de zorg betekent dit model dat er moet worden achterhaald met welke adaptieve taken de dementerende moeite heeft (Dröes & Finnema, 2001). Het model kan als hulpmiddel dienen voor de keuze van psychosociale interventies (De Lange, 2004). Deze interventies komen hierna aan bod.

Er zijn onafhankelijk van elkaar verschillende belevingsgerichte- zorgbenaderingen ontwikkeld. Enkele voorbeelden van belevingsgerichte zorg zijn; de validatie therapie (meegaan in de belevingswereld van de dementerende), reminiscentie (ophalen van herinneringen, door het gebruik van foto's, muziek, persoonlijke objecten), zintuigactivering (stimuleren van verschillende zintuigen, gebruikmakend van licht, geluid, geur en materialen) en de simulatie aanwezigheidstherapie (gebaseerd op het principe dat de meest centrale bron van stabiliteit voor de dementerende partner of een familielid is die voor de dementerende zorgde voordat hij/zij werd opgenomen, deze therapie probeert de aanwezigheid van het familielid te simuleren, met behulp van o.a. opgenomen telefoongesprekken door het familielid) (De Lange, 2004; Finnema et al. 2000). Tabel 1 geeft aan welk onderscheid er wordt gemaakt in de psychosociale behandelingen van dementerenden (Finnema et al. 2000).

Tabel 1: Psychosociale behandelingen voor dementerenden uit Finnema et al. (2000)

Belevingsgerichte benaderingen	Gedragsgeoriënteerde Benaderingen	Cognitiegeoriënteerde benaderingen	Stimulatiegeoriënteerde benaderingen
Ondersteunende psychotherapie	Gedragstherapie	Realiteitsoriëntatie trainingen	Recreatietherapieën (spelletjes, handwerken)
Validatie therapie		Geheugen trainingen	Kunst therapieën (muziek, dans)
Zintuigactivering (snoezelen)			
Simulatie aanwezigheidstherapie			
Reminiscentie			

De overeenkomsten tussen de belevingsgerichte benaderingen is het respect voor de persoon met dementie en diens subjectieve beleving van de werkelijkheid. Daarnaast komen de mogelijkheden tot communiceren met mensen met dementie aan bod en worden de dementerenden beschouwd als individuen met een eigen geschiedenis, met eigen wensen en behoeften en ook een eigen behoefte aan zorg. Er is veel aandacht aan de manier waarop iemand met dementie de werkelijkheid om zich heen beleefd. Ondanks de overeenkomsten tussen de zorgbenaderingen werden ze in de Nederlandse verpleeghuiszorg gescheiden toegepast. Er waren zorgbenaderingen zoals snoezelen, die voornamelijk als extra's werden gezien, vooral leuk voor de verzorgenden of activiteitenbegeleiders. Daarnaast bleek dat er door verpleeghuizen vaak een keuze gemaakt werd uit een zorgbenadering, een verpleeghuis specialiseerde zich bijvoorbeeld in snoezelen (zintuigactivering), maar niet in warme zorg, terwijl niet iedere benadering geschikt bleek voor alle dementerenden (Van der Kooij, 2001). Daarnaast bestonden er bij de invoering van de zorgbenaderingen veel problemen, zowel in de methodiek, de coördinatie van de zorg en het leiding geven. Als antwoord op deze problemen is er door Van der Kooij in Nederland geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontwikkeld. Geïntegreerd betekent dat elementen uit verschillende benaderingen in de praktijk gecombineerd kunnen worden toegepast afhankelijk van de zorgbehoefte van de individuele bewoner. Daarnaast is geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontwikkeld vanuit de behoefte die er was aan een zorgvisie waarin de omgang met bewoners centraal stond en waarin de samenhang tussen zorginhoud, methodiek, verpleegstelsel en de leiding op de afdeling duidelijk werd (Van der Kooij, 2001). De geïntegreerde belevingsgerichte zorg is voornamelijk gebaseerd op de Validationbenadering van Feil (De Lange, 2004). In de validatie therapie wordt uitgewerkt hoe je mee kunt gaan in de belevingswereld van de dementerende en hun gevoelens te bevestigen in plaats van hen in 'onze' wereld terug te halen (De Lange, 2004; Van der Kooij, 2001). Door deze benadering ervaart de dementerende ruimte voor al zijn gevoelens, ook voor verdriet, boosheid of angst. De Lange heeft in 2004 onderzocht of de adaptatie van mensen met dementie in verpleeghuizen gunstiger verloopt wanneer zij geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontvangen dan wanneer zij de gangbare zorg krijgen. Daarbij werd er naar vier adaptatieve taken zoals beschreven door Dröes gekeken: *het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met de zorgverleners, handhaven van een emotioneel evenwicht, het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties en het omgaan met de verpleeghuisomgeving* (Dröes & Finnema, 2001). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg bleek een gunstig effect te hebben op het *handhaven van een emotioneel evenwicht*, dit uitte zich

o.a. in het beter uiten van gevoelens, dit effect was statistisch significant. Ook bij *het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel* werd een statistisch significant effect ten gunste van de experimentele groep gemeten. Er werd bij de adaptieve taak *het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties* geen statistisch significant verschil gemeten, maar wel een trend gevonden (meer open staan voor contacten met andere bewoners). Er is geen effect gevonden op het *omgaan met de verpleeghuisomgeving* (De Lange, 2004). De kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat het onderzoek heeft plaatsgevonden op grootschalige afdelingen in verpleeghuizen en er is nog geen onderzoek gedaan naar de effecten in kleinschalige woonvormen. De effecten van belevingsgerichte zorg in een kleinschalige woonomgeving kunnen verschillen met de grootschalige verpleegafdeling.

De Lange (2004) heeft in ook onderzocht in hoeverre geïntegreerde belevingsgerichte zorg de attitude (houding) en vaardigheden van verzorgenden veranderden. Veranderingen in attitude waren; sensitief zijn voor de wensen, uitingen en gedrag van de dementerenden en daarop direct inspelen. De veranderingen in vaardigheden bestonden uit het ondersteunen van de bewoners bij:

- het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met de zorgverleners: ingaan op wat de bewoners aangeven, vragen naar de wensen en minder taakgericht werken
- handhaven van een emotioneel evenwicht: ingaan op de gevoelens, gevoelens benoemen, en ondersteunen bij het uiten van gevoelens
- het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties: meer aandacht voor de processen tussen bewoners onderling
- het omgaan met de verpleeghuisomgeving: door meer specifieke kennis van de levensloop van bewoners meer aanknopingspunten voor een gesprek hebben

In een onderzoek van Finnema et al. (2002) werden soorgelijke uitkomsten als in het onderzoek van De Lange (2004) gevonden. Belevingsgerichte zorg werd vergeleken met de gangbare zorg en de meerwaarde van belevingsgerichte zorg werd bepaald voor:

- Cognitieve, sociale en emotionele aanpassing van verpleeghuisbewoners met dementie en
- De ervaringen van verzorgenden (stresservaring, competentiegevoel en ziekte)

Uit het onderzoek blijkt dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg op dementerende bewoners op drie fronten gunstiger werkt dan gangbare zorg; de zorgrelatie, het emotioneel evenwicht en het zelfbeeld. Tijdens de onderzoeksperiode werd geconstateerd dat bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen, vaker een meer persoonlijke relatie met verzorgenden aangingen. De veranderingen in het emotioneel evenwicht uitte zich in; minder onrust en spanningen bij de bewoners, meer plezier en tevredenheid tonen en zich beter kunnen uiten en levendiger zijn. Er werd een middelgroot positief effect op het zelfbeeld gevonden. Er werd een vragenlijst gebruikt en deze vragenlijst kon alleen bij dementerenden worden afgenomen die nog in staat waren de vragen te beantwoorden. De ontevredenheid met de eigen situatie nam in beide groepen af, toch bleken bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen minder ontevreden dan degenen die gangbare zorg kregen. De uitkomsten voor wat betreft de verzorgenden; belevingsgerichte zorg bleek geen algemene meerwaarde op te leveren. Er werden wel minder stressreacties gevonden bij verzorgenden, die vonden dat hun zorgkundige vaardigheden waren verbeterd. Deze verminderende stressreacties uitte zich onder andere in minder hoofdpijn en beter slapen (Finnema et al. 2002).

Tegenwoordig wordt er in de zorg steeds vaker voor een belevingsgerichte benadering gekozen, maar deze benadering wordt in de praktijk nog lang niet overal toegepast. De oorzaken die hiervoor worden gegeven zijn de onderbezetting van het personeel en een omgeving die niet stimuleert om belevingsgericht te gaan werken, hierbij kan gedacht worden aan grote afdelingen met veel bewoners en grote gezamenlijke huiskamers (Dröes & Finnema, 2001).

2.4 Wat zijn de wensen en behoeften van dementerenden?

In deze paragraaf komen de behoeften en wensen van mensen met dementie aan bod. Tegenwoordig overheerst de opvatting dat psychologische en sociale factoren, naast organische factoren een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van dementie. Daarom worden de subjectieve ervaringen van mensen met dementie steeds belangrijker gevonden in de zorgverlening. In de geïntegreerde belevingsgerichte zorg zijn de zorgbenaderingswijzen niet meer het uitgangspunt, maar het contact met de bewoner. Het draait niet meer om het toepassen van een instrument, maar om de vraag of er een positieve wisselwerking optreedt (Van der Kooij, 2001).

Tegenwoordig wordt er veel aandacht gegeven aan de kwaliteit van leven, maar de vraag is of kwaliteit van leven hetzelfde betekent voor alle partijen, zoals zorgverleners, beleidsmakers, bewoners en onderzoekers. Door de werkgroep dementie van de Leo Cahn Foundation is in 2000 een overzicht gegeven van de meetinstrumenten die voorhanden zijn om de kwaliteit van leven te meten bij de doelgroep dementerende ouderen. Deze studie heeft als uitkomst dat er veel verschillende benaderingen van het begrip kwaliteit van leven zijn. Er kan in eerste instantie een onderscheid gemaakt worden tussen objectieve aspecten en subjectieve aspecten. Bij de objectieve aspecten kan gedacht worden aan voeding en veiligheid. Bij subjectieve aspecten staat het welbevinden centraal (Dröes et al. 2006). Dröes et al. (2006) hebben onderzocht in welke mate de mening over de kwaliteit van leven van mensen met dementie overeenkomen of verschillen met die van hun verzorgers. En er is onderzocht wat dementerenden en hun verzorgers belangrijk vinden voor hun kwaliteit van leven. Theoretische modellen en meetinstrumenten betreffende de kwaliteit van leven van mensen met dementie zijn verkregen uit een literatuurstudie. De domeinen van kwaliteit van leven zijn gevonden in bestaande literatuur en gebruikt voor het onderzoek; het gaat om de volgende domeinen (Brod et al. 1999; Dröes et al. 2006);

- aandacht
- gevoel van eigenwaarde
- gehechtheid in een sociale relatie
- sociale contacten
- plezier in ondernemen van activiteiten
- fysieke en geestelijke gezondheid
- financiële situatie
- bescherming en privacy
- vastberadenheid en vrijheid
- het gevoel nuttig te zijn en betekenis te geven aan het leven

Uit een vergelijking tussen de antwoorden van mensen met dementie en verzorgenden komt naar voren dat er op een aantal domeinen verschillen worden gezien. Zo wordt het belang van privacy wel door de dementerenden genoemd, maar niet door de verzorgenden. Op het gebied van plezier in het ondernemen van activiteiten wordt door de dementerenden onderscheid gemaakt tussen verschillende activiteiten die bijdragen aan de kwaliteit van leven, terwijl verzorgenden algemeen spreken over het deelnemen aan activiteiten, zij geven geen onderscheid in de verschillende activiteiten aan, als iemand maar deelneemt. Activiteiten die bijdragen aan de kwaliteit van leven verschillen per dementerende, ieder heeft zijn eigen voorkeuren en behoeften. In het domein gehechtheid in een sociale relatie wordt door mensen met dementie heel duidelijk aangegeven dat het leven te midden van familie bijdraagt aan de kwaliteit van leven, verzorgenden noemen dit aspect niet. Alle partijen geven aan dat sociale contacten belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven,

daarbij geven dementerenden aan dat vooral het betrokken zijn bij het leven van de kinderen en kleinkinderen, het hebben van liefdevolle relaties en echte vrienden belangrijk zijn. Dit onderscheid in sociale contacten worden door de verzorgenden niet gemaakt, zij generaliseren de aanwezigheid van sociale contacten. Dit onderzoek geeft aan dat het belangrijk is dat wanneer er over de kwaliteit van leven wordt gesproken er wordt gerealiseerd vanuit welk perspectief er wordt gesproken, en welke beperkingen die perspectieven met zich meebrengen. Professionele zorgverleners hebben een andere kijk op wat een bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie dan de dementerenden zelf. De vraag is hoe dat zit voor andere groepen, zoals beleidsmakers en onderzoekers. Het lijkt wenselijk om de verschillende partijen in de zorg voor mensen met dementie bij elkaar te brengen en bewust te maken van de verschillen die tussen de groepen aanwezig zijn. Dit lijkt een conditie te zijn voor het vraaggestuurd aanbieden van de zorg omdat er effectiever rekening wordt gehouden met de kwaliteit van leven. Vooral omdat tegenwoordig de nadruk meer wordt gelegd op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met dementie (Dröes et al. 2006).

Van der Roest et al. (2007) hebben recentelijk onderzocht welke subjectieve behoeften mensen met dementie hebben. In het onderzoek wordt er onderscheid gemaakt tussen behoeften, wensen en vragen. Een behoefte wordt beschreven als het stilzwijgende gevoel van een verlies, dit kunnen sociale behoeften zijn, maar ook fysieke behoeften, een wens is de omschrijving van die behoefte, bijvoorbeeld de behoefte om met iemand te praten. Als laatste wordt een vraag beschreven als de passende oplossing voor het vervullen van de behoefte. De meeste respondenten waren dementerenden met een matige tot gemiddelde ernst van dementie. Slechts drie onderzoeken hebben ook ernstige dementerenden betrokken in het onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat in 26 van de 34 publicaties mensen met dementie uitspraken doen die erop wijzen dat zij willen worden geaccepteerd zoals ze zijn, zonder te worden gestigmatiseerd. Daarnaast blijkt uit de meeste studies dat er behoefte is aan het vinden van manieren om met de eigen beperkingen om te gaan, om meer inzicht te hebben in de eigen situatie, zo normaal mogelijk kunnen functioneren, sociale contacten hebben en de ziekte te leren accepteren. Andere behoeften zijn het vinden van oplossingen voor angstgevoelens die vaak voorkomen, de dementerenden hebben ook behoefte aan informatie over het verloop van de ziekte in de eigen situatie en oplossingen voor miscommunicatie met zorgverleners. Een expliciete wens of vraag werd minder vaak genoemd dan een behoefte. Dit geeft aan dat dementerenden niet expliciet aangeven hoe er voldaan moet worden aan hun behoeften. Enkele wensen die genoemd werden hadden te maken met de omgang van de ziekte en waren het verkrijgen van informatie over de ziekte en de mogelijke vormen van zorg. De meeste behoeften liggen dus in het vlak van welzijn en coping en zijn niet gericht op instrumentele behoeften. Inzicht in individuele zorgbehoeften zijn volgens Van der Roest et al. (2007) noodzakelijk om zorg op maat te leveren en te voldoen aan het leveren van vraaggestuurde zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat verder onderzoek naar subjectieve behoeften wenselijk is, om het zorgaanbod in de toekomst beter te kunnen afstemmen op de vraag. Daarbij is het belangrijk dat er verder onderzoek gedaan wordt naar de groep met ernstige dementie. Het blijft ook belangrijk om naar de behoeften van mensen met dementie te blijven vragen door bijvoorbeeld gebruik te maken van interviews en focus groepen, juist om na te gaan of de zorgvoorziening nog aansluit bij de behoeften van de dementerende. Het onderzoek van Van der Roest et al. (2007) doet een aanbeveling om bij verder onderzoek onderscheid te maken in karakteristieken die een onderscheid in verschillende subjectieve behoeften kunnen geven, zoals leeftijd, geslacht, de woonsituatie en het inkomen.

2.5 Kenmerken en kernwaarden van kleinschaligheid

Er zijn een aantal factoren in de literatuur over kleinschaligheid die steeds terugkomen. Allereerst de fysieke woon- en leefomgeving. Daarnaast is de aard van de zorg belangrijk en de kleinschalige woon- en leefomgeving vraagt vervolgens om een medewerker die invulling kan geven aan de kleinschalige aard van de zorg (Fahrenfort, 2003; Krijger, 2004; Nouws, 2003).

2.5.1 Kenmerken

De tien belangrijkste kenmerken van kleinschalig wonen volgens het Trimbos-instituut zijn in afnemende volgorde van belangrijkheid (Krijger, 2006a):

1. Er is sprake van een vast team medewerkers, waardoor medewerkers en bewoners elkaar goed kennen
2. Er wordt zelf gekookt
3. Je kunt opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer je zelf wilt
4. Je mag er blijven wonen tot aan de dood
5. De inrichting van de woning is van de bewoner zelf
6. Bewoners, familie en het team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken
7. Personeel loopt niet in uniform
8. Er ligt een visie aan ten grondslag die uitgaat van de behoefte van mensen met dementie
9. De zorg is georganiseerd conform een huishouden
10. Het team is in staat een huiselijke sfeer te creëren

Een opvallend criterium dat ontbreekt, is de vormgeving van de woning. In het onderzoek van het Trimbos-instituut hebben bijna alle factoren betrekking op de benadering van de dementerende ouderen door de verzorgers, de dagelijkse gang van zaken en de inhoudelijke opzet van de kleinschalige woonvorm (Krijger, 2006c). Wanneer de bewoners hun eigen invulling mogen geven aan de dag, draagt ook de vormgeving van de woning daarin bij. De bewoner dient zich zelfstandig te kunnen verplaatsen, en moet de mogelijkheid hebben om dagelijkse bezigheden zelfstandig te kunnen uitvoeren. Een ander belangrijk ontbrekend kenmerk is de grootte van de groep bewoners (overzichtelijkheid). Over de grootte van de groep bestaan eindeloze discussies, er zijn organisaties die een limiet stellen bij zes bewoners, omdat bij meer bewoners de zorg niet meer huiselijk, herkenbaar, integraal en kleinschalig is (Nouws, 2003). Volgens Houweling (in Nouws, 2003) is het niet altijd de schaal maar ook de zorg, bij meer bewoners moeten er ook meer verzorgers aanwezig zijn. Het gevolg daarvan is dat het personeel meer met zich meer op elkaar gaat richten, wat weer aanzet tot taakgericht denken. Er kan gezegd worden dat een beperkte schaalgrootte juist een goede voorwaarde is om aan de inhoudelijke principes vorm te geven.

Uit de literatuur blijkt ook dat de visie die een project hanteert bepalend is voor de invulling van de kenmerken van kleinschaligheid (Nouws, 2003). De visie heeft bijvoorbeeld invloed op de fysieke inrichting van de woning, de organisatie van de zorgverlening en onderscheidt daardoor veel kleinschalige woonvormen van elkaar. Het kenmerk geeft ook aan dat er wordt uitgegaan van de behoeften van dementerenden en wordt voldaan aan de vraag, maar er staat nergens beschreven wat die behoeften nu daadwerkelijk zijn. Daarnaast is een duidelijke visie belangrijk om met het team een eenheid te vormen, sfeer te verkrijgen en daarbij een grote betrokkenheid van het personeel. Wanneer de visie niet goed is doorgedrongen in de hele organisatie of hij verwatert door personeelswijzigingen, wordt er afbreuk gedaan aan de kleinschaligheid (Fahrenfort, 2003).

De conclusie uit bovenstaande is dat de volgorde van de kenmerken zoals gepresenteerd door het Trimbos-instituut niet realistisch is. Daarbij neemt de inrichting van de zorgverlening een belangrijkere positie in dan de fysieke inrichting van de woning. Er kan gezegd worden dat de fysieke omgeving bijdraagt zo niet een voorwaarde is om kleinschaligheid in de zorgverlening optimaal te kunnen realiseren. Er worden wel kenmerken genoemd die onderdeel zijn van belevingsgerichte zorg, maar het type zorg wordt niet genoemd. Het type zorg dat verleend zou moeten worden is belevingsgerichte zorg. Daarnaast is de lijst met kenmerken zoals die opgesteld is door het Trimbos-instituut onvolledig wanneer er ook naar de behoeften van dementerenden wordt gekeken.

2.5.2 Kernwaarden

Wat bij de kernwaarden opgemerkt dient te worden, is dat het om een beschrijving van meningen gaat. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de kernwaarden van kleinschaligheid, het gaat hier slechts om meningen van personen uit het veld.

De kernwaarden van kleinschaligheid zijn (Fahrenfort, 2003; Krijger, 2004; Nouws, 2003);

- Huiselijkheid, een veilige en vertrouwde omgeving
- Herkenbaarheid
- Overzichtelijkheid
- Eigen ervaringswereld
- Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen

De kernwaarden van kleinschaligheid worden hieronder verder toegelicht.

Huiselijkheid, herkenbaarheid en een veilige en vertrouwde omgeving

Voor mensen van wie de belevingswereld steeds kleiner wordt, wordt het gevoel van vertrouwdheid en veiligheid steeds belangrijker. Dit is aan bod gekomen in de gehechtheidstheorie van Miesen (De Lange, 2004; Nouws, 2003). Huiselijkheid en herkenbaarheid zijn te verkrijgen door met een aantal factoren rekening te houden: door het gebouw bouwkundig te laten lijken op een echte woning, waarbij ook de indeling van de woning van invloed is. Daarbij wordt o.a. rekening gehouden met het hebben van een eigen voordeur. Ook de inrichting van de woning is van belang; het gaat daarbij om het gebruik van eigen meubelen, ieder huis heeft een eigen thermostaat en eigen telefoon. Ook het personeel respecteert dat de woning van de bewoners is en maakt er geen kantooromgeving van (Fahrenfort, 2003; Krijger, 2004; Nouws, 2003). Naast het fysieke aspect van huiselijkheid kunnen ook sfeerelementen bijdragen aan het gevoel van huiselijkheid en herkenbaarheid, zoals het draaien van muziek, het dekken van de tafel met kledjes en kunnen zien en ruiken hoe het eten wordt klaargemaakt. De huiselijke sfeer en inrichting dragen bij aan het bieden van een veilige en vertrouwde omgeving. Het doel is om de mensen het gevoel te geven dat het hun thuis is.

Overzichtelijkheid

Overzichtelijkheid wordt verkregen door het overzicht dat een bewoner en de medewerker kan houden over het geheel. De groepsgrootte heeft invloed op de overzichtelijkheid. Er wordt in de literatuur veel gesproken over de ideale groepsgrootte maar daar is tot op heden geen consensus over gevonden. De meeste organisaties hanteren een groepsgrootte van zes en ervaren dit aantal als een goed aantal. Een kwaliteitsmaatstaf voor de groepsgrootte is vaak de menselijke maat: de mogelijkheid om samen aan tafel te eten is nog aanwezig en de huiskamer lijkt nog op een huiskamer en geen zaal (Fahrenfort, 2003; Krijger, 2004). Bij acht bewoners moet er gezocht worden naar groepsbewoners en heeft de groep minder het karakter van een huishouden maar krijgt iets afdelingsachtigs (Krijger, 2004).

Eigen ervaringswereld

Gedurende het proces van dementie en het uitvallen van cognitieve vermogens verandert de manier van waarnemen en ervaren van de dementerende. Men blijft openstaan voor ervaringen en indrukken uit de omgeving alleen worden deze anders geïnterpreteerd. Volgens van der Kooij (2001) doorlopen dementerenden verschillende fasen naarmate de dementie zich verder ontwikkelt. De ervaringswereld van de dementerende verandert tijdens dit proces, het onderscheid tussen verleden, heden en toekomst gaat vervagen. Een voorbeeld dat hierbij gegeven kan worden; in het begin van het dementeringsproces voelen mensen de dreiging van wat er gaat komen, ze voelen zich onzeker en zoeken veiligheid bij anderen die wel zeker lijken van zichzelf en de situatie. Deze zekerheid kan worden gevonden bij personen zoals verzorgenden, maar ook door structuur te brengen. Structuur betekent bijvoorbeeld een duidelijke dagindeling, eigen vaste gewoonten (Van der Kooij, 2001). Bij een eigen ervaringswereld is het van belang dat de bewoner zoveel mogelijk zijn eigen leven kan voortzetten. Daarbij moet ondersteuning worden geboden bij het dagelijks leven en moet er worden geprobeerd het dagritme door de bewoner te laten bepalen (Krijger, 2004; Van der Kooij, 2001). De levensgeschiedenis van de bewoner is hierbij erg belangrijk.

Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen

Om een zo normaal mogelijke situatie te verkrijgen staat niet de zorg, maar het wonen centraal. Genormaliseerd wonen streeft ernaar het leven van mensen met dementie te verbeteren door hen in staat te stellen het eigen vertrouwde leven voort te zetten. Dit gebeurt door de dagelijkse activiteiten en de dagelijkse omgang tussen de verzorgers en de bewoners en de bewoners onderling als uitgangspunt te nemen. Alle huishoudelijke activiteiten vinden in de woning plaats; het is daarom niet langer noodzakelijk een activiteitenaanbod van buitenaf aan te reiken (Stoelinga & Talma, 2003).

2.5.3 De zorgverlener in de kleinschalige woonvoorziening

Voor de medewerkers betekent de omslag van het traditionele verpleeghuis naar een kleinschalige woonvorm dat er grote veranderingen plaatsvinden. Van de medewerkers wordt een andere werkwijze verwacht dan in het traditionele verpleeghuis; van zorgen naar dienstverleners (Stoelinga & Talma, 2003). De zorg wordt integraal; integrale zorg betekent dat de zorg wordt georganiseerd rondom een huishouden. De medewerkers verzorgen alle lichamelijke zorg, de huishoudelijke activiteiten en de ondersteuning in de groep (Nouws, 2003). Integrale zorg houdt ook in dat de medewerkers niet zijn onderverdeeld in functieniveaus en een breed takenpakket krijgen (Nouws, 2003; Stoelinga & Talma, 2003). Doordat de verzorgende een andere rol krijgt dan in het traditionele verpleeghuis en de omgang met de dementerenden verandert, is het belangrijk dat zij de ruimte krijgen om te reflecteren op hun werk. Daarbij kan gedacht worden aan het bespreken van botsende waarden, het analyseren van incidenten etc. Bovendien zal ook het management willen toezien op handhaving van de kwaliteit van zorg (Krijger, 2004). Hiervoor kan gebruikt gemaakt worden van intervisie, bewonersoverleg en intercollegiale toetsing. Volgens Stoelinga en Talma (2003) is het van belang dat de medewerkers van een kleinschalige woonvorm voldoen aan een aantal vaardigheden en competenties:

- De verantwoordelijkheid aan kunnen om een groep alleen te draaien.
- Flexibel zijn wanneer het gaat om taakinhoud en dienstrooster.
- In staat zijn tot overleg, communicatie en vorming
- Een beroepshouding die wordt gekenmerkt door de 'thuiszorg attitude': de medewerker is te gast bij de bewoner.

Stoelinga en Talma (2003) zijn van mening dat de juiste scholing van groot belang is voor het succesvol invoeren van nieuwe werkwijzen. De huidige zorgopleidingen volstaan inhoudelijk niet aan

de inhoud van de zorg die in kleinschalige woonvormen wordt gegeven en aanvullende opleidingen zijn noodzakelijk om de vaardigheden die in de kleinschalige woonvorm noodzakelijk zijn eigen te maken. In Nederland bestaat er nog geen competentieprofiel voor de verzorgenden, je ziet dat elke organisatie deze behoefte aan (bij)scholing op eigen wijze invult. Een belangrijk onderdeel van de opleiding zou de attitude van de medewerker moeten zijn. De attitude is een belangrijk onderdeel van de zorgverlening, omdat juist in een kleinschalige setting de medewerker veel invloed heeft op het gedrag van de bewoner. De Lange (2004) heeft in haar onderzoek naar het effect van belevingsgerichte zorg onder andere de interactie tussen bewoner en verzorgenden geobserveerd. Daarbij is onderzocht in hoeverre de attitude en vaardigheden van verzorgenden na een cursus 'geïntegreerde belevingsgerichte zorg' veranderen. Door belevingsgericht te werken veranderde de attitude van verzorgenden van taakgericht (willen dementerenden op tijd helpen, zijn vriendelijk en beleefd maar besteden geen aandacht aan sfeer, gaan niet in op wat de bewoner zelf aangeeft en de communicatie blijft beperkt tot de verrichten taak) naar persoonsgericht, ze kregen aandacht voor de wensen, uitingen en gedragingen en de levensloop van dementerenden (De Lange, 2004). Om de betrokkenheid van de medewerkers te verhogen moet er door de organisatie een duidelijk beeld over de doelstellingen en het waarom van de veranderingen worden geschetst. Er moet duidelijk worden gemaakt wat de organisatie van de medewerkers verwacht. Wat de visie van de organisatie is en wat deze visie voor de klanten betekent moet zijn doorgedrongen (Krijger, 2004).

2.6 Deelconclusie

De conclusie uit het literatuuronderzoek is dat de vormgeving van kleinschalig wonen uit twee elementen bestaat; de fysieke vormgeving en inrichting van de woning en de inrichting van de zorgverlening.

Uitgaande van de literatuur over de behoeften en wensen van dementerenden, de kenmerken en kernwaarden van het kleinschalig wonen en de aard van de zorgverlening wordt hier een lijst gegeven van de belangrijkste kenmerken. Deze lijst vormt het uitgangspunt voor het praktijkonderzoek.

De belangrijkste behoeften en wensen, die de kwaliteit van leven verbeteren volgens de dementerenden zijn;

- Sociale contacten (vooral met familieleden)
- Gehechtheid in een sociale relatie
- Privacy.
- Activiteiten die bijdragen aan het welzijn.
- Acceptatie van de ziekte en omgaan met beperkingen
- Normaal kunnen blijven functioneren.

Deze behoeften liggen op het vlak van welzijn en er worden door de dementerenden veelal niet aangegeven hoe er moet worden voldaan aan de behoeften. Wanneer de belangrijkste behoeften en wensen van dementerenden worden afgezet tegen de kenmerken van kleinschalig wonen blijken er op een aantal punten geen overeenkomsten te zijn. Het belang van privacy komt niet terug in de kenmerken, evenmin in de kernwaarden. Het deelnemen aan activiteiten wordt niet genoemd in de literatuur, toch heerst er binnen de verpleeghuiszorg de opvatting dat bewoners dagelijks beziggehouden moeten worden met allerlei activiteiten, en bieden verpleeghuizen activiteitenprogramma's aan, die veelal buitenshuis plaatsvinden. Uit het onderzoek blijkt dat deze activiteiten alleen gewenst zijn wanneer zij bijdragen aan de kwaliteit van leven, dit zijn de

activiteiten die in het interessegebied van de bewoner ligt. Een aanbod van individuele gerichte activiteiten wordt niet in de literatuur van de kenmerken en kernwaarden genoemd. De behoefte om 'normaal' te kunnen blijven functioneren, is erg breed en komt in veel kenmerken terug zoals in het zelfstandig kunnen bepalen van de dag indeling en de zorg inrichten conform een huishouden. Het hebben van een vast team draagt bij aan het vervullen van de behoeften; gehechtheid in een sociale relatie en sociale contacten.

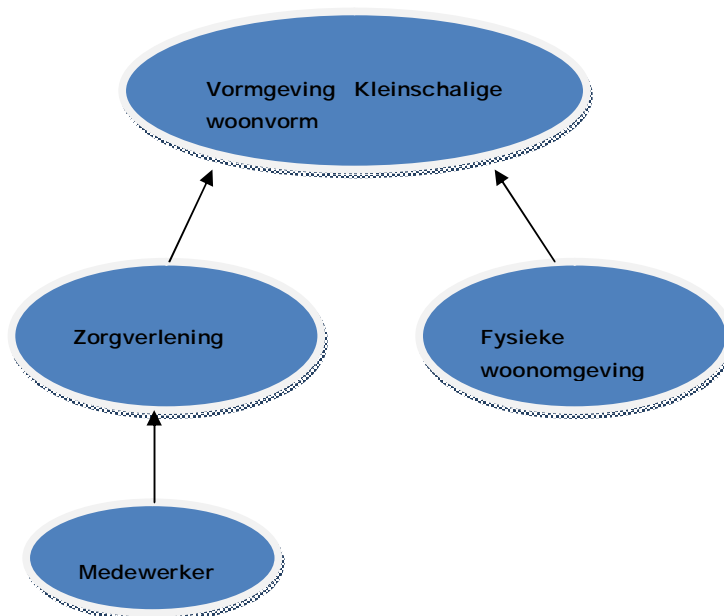
Een aantal kenmerken uit de literatuur kunnen worden samengevoegd. Het aanbod van de zorgverlening en de fysieke vormgeving van de kleinschalige woonvorm dient de volgende te zijn;

- Er is sprake van een vast team medewerkers, waardoor de medewerkers en de bewoners elkaar goed kennen.
- De zorg is georganiseerd conform een huishouden, hieronder valt ook dat er wordt gekookt in de woning, de medewerkers geen uniform dragen en het team in staat is een huiselijke sfeer te creëren.
- De bewoner bepaald zelf de dagelijkse gang van zaken, hieronder valt ook dat de bewoner zelf bepaald wanneer hij opstaat etc.
- Een kleine groep bewoners, dit is een goede voorwaarde om vorm te geven aan huiselijkheid en overzichtelijkheid (maximaal 6 bewoners). Daarnaast draagt dit kenmerk bij aan de organisatie van de zorg conform een huishouden.
- Toepassen geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Deze zorg is erop gericht de dementerende zo lang mogelijk zijn/haar zelfstandigheid te bewaren. Ook de acceptatie van de ziekte en het leren omgaan met de beperkingen en het uitvoeren van activiteiten die volgens de dementerende bijdragen aan het welzijn behoren hiertoe.
 - Verzorgenden zijn een belangrijk onderdeel van de kleinschalige woonvorm. Attitude van de verzorgende heeft daarbij invloed op de verleende zorg, omdat juist in een kleinschalige setting de medewerker veel invloed heeft op het gedrag van de bewoner. De juiste attitude is de persoonsgerichte attitude en kan verkregen worden door een cursus geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg heeft ook effect op de attitude en vaardigheden van verzorgenden; zij worden sensitiever voor de wensen, uitingen en het gedrag van de bewoners en gaan minder taakgericht werken.
- De inrichting van de woning is van de bewoners zelf
- De woning lijkt bouwkundig op een echte woning, met een eigen voordeur, aanwezigheid van een keuken etc.
- De bewoner mag in de woning blijven wonen tot aan de dood.
- De visie dient uit te gaan van de behoeften van dementerenden. De visie dient in ieder geval te voldoen aan de vraag van de dementerende door het aanbod van zorg en wonen daarop af te stemmen.

Door het samenvoegen van de behoeften en wensen van dementerenden en de belangrijkste kenmerken van kleinschaligheid komt de lijst er als volgt uit te zien;

- Sociale contacten (vooral met familieleden) en gehechtheid in een sociale relatie
- Privacy
- Activiteiten die bijdragen aan het welzijn
- De visie van de organisatie dient uit te gaan van de behoeften van dementerenden
- Er is sprake van een vast team medewerkers
- De zorg is georganiseerd conform een huishouden
 - koken in de woning
 - niet dragen van uniform
 - huiselijke sfeer
- De bewoner bepaald zelf de dagelijkse gang van zaken.
 - de bewoner bepaald zelf wanneer hij opstaat, hoe laat hij wil eten etc.
- Er is sprake van een kleine groep bewoners
- Toepassen geïntegreerde belevingsgerichte zorg.
 - acceptatie van de ziekte en omgaan met beperkingen
 - attitude van verzorgenden
- De inrichting van de woning is van de bewoners zelf
- De woning lijkt bouwkundig op een echte woning, met een eigen kamer/appartement met een eigen voordeur, aanwezigheid van een keuken etc.
- De bewoner mag in de woning blijven wonen tot aan de dood

De verhoudingen tussen de verschillende elementen worden in onderstaande figuur (2) weergegeven.



Figuur 2: Elementen van de kleinschalige woonvorm

3. Psychogeriatrische zorg in kleinschalig wonen in praktijk

3.1 De zorgverlening in de onderzochte projecten

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het literatuuronderzoek naar de wensen van de klanten en de kenmerken van kleinschaligheid getoetst aan de praktijk. Met behulp van de lijst die geconstrueerd is in paragraaf 2.6 worden de projecten gescoord op aan- of afwezigheid van kenmerken, onderstaande tabel (2) geeft de scores weer. Wanneer de projecten voldoen aan een kenmerk krijgen zij een plusteken. Een minteken geeft de afwezigheid aan. Sommige kenmerken voldoen in het ene project meer dan in het andere en krijgt dan twee plussen. De gegevens zijn verzameld uit een interview met een of meerdere locatiemanagers en door observaties in de woningen en gesprekken met de verzorgenden. Verklaringen voor de toegekende waarden aan de projecten worden onder de tabellen gegeven. Daaruit volgt het project met de meeste overeenkomsten heeft met de geconstrueerde lijst. In bijlage 3 zijn beschrijvingen van de drie projecten te vinden.

Een kanttekening die geplaatst moet worden is dat alleen in het project in Soest bewoners uit alle drie de stadia van dementie die de DSM onderscheid huisvest. De projecten in Zwolle en Wageningen kennen alleen bewoners die in het eerste of tweede stadium te plaatsen zijn. Dit kan een vertekening geven in het scoren van de kenmerken. Zo komt het draaien van een normaal huishouden beter tot zijn recht in het tweede en derde project, omdat de verzorgenden in Soest meer zorgtaken dienen te vervullen, waardoor er minder tijd is voor huishoudelijke karweitjes. De tweede kanttekening betreft de zwaarte van de kenmerken, bij het scoren van de kenmerken is er geen rekening gehouden met de opmaak naar zwaarte van de kenmerken, de kenmerken van het Trimbos-instituut zijn wel naar zwaarte opgemaakt. In deze lijst komen ook enkele behoeften en wensen van dementerenden voor, omdat de behoeften en wensen van de dementerenden niet instrumenteel van karakter zijn, is geprobeerd een oordeel te vellen in hoeverre de projecten voldoen aan een goede invulling van de behoeften, op basis van informatie uit de interviews en de observaties in de woningen.

Tabel 2: Aanwezigheid van kenmerken in de onderzochte projecten

	Project 1: Soest	Project 2: Zwolle	Project 3: Wageningen
Sociale contacten	-	-	++
Privacy	-	+/-	+/-
Activiteiten	-	+	+
Visie van de organisatie	-	-	+
Vast team medewerkers	+	+	++
Organisatie van de zorg conform een huishouden	-	+	++
Zelf bepalen dagindeling	+	+	++
Kleine groep bewoners	+	-	++
Geïntegreerde belevingsgerichte zorg	+	+	++
Eigen inrichting	-	++	++
Woning lijkt bouwkundig op echte woning	-	++	++
Blijven wonen tot aan de dood	+	-	-

Het hebben van sociale contacten is voor dementerenden belangrijk, de verzorgende is een van de personen die deze rol kan invullen. Een kleine groep vaste verzorgenden vergroot de mogelijkheden om een band op te bouwen met de verzorgenden. Daarnaast geven dementerenden aan dat het leven te midden van familie belangrijk voor hen is. Zodoende is het belangrijk om veel inbreng en bezoek van de familie te hebben. In project 3 wordt er veel geïnvesteerd in de rol van de familie en wordt deze als zeer belangrijk ervaren. Zij gaan uit van het bestaande netwerk van familie en vrienden

rondom de bewoner, in plaats van het overnemen van het netwerk. Dit gebeurt wel in het 1^{ste} en 2^{de} project, daar is de rol van de familie veel minder belangrijk.

Privacy wordt door dementerenden gezien als een belangrijke behoefte, in geen van de projecten is er sprake van optimale privacy, er is geen privé sanitair. Daarnaast is de slaapkamer van de bewoners in project 1 te klein om bezoek te ontvangen, soms moet de slaapkamer gedeeld worden met een andere bewoner, hierdoor hebben de bewoners te weinig mogelijkheden om zich terug te trekken (geen plaats voor stoelen, een bank etc.). In project 3 hebben de bewoners de meeste privacy, de slaap- woonkamer heeft het grootste formaat (18 m²), waardoor de mogelijkheid er is deze met eigen meubels in te richten en zich terug te trekken.

Activiteiten die bijdragen aan het welzijn van de bewoners, zijn activiteiten die in het interessegebied van de bewoners liggen en die zij graag uitvoeren of bij aanwezig zijn. Alle projecten ondernemen activiteiten met de bewoners. In project 1 worden er binnen de organisatie veel activiteiten aangeboden. De bewoners worden ingedeeld bij een groot aantal activiteiten, ongeacht de voorkeur. Project 2 en 3, hebben ook aandacht voor activiteiten, deze zijn meer op huishoudelijke taken gericht en vinden vaak binnen de woning plaats.

Uit de interviews komt naar voren dat een heldere visie noodzakelijk is en van invloed is op de inrichting van de woning en de inrichting van de zorgverlening. Het is volgens de geïnterviewden belangrijk dat de visie is doorgedrongen binnen de hele organisatie. Wanneer de zorgvisie bekend is bij de verzorgenden kunnen zij ook bij de uitvoering van de zorg, de invulling geven zoals genoemd staat in de visie. In project 1 en 3 zijn duidelijk visies aanwezig, maar geen van die visies gaat uit van de belangrijkste behoeften van de dementerenden. Zo worden er in het eerste project gedurende de gehele dag activiteiten aangeboden en blijft er nauwelijks tijd over voor huishoudelijke activiteiten. Door het ontbreken van een focus op de behoeften van dementerenden wordt er niet volledig aan de vraag van deze groep voldaan.

Bij elk project wordt er gestreefd naar een vaste groep medewerkers, omdat er voornamelijk met parttimers wordt gewerkt lukt dat bij het ene project beter dan het andere. Bij het derde project zijn er meer medewerkers met fulltime dienstverbanden aanwezig, waardoor het team automatisch kleiner wordt.

De mate waarin de zorg is georganiseerd conform een huishouden is afhankelijk van de mate waarin bewoners worden betrokken bij het huishouden. Dit komt het meest tot zijn recht in het 2^{de} project. Bewoners worden daar gestimuleerd om lichte werkzaamheden te verrichten, zoals het opvouwen van de was, strijken en de planten water geven. In de andere projecten worden enkele huishoudelijke zaken centraal geregeld en komt er bijvoorbeeld thuiszorg over de vloer voor schoonmaak werkzaamheden. Het koken vindt in de meeste projecten voornamelijk plaats door de medewerkers, daar waar meer bewoners met een lichte mate van dementie wonen, wordt er door de bewoners meer geholpen. De medewerkers spelen ook een rol in het stimuleren om te helpen de maaltijd voor te bereiden. Vooral in het project in Zwolle worden de bewoners erg betrokken bij het bereiden van de maaltijd en wordt er ook gekookt wat de bewoners aangeven.

In alle projecten wordt er gesteld dat de bewoners hun eigen leefritme bepalen. Het tweede en derde project voldoen meer aan dit kenmerk, in het eerste project is er in de ochtenddienst speciaal voor de zorghandelingen een assistent verzorgende ingeroosterd. Uit de observaties bleek dat er tussen de medewerkers veel werd overlegd en de taken werden verdeeld, vooral de assistent verzorgende had

meer oog voor het afwerken van de zorgtaken en verzorgde de bewoners volgens eigen schema (taakgericht). In project 2 en 3 werden de bewoners niet in volgorde verzorgd en konden blijven liggen wanneer zij dat wensten.

De dagelijkse gang van zaken wordt in het eerste project nog bepaald door het aanbod van activiteiten binnen de organisatie. Er blijken lijsten te hangen met activiteiten, die op vaste tijdstippen plaatsvinden en waar alle bewoners gebruik van maken. Hierdoor wordt er door de bewoners minder invloed uitgeoefend op de invulling van de dag. Bij het tweede project en derde project is er wel aanbod van activiteiten, maar deze vinden in de woning plaats en niet volgens schema's of afspraken.

Het project in Zwolle kent de meeste bewoners (9 bewoners), daar zijn het grootste gedeelte van de dag dan ook twee medewerkers aanwezig. De projecten in Soest en Wageningen kennen beide zes bewoners, daar is bewust voor gekozen. Men is van mening dat er meer taakgericht wordt gewerkt wanneer er meer twee of meer medewerkers aanwezig zijn op de groep. Er wordt dan over de hoofden van bewoners gesproken en men gaat taken verdelen. De maaltijden in Zwolle worden niet aan een tafel genuttigd er worden voor de negen bewoners en medewerkers twee tafels gedekt.

In alle drie de projecten wordt belevingsgericht gewerkt. Alleen in het tweede project zijn enkele verzorgenden tot consulent geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Dit blijkt in de praktijk een waardevolle aanvulling te zijn, zij begeleiden en sturen medewerkers in de uitvoering van belevingsgerichte zorg. Er wordt in dit project aangegeven dat de juiste scholing en bijscholing noodzakelijk is voor de juiste uitvoering van belevingsgerichte zorg. In het derde project wordt jaarlijks een cursusdag door een geriater georganiseerd om de verzorgenden bij te scholen.

De aanwezigheid van een huiselijke sfeer lijkt in grote mate samen te hangen met de aanwezigheid van meubels van de bewoners zelf. In het eerste project zijn de kamers te klein voor eigen meubels en is er dan ook alleen plaats voor een bed. Daarbij komt dat de huiskamer niet groot genoeg is voor meubels van alle bewoners en het blijkt dat er voornamelijk meubels staan van overleden bewoners. Project drie voldoet het meest aan dit kenmerk, ook in de gezamenlijke woonkamer staan stoelen van de bewoners zelf.

Bij de inrichting van de woningen zijn grote verschillen te zien. In het eerste project is de gezamenlijke woonkamer klein en hierdoor staan er weinig meubelen van de bewoners. De slaapkamers zijn van een dergelijke grootte dat er alleen plaats is voor een bed. Het derde project voldoet het meeste aan dit kenmerk, de eigen appartementen inclusief de gezamenlijke woonkamer is ingericht met eigen meubels en spullen. In het tweede project kent de gezamenlijke woonkamer een inrichting die door de organisatie is verzorgd.

Alle drie de projecten zijn opgezet als een woning. De projecten kennen alle drie verschillen in de vormgeving. Het project in Zwolle staat op zich en vormt een woonhuis in de stad. In alle projecten hebben de bewoners een eigen slaapkamer. De slaapkamers van het project in Soest zijn het kleinst in afmeting en daardoor kunnen er weinig tot geen eigen meubels worden geplaatst. Een nooddeur die twee woonkamers uit project één met elkaar verbindt staat voortdurend open en wordt door zowel medewerkers als bewoners gebruikt als doorgang. Omdat bij het eerste project meerdere huizen aan een lange gang zijn gevestigd lijkt deze bouw meer op een instelling en daardoor is er een minder huiselijke omgeving aanwezig dan in de andere projecten. Uit de observaties blijkt dat medewerkers en bezoekers gemakkelijk de woningen binnen lopen omdat er geen bel bij de voordeur aanwezig is.

3.2 Deelconclusie

Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt tussen de drie projecten voldoet project drie het meeste aan de opgestelde lijst met kenmerken. Dit project scoort op bijna alle punten positief tot zeer positief, alleen aan het kenmerk wonen tot aan de dood wordt niet voldaan. In geen van de bezochte projecten komt het aanbod van de zorg volledig overeen met de vraag van de dementerenden.

Geconcludeerd kan worden dat de lijst zoals opgemaakt in paragraaf 2.6 na het praktijk onderzoek aangevuld kan worden door een aantal specificaties. Tevens kan er iets gezegd worden over de volgorde van de lijst. De aanvullingen op de lijst en suggesties voor de volgorde worden hieronder gegeven.

Om aan de vraag van dementerenden te kunnen voldoen is het belangrijk deze mee te nemen bij de bepaling van het aanbod van zorg. Het aanbod dat is afgestemd op de behoeften en wensen van dementerenden (vraag) zullen daarom bovenaan terug komen in de lijst. Deze behoeften en wensen worden bereikt door het toepassen kenmerken uit de lijst van het Trimbos-instituut en enkele aanvullingen daarop.

Het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg draagt positief bij aan veel behoeften van dementerenden; het ontwikkelen van adequate zorgrelaties met verzorgenden en het handhaven van een emotioneel evenwicht. Ook vindt er een verandering plaats in de attitude van de verzorgenden en is er een trend gevonden in het ontwikkelen van sociale relaties. De zorgbehoeften, in dit onderzoek genoemd, zijn algemeen van aard. Door geïntegreerde belevingsgerichte zorg toe te passen wordt er inzicht verkregen in de specifieke individuele zorgbehoeften, welke noodzakelijk zijn om zorg op maat te leveren.

Het hebben van sociale contacten en de gehechtheid in een sociale relatie zijn wensen en behoeften, waaraan het beste gehoor wordt gegeven in het derde project. Wanneer een medewerker veel aanwezig is in het huis zijn er meer mogelijkheden en tijd om de bewoners goed te leren kennen en een band op te bouwen. Een klein, vast team dat op dezelfde tijden werkzaam is zorgt daarbij ook voor regelmaat. Een vaste medewerker in huis zorgt voor herkenbaarheid bij de bewoners. Probeer het team zo klein mogelijk te houden door fulltime contracten aan te bieden aan de medewerkers. Dementerenden geven aan dat contact met familieleden erg belangrijk voor hen is, familieleden moeten daarom actief betrokken worden bij de zorg.

Ook uit de interviews met de leidinggevenden van de projecten komt naar voren dat het aspect privacy van groot belang is voor de bewoners. Om de bewoners volledige privacy te kunnen bieden dienen zij een eigen appartement met voldoende ruimte voor eigen meubels en privé sanitair te hebben. Daarnaast spelen ook de medewerkers een rol bij het respecteren van die privacy door de woning bijvoorbeeld niet te betreden zonder kloppen of aanbellen.

Het bepalen van een eigen dagritme en de organisatie van de zorg conform een huishouden, dragen bij aan de behoeften om normaal te kunnen blijven functioneren. Daarbij zijn huishoudelijke activiteiten een onderdeel van de activiteiten die bijdragen aan het welzijn.

Het kenmerk dat de woning bouwkundig op een echte woning moet lijken, blijkt na de observaties en interviews van minder groot belang dan de inrichting van de woningen. Van groter belang zijn de mogelijkheden voor de bewoners om zich zelfstandig door de woning te verplaatsen en daarbij ook de mogelijkheid heeft naar buiten te kunnen. Dit kenmerk niet meer worden meegenomen in de aangepaste lijst. De inrichting van de woning is wel van belang voor de inhoudelijke uitwerking van de zorg.

Uit de interviews en observaties blijkt dat een groep van 6 bewoners de juiste grootte weergeeft om te voldoen aan het draaien van een normaal huishouden en in deze projecten werd door de verzorgenden meer integraal en belevingsgericht gewerkt. Ook is het wenselijk om bewoners met een zelfde achtergrond bij elkaar te plaatsen, dit brengt weer mogelijkheden om sneller contacten aan te gaan. In de praktijk blijkt dit is grote steden makkelijker te realiseren dan in kleine dorpen.

De aangepaste lijst na toevoegingen vanuit het praktijk onderzoek;

- De visie van de organisatie dient uit te gaan van de behoeften van dementerenden
- Toepassen geïntegreerde belevingsgerichte zorg.
- Er is sprake van een klein team vaste medewerkers
- Rol van familieleden
- De bewoners hebben voldoende privacy
 - Ruim eigen appartement
 - Privé sanitair
- De zorg is georganiseerd conform een huishouden
 - Koken in de woning
 - Niet dragen van uniform
 - Huiselijke sfeer
- De bewoner bepaald zelf de dagelijkse gang van zaken.
 - De bewoner bepaald zelf wanneer hij opstaat, hoe laat hij wil eten etc.
- Activiteiten die bijdragen aan het welzijn
- De groep telt maximaal 6 bewoners
 - Het is wenselijk om bewoners met dezelfde achtergrond bij elkaar te plaatsen.
- De inrichting van de woning is van de bewoners zelf
- De bewoner mag in de woning blijven wonen tot aan de dood

4. Toepassing voor Livio

Op basis van de aanwezigheid van een groot aantal criteria voor kleinschalige woonvormen (geformuleerd in paragraaf 3.2), in de bezochte projecten kan er gezegd worden dat, deze lijst als uitgangspunt genomen kan worden bij het ontwerp van kleinschalige projecten door Livio.

In dit hoofdstuk wordt het huidige beleid van Livio vergeleken met de criteria uit de lijst en worden er aanvullingen en ideeën over de inrichting van de zorg gegeven.

Livio geeft in hun beleidsnota uit april 2007 aan dat de belangrijkste kenmerken van de kleinschalige woonvorm dienen te zijn (Livio, Beleidsnota kleinschalig wonen, 2007);

- De klanten kunnen zelf het dagelijkse leven inrichten, zelf bepalen wanneer ze opstaan en wanneer ze naar bed gaan.
- Klanten krijgen ondersteuning van een vast team medewerkers.
- De eigen woonruimte is herkenbaar als een gewoon huis, de klanten hebben hun eigen meubels in het appartement.
- De klant heeft een eigen appartement van 45 m² met privé sanitair.
- Elke wooneenheid kent 6 appartementen (6 bewoners).
- Er wordt een gewoon huishouden gevoerd, door als daar behoefte aan is samen te eten, af te wassen, boodschappen te doen en eten te koken.
- De bewoner mag in de woning blijven wonen tot aan de dood

De visie die Livio hanteert bij de invulling van een kleinschalige woonvorm komt op enkele punten overeen met de gevonden uitkomsten. De overeenkomende kenmerken zijn;

- Eigen dagritme
- Vast team
- Eigen inrichting
- Zorg conform huishouden
- Eigen appartement met privé sanitair

Kenmerken die aan de vraag van de klant voldoen zijn niet allemaal aanwezig in het huidige beleidsplan van Livio. Ook ontbreken er nog enkele elementen in het beleid die uit het onderzoek naar voren komen. Het beleid van Livio zal moeten worden aangevuld met de volgende elementen;

- Het hebben van een vast team is belangrijk, maar dit kenmerk zou moeten worden uitgebreid tot het hebben van een *klein* vast team.
- Privacy wordt bereikt door een eigen appartement en privé sanitair, maar is o.a. ook te bereiken door de drempel om de woning te betreden zo groot mogelijk te maken, dat wil zeggen een bel ter plaatse van ieder appartement, maar ook een voordeur die gesloten is waardoor bezoek aan moet bellen om de woning te betreden en de medewerkers mogen de appartementen alleen met toestemming van de bewoners betreden.
- Elke wooneenheid kent 6 bewoners. Als aanvulling op dit kenmerk is het wenselijk om de groep samen te stellen uit bewoners met eenzelfde achtergrond.
- De visie van de organisatie dient uit te gaan van de behoeften van dementerenden.
- Toepassen geïntegreerde belevingsgerichte zorg.
- Rol van familieleden.
- De zorg is georganiseerd conform een huishouden. Dit is een belangrijk kenmerk, maar zal moeten worden uitgebreid met de volgende elementen;

- Niet dragen van uniform
 - Huiselijke sfeer
- **Activiteiten die bijdragen aan het welzijn. Tot deze activiteiten behoren de huishoudelijke karweitjes en activiteiten die de persoonlijke voorkeur geven.**

5. Conclusies

Voor deze bacheloropdracht is onderzoek gedaan naar de inrichting van zorg in een kleinschalige woonvorm voor dementerende ouderen. De onderzoeksvraag luidde:

Hoe dient Livio de zorg voor haar psychogeriatrische ouderen in de kleinschalige woonvorm vorm te geven?

In dit hoofdstuk zal aan de hand van een weergave van de conclusies antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag.

Vanuit de literatuur en de praktijk van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie zijn er vier belangrijke aspecten te onderscheiden die invloed hebben op verlening van de zorg in een kleinschalige woonvorm. Het gaat om de aard van de zorgverlening, de wensen en behoeften van dementerenden, de fysieke inrichting van de woonomgeving, en ten slotte spelen ook de medewerkers een rol.

Het beleid van Livio is vooral gericht op de fysieke invulling van de kleinschalige woonvorm en minder op de aard van de zorgverlening. Toch blijkt ook de aard van de zorgverlening een belangrijk onderdeel in de zorg voor psychogeriatrische ouderen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat belevingsgerichte zorg een gunstig effect heeft op; het handhaven van het emotionele evenwicht en het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie. Het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie komt weer overeen met de behoefte die dementerenden hebben in sociale contacten. Door het toepassen van belevingsgerichte zorg zal er aan veel behoeften en wensen van dementerenden kunnen worden voldaan. Bovendien biedt belevingsgerichte zorg ook de mogelijkheid om beter aan de individuele vraag te voldoen.

Afhankelijk van het stadium van dementie waarin dementerenden zich bevinden verschillen de wensen en behoeften van dementerenden, deze dienen geëvalueerd te worden wanneer een bewoner verder gaat in het dementie proces. Dementerenden hebben behoefte aan sociale contacten en gehechtheid in een sociale relatie, vooral met familieleden. Om aan deze behoefte gehoor te geven dient de familie zoveel mogelijk betrokken te worden bij het dagelijks leven in de kleinschalige woonvorm. Ook voor de familieleden moet de kleinschalige woonvorm als een tweede thuis voelen. De betrokkenheid van familie kan vergroot worden door goede communicatie vanuit de medewerkers en het organiseren van bijeenkomsten die op de familie gericht is. Ook de verzorgenden kunnen een rol spelen bij het aangaan van sociale contacten. Door het team van medewerkers klein te houden, en op te bouwen uit medewerkers die fulltime contracten hebben, is er voor de verzorgenden en dementerenden meer tijd een relatie op te bouwen.

Dementerenden geven aan dat zij alleen behoeften hebben aan activiteiten die bijdragen aan de kwaliteit van leven. Activiteiten dienen te worden afgestemd op de bewoner, daarbij bepalen zij het aanbod van de activiteiten. Hier speelt de levensgeschiedenis van de bewoner en de familie een belangrijke rol.

Een kleinschalige woonomgeving en een kleinschalig ingerichte aard van zorgverlening vraagt om een medewerker die aan die kleinschaligheid invulling kan geven. Voor medewerkers vindt er een verandering plaats van taak- naar vraaggericht integraal zorgverlenen. Daarbij wordt er van hen een andere bejegening (een persoonsgerichte attitude) verwacht en een thuiszorginstelling. De verzorgende is opbezoek bij de bewoner. Ook moeten de medewerkers ruimte hebben om te kunnen reflecteren op het werk, dit kan door regelmatige werkbesprekingen.

De fysieke omgeving is een voorwaarde om kleinschaligheid in de zorg te realiseren. Probeer de fysieke omgeving huiselijk in te richten, daarbij moet worden gedacht aan eigen meubels, schilderijen, maar ook sfeerelementen als tafelkleden, bloemen op tafel en het draaien van muziek waar de bewoners van houden. Ook de gezamenlijke woonkamer moet zoveel mogelijk worden ingericht met meubels van de bewoners denk daarbij ook aan schilderijen en foto's van de bewoners. Concluderend kan gezegd worden dat de aard van de zorgverlening het belangrijkste element in de vormgeving van zorg in een kleinschalige woonvorm is. De focus van Livio zou daarom op de aard van de zorgverlening moeten liggen en de twee elementen die daarbij van invloed zijn; de medewerkers (attitude) en de rol van de familie. De fysieke inrichting van de woning is van belang om uiteindelijk tot een goede uitwerking van de zorg te komen.

5.1 Aanbevelingen voor Livio

Een van de aanbevelingen voor Livio is het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg in de nieuwe kleinschalig woonvormen. Om tot de juiste uitvoering van de zorg te komen is het wenselijk om de medewerkers te scholen in belevingsgerichte zorg. Een tweede aanbeveling die hierop voortborduurde, is het opleiden van enkele consultants belevingsgerichte zorg. Consultants zijn verantwoordelijke voor de begeleiding van de medewerkers en de implementatie van belevingsgerichte zorg in de woningen. Daarnaast coachen consultants de medewerkers bij het voorbereiden en uitwerken van bewonersbesprekingen, en zorggesprekken met de familie en bewoners. Een instituut dat deze scholing aanbiedt is het IMOZ, het instituut voor implementatie en onderhoud van zingevende en belevingsgerichte zorg.

De basis voor het handelen van de huidige verpleeghuiszorg is het Medische Model. Dit model is besproken in paragraaf 2.2. Om de invloed van het medische model te verminderen moet overwogen worden om de rol van het paramedische team te veranderen. De medische behandeling wordt immers niet meer als hoofdfunctie gezien in de kleinschalige woonvorm. Het is wenselijk om de rol en invloed te verkleinen dit kan door de functie van verpleeghuisarts niet mee te nemen naar het verpleeghuis, het traditionele medische model wordt hiermee opgeheven. De bewoners houden hun eigen huisarts wanneer zij uit Haakbergen komen of zoeken een huisarts in de omgeving van de kleinschalige woonvorm.

De betrokkenheid van medewerkers en familieleden kan verhoogd worden door het organiseren van workshops waarin zij kennis maken met de visie, de doelstellingen en verwachtingen van de organisatie. Een volgende aanbeveling die de betrokkenheid beïnvloed is het evalueren van de effecten van kleinschalig wonen. Dit kan door middel van een cliënt tevredenheidonderzoek. Daarin kan het welzijn en de kwaliteit van leven van de bewoners worden geëvalueerd, de tevredenheid van de familieleden en het welzijn van de medewerkers.

Het Trimbos-instituut heeft voor het meten van kwaliteit van leven bij mensen met dementie een meetinstrument ontwikkeld, Qualidem (Ettema et al. 2005). Livio zou kunnen onderzoeken in hoeverre dit instrument toepasbaar is binnen de organisatie en een meerwaarde vormt voor de bewaking van het kwaliteitsproces.

Om meer aandacht voor belevingsgerichte zorg te krijgen en de invoering daarvan in het huidige scholingsprogramma's voor verzorgenden, is het wenselijk om een samenwerking te zoeken met

lokale opleidingsinstituten en gezamenlijk tot de ontwikkeling van een competentieprofiel voor verzorgenden te komen.

5.2 Vervolgonderzoek

Een aanbeveling naar het Trimbos-instituut is verder onderzoek naar de kenmerken van kleinschalig wonen. Deze lijst blijkt een goed uitgangspunt wanneer er een kleinschalige woonvorm dient te worden ingericht, maar vanuit het literatuur- en het praktijkonderzoek blijkt de lijst niet volledig en niet in de juiste volgorde te zijn opgesteld. Uit dit onderzoek blijkt dat deze kernwaarden en ook de kenmerken van het Trimbos-instituut aangevuld kunnen worden met bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, zoals de kernwaarde privacy. Een ander belangrijk ontbrekend kenmerk welke wel wordt genoemd in de literatuur over de kernwaarden van kleinschaligheid is de grootte van de groep bewoners (overzichtelijkheid).

Er wordt in de literatuur van kleinschalig wonen de nadruk gelegd op de fysieke omgeving, dit geldt ook voor het beleid van Livio. Toch blijkt uit het onderzoek naar belevingsgerichte zorg ook dat er in de huidige verpleeghuiszorg veel winst valt te behalen door het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. De aanbeveling naar Livio is om belevingsgerichte zorg ook te gaan toepassen op de grootschalige verpleegafdelingen.

In het onderzoek van Van der Roest naar de behoeften en wensen van dementerenden, bleek dat er nog maar weinig onderzoek is uitgevoerd onder de groep zwaar dementerenden. Het wordt aanbevolen om meer onderzoek naar zwaar dementerenden te verrichten, tevens doet Van der Roest et al. (2007) een aanbeveling om bij verder onderzoek onderscheid te maken in karakteristieken die een onderscheid in verschillende subjectieve behoeften kunnen geven, zoals leeftijd, geslacht, de woonsituatie en het inkomen. Wanneer deze factoren van invloed zijn op de behoeften van dementerenden kan in de toekomst het aanbod van zorg (nog) beter worden afgestemd op de vraag van dementerenden.

Literatuurlijst

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2001). *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. 7^{de} druk. Wijk bij Duurstede: Het Spectrum. B.V.

Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia; the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist*, 19 (1), 25-35.

Dröes, R.M. & Finnema, E. (2001). Theorie en dagelijkse zorg. Serie belevingsgerichte zorg bij dementie (1). *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 13 (4): 6-10.

Dröes, R.M., Lange, J. de, Finnema, E. & Kooij, van der, C (2002). Aanbevelingen voor de toekomst. Serie belevingsgerichte zorg bij dementie (5). *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 14 (3): 8-11.

Dröes, R.M., Boelens, E., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T.P., Gerritsen, D.L., Hoogeveen, F.R., Lange, J. de, & Schölzel, C. (2006). Quality of life in dementia in perspective: An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia*; 5(4) 533-558.

Ettema, T., Lange, J. de, Dröes, R-M, Mellenbergh, D. & Ribbe, M. (2005). Handleiding Qualidem. Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen. Trimbos-instituut. Utrecht. VUmc/EMGO-instituut.

Fahrenfort, M. (2003). Roeien met de riemen die je hebt: Variatie kenmerken voor kleinschalig wonen. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 15 (5): 12-16.

Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M. & Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141-161.

Finnema, E., Lange, J. de, & Dröes, R.M. (2002). Een onderzoek naar de meerwaarde en de kosten. Serie belevingsgerichte zorg bij dementie. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 14 (2): 8-12.

Gezondheidsraad (2002). Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad publicatienummer 2002/04.

Hogewoning- van der Vossen, A. (2002). Invoeren van het leefstijlconcept. Hoe kan het dagelijks handelen van medewerkers worden veranderd?. Den Haag. Aedes-Arcare. Kenniscentrum wonen en zorg.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2004). Verantwoorde zorg en personele consequenties. Den Haag.

Kooij, C. van der (1996). Belevingsgerichte zorg en organisatieontwikkeling in het verpleeghuis. *Handboek verpleegkundige Innovatie*. 3-21.

- Kooij, C. van der (2001). Wat is geïntegreerde belevingsgerichte zorg? Serie belevingsgerichte zorg bij dementie (2). *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 13 (5): 16-20.
- Kooij, C. van der & Hoveling, P. (2002). De invoering van belevingsgerichte zorg. Serie belevingsgerichte zorg bij dementie (3). *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 14(1) 8-12.
- Krijger, E. (2004). Handleiding Kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Utrecht. NIZW.
- Krijger, E. (2006a). Basisdocument kleinschalig wonen in Lorentzhof en Robijnhof. Utrecht. NIZW.
- Krijger, E. (2006b). En hoe kijkt u ertegen aan? Kijkpunten kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Utrecht. NIZW.
- Krijger, E. (2006c). Beter kijken naar kleinschaligheid. *Denkbeeld. Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 18 (5). 14-15.
- Lange, J. de (2002). *Wat is dementie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. RIVM. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1466n17535 (15 mei 2007).
- Lange, J. de (2003). *Dementie samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. RIVM. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1328n17535.html (15 mei 2007).
- Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie: het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Utrecht. Trimbos- Instituut.
- Livio, (2007). Beleidsnota kleinschalig wonen, april 2007.
- Nouws, H. (2003). 'Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie'. *Denkbeeld tijdschrift voor de Psychogeriatric* 15 (5): 4-7.
- Roest, H.G. van der, Meiland, F.J.M., Maroccini, R., Comijs, H.C., Jonker, C. & Dröes, R.M. (2007). Subjective needs of people with dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19:2, 559-592.
- Royers, T. (2005). Het is nu alsof het mijn thuis is. Onderzoek naar de omslag van traditionele verpleeghuiszorg naar intramuraal kleinschalig wonen. Utrecht. NIZW-kennis centrum Ouderen.
- Schoemaker, C. (2002). *Wat is het beloop van dementie?*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven. RIVM. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1467n17535.html (15 Mei 2007).
- Sociaal Cultureel Planburo (2001). Rapportage ouderen verandering in de leefsituatie. Den Haag: Publicatienummer 2001-11.

Stichting Cliënt en kwaliteit (2007). Alles naar wens?. Klanttevredenheid over de zorg voor demente bewoners in verzorging- en verpleeghuizen. Utrecht. Stichting Cliënt en kwaliteit 2004-2007.

Stoelinga, B. & Talma, M. (2003). Wat betekent kleinschalige zorg voor de medewerkers? Van zuster naar begeleider. *Denkbeeld tijdschrift voor de Psychogeriatric* 15 (5): 18-22.

Waarde, H. van (2007). Terug naar het Anton Pieck-hofje. ' We doen het zoals thuis'. *Denkbeeld. Tijdschrift voor psychogeriatric*.19:17-20.

Waarde, H. van & Wijnties, M. (2006). De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie Werkprogramma wonen met dementie. Utrecht. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Wijnties, M. (2004). Hoe maken we kleinschalige zorg groot? *Zorg Management* 3:23-25.

Bijlage 1: Een psychogeriatrische afdeling in een grootschalig verpleeghuis

Werken op de psychogeriatrische afdeling Holthuizen in het Wiedenbroek

Op de afdeling wonen 34 bewoners. De afdeling is gesplitst in 2 lange gangen, waar per gang 17 bewoners gehuisvest zijn. Bij binnenkomst is er een groot bord zichtbaar waarop de foto's prijken van het team van de afdeling. Het team bestaat uit 9 zorgplancoördinatoren (dit zijn verzorgenden niveau drie met extra bevoegdheden ten aanzien van bewoners), verzorgenden, leerlingen en voedingsassistenten. Welke medewerkers aanwezig zijn wisselt van uur tot uur. Vanaf zeven uur 's ochtends zijn er voor de zorg zes verzorgenden aanwezig. Tijdens de maaltijden worden de medewerkers ondersteund door voedingsassistenten. De meeste medewerkers werken in parttime dienstverband.

De ochtend kent de hoogste bezettingsgraad en de nacht de kleinste. 's Nachts is er 1 persoon aanwezig op de afdeling. De ochtendwerkzaamheden worden bepaald door het ontbijt en de verzorging van de bewoners zoals wassen, aankleden, wondverzorging en het toedienen van medicijnen. Deze werkzaamheden zorgen voor een zekere werkroutine. Rond twaalf uur wordt er warm gegeten. Deze maaltijd wordt in de centrale keuken van het verpleeghuis bereid en naar de afdelingen gedistribueerd.

Tussendoor vinden er allerlei andere werkzaamheden plaats: bedden opmaken, toiletassistentie, extra medicijnen toedienen, bijhouden van de zorgdossiers, overdrachten, multidisciplinair overleg, overleg met stagiaires, visites van de verpleeghuisartsen, regelen van bezoek aan de fysiotherapeut, ergotherapeut, kapper etc.

Opvallend is dat veel bewoners in bed blijven liggen en in bed hun ontbijt krijgen. Veel bewoners krijgen dit in de vorm van pap (griesmeelpap) een enkeling krijgt brood. De meeste bewoners zijn naar de gemeenschappelijke eetzaal gebracht en worden geholpen bij het nuttigen van het ontbijt. Bij navraag blijkt dat verschillende bewoners een vaste dag hebben waarop zij in bed blijven liggen of dat zij 's middags na de warme maaltijd naar bed worden gebracht.

De afdeling straalt een ziekenhuissfeer uit. De gangen zijn lang en donker (jaren 70 stijl) met aan een zijde de kamers van de bewoners en aan de andere zijde toiletten en douches. In de gangen staan tilliften, schoonmaakkarren, een kar met beddengoed en er zijn karretjes voor koffie/thee, drinken en voeding. Er zijn slaapkamers voor twee en vier personen, in de hoek staat een wastafel en de bedden zijn gescheiden door gordijnen die bij het wassen en aan- en uitkleden worden dichtgeschoven.

De bewoner beschikt over een nachtkastje, een prikbord achter het bed, waar ansichtkaarten en foto's op zijn geplakt, en een enkele kledingkast. Aan het eind van de gangen zijn enkele huiskamers aanwezig. Deze zijn ingericht met een aantal oude meubels, waar deze meubels zijn oorsprong hadden was onbekend. De vloer is bedekt met zeil, er staan grote tafels waaraan de maaltijden genuttigd worden en enkele stoelen in hoeken.

De bewoners hebben buiten hun bed geen eigen herkenbare plek waar zij zich terug kunnen trekken en op zichzelf kunnen zijn.

De medewerkers van de afdeling dragen afwisselend wel of geen uniform. Dit blijkt een persoonlijke keuze te zijn er zijn geen regels voor uniformen opgesteld.

Verpleeghuisartsen dragen de eindverantwoordelijkheid voor de verpleeghuiszorg, daarnaast zijn ook andere leden van het multidisciplinaire team medeverantwoordelijk. Dit team bestaat uit fysiotherapeuten, diëtisten, verpleeghuisartsen, activiteitenbegeleiders etc. Een zorgplancoördinator heeft de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg rondom een aantal bewoners. Ieder discipline van het multidisciplinaire team, de activiteitenbegeleider, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en anderen hebben een aandeel in de zorg, het is de taak van de zorgplancoördinator om dit samen te

voegen in een zorgverleningsplan. Daarnaast zijn zij voor de familieleden en naasten het eerste aanspreekpunt. Van der Kooij (2002) zegt hierover: 'Verzorgenden zien zich geconfronteerd met een schare zorgverleners die zich op verschillende tijdstippen op de afdeling melden. Die hebben allemaal hun verwachtingen ten aanzien van de communicatieve en coördinerende capaciteiten van de op dat moment aanwezige verzorgenden. De verzorgenden ervaren aldus een voortdurend appèl zich te voegen naar anderen'.

Naast het professionele multidisciplinaire team wordt de afdeling ondersteund door ondersteunende diensten zoals de wasserij, de keuken, de huishoudelijke dienst en de technische dienst. Vooral de keuken bepaalt voor een groot gedeelte van de dag het werkritme van de afdeling en activiteiten en routines van de afdeling zijn hierop afgestemd.

Alles vindt plaats volgens vaste tijden. De activiteiten staan op vaste momenten gepland. De maaltijden komen uit de centrale keuken op vaste momenten. De bewoners kunnen geen keuze uit de maaltijden maken. Wat opvalt is dat veel bewoners tijdens het middageten (de warme maaltijd) deze maaltijd in vloeibare vorm krijgen/ gepureerd). Wanneer ik naar de reden hierachter vraag blijkt dat veel bewoners erg veel hulp nodig hebben met eten en vloeibare voeding makkelijker en sneller te geven is. Daarnaast wordt de voeding uit een wagentje gelijk op bord

Bijlage 1: Topic lijst interviews

Algemeen

- Wat is de visie van de organisatie ten aanzien van kleinschalig wonen
Wat zit er achter de visie, welke oorsprong heeft de visie
- Welke doelstellingen zijn er t.a.v. kleinschalig wonen?
- Wat is de kern van kleinschalig wonen; wat zijn de belangrijkste elementen?
- Zijn er ook nadelen aan het kleinschalig wonen?
- Is het oorspronkelijke beeld zoals dat voorzien was ook geslaagd in de praktijk?
Wat is daarbij onmisbaar geweest?
Kan er expliciet benoemd worden waarom het werkt?
Tips en tops geven.

Medewerkers

- Welke vereiste en opleidingen hebben de medewerkers nodig
- Hoeveel medewerkers op hoeveel bewoners
- Wordt er gebruik gemaakt van vaste medewerkers of moeten deze rouleren?
- Zijn er gegevens van medewerkers tevredenheid?
- Zijn er problemen geweest tijdens omslag proces. Op welke wijze is daar gehoor aan gegeven?

Verpleeghuisarts/ Disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie, activiteitenbegeleiding

- Werkt de verpleeghuisarts op afspraak?
- Hoe is dat met andere disciplines geregeld?
- Worden deze afspraken door het multidisciplinaire team gemaakt, of heeft de familie hierin een rol?

Woning

- Soort inrichting wel of geen eigen meubels
- Waarom gekozen voor oppervlak en inrichting van privé vertrekken van de bewoners
- Is er sprake van een kantoor voor de verzorgenden? Waarom wel/niet?
- Personeelstoilet waarom wel/ niet?

Bewoners

- Groepsgrootte en waarom?
- Groepssamenstelling, waarom?
- Praktisch: welke oplossingsrichtingen worden gekozen wanneer gedragsstoornissen toenemen?

Belevingsgerichte zorg

- Zijn er meetbare resultaten over de kwaliteit van de geleverde zorg?
- Zijn er meetbare resultaten over de verbetering van de kwaliteit van leven van dementerenden?

Daginvulling

- Wie bepaald het dagritme
- Wordt er op de groep gekookt?
- Wie doet wat in het huishouden?
- Hoe verlopen de maaltijden?
- Organiseert de verzorging specifieke activiteiten?
- Wie kookt en wie bepaalt wat er wordt gegeten?
- Wie bepaalt wanneer een bewoner wordt geholpen/ naar bed/ toilet

Netwerk/ familie klant

- Ondersteuning van het netwerk van de klant (vindt er aanvulling plaats vanuit de organisatie)
- Overnemen van het netwerk van de klant (wordt familie en mantelzorg gedoogd en wordt er gehandeld vanuit een activiteitenprogramma)

Bijlage 2: Observatie lijst

Lijst met kenmerken zoals geconstrueerd in paragraaf 2.6

1. Sociale contacten (vooral met familieleden) en gehechtheid in een sociale relatie
2. Privacy
3. Activiteiten die bijdragen aan het welzijn
4. De visie van de organisatie dient uit te gaan van de behoeften van dementerenden
5. Er is sprake van een vast team medewerkers
6. De zorg is georganiseerd conform een huishouden
 - § koken in de woning
 - § niet dragen van uniform
 - § huiselijke sfeer
7. De bewoner bepaald zelf de dagelijkse gang van zaken.
 - § de bewoner bepaald zelf wanneer hij opstaat, hoe laat hij wil eten etc.
8. Er is sprake van een kleine groep bewoners
9. Toepassen geïntegreerde belevingsgerichte zorg.
 - § acceptatie van de ziekte en omgaan met beperkingen
 - § attitude van verzorgenden
10. De inrichting van de woning is van de bewoners zelf
11. De woning lijkt bouwkundig op een echte woning, met een eigen kamer/appartement met een eigen voordeur, aanwezigheid van een keuken etc.
12. De bewoner mag in de woning blijven wonen tot aan de dood

Bijlage 3: Project 1 Daelhoven te Soest

Fysieke omgeving

Daelhoven is een verpleeghuis, welke gebouwd is in de jaren negentig. Aan de buitenzijde lijkt Daelhoven op een klassiek verpleeghuis, binnen zijn er voor de psychogeriatrische bewoners tien groepswoningen gelegen rondom een centraal binnenplein. De woningen zijn per twee aan elkaar geschakeld en in ieder woning wonen 6 bewoners. Deze 6 bewoners beschikken over een gezamenlijke woonkamer en keuken. Sinds kort is er door het gebruik van verschillende kleuren op de muren onderscheid te maken tussen de verschillende woningen. Elke woning heeft vier slaapkamers voor 1 persoon en een slaapkamer voor twee personen. De slaapkamers zijn ongeveer 9 m². Deze grootte beperkt de mogelijkheden tot het meenemen van eigen meubels. In feite is er alleen plaats voor een bed en kledingkast. In de woonkamer is het wel mogelijk eigen meubels te plaatsen. De organisatie erkent de beperkingen die de kleine slaapkamer met zich meebrengt en het feit dat dit afbreuk doet aan de privacy. Aan het einde van de zomer 2007 gaat er verbouwd worden, daarbij worden ook de keuken en de woonkamer vergroot. Op het centrale binnenplein zijn gemeenschappelijke voorzieningen te vinden zoals een winkel, een Grand Café, de kapper en een ruimte waar wekelijks de kerkdienst wordt gehouden. Er is geen personeelkantoor aanwezig, daarnaast is er wel een personeelstoilet. Naast het binnenplein kennen de woningen ook terrassen aan de buitenzijde van het gebouw.

Inhoud van de zorg

In het verpleeghuis is er gekozen voor kleinschaligheid. De visie die gehanteerd wordt is gebaseerd op de elementen, huiselijkheid, herkenbaarheid, integrale zorg en kleinschaligheid. Een uitspraak van de directeur van Daelhoven is: 'wij voegen geen jaren aan het leven toe, maar het leven aan de jaren'. Daarnaast is er ook veel aandacht voor respect, houvast, herkenbaarheid en huiselijkheid, nabijheid, veiligheid en vertrouwdheid, sociaal contact en multidisciplinaire zorg. In Daelhoven wordt er multidisciplinair gewerkt. De medewerkers van de verschillende disciplines werken nauw samen en er vindt veel overleg plaats. Voor elke bewoner wordt er gewerkt vanuit een individueel zorgplan. De zorgplannen worden met het team besproken waarbij de verschillende disciplines aanwezig zijn.

Er is bewust gekozen voor een maximum van zes bewoners per woning, de reden hiervoor is dat er solistisch gewerkt dient te worden in de woningen. Bij een grotere groep is dit niet meer mogelijk. In de woningen wonen mensen samen die in verschillende stadia van dementie verkeren. Bewoners verblijven in de woning van opname tot aan overlijden. De ervaring is dat dit voldoet, bewoners worden zelden overgeplaatst.

Daelhoven kent veel medewerkers die gespecialiseerd zijn in activiteiten begeleiding. Er worden vier activiteiten per dag in Daelhoven aangeboden. Deze medewerkers begeleiden naast de individuele en recreatieve activiteiten ook de verenigen in Daelhoven. Daelhoven kent 17 verenigingen bijvoorbeeld een zwemvereniging en een zangvereniging.

Volgens de seniorverzorgende en coördinator van de zorg is het koken op de groep fundamenteel om aan veel elementen van de visie te voldoen. Omdat de groep klein en overzichtelijk is leer je ze door en door kennen, zodoende leer je de behoeften van de bewoners kennen. En kan er beter aan de wensen en behoeften van de bewoners worden voldaan.

Er wordt ook aangegeven dat het erg belangrijk is dat de verpleeghuisarts en het multidisciplinaire team achter de zorgvisie van de organisatie staan, wanneer dat niet het geval is wordt er geen goede

uiting aan de visie gegeven. Een ander belangrijk punt is transparantie in de organisatie, er wordt duidelijk gecommuniceerd zowel naar familie als naar de verzorgende. Deze opencultuur zorgt voor minder spanningen en onduidelijkheden.

Om de communicatie tussen de medewerkers goed te laten verlopen is werkoverleg belangrijk. Het werkoverleg wordt op wisselende dagen gepland, zodat medewerkers op vrije dagen niet teveel benadeeld worden.

Organisatie van de zorg

Om 7 uur start de dagdienst, een verzorgende niveau 3 heeft dan de verantwoordelijkheid over 2 woningen, zij wordt om half 8 aangevuld met een extra collega niveau 3. Op dat moment is er tussen 7 en half 8 's ochtends 1 verzorgde aanwezig op 12 bewoners. Wanneer de zorgzwaarte op een groep vergroot komt er wanneer nodig is van 9 uur tot 12uur een zorgassistent niveau 1 of 2 voor ondersteuning tijdens de zorgwerkzaamheden. Tevens is een extra pool van verzorgenden en zorgassistenten aanwezig die gebeld kunnen worden wanneer de zorgzwaarte op een huisje zo groot is dan de huidige diensten niet meer aan de zorg kunnen voldoen. Om drie uur start de avonddienst, een verzorgende niveau drie draagt de verantwoordelijkheid over twee aan elkaar gekoppelde woningen en wordt daarbij ondersteund door een verzorgende niveau 1 of 2. Om elf uur start de nachtdienst. Er is tijdens de nachtdienst 1 verzorgende beschikbaar voor 10 woningen (totaal 60 bewoners). Er wordt tijdens de zomervakanties ook veel gebruik gemaakt van zorgondersteuner in de vorm van scholieren die een opleiding tot verzorgende volgen.

De schoonmaakwerkzaamheden en het wassen etc. wordt in samenwerking met de bewoners door de verzorgenden en zorgassistenten gedaan. Soms hebben verzorgenden moeite met schoonmaakwerkzaamheden, het kost veel tijd wordt er gezegd. Sommigen bewoners hebben de neiging om 's nachts te gaan dwalen, zij krijgen een belmat voor hun deur, de verzorgende krijgt dan een seintje wanneer de bewoner zijn kamer verlaat. De woongroepen beschikken over een huishoudbudget waarmee alle dagelijkse boodschappen worden gekocht.

Bijlage 4: Project 2 Judith Helmichhuis in Zwolle

Fysieke omgeving

Het Judith Helmichhuis vormt samen met het Elisabeth Gruyterhuis een woonvoorziening voor dementerenden in het centrum van Zwolle. Het project is in 1988 van start gegaan. Beide huizen zijn onderdeel van Isala ouderenzorg. De woningen zijn herenhuizen en er zijn twee woongroepen van 8 dementerenden in gehuisvest. Het gaat om dementerenden die nog enige mate van zelfstandigheid hebben maar niet meer thuis kunnen wonen. Het wonen in de stadswoningen betekent dat opname in het verpleeghuis kan worden uitgesteld. Iedere bewoner heeft een eigen zit/slaapkamer met eigen meubels en naar eigen smaak ingericht. Op de begane grond bevindt zich de woonkamer en keuken, deze delen de 8 bewoners met elkaar. Het huis telt drie verdiepingen, wanneer het niet meer mogelijk is zelfstandig gebruik te maken van de trap zijn er trapliften aanwezig. Enkele bewoners zijn afhankelijk van een rolstoel en maken hier gebruik van. De douche en toiletten zijn voor gezamenlijk gebruik. Op de twee bovenverdiepingen ligt vloerbedekking, beneden ligt parket. Buiten is een bescheiden terras achter het huis aanwezig. De leiding erkent het gebrek aan buitenruimte en het gebrek aan privé sanitair. Elk huis heeft een kantoor voor de verzorging, waar ook de zorgcoördinator en leidinggevende van de woningen gebruik van maken.

Inhoud van de zorg

De verzorgenden krijgen in beide huizen de titel zorgkundigen, er wordt dan ook vervolgd met deze begripskeuze.

Het project is in 1988 van start gegaan vanuit een onvrede die heerste op de huidige psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Er werd een vakantiereisje georganiseerd voor een aantal bewoners en daar ontdekte men dat de mensen tot leven kwamen in een andere omgeving. De bewoners waren tijdens de vakantie minder passief dan in het verpleeghuis. Vanuit de visie 'wonen zoals thuis' is het Elisabeth Gruyterhuis ontstaan, twee jaar later kwam daar het Judith Helmichhuis bij. De bewoners leven in een woongroep met behoud van eigen individualiteit. De fysieke woonomgeving en dagstructuur zijn ingericht op de thuissituatie, bewoners hebben een eigen kamer en kunnen daar de privacy opzoeken of in de gezamenlijke woonkamer samen komen. De huizen zijn een oplossing tussen thuis en het verpleeghuis.

De maaltijden worden samen met de bewoners bereid, ook doen de bewoners samen met de zorgkundigen de boodschappen en ondernemen activiteiten zoals het naar de markt gaan. Huishoudelijke taken die de bewoners zelf nog kunnen uitvoeren, doen zij zelf. Wanneer de bewoners passief in de woonkamer zitten te dutten, worden zij gestimuleerd om naar hun kamer te gaan. Dit gedrag is het niet wenselijk omdat de rest van de groep dan ook passief reageert.

Wenselijk is het hebben van een vast team, 'probeer het team zo klein mogelijk en overzichtelijk te houden, dit vergroot de herkenbaarheid voor de bewoners' aldus de zorgcoördinator. Daarnaast is ook de samenstelling van het team een punt van aandacht, de zorgkundigen hebben immers een grote verantwoordelijkheid voor de bewoners en dienen alert te zijn en te blijven. In beide huizen zijn enkele zorgkundigen tot consulent opgeleid, zij werken vanuit de belevingsgerichte zorg en begeleiden en ondersteunen daarin ook andere zorgkundigen. De zorgcoördinator geeft aan dat scholing en herhaling van die scholing noodzakelijk voor de juiste uitvoering van belevingsgerichte zorg. 'Probeer de aandacht voor goede scholing niet te laten verslappen, dit is immers de kracht achter de verleende belevingsgerichte zorg'. Zij geeft aan dat er in de organisatie de aandacht voor scholing ook weleens minder is geweest. Vorig jaar heeft er opnieuw een culturomslag plaatsgevonden, er zijn vier eerst verantwoordelijke zorgkundigen (EVV'ers) benoemd en de functie

van zorgcoördinator is ontstaan naast de verantwoordelijk leidinggevende. De zorgcoördinator is het aanspreekpunt voor de zorgkundigen, zij stuurt de medewerkers daar waar nodig is. Door haar aanwezigheid in de huizen is de toegankelijkheid groot. Een EVV'ers is het aanspreekpunt voor de familie en de contactpersoon van de bewoner. 'Het moet voorkomen worden dat andere zorgkundigen buiten de EVV'er met de familie gaan overleggen, om onduidelijkheden en conflicten te voorkomen', aldus de leidinggevende.

Een verbeterpunt volgens de leidinggevende is het werken aan de herkenbaarheid en privacy voor de bewoners, in de toekomst is het daarom wenselijk dat de bewoners een eigen sanitaire voorziening krijgen. Ook zal een grotere tuin tot de verbeterpunten behoren. Waar het project absoluut in geslaagd is blijkt het prikkelen van de bewoners om meer zelf te ondernemen en dat in de praktijk ook doen.

Organisatie van de zorg

Er is sprake van een vast team van 8 zorgkundigen die de zorg en begeleiding bieden. Dit team wordt gecompliceerd door de verpleeghuisarts en de psycholoog. Wanneer het noodzakelijk is kunnen de faciliteiten in het verpleeghuis ingeschakeld worden.

Een eerst verantwoordelijke zorgkundige (EVV'er) zorgt voor een vaste dagstructuur voor de individuele bewoner en voor de gang van zaken in de groep. De verantwoordelijkheid van de zorgkundigen is groot, zij hebben ook een medisch signalerende functie. Er vindt wekelijks een telefonisch spreekuur met de verpleeghuisarts plaats. En een keer per maand is er overleg tussen de zorgkundigen, het multidisciplinair overleg is vastgesteld op twee keer per jaar, bij het multidisciplinair overleg zijn onder andere de verpleeghuisarts, de psycholoog en de EVV'ers aanwezig. Familie wordt ingeschakeld om de bewoners te begeleiden naar afspraken, bijvoorbeeld voor de tandarts, de fysiotherapeut etc.

Van 9 uur tot drie uur 's middags zijn er per woning twee zorgkundigen aanwezig. Buiten deze uren is er één zorgkundige in de woning aanwezig. De nachtdienst is een slaapdienst, de zorgkundige heeft een bed in de woning en wordt door de bewoners zelf gealarmeerd bij calamiteiten.

In de woningen vindt dagelijks ondersteuning door de huishoudelijke dienst plaats, behalve in het weekend.

De zorgkundigen en zorgcoördinator proberen de familie van de bewoners te betrekken bij de dagelijkse gang van zaken, in de praktijk blijkt dat er weinig initiatief komt vanuit de familie zelf en zij voortdurend gestimuleerd moeten worden. Volgens de zorgcoördinator is het belangrijk dat de familie op de hoogte blijft van het reilen en zeilen en dat er duidelijk naar de familie wordt gecommuniceerd. Er moet duidelijk worden gemaakt wat er verwacht wordt van de familie, en welke rol de familie kan spelen. De activiteiten worden waar mogelijk ingevuld door het verpleeghuis, bewoners gaan gemiddeld 1 keer per week naar een verenging. Ook worden de woningen 1 keer per week bezocht voor een activiteitenbegeleidster die activiteiten in de woningen onderneemt. Er zijn een aantal vaste vrijwilligers aanwezig. Voorheen konden de vrijwilligers zonder afspraak langskomen, maar in de praktijk is gebleken dat de aanwezigheid van veel personen in de woning de bewoners onrustig maakte. Vrijwilligers komen nu op vaste tijden, zijn waar mogelijk aan een vaste bewoner of aan een taak gekoppeld en zij nemen de bewoners bijvoorbeeld mee op uitstapjes.

Bijlage 5: Project 3 De Melkweg in Wageningen

Fysieke omgeving

Woonzorgvoorziening de Melkweg is in 2002 gebouwd en ligt in woonwijk De Buurt in Wageningen. Er wonen licht dementerende ouderen, die niet meer thuis kunnen wonen, omdat zij 24 uur per dag zorg en begeleiding nodig hebben. De Melkweg bestaat uit 3 woningen voor elk 6 bewoners (in totaal 18 bewoners). De woningen hebben elk een eigen af te sluiten voordeur, daarnaast is ook de algemene toegangsdeur gesloten. Personeel van de Melkweg kan de kamer van een bewoner alleen met toestemming van deze persoon betreden. Er zijn vier logeerkamers waar ouderen die thuis wonen tijdelijk kunnen komen logeren om familie te ontlasten. Verder is er een gemeenschappelijk recreatieruimte en beschikken de woningen over een grote gemeenschappelijke binnentuin. Daarnaast beschikt iedere woning over een eigen terras dat grenst aan de woonkamer. De bewoners hebben een eigen kamer van 18 m² met een wastafel. De douche en het toilet moeten worden gedeeld door drie bewoners. De kamers zijn ingericht met eigen meubels en er ligt vloerbedekking op de vloer. Er is een gezamenlijke huiskamer met een open keuken, de bewoners hebben ook inbreng in de inrichting van de huiskamer, er staan stoelen, hangen schilderijen etc.

Inhoud van de zorg

De zorgverlening in de Melkweg is erop gericht om het welzijn van de bewoners te bevorderen. De Melkweg probeert de woonsituatie zoveel mogelijk te laten lijken op die van een zelfstandig wonende. Er wordt geprobeerd zorg en begeleiding af te stemmen op de individuele behoeften van de bewoners, zodat zij actief kunnen blijven deelnemen aan het dagelijkse leven. De Melkweg wil een veilige woonomgeving bieden en de bewoners stimuleren zo lang mogelijk te blijven doen wat ze nog kunnen. Daarnaast is het uitgangspunt geweest om de bewoners zoveel mogelijk te laten integreren in het wijkleven. Iedere bewoner krijgt een individueel zorgplan, daarin wordt vastgelegd welke deskundigen er bij de zorg- en dienstverlening worden betrokken en wat de mogelijkheden, wensen en behoeften van de bewoners zijn. Het zorgplan wordt opgenomen in het zorgdossier van de bewoner, de eerst verantwoordelijke zorgverlener is het vaste aanspreekpunt en is verantwoordelijk voor het bijhouden van het zorgdossier. De bewoners moeten verhuizen wanneer zij niet langer een meerwaarde voor de groep vormen, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van gedragsproblemen of wanneer de zorg te zwaar wordt. Dit wordt door de verzorgenden veelal gezien als een nadeel. Een keer per maand is er een teamoverleg, deze overleggen hebben om de maand het thema bewoners, de andere maand woningzaken. Daarnaast hebben de medewerkers dagelijks een overdrachtsoverleg in de woning, dit overleg neemt ongeveer een kwartier in beslag. Het multidisciplinair overleg (MDO) vindt wekelijks plaats; daarbij zijn aanwezig de verpleeghuisarts, de EVV'er, maatschappelijk werk en de contactpersoon (vaak familie) van de bewoner. Elke bewoner komt minimaal een keer per jaar aan bod in het MDO.

Huishoudelijke taken worden geregeld zoals in een gewoon huishouden en de bewoners worden zoveel mogelijk actief betrokken bij deze activiteiten. Regelmatig worden er gezamenlijke activiteiten voor de bewoner georganiseerd, soms zijn deze activiteiten ook bestemd voor buurtbewoners. Bewoners mogen hun eigen huisdier meenemen. Volgens de zorgverlener wordt de sfeer in de groep voor een groot deel bepaald door het personeel, het grote voordeel van de zelfstandigheid is dat je al je creativiteit in het werk kwijt kan.

De familie en vrijwilligers spelen een grote rol in het leven van de bewoners, zij worden daarom gestimuleerd mee te doen aan activiteiten zoals boodschappen doen, in de tuin werken of gewoon gezellig op bezoek komen. Drie keer per jaar wordt er een bijeenkomst voor familieleden en

vrijwilligers georganiseerd, in deze bijeenkomsten worden ervaringen uitgewisseld en contacten gelegd. Deze bijeenkomsten zijn volgens de locatiemanager van groot belang, door goed te communiceren met familieleden en de vrijwilligers creëer je een grote betrokkenheid.

Tijdens de start van de Melkweg is er veel energie en aandacht besteed aan het vormen en ontwikkelen van de teams. Terugkijkend op dit proces zegt de locatiemanager had er meer geïnvesteerd moeten worden in de juiste scholing van de medewerkers. Daarbij komt dat vooral de creativiteit van de medewerkers een belangrijk punt is, omdat activiteiten in de woning plaats vinden en er geen gebruik wordt gemaakt van activiteitenbegeleiders. Volgens de locatiemanager had op de aanwezigheid van deze eigenschap bij de sollicitatieprocedure beter gelet moeten worden.

Alle medewerkers van de Melkweg hebben twee jaar geleden de cursus ‘belevingsgerichte zorg’ gevolgd, jaarlijks vindt er een teamdag plaats om de inhoud in het klein te herhalen. Daarnaast komt er elk jaar een geriater in de Melkweg op bezoek om samen met de medewerkers en familieleden problemen te bespreken.

In de visie die de Melkweg hanteert wordt er getracht integratie met de buurt te verkrijgen helaas is dit in de praktijk tegen gevallen. Er kwamen onaangekondigd veel kinderen over de vloer, het bleek dat de bewoners daar onrustig van werden. Daarnaast zijn er door de Melkweg een aantal initiatieven geweest, maar het blijkt dat de buurt deze niet heeft op gepakt. Zo zijn er activiteiten georganiseerd, bijvoorbeeld muziekavonden en schilder workshops waar ook de buurtbewoners voor werden uitgenodigd. Er wordt nu gewerkt met een vast aantal toegewijde vrijwilligers.

Volgens de locatiemanager van de Melkweg zijn zeer belangrijke elementen van kleinschalig wonen; maak de groep niet groter dan zes bewoners. Er kan dan volstaan worden met een medewerker op een groep. Wanneer de groep groter is zijn er meer medewerkers nodig, twee medewerkers richten zich minder op de groep en praten meer over de hoofden van de bewoners. Daarbij sluit het aantal zes beter aan bij het ‘gezinsmodel’. Solistisch werken dwingt ook om dingen los te laten en ‘gewoon te laten gebeuren’ en je kan een betere afstemming vinden op de wensen en behoeften van de bewoners.

In juni 2007 is er voor het eerst een cliëntenonderzoek uitgevoerd. De interviews zijn afgenomen met de contactpersonen van de bewoners. De uitkomsten waren overwegend positief, maar er zijn wel een aantal verbeterpunten aan te geven. De sterke punten die naar voren komen zijn de persoonlijke aandacht die de bewoners krijgen, het huiselijke, vertrouwde, gezellige sfeer en de bewoners behouden hun eigen identiteit. Ook de korte lijnen naar de verzorgenden wordt als positief gezien. Een aantal zwakke punten vinden vooral hun oorsprong in de aanwezigheid van activiteiten, de contactpersonen vinden dat er meer activiteiten moeten worden aangeboden. Ook de voeding van de bewoners komt aan de orde, men vindt dat er gezonder gegeten moet worden. De medewerkers vragen zich nu af wat de familie met gezondere voeding bedoeld, meer diepgang in de vragen zou hierop een antwoord kunnen geven. De contactpersonen geven ook aan dat de dienstverlening verbeterd kan worden wanneer er via email contact met de EVV'er verkregen kan worden.

Organisatie van de zorg

Er is 24 uur per dag verzorgend personeel aanwezig. In ieder huis is er overdag tussen 7.00 en 23.00 uur een woonzorgbegeleider aanwezig. Om de herkenbaarheid te vergroten heeft ieder huis zijn eigen team. Wanneer het extra druk is wil er tegelijkertijd nog weleens een extra dienst gedraaid worden. De nachtdienst loopt van 23.00 tot 7.00 uur, er is dan een verzorgende aanwezig voor de drie woningen en de logees. De verzorgenden hebben verschillende achtergronden zo zijn er sociaal pedagogische werkverleners, verpleegkundigen en verzorgenden die deel uitmaken van de teams. Het huis en de kamers worden schoongehouden door huishoudelijke medewerkers die op bepaalde

tijden van de dag aanwezig zijn. Daarnaast kennen de woningen een activiteitenbegeleider, deze is een aantal uren per week aanwezig. De bewoners hebben ieder een eigen huisarts, de Melkweg maakt daarnaast gebruik van de deskundigheid van het multidisciplinaire team van het centrum van voor verpleeghuiszorg Pieter Pauw in Wageningen. Tijdens de bewonersbesprekingen wordt er vastgelegd wat de bewoner nodig heeft, en de huisarts wordt hiervan op de hoogte gesteld.