

2014

Onderzoek

Wonen op eigen kracht

In dit onderzoek wordt getoetst of randvoorwaarden die door de zorgprofessional zijn opgesteld ook die voorwaarden zijn waaronder cliënten zelf denken dat zij langer in eigen huis zouden kunnen blijven wonen.



Voorwoord

Wij zijn twee studentes en volgen de bachelor gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Als eindopdracht van de bachelor hebben wij het onderzoek wonen op eigen kracht opgezet en uitgevoerd. Op dit moment is het scheiden van wonen en zorg een actueel onderwerp in de zorg, politiek en onder de algehele bevolking. Er is sprake van dubbele vergrijzing. Er komen steeds meer ouderen en die ouderen leven bovendien ook steeds langer. Bij dit onderwerp kwamen nog vele vragen naar voren, want hoe zit het nou precies? In dit onderwerp hebben wij ons verder verdiept. Uit verschillende onderzoeken en andere literatuur zijn wij er achter gekomen dat er al veel bekend is over dit onderwerp, maar dat er ook nog veel kennis ontbreekt. Vanuit vele perspectieven wordt duidelijk hoe men vindt dat de zorg georganiseerd moet zijn. Maar wat vindt de oudere nu zelf van deze situatie? Met dat perspectief in ons achterhoofd is dit onderzoek tot stand gekomen.

Vanuit de Wetenschapswinkel van de universiteit zijn wij bij de Belangen Organisaties Overijssel terechtgekomen. Van daaruit is vervolgens ook het Senioren Platform Twente betrokken geraakt bij dit onderzoek. Dit onderzoek is niet alleen voor deze partijen interessant. Dit onderzoek is interessant om te lezen voor allen die geïnteresseerd zijn in het scheiden van wonen en zorg, wat daar voor nodig is en hoe de cliënten daar zelf over denken.

Speciale dank gaat uit naar Dr. Jeannette van Manen, voor de goede begeleiding tijdens dit onderzoek. Ook willen wij Mevr. Rezina Ramaker bedanken voor de begeleiding vanuit de Belangen Organisaties Overijssel. Als laatste dank aan Dr. Sarah Janus, Prof. Dr. Jan Telgen, Prof. Dr. Bas Denters, Katrien de Bock, Andre Vos en Theo Morskate, die met hun verschillende perspectieven en achtergronden, een positieve bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek.

Samenvatting Nederlands

Het scheiden van wonen en zorg is een actueel onderwerp. Door nieuwe wetten en regelingen moeten mensen met een ZZP 1 tot ZZP 4 indicatie langer thuis blijven wonen. Voor ZZP 1 en 2 is dit al gerealiseerd en per 1 januari 2014 wordt dit ook voor ZZP 3 en 4 gerealiseerd. Er zijn al verschillende onderzoeken gedaan naar de omstandigheden waaronder cliënten met een ZZP 3 en 4 indicatie zo optimaal mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Het gaat hier om het extramuraliseren van de intramurale setting van een verzorgingshuis. Door zorgprofessionals zijn een aantal randvoorwaarden opgezet waaronder men optimaal thuis zou kunnen blijven wonen. Dit onderzoek is opgesteld om erachter te komen of deze voorwaarden ook voor de cliënt gelden en wat zij belangrijke voorwaarden vinden bij het langer thuis wonen. Ook is er gekeken naar de mantelzorgers, er wordt verwacht dat zij extra druk moeten gaan dragen en extra ondersteuning moeten leveren in de nieuwe situatie.

Er zijn in verschillende gemeenten vragenlijsten verspreid onder personen van 65 jaar en ouder. In deze vragenlijsten zijn de verschillende randvoorwaarden getoetst op aanwezigheid en mate van belang. Ook zijn er verschillende mantelzorgers benaderd met een vragenlijst, hier werd de nadruk gelegd op de activiteiten van de mantelzorgers en de eventueel ervaren druk. Ook werd er gekeken naar de tijd en gelegenheid die mantelzorgers hebben om extra ondersteuning te leveren. Het grootste deel van de resultaten is verwerkt in SPSS.

Het resultaat van het onderzoek is dat er nog een aantal belangrijke zaken niet aanwezig zijn. De aanwezigheid van deze aspecten is wel cruciaal voor het langer thuis blijven wonen. Een belangrijk resultaat is dat er vaak geen woningaanpassingen, zoals een traplift of aangepaste doucheruimte, aanwezig zijn in de huidige woning. Dit terwijl deze aanpassingen wel erg belangrijk worden gevonden door de cliënten. Verder liggen er nog verbeterpunten bij het beschikbaar zijn van contactpersonen in noodsituaties. Ook het toezicht op onplanbare momenten schiet nog bij een groot deel van de cliënten tekort. Als laatste is het sociale leven, men heeft vaak te weinig kennis over sociale voorzieningen die in de buurt aanwezig zijn. Voor de mantelzorgers geldt dat zij op dit moment vele activiteiten uitvoeren, maar wanneer het aantal uur ondersteuning zal moeten stijgen, zij dit niet aan kunnen. Zij hebben geen tijd en gelegenheid om dit op te vangen. Ook ondervinden zij op dit moment al nadelige gevolgen van het mantelzorgen, dit zal bij verhoging van het aantal uur alleen maar meer worden.

Uiteindelijk komt er naar voren dat een aantal randvoorwaarden nog verbeterd moeten worden, wil men langer optimaal in eigen woning blijven wonen. Deze verbeterpunten liggen vooral op het gebied van veiligheid en in het sociale gebied. De mantelzorgers zijn niet in staat om meer ondersteuning te leveren in de nieuwe situatie, hiervoor zullen andere oplossingen moeten komen.

Samenvatting Engels

The separation of living and care is a very current subject. Because of new laws and arrangements, people with a care intensity package of 3 or 4 are supposed to live in their own home for a longer period of time. For people with a care intensity package of 1 and 2, is the new situation already achieved. The new situation for 3 and 4 is supposed to be realized on 1 januari 2014. There are already a number of researchs completed about the circumstances under which the clients can live longer in their own home. This is the extramuralization of the intramural setting of a convalescent home. A number of care professionals have drawn up some criteria under which people can live optimally in their own home. This research is drafted to find out if these criteria are also important for the clients themselves. Furthermore there has been research in the direction of volunteer caregivers. The expectation is that the volunteer caregivers should carry more pressure and have to give more assistance in this new situation.

There are spread 300 questionnaires in several municipalities to persons aged 65 years and older. In these questionnaires are the different conditions tested for the presence and for the degree of importance. There are also several volunteer caregivers approached to fill in the questionnaire. The emphasis in the volunteer caregiver questionnaire was placed on their activities and any perceived pressures. Besides this there has also been looked at the time and opportunity that volunteer caregivers have to provide additional support. The biggest part of the results is processed in SPSS.

The result of this research is that there are still missing a couple of important things. The presence of these aspects is crucial for letting the elderly living longer in their own home. An important result is that there are often no home modifications, like a stair-lift or a modified shower area, in the current home. This while these modifications are seen like very important by the clients. Furthermore there is a lot of space for improvement in the availability of contacts in emergency situations. Also supervision in unexpected moments is inadequate in a large majority of clients. The last important thing that is missing lies in the social life of the clients. Clients often lack knowledge about the availability of social facilities nearby. For volunteer caregivers is that they perform many activities at this time, but when the number of hours that they perform these activities rise, they cannot handle this because they do not have time and opportunity to resolve this. They all also found adverse effects of care at this time and this will only increase with increasing the number of hours of care.

Eventually it emerges that a number of conditions must be improved if people want to live optimally in their own home. These improvements are mainly in the field of security and in the social area. The volunteer caregivers are unable to deliver the care in the new situation, so more support from other people will be necessary.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting Nederlands.....	2
Samenvatting Engels	3
1. Inleiding	6
1.1 Introductie	6
1.2 Regeling AWBZ en Wmo	6
1.3 Indicatiestelling ZZP en wetswijziging.....	8
1.4 Mogelijkheden tot langer in eigen huis wonen	9
1.5 Vraagstelling	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Cruciale randvoorwaarden	11
2.1.1 Bieden van een gevoel van veiligheid door alarmeringsvoorzieningen en een korte responstijd	12
2.1.2 Aanwezigheid van mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk	12
2.1.3 Bieden van ondersteuning in de dagstructuur	14
2.1.4 Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt in de nabijheid	14
2.1.5 Aangepaste en adequate huisvesting	14
2.1.6 Noodzakelijk toezicht deels op onplanbare momenten.....	16
2.1.7 Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden en zorgcoördinatie..	17
2.2 De aanbieders	17
2.3 Voorzieningen	20
2.4 Gevolgen	20
2.5 Het huidige beleid van verzorgingshuizen	22
2.6 Modelverordening	22
2.7 De aanvraag van een individuele voorziening	23
2.8 Gemeentelijk modelbesluit maatschappelijke ondersteuning	25
2.9 Inkoop door gemeenten	25
3. Methoden.....	29
3.1 Meetmethoden	29
3.2 Onderzoekspopulatie	31
3.3 Analyse	32

4.	Resultaten	33
4.1	Mate waarin is voldaan aan de cruciale randvoorwaarden	33
4.2	Mate van belang van de randvoorwaarden	36
4.3	Additionele voorwaarden	37
4.4	Hoeveel tijd besteden mantelzorgers aan ondersteuning en waar bestaat deze ondersteuning uit?	38
4.5	In welke mate ondervinden mantelzorgers nadelige gevolgen door de huidige gegeven ondersteuning?	40
4.6	In welke mate hebben mantelzorgers de tijd en gelegenheid om extra ondersteuning te verlenen?	41
5.	Conclusie en discussie.....	43
	Literatuurlijst	46
	Bijlagen	48
1.1	Vragenlijst mantelzorger	48
1.2	Vragenlijst cliënt.....	54
1.3	Reflectieverslag Sofie Berghuis	62
1.4	Reflectieverslag Laura van Maanen	65

1. Inleiding

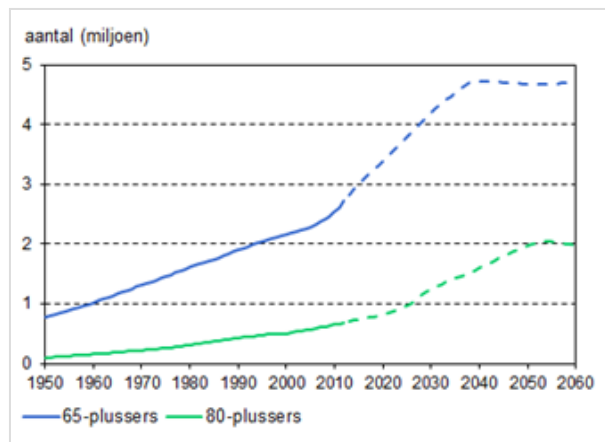
1.1 Introductie

Vanaf 2013 neemt het aantal ouderen versneld toe volgens Giesbers et al. (1) (figuur 1). Het aantal 65-plussers neemt toe van 2,7 miljoen in 2012 tot 4,7 miljoen in 2041 volgens de CBS bevolkingsprognose (2). De komende jaren neemt vooral het aandeel 65-79 jarigen sterk toe, en vanaf 2025 ook het aantal 80-plussers (dubbele vergrijzing). De belangrijkste oorzaak hiervoor ligt in de geboorteontwikkelingen in het verleden: de babyboomgeneratie van 1946-1970. Ook de toename van de levensverwachting blijft, net als in het verleden, ook in de toekomst van belang voor de toename van het aantal ouderen.

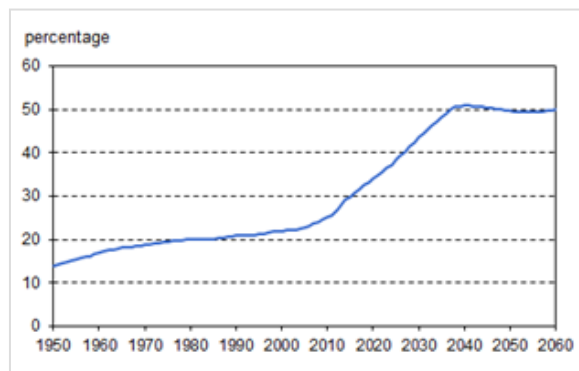
Naast het toenemende aantal ouderen is er ook een stijging te zien in het aantal chronisch zieken en mensen met multimorbiditeit. Die stijging geldt niet alleen voor de totale bevolking, maar ook binnen verschillende leeftijdsklassen. De vergrijzing is niet de enige oorzaak van de stijging van het aantal chronisch zieken. Chronische ziekten krijgen steeds meer aandacht, worden eerder opgespoord, en er is een betere behandeling van deze aandoeningen mogelijk (3). Tegenwoordig is er dus sprake van een dubbele vergrijzing; patiënten met een chronische aandoening blijven dus langer leven en worden steeds vaker en langer zorgbehoevend.

1.2 Regeling AWBZ en Wmo

De dubbele vergrijzing zorgt ervoor dat er ook steeds vaker een beroep gedaan zal worden op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar de Wmo. Gemeenten worden per 2015 verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding van hun burgers. Het kabinet wil de AWBZ omvormen tot een landelijke voorziening voor de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg. Hoe dit precies tot uitvoering komt is nog onbekend. In figuur 3 wordt een overzicht weergegeven van wat er

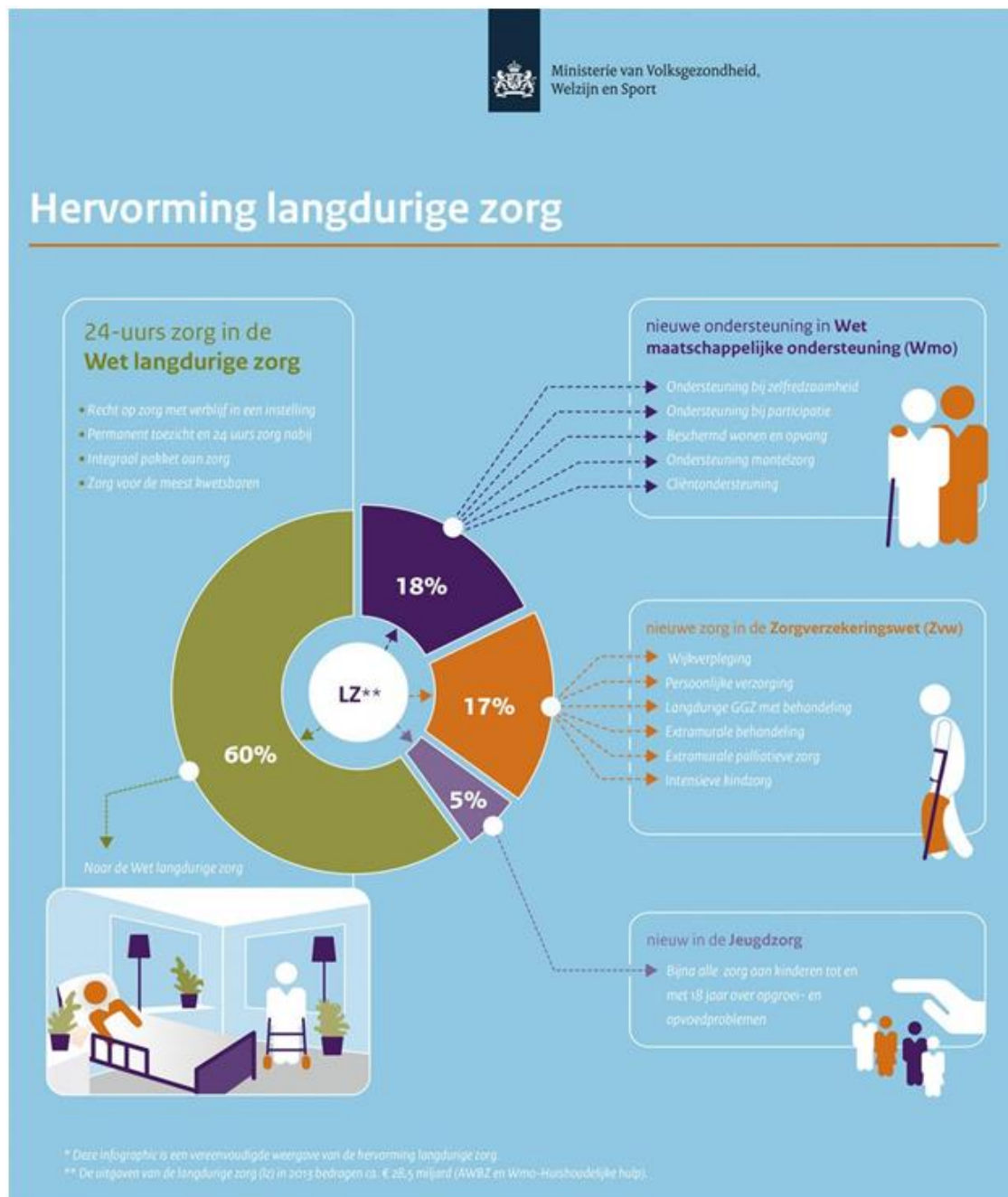


Figuur 1: Aantal 65-plussers



Figuur 2: Stijging grijze druk

precies verandert en wie waarvoor verantwoordelijk is (4). Er is te zien welke percentages worden uitgegeven aan de verschillende onderdelen van langdurige zorg. Er komt nieuwe ondersteuning in de Wmo en nieuwe zorg in de zorgverzekeringswet.



Figuur 3: Hervorming langdurige zorg

De aankondigingen van deze wetswijziging in het regeerakkoord 'Bruggen slaan' (5) passen in de trend om zorg en welzijn te kantelen. Het kabinet wil de komende jaren een omslag maken naar zorg dichtbij; meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen aanbieders en houdbaar gefinancierde

voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken. Gemeenten kunnen zo meer maatwerk bieden en inspelen op lokale omstandigheden en zorgbehoeften van cliënten. In het begrotingsakkoord van 2013 (6) is afgesproken om de zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1-4 te extramuraliseren door deze voor nieuwe cliënten niet meer beschikbaar te stellen. Voor ZZP 1 en 2 is dit reeds gedaan. Die cliënten behouden wel recht op AWBZ zorg voor zover zij daarop zijn aangewezen. In plaats van in een instelling moeten zij nu in hun eigen omgeving verzorgd worden. Deze maatregel heeft alleen betrekking op nieuwe cliënten, bestaande cliënten met een ZZP3 of ZZP4 indicatie zullen niet hun woning in een AWBZ-instelling hoeven te verlaten. Nieuwe cliënten krijgen echter alleen nog maar een ZZP indicatie voor zorg zonder verblijf. Cliënten blijven zo langer thuis wonen en cliënten die wel in een AWBZ-instelling verblijven zijn gemiddeld genomen cliënten met een hogere zorgvraag.

1.3 Indicatiestelling ZZP en wetswijziging

Wanneer men langdurige zorg nodig heeft, kan men een beroep doen op de AWBZ. Deze maakt onderscheid tussen zorg thuis en zorg met verblijf (7). Bij zorg thuis kan men een beroep doen op begeleiding, verzorging, verpleging etc. In een instelling (zorg met verblijf) worden mensen opgenomen die voortdurend nabij zorg nodig hebben. Daarvoor krijgt iedereen een ZZP indicatie. Deze ZZP's zijn onderdeel van de AWBZ. Aan elke ZZP is een bepaald aantal zorguren gekoppeld. De instelling ontvangt hiervoor een bepaald geldbedrag. De overheid stelt dit geldbedrag voor die ZZP's vast. Zij hebben dit ingedeeld in drie doelgroepen: verpleging en verzorging (VV), gehandicaptenzorg (GZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). ZZP 1 en ZZP 2 zijn pakketten voor mensen met een relatief lage zorgzwaarte. De zorg voor deze is reeds geëxtramuraliseerd. In de ZZP zitten géén kosten van wonen.

Door de bovengenoemde regelingen is het recht op ZZP1 VV en ZZP2 VV per 1 januari 2013 vervallen. Met deze regeling vervalt ook het recht op ZZP3 VV. Die wijziging is echter pas ingegaan op 1 januari 2014. Per 1 januari 2015 worden de andere doelgroepen in ZZP 3 (VG, 3B GGZ, 3C GGZ) beperkt voor verzekerden tot en met tweeëntwintig jaar. De ministeriële regeling hiervoor wordt later pas getroffen (9).

Voor individuele cliënten zijn de gevolgen op dit moment nog niet te overzien door de korte invoeringstermijn. Daarom is er ook nog geen termijn gesteld aan het overgangsrecht. In het Regeerakkoord VVD-PvdA is afgesproken om vanaf 2016 de ZZP's 4 voor nieuwe cliënten te extramuraliseren. Deze maatregel moet nog verder worden uitgewerkt. Daarnaast is er afgesproken dat de AWBZ wordt omgevormd tot een landelijke voorziening voor intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg. Het overgangsrecht is gekoppeld aan de indicatie voor ZZP, en niet aan het verblijven of gaan verblijven in een AWBZ instelling. Het heeft daardoor niet alleen betrekking op

mensen die in een AWBZ-instelling verblijven, maar ook op thuiswonenden met een ZZP indicatie die op een later moment alsnog wensen om in een instelling te verblijven.

De verwachting is dat een groot deel van de cliënten compensatie zoekt in de Wmo voor de voorzieningen die ze anders aangeboden hadden gekregen in een intramurale situatie (10). Verder zullen mantelzorgers voor een meerderheid van de cliënten de huidige verblijfsvoorzieningen gaan uitvoeren. De vraag blijft wel of dit mogelijk is. Ook wordt er verwacht dat de cliënt voor een deel van de verblijfsvoorzieningen zelf zal moeten gaan betalen. De intramurale setting die in een verzorgingshuis te krijgen valt, moet zo veel mogelijk worden gerealiseerd in een extramurale setting. Op deze manier kan men het wonen scheiden van de zorg. Men woont dus in de eigen woning en koopt verschillende zorg in. Het totaalpakket van een woning inclusief zorg, zoals in een verzorgingshuis, is bij het scheiden van wonen en zorg niet meer van toepassing. Het scheiden van wonen en zorg kan ervoor zorgen dat veel verschillende aanbieders zich op de markt gaan begeven. Versnippering van zorg- en ondersteuningsfuncties kan door de gemeenten in de hand worden gehouden door bijvoorbeeld een bedrijf te contracteren voor huishoudelijke hulp in een bepaald gebied. Of de gemeente dit ook zal naleven is nog onduidelijk (10).

1.4 Mogelijkheden tot langer in eigen huis wonen

Om thuis wonen mogelijk te maken voor deze cliënten zijn er levensloopbestendige woningen nodig. Woningen zijn levensloopbestendig indien de grootte, de bereikbaarheid en de technische uitrusting het mogelijk maakt om in deze woning te blijven wonen, zelfs indien volledige verpleeghuiszorg gewenst is. Alle woningen zijn geschikt te maken voor het verlenen van deze zorg aan huis. Uit onderzoek van bureau HHM (10) “Het thuis blijven wonen” zijn een aantal eisen naar voren gekomen vanuit het perspectief van de zorgprofessional. Er zijn een aantal cruciale randvoorwaarden opgesteld waaronder cliënten met een ZZP1 tot en met ZZP4 indicatie langer thuis kunnen blijven wonen. Ten eerste is het kunnen bieden van een gevoel van veiligheid door alarmeringsvoorzieningen en een korte responstijd van groot belang. Ten tweede is de aanwezigheid van mantelzorg of een sterk sociaal netwerk belangrijk. Ten derde moet er ondersteuning in de dagstructuur kunnen worden geboden. Ten vierde moet er een centraal vraagpunt/aanspreekpunt zijn in de nabije omgeving van de cliënt. Ten vijfde is aangepaste en adequate huisvesting van belang. Ten zesde is het van belang dat er noodzakelijk toezicht geboden kan worden, deels op onplanbare momenten. Ten zevende moeten er heldere afspraken komen op het gebied van verantwoordelijkheid en zorg coördinatie. Een belangrijk punt voor het langer thuis wonen is de levensloopbestendigheid van de woning. Vanuit het perspectief van de zorgprofessional zijn er verschillende aanpassingen nodig; een traplift, een hoog-laagbed, gelijkvloerse ruimten of drempelhulp, aangepaste doucheruimte, wandbeugels, aangepast toilet, alarmeringsmogelijkheden en technische ondersteuning.

ZZP3 en 4 cliënten leggen een zware belasting op de mantelzorg. Bij veel mantelzorgers dreigt overbelasting waardoor eventuele uitval kan ontstaan. Wanneer de mantelzorger wegvalt heeft dit grote gevolgen voor het extramurale wonen van deze cliënten. Onduidelijk blijft op dit moment nog of de mantelzorger deze extra druk wel kan dragen. De overheid gaat er van uit dat de mantelzorgers extra ondersteuning kunnen leveren, omdat dit nodig is om het langer thuis wonen mogelijk te maken. De vraag blijft of de mantelzorgers wel in staat zijn om dit te doen. Daarnaast is onbekend of de cliënt deze zelfde randvoorwaarden ook van cruciaal belang vindt voor het verblijven in de thuissituatie. Bovendien is er nog onbekend in welke mate er al is voldaan aan alle cruciale randvoorwaarden die zijn opgesteld vanuit het perspectief van de intramurale zorgaanbieder. Er is al veel aandacht geschonken aan dit onderwerp, maar weinig aandacht naar wat er voor de cliënt nodig is om het langer thuis wonen ook mogelijk te maken.

De ZZP3 en ZZP4 cliënten zijn de cliënten die onder alle thuiswonende cliënten die nog in eigen huis wonen de meeste zorg behoeven. De problematiek bij het langer in eigen huis wonen is voor hen groter dan voor de lichtere ZZP categorieën. Gemiddeld hebben ZZP3 en ZZP4 cliënten 9,5 tot 13,5 uur zorgtijd per dag nodig (8). Dit maakt hen de belangrijkste doelgroep voor dit onderzoek. Een cruciale vraag die op dit moment in de praktijk speelt betreft de vraag naar de manier waarop deze cliënten zo lang mogelijk in eigen woning kunnen blijven wonen. Er bestaan daar echter nog veel onduidelijkheden over. Verder wordt er verwacht dat mantelzorgers extra ondersteuning kunnen gaan leveren, maar het is nog onduidelijk of dit wel mogelijk is voor de mantelzorgers.

1.5 Vraagstelling

Om een beeld te schetsen van de manier waarop cliënten zo lang mogelijk in eigen woning kunnen blijven wonen en te bekijken wat de mogelijkheden van de mantelzorgers zijn, zijn er een aantal onderzoeksvragen opgesteld. Deze zijn:

1. In welke mate is volgens de cliënt voldaan aan de door zorgprofessionals geformuleerde cruciale randvoorwaarden waaronder cliënten in de thuissituatie kunnen blijven wonen?
2. In welke mate worden de door zorgprofessionals geformuleerde cruciale randvoorwaarden door de cliënt als belangrijk gezien?
3. Wat zijn additionele voorwaarden die vanuit het oogpunt van de cliënt belangrijk zijn?
4. Hoeveel tijd wordt er door mantelzorgers besteedt aan het ondersteunen van de cliënt en waar bestaat deze ondersteuning uit?

5. In welke mate ondervinden mantelzorgers nadelige gevolgen van het verlenen van ondersteuning?
6. In welke mate hebben mantelzorgers tijd en gelegenheid om extra benodigde ondersteuning te verlenen?

2. Theoretisch kader

In de nieuwe situatie zullen cliënten met een ZZP3 en ZZP4 indicatie langer in hun eigen huis moeten blijven wonen. Cliënten met deze indicatie mogen niet langer naar een verzorgingshuis. Vanuit het perspectief van de zorgprofessional zijn er een aantal randvoorwaarden opgesteld waaronder zij denken dat deze cliënten langer in eigen huis kunnen blijven wonen.

2.1 Cruciale randvoorwaarden

Uit het onderzoek vanuit het perspectief van de zorgprofessional zijn een aantal belangrijke randvoorwaarden naar voren gekomen (11). Deze cruciale randvoorwaarden betreffen zaken die aanwezig of geregeld moeten zijn om cliënten in de thuissituatie een goed extramuraal alternatief te kunnen bieden. Op deze manier wordt geprobeerd om een alternatief voor de intramurale zorg te realiseren. De volgende randvoorwaarden zijn de cruciale randvoorwaarden zoals deze door de zorgprofessional zijn opgesteld:

- Het bieden van een gevoel van veiligheid
- Aanwezigheid van mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk
- Bieden van ondersteuning in de dagstructuur
- Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt in de nabijheid
- Aangepaste en adequate huisvesting
- Noodzakelijk toezicht deels op onplanbare momenten
- Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden en zorg coördinatie

Uit het onderzoek zijn ook percentages naar voren gekomen die weerspiegelen hoe belangrijk de

Zeer belangrijk - belangrijk	VV1	VV2	VV3	VV4
1. Het kunnen bieden van 'een gevoel van veiligheid' door middel van alarmeringsvoorzieningen en een korte responstijd.	93%	98%	98%	98%
2. De aanwezigheid van mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk waarbij de cliënt tevens in staat is dit netwerk te onderhouden.	95%	98%	98%	98%
3. Het kunnen bieden van ondersteuning in de dagstructuur.	64%	83%	99%	99%
4. Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt kunnen bieden in de nabijheid (loopafstand) van de cliënt.	79%	83%	94%	93%
5. Aangepaste en adequate huisvesting.	83%	92%	99%	99%
6. Noodzakelijk toezicht kunnen bieden waarvan deels op onplanbare momenten.	54%	75%	95%	99%
7. Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden en zorgcoördinatie.	87%	94%	99%	98%

zorgprofessionals iedere randvoorwaarde achten. In figuur 4 wordt weergegeven dat naarmate men een hogere indicatie heeft het belang van de randvoorwaarde omhoog gaat. Dit geldt voor alle randvoorwaarden.

Figuur 4: Belang randvoorwaarden per ZZP.

2.1.1 Bieden van een gevoel van veiligheid door alarmeringsvoorzieningen en een korte responstijd

In de literatuur wordt aangegeven dat cliënten voorkeur geven aan intramurale opname omdat ze daar een sterker gevoel van veiligheid ondervinden (11). Een gevoel van onveiligheid bestaat uit: angst om te vallen, angst om plotseling hulp nodig te hebben (ongeplande zorg) en angst om niet bij verschillende types alarmering te kunnen komen. Wanneer men in een verzorgingshuis woont is er personeel aanwezig dat continue een korte responstijd kan leveren. Dit geeft de cliënten een gevoel van veiligheid. Wanneer cliënten extramuraal verzorgd moeten worden betekent dit dus dat er alarmeringsmogelijkheden aanwezig moeten zijn en dat de responstijd kort moet zijn. De responstijd kan variëren in verschillende situaties. Deze moet in ieder geval dusdanig kort zijn dat er geen gevaarlijke en/of onveilige situatie voor de cliënt kan ontstaan. De responstijd geeft hier de tijd aan waarbinnen de cliënt nog geholpen kan worden (12). Een korte responstijd en goede alarmeringsmogelijkheden moeten zorgen voor het zelfde gevoel van veiligheid als wanneer iemand intramuraal verzorgd wordt.

Voor extramurale zorg zijn er vele verschillende alarmeringsmogelijkheden (11, 13). Ten eerste bestaan er verschillende soorten domotica, oftewel huiselijke elektronica. Een belangrijk doel van deze technologie is het bevorderen van de kwaliteit van leven. Ten tweede kan er met behulp van draadloze communicatie, bijvoorbeeld met pagers (piepers), voor gezorgd worden dat er ten alle tijde iemand kan worden opgeroepen. Van belang is dat deze persoon zich in de buurt van de cliënt bevindt. Het kan hier om een huisarts, mantelzorger of wijkverpleegkundige gaan. Ten derde zijn er een aantal nieuwe technologieën, bijvoorbeeld videoschermen die men in huis kan hangen en waarmee iemand uit de cliënt zijn sociale netwerk vanuit zijn of haar eigen huis altijd de cliënt in de gaten kan houden (11, 13).

2.1.2 Aanwezigheid van mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk

Mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk is belangrijk wanneer een cliënt extramuraal wordt verzorgd. De aanwezigheid van deze beiden draagt bij aan een gevoel van veiligheid. Daarnaast gaat het eenzaamheid bij mensen tegen en kan het voor een duidelijke structuur voor de cliënt zorgen (11).

Een klein of geen sociaal netwerk en weinig tot geen mantelzorgers zijn grote risicofactoren voor verwaarlozing van cliënten. Een aantal activiteiten die mantelzorgers uitvoeren zijn: het doen van de was, de boodschappen, begeleiding bij een ziekenhuisbezoek, het maken van afspraken, hulp bij financiën en het ondernemen van ontspannende/leuke activiteiten. Meestal zijn dit kinderen van de ouderen (11). Zij wonen echter vaak op een afstand, werken zelf fulltime of zijn zelf al op hogere leeftijd. Bovendien wordt er tegenwoordig alsmaar meer beroep gedaan op de mantelzorger en de verwachting is dat dit zal stijgen. Mogelijk wordt de druk op de mantelzorgers te groot wanneer zij

deze bezigheden vaker en/of langduriger moeten ondernemen. Om overbelasting te voorkomen is juiste mantelzorgondersteuning van groot belang (11). Daar is al wel enig aanbod van, maar daar wordt lang niet altijd gebruik van gemaakt. Movisie heeft een aantal methoden opgesteld die kunnen helpen om mantelzorgondersteuning zo goed mogelijk te organiseren. Movisie is het landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid (14). Een aantal voorbeelden van methoden van mantelzorgondersteuning zijn:

- Naast de mantelzorger: dit is een methode met als doel het geven van praktische en emotionele ondersteuning aan mantelzorgers (15). Een coördinator selecteert en koppelt mantelzorgers die overbelast dreigen te raken aan vrijwilligers. De mantelzorger en de vrijwilliger bepalen gezamenlijk wat ze gaan doen. De vrijwilliger neemt geen taken over van de mantelzorger maar ondersteunt juist de mantelzorger bij het zelf actie ondernemen.
- Eigen kracht-conferentie: het doel van deze methode is mensen zeggenschap en regie te laten houden over hun eigen leven. Mensen gaan samen met deelnemers uit hun eigen omgeving plannen bedenken om eventuele problemen op te lossen (16).
- Preventieve ondersteuning mantelzorgers: het doel van deze methode is om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen. Bij deze methode worden mantelzorgers actief opgespoord. Nadat ze zijn opgespoord worden de ervaren belasting en eventuele knelpunten in kaart gebracht. Uiteindelijk wordt inzicht gegeven in ondersteuningsmogelijkheden (17).

In 2012 waren er ruim 1,5 miljoen actieve mantelzorgers, dat wil zeggen personen (19-plussers) die intensief of langdurige hulp geven (17). Er is gebleken dat mantelzorgers overbelast kunnen raken wanneer ze teveel zorg op zich moeten nemen. Naast huishoudelijke zorg (boodschappen, de was doen, maaltijden bereiden, opruimen en schoonmaken) nemen mantelzorgers vaak ook persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden, verplaatsen) en psychosociale ondersteuning (fysiek aanwezig zijn, met iemand meegaan, vervanging van de regie, hulp bij financiën en ondersteuning op het emotionele vlak) op zich. Er zijn een aantal signalen waaraan men kan zien of een mantelzorger overbelast is (18). Er bestaan 3 categorieën: lichamelijke gevolgen, psychische gevolgen en sociale gevolgen. Onder lichamelijke gevolgen komen klachten voor als een verhoogde hartslag, zweten, toenemende vermoeidheid en hoofdpijn. Ook kan overbelasting zorgen voor een mindere concentratie en slaapproblemen, dit zijn meer psychische gevolgen, men maakt zich druk om de zorgvrager en zo verminderd de concentratie en slaap. Onder psychische gevolgen vallen depressieve gevoelens en de druk die op de mantelzorger komt te staan. Bij sociale gevolgen gaat het om verlies van andere

contacten door dat men veel tijd steekt in het verzorgen. Hierdoor kan men ook depressieve gevoelens ontwikkelen (18).

2.1.3 Bieden van ondersteuning in de dagstructuur

In een intramurale setting hebben cliënten in de categorie ZZP 3 en 4 een duidelijke dagstructuur. Cliënten met ZZP 3 worden in de intramurale setting aangemoedigd om deel te nemen aan activiteiten die door de instelling worden georganiseerd. De verzorging vindt plaats op vaste momenten en de dagelijkse routine is voor de cliënt duidelijk. Voor extramurale cliënten bieden zorgorganisaties al wel dag verzorging aan voor ouderen die zelf geen juiste dagstructuur kunnen vinden en/of sociale contacten kunnen onderhouden. Bij cliënten met een ZZP 1 tot en met 3 in de thuissituatie is het erg belangrijk dat zij begeleiding krijgen bij het maken van een goede dagstructuur (11). Het ondersteunen van deze dagstructuur is het belangrijkste onderdeel uit de totale ondersteuning van cliënten bij hun regievermogen/autonomie, vooral voor cliënten in een thuissituatie. Een voorbeeld van ondersteuning in de dag structuur is de zorg coördinator, deze persoon kan helpen bij het bieden van ondersteuning en het maken van een duidelijke dag structuur. Ook het hebben van thuiszorg en huishoudelijke hulp voor een aantal uur per week helpt mee aan het verkrijgen van meer structuur.

2.1.4 Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt in de nabijheid

Voor cliënten is het noodzakelijk dat er een centraal punt bestaat waar zij hun vragen kunnen stellen. Dat punt dient goed bereikbaar te zijn, dat wil zeggen op loopafstand. De Wmo vraagt instellingen voor wonen, zorg en welzijn om informatie, advies en ondersteuning aan burgers gebundeld aan te bieden. Dit zorgt er voor dat de cliënten één punt hebben waar zij al hun vragen kunnen stellen (11). Voorbeelden van dergelijke punten zijn; de woningstichting, een loket en de huisarts.

2.1.5 Aangepaste en adequate huisvesting

Adequate huisvesting is een cruciaal punt wanneer het wonen en de zorg wordt gescheiden. Zonder woningaanpassingen kan de zorg niet adequaat extramuraal worden aangeboden. Belangrijke aanpassingen in de thuissituatie volgens verschillende ondervraagde instellingen zijn (11):

- traplift, actieve lift, passieve lift
- hoog-laagbed
- gelijkvloerse ruimten
- aangepaste doucheruimte
- aangepast toilet
- alarmeringsmogelijkheden

- technische ondersteuning

Door de nieuwe regeling zijn er veel cliënten die geen geschikte woning hebben, omdat zij geen rekening hebben gehouden met het langer in eigen woning wonen. Soms houdt dit in dan men moet verhuizen omdat de woning niet aangepast kan worden. Dit betreft bijvoorbeeld cliënten die in een flat (zonder lift) wonen of waarvan de woning niet groot genoeg is om bepaalde noodzakelijke aangepaste voorzieningen te plaatsen (11).

De aanpassingen die noodzakelijk zijn om de zorg verantwoord en veilig te kunnen leveren moeten worden vergoed door de gemeente. De ligging van de woning kan van invloed zijn. De verschillende zorgprofessionals kunnen een langere responstijd hebben als men op het platteland woont. Ook is daar de mate van maatschappelijke participatie wellicht minder door het ontbreken van buurtcentra. In figuur 5 staan de resultaten over welke aanpassingen zeker nodig zijn voor de verschillende ZZP's. Deze resultaten zijn gevormd vanuit het perspectief van de zorgprofessional (11).

Nodig (ja)	VV1	VV2	VV3	VV4
A. Traplift	2%	5%	46%	44%
B. Tillift (actieve lift/passieve lift)	0%	0%	18%	35%
C. Hoog-laagbed	8%	17%	58%	73%
D. Gelijkvloerse ruimten (drempelhulp)	46%	61%	87%	93%
E. Aangepaste doucheruimte (wandbeugels, douchezitje, antislipvloer)	54%	68%	92%	95%
F. Aangepast toilet (toiletverhoger, armsteunen, wandbeugels)	49%	65%	92%	94%
G. Keukenaanpassingen	11%	17%	48%	54%
H. Automatische deuropeners	6%	11%	45%	56%
I. Alarmeringsmogelijkheden	70%	83%	95%	95%
J. Technische ondersteuning van bijvoorbeeld een toezicht functie	19%	26%	64%	86%

Figuur 5: Benodigde aanpassingen in huis

De noodzaak voor woningaanpassingen neemt toe naarmate de hoogte van het ZZP toeneemt. De belangrijkste aanpassingen zijn: gelijkvloerse ruimten, aangepaste doucheruimte, aangepast toilet en alarmeringsmogelijkheden. Andere aanpassingen die naast deze hoofdaanpassingen van belang zijn voor de cliënt vanuit het perspectief van de zorgprofessional zijn (11):

- Voldoende ruimte om rolstoel in te kunnen bewegen.
- Voldoende licht in de ruimten.

- Veiligheid van de woningen tegen inbraak.
- Aanpassingen in de toegang van de woning. Hier kan gedacht worden aan een vlakke tuin en aanpassingen bij de entree van de woning.
- Een beeldtelefoon gekoppeld aan de voordeurbel. Met een beeldtelefoon kan men zien wie er aanbelt. Dit moet zorgen voor een extra gevoel van veiligheid.
- Aandacht voor brandveiligheid.

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat de zorginstellingen opmerken dat er verschillen zijn per gemeente in voorzieningen en andere regelingen. Er is behoefte aan afstemming tussen de gemeenten (11). In de Wmo staat beschreven dat mensen met een beperking ondersteuning zouden moeten kunnen krijgen. Hier vallen nu ook ZZP3 en ZZP4 onder, de Wmo moet met de nieuwe regeling ondersteuning en begeleiding aan huis leveren. Gemeenten voeren de Wmo uit en zij bepalen zelf op welke manier ze dit doen, ze hebben ook de vrijheid om te bepalen wie de voorzieningen uit de Wmo echt nodig heeft (12). Daarom is het lastig een eenduidig beleid betreft scheiden wonen en zorg te kunnen maken. Voorbeelden van voorzieningen die onder de Wmo vallen zijn (12):

- huishoudelijke hulp
- aanpassingen in de woning
- vervoer in de regio
- rolstoel
- maaltijdverzorging
- verhuiskostenvergoeding
- hulp aan buurthuizen en verenigingen

2.1.6 Noodzakelijk toezicht deels op onplanbare momenten

Cliënten hebben behoefte aan toezicht. Bij toezicht kan gedacht worden aan het letten op voldoende vochtinname, de voeding of valgevaar bij toiletteren of het wassen. In verpleeghuizen wordt hier actief toezicht op gehouden door de verpleging. Maaltijdvoorziening wordt soms gefinancierd vanuit de Wmo, denk hierbij aan tafeltje-dekje. Het is verder nog lastig om dit soort van actief toezicht in de woning toe te passen. Door nieuwe technologische ontwikkelingen is er wel toezicht mogelijk op afstand, bijvoorbeeld door middel van beeldschermen. Deze technologie vraagt wel om aanpassingen in de woningen waarvoor er financiële middelen nodig zijn om dit te kunnen realiseren. De noodzaak

tot woningaanpassingen neemt toe naarmate men in een van de hogere categorieën van ZZP's terecht komt. De noodzakelijkheid tot woningaanpassing in de vorm van technische ondersteuning is volgens verschillende instellingen in 94% van de gevallen voor ZZP3 en ZZP4 nodig (11).

2.1.7 Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden en zorgcoördinatie

In de thuissituatie moet duidelijkheid komen rondom de verantwoordelijkheden van verschillende betrokken professionals (11). In een verpleeghuis wordt medicatie vaak besteld door verzorgend personeel, dit geldt ook voor overige hulpmiddelen. Er moeten duidelijke afspraken komen over hoe de medicatie in de thuissituatie voor de cliënt wordt besteld en wie hier verantwoordelijk voor is. Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden om te zorgen dat de hulpmiddelen en medicatie op tijd bij de patiënt in huis zijn. Wanneer verschillende zorgprofessionals betrokken zijn bij de verzorging van de patiënt is het essentieel dat deze niet langs elkaar heen werken, maar samenwerken. Hiervoor zullen afspraken gemaakt moeten worden met betrekking tot de dossiervorming en de toegang tot deze dossiers voor de verschillende betrokkenen in dat zorgproces. De zorg moet altijd adequaat afgestemd worden op de situatie van de cliënt. Ook zorgcoördinatie is voor deze cliënten dus van essentieel belang (11). Bij zorgcoördinatie gaat het om verschillende taken. Een aantal van deze taken zijn: planning, evaluatie, begeleiding. Er zijn verschillende mogelijkheden wat betreft de toewijzing van de uitvoering van een aantal taken. Deze kunnen toebedeeld worden aan de mantelzorger, de wijkverpleegkundige, de huisarts of een specialist ouderengeneeskunde. Om versnippering van de zorgcoördinatie tegen te gaan kan er een speciaal beleid ingevoerd worden. Een voorbeeld hiervan is dat de gemeente voor huishoudelijke hulp maar één aanbieder contracteert. Het is belangrijk dat de Wmo- voorzieningen geclusterd aangeboden worden. Dit is een goedkopere oplossing en het is voor de cliënt ook prettig dat ze niet telkens met andere organisaties te maken krijgen, maar zo één centrale partij hebben als aanspreekpunt.

Uit voorgaande wordt duidelijk dat het erg belangrijk is een goede coördinatie te hebben tussen verschillende taken met betrekking tot de zorg voor de cliënt. De coördinatie kan toegewezen aan verschillende partijen. Heldere afspraken zijn nog nodig om dit te realiseren (11).

2.2 De aanbieders

Een deel van de diensten uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Wmo. Er zijn een aantal belangrijke wijzigingen doorgevoerd in het kader van de hervorming van de langdurige zorg (12). Er worden een aantal maatregelen in de Wmo genomen om langdurige zorg en ondersteuning aan te bieden. Ten eerste wordt er mogelijk gemaakt dat meer mensen met ondersteuning en zorg thuis kunnen blijven wonen. Ten tweede zijn gemeenten verantwoordelijk voor de verzorging, begeleiding en participatie van de burgers. Ten derde wordt er 50 miljoen euro gebudgetteerd om het mogelijk te

maken om sociale wijkteams te organiseren. Ten vierde blijft de cliënt ondersteuning bestaan, de middelen uit de AWBZ worden hiervoor overgeheveld naar de gemeenten. Een voorbeeld van deze cliënt ondersteuning is het helpen met geldzaken. Als laatste is er een vangnet waarmee de gemeenten steun kunnen bieden aan mensen die het nodig hebben. een schatting van het budget hiervoor is 700 miljoen euro in 2017.

In de zorgverzekeringswet (Zvw) zijn ook een aantal wijzigingen van belang (12). Allereerst komt er een nieuwe afspraak thuisverpleging, zodat mensen die naast verpleging ook verzorging nodig hebben die van dezelfde hulpverlener kunnen krijgen en mensen dus langer in de eigen omgeving kunnen blijven wonen. Ook trekt het kabinet 200 miljoen euro uit voor meer wijkverpleegkundigen. Deze wijkverpleegkundigen zijn erg belangrijk voor de verzorging van mensen die thuis blijven wonen.

Er is nu al volop aandacht voor het scheiden van wonen en zorg, maar ook in de toekomst zullen er nog wijzigingen worden doorgevoerd om het langer thuis blijven wonen mogelijk te maken. Zo is op 14 januari 2014 de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning naar de Tweede Kamer gestuurd (12). In deze nieuwe wet staat beschreven dat gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen. Onder deze verantwoordelijkheden vallen het zorgen voor passende ondersteuning aan huis voor mensen die niet op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving. Het doel van deze wetswijziging is om het mogelijk te maken dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en kunnen blijven participeren in de samenleving. Gemeenten krijgen 3,9 miljard subsidie om deze nieuwe verantwoordelijkheden te realiseren. Volgens staatssecretaris van Rijn is het de bedoeling dat met deze nieuwe Wmo gemeenten passende ondersteuning kunnen bieden die recht doet aan de persoonlijke omstandigheden van mensen thuis (12). Om de invoering van de nieuwe Wmo in de gemeenten zo goed en compleet mogelijk te maken heeft de overheid een stappenplan voor de invoering opgezet. In principe zou iedere gemeente dit stappenplan moeten uitvoeren.

De gemeenten gaan in de toekomst meer ondersteuning bieden op het maatschappelijke gebied. Het is de bedoeling dat zij in hun eigen beleidsplan vaststellen op welke wijze en op basis van welke criteria een cliënt voor maatwerkvoorziening in aanmerking komt. Naast deze maatwerkvoorzieningen bestaan er ook algemene voorzieningen. De gemeenteraad moet aandacht besteden aan het hebben van algemene voorzieningen die zijn gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie en het voorzien in de behoefte aan opvang. Op het niveau van de gemeente moet gekeken worden op welke wijze deze algemene voorzieningen vorm krijgen en voor wie deze geschikt zijn. Daarna moet gekeken worden welke maatwerkvoorzieningen getroffen moeten worden voor cliënten voor wie een algemene voorziening niet toereikend is. Dit zijn de cliënten die zelf, of met behulp van anderen of algemene voorzieningen niet in staat zijn tot zelfredzaamheid of participatie. In deze gevallen moet de

cliënt er zeker van kunnen zijn dat de gemeente hem of haar ondersteunt. De gemeente beslist in deze gevallen tot verstrekking van maatwerkvoorziening die een passende bijdrage levert aan het realiseren van een situatie waarin een cliënt in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie en daarmee zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven (12). Het is de bedoeling dat de gemeente de inwoners betreft bij de uitvoering van het beleid. Zo wordt het voor de inwoners duidelijk welke maatschappelijke ondersteuning zij van de gemeente kunnen verwachten. Daarnaast blijft het zo voor de gemeente mogelijk om in te spelen op de wensen en behoeften van de inwoners.

Binnen de nieuwe Wmo werken gemeenten actief samen met de zorgverzekeraars bij het organiseren van de zorg (12). De zorgverzekeraars zijn gericht op een integraal beleid. Zij willen samen met de gemeenten zorgen voor een zo goed mogelijke organisatie van de zorg en ondersteuning. Ook vinden zorgverzekeraars het erg belangrijk dat de verschillende stelsels die betrokken zijn bij zorg en ondersteuning thuis (Wmo, Zvw en AWBZ) op één lijn gebracht worden. Hiermee moet keuzemogelijkheid tussen het verschillende zorgaanbod eenvoudiger worden, wat zal leiden tot een makkelijkere en efficiëntere uitvoering. Een grote zorgverzekeraar in Twente, en met name in Enschede, is Menzis. Zij hebben als doelstelling voor de samenwerking “Een integraal en gekanteld aanbod van zorg en ondersteuning aan inwoners door middel van een beter afgestemde en meer doelmatige organisatie.” (20)

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar is volgens de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Zorgverzekeraars Nederland nodig om recht te doen aan het feit dat mensen graag zorg en ondersteuning willen die aansluit bij de manier waarop zij willen leven en participeren in de samenleving. Samenwerking tussen de uitvoerders van verschillende wetten zal altijd nodig blijven, ongeacht eventuele mogelijke aanpassingen binnen of tussen verschillende stelsels (21).

2.3 Voorzieningen

Extramurale zorg bevat bijna het gehele pakket aan zorg wat men intramuraal krijgt aangeboden. Het enige verschil tussen deze beide is dat bij de extramurale zorg het verblijf er buiten valt. Uit de randvoorwaarden is al duidelijk geworden wat er allemaal extramuraal moet worden aangeboden. De aanpassingen in huis worden gefinancierd door de Wmo, de verantwoordelijkheid hiervoor ligt dus bij de gemeenten (12).

Cliënten moeten dus in hun eigen woonomgeving zorg krijgen aangeboden Deze zorg wordt bekostigd door middel van extramurale zorgprestaties. Het Volledig Pakket Thuis (VPT) biedt de mogelijkheid om de zorg nu extramuraal aan te bieden, maar voor het VPT is een indicatie voor verblijf nodig en die wordt nu niet meer aan cliënten met een indicatie ZZP3 of ZZP4 afgegeven. Een manier om de te extramuraliseren zorg te bekostigen via de bestaande extramurale prestaties. Binnen deze prestaties is er een mogelijkheid om voor specifieke cliënten extra maatregelen te treffen (22). Onder extra maatregelen vallen hier:

1. Verpleging extra of speciaal
2. Persoonlijke verzorging extra of speciaal
3. Begeleiding extra of speciaal

Van de categorie extra is sprake wanneer de zorgaanbieder ook onplanbare zorg kan leveren. Dit is erg van belang voor cliënten met een ZZP3 of ZZP4 indicatie. Van de categorie speciaal is sprake wanneer er een hoger deskundigheidsniveau vereist is.

2.4 Gevolgen

De situatie omtrent scheiden van wonen en zorg en het langer thuis wonen van ouderen is nog verre van ideaal. Het Tympaan Instituut heeft in samenwerking met Panteia onderzoek gedaan naar het verbinden van wonen en zorg. Aan de hand van de huidige situatie zijn er een aantal mogelijke gevolgen gevonden (23) :

1. Een grotere druk op Wmo-voorzieningen: de cliënten die vanaf dit moment langer thuis blijven wonen, krijgen voorlopig extramurale AWBZ-zorg. Dit ligt dus nog bij de AWBZ en dus bij de overheid. Vanaf 2015 zullen een aantal functies wegvallen. Onder deze functies vallen persoonlijke verzorging en begeleiding. Deze functies komen dan onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Er ontstaat zo een grotere druk op de Wmo-voorzieningen.

2. Grotere druk op mantelzorg: de overheid gaat uit van een “eigen kracht” waardoor men langer thuis wonen mogelijk kan maken. Hierdoor zal er een grotere druk op mantelzorgers ontstaan. Dit kan uiteindelijk ook leiden tot een groter gebruik van de ondersteuning uit de Wmo omdat mantelzorgers het zelf niet meer kunnen doen.
3. Gevaar van aantasting van zelfredzaamheid en verwaarlozing: de behoefte van cliënten aan een beschermde woonomgeving of toezicht blijft bestaan, ook wanneer de verblijfsindicatie wordt afgeschaft. Het gevaar bestaat dat deze mensen zichzelf gaan verwaarlozen wanneer zij niet in een juiste setting wonen (24). De vraag blijft echter of huisartsen, thuiszorg en de mantelzorgers de complexe zorg wel aan kunnen wanneer dit extramuraal moet worden georganiseerd. Toezicht, ondersteuning en verzorging is extramuraal lastiger te realiseren dan intramuraal.
4. Daling van het besteedbaar inkomen: voor sommige mensen zal de wijziging leiden tot een vermindering van het besteedbaar inkomen. Het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud) heeft de gevolgen van scheiden van wonen en zorg voor bestedingsmogelijkheden van ouderen met een minimuminkomen geïnventariseerd (25). Hiervoor zijn twee verschillende situaties als voorbeeld genomen: ouderen met een AOW-uitkering en ouderen met een AOW-uitkering en een klein aanvullend pensioen. Een klein aanvullend pensioen is hier €2.500,00 bruto per jaar. Het Nibud heeft geconstateerd dat ouderen straks minder kunnen uitgeven aan sociale activiteiten door de veranderingen. Echtparen gaan er relatief meer op achteruit dan de alleenstaande ouderen. Dat komt doordat de AOW uitkering relatief veel lager is. De financiële gevolgen zijn afhankelijk van de variatie in de persoonlijke lasten. Variatie wordt met name veroorzaakt door de hoogte van de eigen bijdragen voor de te ontvangen zorg. Eigen bijdragen gaan omhoog wanneer men in de nieuwe situatie langer thuis blijft wonen. Woonlasten spelen een grote rol in de bijdragen die ouderen leveren. Om deze gevolgen tegen te kunnen gaan moet er nu actie worden ondernomen en moeten er een aantal dingen in het beleid van het scheiden van wonen en zorg worden aangepast.
5. Financiële maatregelen: een deel van de cliënten die minder zelfredzaam zijn, kunnen te maken krijgen met financiële problemen. Dit komt door de toenemende kosten bij een zelfstandige woonsituatie maar ook omdat de cliënt zelf verantwoordelijk wordt voor het regelen van hun financiën (26).

2.5 Het huidige beleid van verzorgingshuizen

Als gevolg van het Regeerakkoord van 2012 zijn er veel veranderingen geweest in de verzorgingshuizen. Zij moesten hun toelatingscriteria aanpassen. Voor een aantal verzorgingshuizen betekent de maatregel dat er sprake is van leegstand. Een mogelijke oplossing voor deze leegstand is het verhuren van kamers aan mensen met een ZZP 1 tot en met ZZP 3 indicatie. Deze mensen kunnen de kamer dan huren en de zorg zelf inkopen. De financiering hiervan moeten zij echter volledig zelf doen omdat deze hier vanuit de AWBZ volledig wegvalt (27).

In 2014 zullen veel verzorgingshuizen de deuren sluiten. Men moet langer zelfstandig in hun eigen huis wonen, dit is de trend van de afgelopen en komende tijd. Vanaf 1 januari 2014 worden alleen mensen met zware beperkingen nog toegelaten tot een verzorgingshuis. De overheid heeft het nieuwe beleid snel ingevoerd en er is soms nog te veel onduidelijkheid. Om een beeld van de veranderingen te krijgen is het goed om te kijken hoe het er nu voor staat in verzorgingshuizen. Cliënten met een ZZP 3 indicatie worden vanaf 1 januari 2014 niet meer toegelaten tot verzorgingshuizen. Voor ZZP 4 cliënten geldt dit vanaf 2015. Een uitzondering zijn mensen die voor 1 januari 2013 een ZZP 1 of ZZP 2 indicatie hebben toegewezen gekregen en mensen die voor 1 januari 2014 een indicatie voor ZZP 4 hebben gekregen. Als men tot deze groep behoort hoeven ze geen huur te betalen en wordt het wonen en de zorg nog betaald vanuit de AWBZ.

Voor mensen met ZZP4 indicatie zijn er nog wel mogelijkheden. Bij Carrint Reggeland, een grote organisatie in Overijssel, kan je met een ZZP4 indicatie nog wel een plek krijgen in het verzorgingshuis. Ook bestaan er hiernaast nog een aantal particuliere verzorgingshuizen. In deze verzorgingshuizen kan in principe iedereen tegen betaling terecht.

2.6 Modelverordening

Het college van burgemeesters en wethouders van elke gemeente heeft volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning een compensatie plicht. Onder compensatieplicht wordt de plicht van het college om aan personen met een beperking, een chronisch psychisch of een psychosociaal probleem voorzieningen te bieden ter compensatie van hun beperkingen verstaan (28). Het gaat hier om beperkingen op het gebied van zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie, het huishouden voeren, zich verplaatsen binnen en rondom woning, zich per vervoermiddel lokaal verplaatsen en het ontmoeten van nieuwe mensen en op basis daarvan nieuwe sociale contacten kunnen leggen.

In artikel 4 van de wet maatschappelijke ondersteuning wordt de verplichting opgelegd aan het College om een resultaat te bereiken dat in het individuele geval maatwerk is (28). Het is tevens noodzaak een resultaat te bereiken dat als compensatie mag gelden. Er is dus een compensatieplicht. Het is in beginsel aan de gemeenteraad en het College om te bepalen op welke wijze er invulling

wordt gegeven aan deze compensatieplicht. Via deze compenserende maatregelen kunnen een aantal resultaten bereikt worden. Dit leidt dan tot het in de wet genoemde “resultaat gerichte compensatie” (28).

De te bereiken resultaten zijn volgens artikel 2 lid 1 van de Wet maatschappelijke ondersteuning (28):

- Een schoon en leefbaar huis (huishoudelijke hulp)
- Wonen in een geschikt huis (aanpassingen in de woning)
- Beschikken over goederen voor primaire levensbehoeften (boodschappen, levensmiddelen, eten bereiden)
- Beschikken over schone, draagbare en doelmatige kleding (wassen, strijken, vouwen)
- Het thuis kunnen zorgen voor kinderen die tot het gezin behoren
- Zich verplaatsen in en om de woning (aanpassingen aan toegankelijkheid van de woning)
- Zich lokaal verplaatsen per vervoersmiddel
- De mogelijkheid om contacten te hebben met medemensen en deel te nemen aan recreatieve, maatschappelijke of religieuze activiteiten (vervoer naar gewenste locaties)

In de modelverordening Wmo komen veel van de eerder besproken randvoorwaarden terug. Ze zijn dus niet alleen gewenst voor het wonen op eigen kracht, maar in de wet ook een noodzakelijke voorwaarde.

2.7 De aanvraag van een individuele voorziening

Het is mogelijk om bij de gemeente een aanvraag in te dienen voor een voorziening. In sommige gevallen gaat er aan een dergelijke aanvraag een aanmelding voor een gesprek vooraf (28). Dit gebeurt in de volgende gevallen:

1. Wanneer de aanvraag afkomstig is van iemand die nog niet eerder een aanvraag heeft gedaan.
2. Wanneer iemand al eerder een gesprek heeft gehad, maar waar er nu sprake is van gewijzigde omstandigheden of gewijzigde te bereiken resultaten.
3. Wanneer de belanghebbende of het college daar een verzoek voor indient.

Iemand kan zich op verschillende manieren aanmelden voor een gesprek. Dit kan schriftelijk, elektronisch, mondeling of telefonisch worden gedaan bij de gemeente. Als een gesprek eenmaal is gevoerd wordt hiervan een verslag gemaakt. Opmerkingen van belanghebbenden kunnen als bijlage worden toegevoegd. Een verslag is pas een aanvraagformulier wanneer de belanghebbende dit verslag heeft ondertekend.

In artikel 8 lid 1 van de Modelverordening Wmo 2010 wordt beschreven op welke manier een afweging wordt gemaakt bij het beoordelen welke voorzieningen getroffen gaan worden. Het college neemt hierbij een verslag van het gesprek, indien aanwezig, als uitgangspunt. Het college gaat uit van de persoonlijke behoeften en de persoonskenmerken van de belanghebbende (28). Er wordt hierbij onderzoek gedaan naar de noodzaak van de voorziening. Tevens wordt er onderzoek gedaan naar de mogelijkheid tot het leveren van maatwerk. Uit dit onderzoek kunnen verschillende resultaten naar voren komen. Voor al deze resultaten is er een plan van aanpak wat betreft het verschaffen van voorzieningen die dit resultaat kunnen bereiken.

Alle mogelijkheden voor individuele voorzieningen worden eerst per individu beoordeeld op noodzaak. Wanneer er een huisgenoot aanwezig is die in staat is bepaalde taken uit te voeren, worden de individuele voorzieningen niet verstrekt. Men verwacht dan dat deze huisgenoten de taken overnemen. Het besluit om een individuele voorziening te geven moet binnen maximaal 8 weken na aanvraag worden genomen. Een voorziening kan worden toegekend als de noodzaak voor het te bereiken resultaat langdurig is. Een uitzondering is aanwezig wanneer kortdurende hulp leidt tot het te bereiken resultaat. Ook moet de te verstrekken voorziening als de goedkoopst-compenserende voorziening aan te merken zijn.

In artikel 24, lid 2 van de Modelverordening Wmo 2010 worden een aantal punten genoemd wanneer er geen voorziening wordt toegekend (28):

1. Indien de voorziening algemeen gebruikelijk is.
2. Indien de belanghebbende niet woonachtig is in de gemeente (gemeentenaam).
3. Voor zover de aanvraag betrekking heeft op kosten die de belanghebbende voorafgaand aan het moment van aanvragen of het moment van beschikken heeft gemaakt en niet meer is na te gaan of deze voorziening noodzakelijk was en als goedkoopst-compenserend aan te merken valt.
4. Voor zover een voorziening als die waarop de aanvraag betrekking heeft reeds eerder in het kader van enige wettelijke bepaling of regeling is verstrekt en de normale afschrijvingstermijn van de voorziening nog niet verstreken is, tenzij de eerder vergoede of verstrekte voorziening verloren is gegaan als gevolg van omstandigheden die niet aan belanghebbende zijn toe te rekenen, of tenzij belanghebbende geheel of gedeeltelijk tegemoetkomt in de veroorzaakte kosten.

Zoals de modelverordening van de Wmo nu geschreven is, ligt de regie van het verstrekken van voorzieningen vooral bij het college en de gemeente. Zij bepalen aan de hand van onderzoek of een bepaald individu een individuele voorziening nodig heeft.

2.8 Gemeentelijk modelbesluit maatschappelijke ondersteuning

Het gemeentelijk modelbesluit maatschappelijke ondersteuning is bedoeld om alle bedragen voor zorg in op te nemen (29). Een besluit over de bedragen wordt vastgesteld door de burgemeester en wethouders. Deze bedragen moeten worden opgenomen in de verordening. Alle bedragen voor de te verstrekken individuele voorzieningen worden vastgelegd in het besluit maatschappelijke ondersteuning van een specifieke gemeente.

De bedragen en het percentage voor een eigen bijdrage zijn gelijk aan de bedragen die worden opgenomen in het besluit maatschappelijke ondersteuning (29). Deze worden jaarlijks aangepast door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wanneer een gemeente afwijkende bedragen hanteert moet dit worden vastgelegd in het gemeentelijk modelbesluit maatschappelijke ondersteuning. In dit modelbesluit worden de bedragen voor hulp bij het huishouden, vervoersvoorzieningen (autokostenvergoeding, taxikostenvergoeding, rolstoeltaxivergoeding) en verhuiskostenvergoeding vastgelegd. Er is een mogelijkheid om in het modelbesluit andere bedragen op te nemen die noodzakelijk zijn voor een individu (29).

2.9 Inkoop door gemeenten

De financiering voor de verschillende voorzieningen komt uit de gemeente. In de Wmo staat beschreven dat de gemeente nu verantwoordelijk is voor de financiering van deze voorzieningen. Voorheen werd dit gefinancierd vanuit de AWBZ. Gemeenten krijgen meer verantwoordelijkheden. Bij de introductie van de Wmo in 2008 werd hulp bij het huishouden toegevoegd aan de verantwoordelijkheden van de gemeenten. In 2013 zijn een aantal nieuwe veranderingen aangekondigd, sommige daarvan zijn al ingevoerd. De volgende staan nog op de planning (30):

- individuele begeleiding
- persoonlijke verzorging
- jeugdzorg
- ZZP 3 en 4
- participatiewet

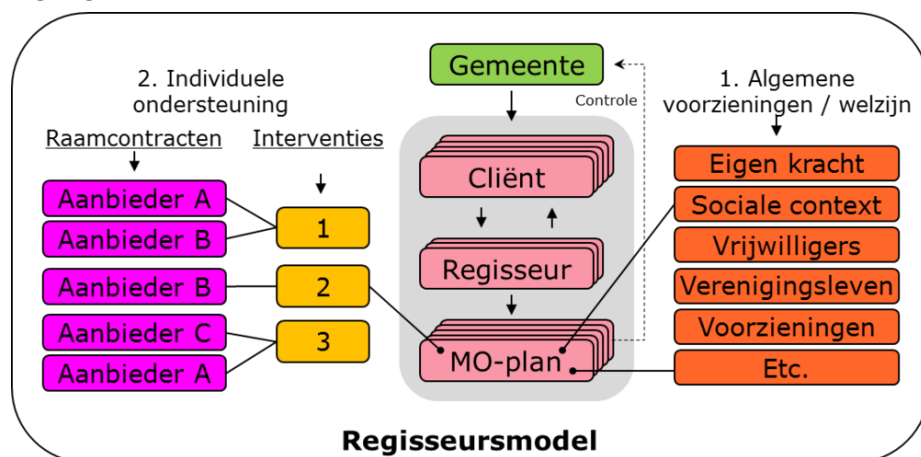
De kosten hiervan liggen op nationaal niveau rond de 15 miljard euro. De totale inkoop van de gemeenten per inwoner per jaar ligt rond de €2000,-. Het sociale domein als sector van inkoop wordt met de jaren het grootste deel van de gemeentelijke inkoop. Nu is dat nog 40% van het budget maar dit zal na 2015 gaan stijgen tot aan 55% (30).

Door de decentralisatie in de zorg is het belangrijk dat men maatwerk gaat leveren, ofwel voorzieningen op maat van de individuele cliënt. Omdat het beleid nieuw is zijn er wat betreft de organisatie nog veel dingen onbekend. Kennis en ervaring ontbreken bij de verschillende betrokken partijen. De gemeenten missen de kennis van de inhoud en bij de aanbieders ontbreekt het vaak nog aan ervaring als commercieel aanbieder. Het gaat om het vervangen van een aanpak door een andere aanpak, dit wordt substitutie genoemd (30). Een gevaar van het vervangen van een aanpak kan zijn dat deze substitutie wordt aangedreven door financiële overwegingen. Wanneer men wil besparen kan een substitutie slecht zijn omdat het gevolgen kan hebben voor de inhoudelijke kwaliteit van zorg en voorzieningen. Hier moet door de gemeente rekening mee worden gehouden. De nieuwe Wmo en het regeerakkoord zijn namelijk ook deels ingevoerd vanuit financiële overwegingen. De gemeente is door de nieuwe regelingen vrijwel de enige vrager op de markt. De gemeente bepaald welke, en hoeveel aanbieders er blijven.

De inkoop van zorg kan nu door de gemeente op verschillende manieren worden aangepakt. Er moet een besparing komen van 25%. Prof. Dr. Jan Telgen van de Universiteit Twente noemt in zijn onderzoek naar het “opdrachtgeverschap in het sociaal domein” enkele modellen die de gemeente kan gebruiken (30):

1. Doorgaan confer AWBZ: dit houdt in dat gemeenten blijven doen wat voorheen het zorgkantoor deed. Dit is een meer afwachtende aanpak. Het is tevens financieel niet haalbaar, de besparing die er moet komen zal niet worden doorgevoerd als men hetzelfde blijft doen.
2. Het STIPTER model: de gemeente beschrijft de probleemsituatie van een persoon. Dit wordt vervolgens gepubliceerd op een besloten website. Aanbieders krijgen dan de kans te bieden. Zo krijg je wel of geen combinatie van aanbieders en de regie over de uit te voeren plannen zit dan bij de aanbieder. De gemeente kiest daarna samen met de cliënt. Met dit model geeft de gemeente de regie uit handen. Voordelen hiervan zijn dat de aanbieder het plan bepaalt en dat een veiling zorgt voor een goede prijs-kwaliteit verhouding. De cliënt mag zelf kiezen en heeft dus regie. De nadelen zijn dat er per gezin/individueel een veiling moet plaatsvinden, de vraag is of aanbieders daar zin in zullen hebben. Ook kan het zijn dat er naderhand veranderingen komen.

3. Integratie met indicatie: de gemeente wijst dan per cliënt een aanbieder aan. Dan laten ze vervolgens de aanbieder bepalen wat er moet gebeuren. De aanbieders/zorgverleners weten goed van de cliënt nodig heeft. Zij hebben ervaring, zijn er bij als de situatie verandert en zien ook de effecten van de verleende zorg. Dit kan beter zijn dan een indicatie volgens regeltjes, omdat er dan individueel meer maatwerk wordt geleverd.
4. Wijkgericht contracteren: budget wordt overgeheveld naar de aanbieder. Deze aanbieder moet wel een grote aanbieder zijn omdat zij voor een hele wijk of stadsdeel de zorg moeten aanbieden. De aanbieder krijgt alle verantwoordelijkheid om binnen het gegeven budget alle zorg te regelen.
5. Regisseur model: dit model is de keuze geweest van de regio Twente. Het regisseur model werkt met een standaard catalogus met een groot aantal standaard 'interventies'. Het plan per cliënt wordt gemaakt vanuit deze catalogus. In dit model wordt overlegd met de cliënt en is de keuzevrijheid verwerkt. De regisseur vormt een verbindende schakel en blijft bij het proces van het ondersteuningsplan en de uitvoering hiervan. In het figuur hieronder staat het regisseursmodel uitgelegd.



Figuur 6: Regisseursmodel

De gemeente sluit contracten af per interventie. Deze contracten kunnen met een of meer aanbieders zijn. In de contracten worden voorwaarden vastgelegd. Extra interventies kunnen eenvoudig ingepast worden. Dit geeft een prikkel voor innovatie door aanbieders en een mogelijkheid zich te onderscheiden. Het grote voordeel van dit model is dat er een regisseur is. Het model past op alle deelterreinen van het sociale domein. De regisseur is cruciaal voor het goed verlopen van het model.

6. Wijkteams: een wijkteam bestaat uit de medewerkers van de gemeente, de medewerkers van de algemene voorzieningen en eventueel een wijkverpleegkundige. Een wijkteam bestaat niet uit aanbieders. Het ondersteuningsplan wordt opgesteld door het wijkteam. Meestal wordt dit gedaan

door 1 lid van het wijkteam, met ondersteuning van de anderen. Wijkgericht werken is efficiënt. Bovendien kan het zorgen voor creatieve oplossingen, bijvoorbeeld door de cliënten onderling.

Het is van belang dat gemeenten een model kiezen. Wanneer gemeenten samen willen werken is het van belang dat iedereen het zelfde model heeft. Anders contracteer je allemaal iets anders: budget, plan, interventie, wijkgericht etc. Nu alles in de handen van de gemeenten valt is het van belang dat ze dit goed gaan inrichten. Bovenstaande modellen geven hier een leidraad voor. Het regisseursmodel wordt inmiddels door 14 gemeenten in Twente gebruikt. Het model vindt ook toepassing in gemeenten in Limburg en Friesland. Doordat de 14 gemeenten allemaal het zelfde model gebruiken kan je goed samenwerken (30).

Een belangrijke vraag was of de gemeente als verantwoordelijke de regie zou dragen of dat deze regie ook uit handen wordt gegeven. Zoals uit de beschrijving van de modellen naar voren komt ligt de regie lang niet altijd in zijn geheel bij de gemeente. Bij het Stipter model ligt de regie vooral bij de aanbieders, maar hebben cliënten ook inbreng omdat deze na de biedingen samen met de gemeente bepalen voor welke aanbieder ze kiezen. In het regisseursmodel, wat in grote delen van Overijssel is ingevoerd, ligt de regie bij de verschillende partijen en de regisseur en controleert de gemeente alleen het plan.

3. Methoden

Het onderzoek bestaat uit een combinatie van inventariserend en explorerend onderzoek, waarbij vragenlijsten worden uitgegeven aan cliënten en mantelzorgers. Deelvraag 1 en 2 zijn inventariserend. Deelvraag 3 is explorerend. Deelvraag 4, 5 en 6 zijn een combinatie van zowel explorerend als inventariserend onderzoek. .

3.1 Meetmethoden

Met vragenlijsten wordt er gekeken of er aan de randvoorwaarden is voldaan. De randvoorwaarden zijn echter nog abstract. Om deze randvoorwaarden meetbaar te maken zijn deze vertaald in indicatoren en vervolgens in ruwe variabelen. Elke ruwe variabele is uiteindelijk terug te vinden als een vraag in de vragenlijst. In tabel 1 worden deze theoretische variabelen, indicatoren en ruwe variabelen beschreven.

Tabel 1: Theoretische variabelen en de bijbehorende indicatoren en ruwe variabelen voor de cliënt vragenlijst

Theoretische variabele	Indicatoren	Ruwe variabelen
Bieden van veiligheid	• Alarmeringsvoorzieningen • Korte responstijd • Veiligheid in eigen woning • Contactpersonen	Beschikbare alarmeringsvoorzieningen Responstijd in aantal minuten Aanwezigheid van een contactpersoon Mate van tevredenheid over veiligheid in eigen woning. Mate van belang van alarmeringsvoorzieningen Mate van belang van korte responstijd Mate van belang van contactpersonen Mate van belang van veiligheid
Aanwezigheid van mantelzorg en/of sterk sociaal netwerk	• Aanwezigheid mantelzorg • Aanwezigheid sociale voorzieningen • Belang van mantelzorg • Belang van sociale voorzieningen	Aantal mantelzorgers Aantal uren dat mantelzorgers per week aanwezig zijn Aantal keer per week sociale bezigheden Aanwezigheid van een buurthuis Aantal keer activiteiten in buurthuis per maand Aanwezigheid van sociale voorzieningen Mate van belang mantelzorgers Mate van belang sociaal netwerk Mate van belang sociale voorzieningen Mate van belang buurthuis
Bieden van ondersteuning in de dagstructuur	• Mate van ondersteuning • Belang van de ondersteuning	Aanwezigheid zorgcoördinator Aantal uren per week contact met zorgcoördinator Aanwezigheid thuiszorg Aantal uren per week thuiszorg aanwezig Aanwezigheid huishoudelijke hulp aantal uren huishoudelijke hulp per week Mate van belang van zorgcoördinator Mate van belang van thuiszorg Mate van belang van huishoudelijke hulp
Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt	• Centraal vraagpunt / aanspreekpunt	Soort aanspreekpunt: * Loket

nt in de nabijheid		* Huisarts * Woningstichting * (Mensen laten kiezen welke ze hebben) Afstand tot aanspreekpunt Openingstijden Mate van belang van aanspreekpunt
Aangepaste en adequate huisvesting	• Aanwezigheid woningaanpassingen • Belang van woningaanpassingen	Aanwezigheid traplift, actieve lift, passieve lift Aanwezigheid hoog-laagbed Gelijkvloerse ruimten Aangepaste doucheruimte Aangepast toilet Mate van belang van woningeisen
Noodzakelijk toezicht, deels op onplanbare momenten	• Technische ondersteuning • Aanwezigheid contactpersonen in noodsituaties • Belang van de aanwezigheid van contactpersonen in noodsituaties	Aanwezigheid technische ondersteuning Mate van belang technische ondersteuning Aanwezigheid toezicht op onplanbare momenten Mate van belang toezicht op onplanbare momenten Beschikbaarheid huisarts in noodsituaties Mate van belang beschikbaarheid huisarts in noodsituaties Beschikbaarheid van wijkverpleegkundige in noodsituaties Mate van belang beschikbaarheid van wijkverpleegkundige in noodsituaties Beschikbaarheid van mantelzorger in noodsituaties Mate van belang beschikbaarheid van mantelzorger in noodsituaties
Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden, aansprakelijkheden en zorgcoördinatie	• Belang van afspraken	Mate van helderheid/duidelijkheid van afspraken Mate van het nakomen van afspraken Mate van belang van heldere afspraken

Voor het beantwoorden van de deelvragen 4, 5 en 6 is het van belang om inzicht te krijgen in hoe mantelzorgers denken over het verlenen van ondersteuning, de gevolgen van het verlenen hiervan en de mogelijkheden tot eventuele extra verlening van ondersteuning. Voor mantelzorgers is er een andere vragenlijst opgesteld dan voor de cliënt. Uit de literatuur wordt nog niet duidelijk wat er precies van mantelzorgers wordt verwacht of gerealiseerd moet worden, in tegenstelling tot de situatie van de cliënt. De aspecten die uit de literatuur naar voren komen zijn nog niet dusdanig afgebakend dat er een inventariserende vragenlijst kon worden gebruikt. Een meer explorerend onderzoek geeft hier meer inzicht in de situatie waarin de mantelzorger zich nu bevindt. De vragenlijst voor de mantelzorger is gebaseerd op een aantal belangrijke variabelen die uit de theorie naar voren zijn gekomen. Deze theoretische variabelen zijn echter nog abstract. Om deze meetbaar te maken zijn deze vertaald in indicatoren en vervolgens in ruwe variabelen. Elke ruwe variabele is uiteindelijk terug te

vinden als vraag in de vragenlijst. In tabel 2 worden deze theoretische variabelen, indicatoren en ruwe variabelen beschreven.

Tabel 2: Theoretische variabelen en de bijbehorende indicatoren voor de mantelzorger vragenlijst

Theoretische variabele	Indicatoren	Ruwe variabelen
Zorgverlening	Ondersteuning bij dagelijks leven Verlenen van zorg Aanwezigheid	Aantal uren besteed aan ondersteuning bij dagelijks leven Aantal uren besteed aan verlenen van zorg (wassen, verschonen, medicijnen) Totaal aantal uren aanwezig bij de cliënt Aantal uren aanwezig bij cliënt zonder taken te verrichten
Beleidswijziging	Verwachte verandering van mantelzorg door wetswijziging	Verwachte stijging van aantal uren mantelzorg door wetswijziging Verwachte stijging van aantal uren mantelzorg wanneer familielid langer thuis blijft wonen
Hulpverlening bij noodsituaties	Reizen van huis tot huis Snelheid waarmee iemand te hulp kan schieten	Afstand tot familielid in kilometers Responstijd tot familielid in minuten Soort vervoersmiddel Aantal uur per dag beschikbaar voor respons
Taken	Huishoudelijke zorg Persoonlijke verzorging Psychosociale ondersteuning Manier van taken uitvoeren	Huishoudelijk: boodschappen, wassen, maaltijden bereiden, opruimen, schoonmaken Persoonlijk: wassen, aankleden, verplaatsen Psychosociaal: fysiek aanwezig zijn, mee gaan naar afspraken, luisteren, troosten, gezellige dingen doen Taken gezamenlijk uitvoeren of overnemen
Ervaren druk	Ervaren druk tijdens ondersteuning Ervaren van ondersteuning als last Extra hulp	Mate van druk m.b.t. verzorging Mate van ervaren last Mate van benodigde extra hulp in uren Mate van noodzakelijkheid extra hulp bij langer thuiswonen
Overbelasting	Lichamelijke klachten Psychische klachten	Lichamelijk : verhoogde hartslag, zweten, toenemende vermoeidheid, hoofdpijn Psychisch : concentratievermogen, slaapstoornissen Mate van gelukkig voelen Andere klachten dan bovenstaand Tijd voor eigen aandacht
Sociaal netwerk	Grootte van sociale netwerk Steun uit sociale netwerk	Aanwezigheid sterk sociaal netwerk Mate van steun verkregen uit netwerk Aanwezigheid van personen buiten sociaal netwerk Bestaan van andere mogelijkheden buiten mantelzorger

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit thuiswonende cliënten in de provincie Overijssel die 65 jaar of ouder zijn en een ZZP 3 of ZZP 4 indicatie hebben. Het verkrijgen van een random steekproef via lijsten die beschikbaar zijn bij verschillende organisaties bleek niet mogelijk te zijn. Organisaties

wilden of konden om verschillende redenen niet aan dit onderzoek meewerken. Privacy is hiervan de meest genoemde. Vervolgens is besloten om op zoek te gaan naar woonruimten waarin ouderen wonen waarvan wordt verwacht dat zij de betreffende indicatie hebben. Deze verwachting is gebaseerd op mogelijke levering van thuiszorg in dergelijke complexen en/of woningen. In totaal zijn er 300 vragenlijsten bij mogelijke ZZP 3 of ZZP 4 cliënten bezorgd.

Een tweede belangrijk deel van dit onderzoek bestaat uit het onderzoeken van het perspectief van de mantelzorger op deze nieuwe situatie. Naast de cliëntenpopulatie zullen er ook een aantal vragenlijsten worden verstrekt aan mantelzorgers. Deze populatie bestaat uit mantelzorgers uit Overijssel die cliënten verzorgen met een ZZP3 of ZZP 4 indicatie. In totaal zijn er 20 mantelzorgers benaderd. De informatie die hieruit wordt verkregen is een eerste inventarisatie. Dit deel van het onderzoek is dan ook meer explorerend van aard. Het is namelijk nog niet duidelijk in welke situatie de mantelzorger terecht gaat komen en hoeveel druk hij/zij eventueel (extra) moet gaan dragen.

Tabel 3: Aantal vragenlijsten per groep

Steekproef	Aantal vragenlijsten per groep
Clienten	300
Mantelzorgers	20
Totaal	310

Mantelzorgers zijn in dit onderzoek benaderd door de Belangen Organisaties Overijssel. Uit deze groep mantelzorgers zijn er een aantal uitgekozen met zoveel mogelijk verschillende kenmerken. Er is hier gekeken naar variatie in leeftijd, in woonplaats en naar de grootte van de familie.

3.3 Analyse

De analyse van de resultaten wordt gedaan met behulp van SPSS. In SPSS worden beschrijvende analyses gemaakt van de verkregen kwantitatieve data. Op de resultaten die worden verkregen uit alle open vragen wordt een codering toegepast. Als voorbeeld een vraag uit de vragenlijst: “Als u niet beschikbaar zou zijn, heeft de cliënt dan voldoende andere mogelijkheden?”. Alle antwoorden die op deze vraag gegeven zijn, zijn eerst doorgenomen om enige vorm van samenhang te kunnen ontdekken. Vervolgens zijn er dusdanige codes opgesteld waarmee alle vragen gecodeerd konden worden. Wanneer een mantelzorger op bovenstaande vraag antwoordt dat dit familie is, krijgt dit antwoord code 1. Wanneer een mantelzorger antwoordt dat dit vrienden van de cliënt zijn, krijgt dit antwoord code 2 enz. Als laatste is gekeken of coderingen vaker voorkomen.

4. Resultaten

Er zijn 300 vragenlijsten uitgezet in de cliënten populatie, daarvan zijn er 41 (14%) teruggestuurd. Voor mantelzorgers zijn er 20 vragenlijsten verspreid. Van deze vragenlijsten zijn er 10 (50%) teruggestuurd.

4.1 Mate waarin is voldaan aan de cruciale randvoorwaarden

In tabel 4 zijn alle percentages te vinden die aangeven bij hoeveel procent van de cliënten er reeds aan de verschillende randvoorwaarden is voldaan. In deze tabel is terug te vinden dat er aan de meeste randvoorwaarden reeds is voldaan. Opvallend is dat er aan twee randvoorwaarden nog niet voor alle cliënten aan is voldaan. Onder de randvoorwaarde mantelzorg en/of een sterk sociaal netwerk is te zien dat meer dan de helft van de respondenten minder dan twee keer per week sociale bezigheden heeft (61,0%). Daarnaast geeft 56,1% van de cliënten aan dat er geen buurthuis is, of dat zij het bestaan hiervan niet kennen. Wanneer deze wel aanwezig is dan is alsnog 50% van de cliënten niet op de hoogte van de hoeveelheid activiteiten die er worden georganiseerd. Bovendien is 52,5% niet op de hoogte van het bestaan van sociale voorzieningen. Onder de randvoorwaarde adequate huisvesting is te zien dat er nog veel aanpassingen in huis niet gerealiseerd zijn. Een traplift is slechts bij 26,8% van de cliënten aanwezig, terwijl dit volgens de zorgprofessional zeker voor 46% gerealiseerd zou moeten zijn. Een hoog-laag bed is slechts voor 36,6% van de cliënten gerealiseerd, terwijl dit volgens de zorgprofessional voor zeker 58% gerealiseerd zou moeten zijn. Ook een aangepaste doucheruimte en toilet is volgens de professionals in zeker 92% van de gevallen noodzakelijk. Het percentage cliënten dat over deze voorzieningen beschikt ligt echter veel lager.

Naast deze twee randvoorwaarden zijn er nog een aantal aspecten uit verschillende randvoorwaarden die opvallen. Een groot deel van de cliënten geeft namelijk aan geen zorgcoördinator te hebben of niet te weten dat er één beschikbaar is (36,6%). Ook geeft een groot deel cliënten aan dat een aanspreekpunt niet altijd toegankelijk is, of dat zij hier geen idee van hebben (41,5%). Als laatste geeft een heel groot deel cliënten (78,0%) aan dat er voor hen geen toezicht op onplanbare momenten bestaat.

Voor de variabelen waar een non respons is opgetreden zijn de percentages gecorrigeerd. In tabel 4 wordt weergegeven bij welke variabelen deze missing values zijn ontstaan.

Tabel 4: Percentages waarin door de cliënten aan de verschillende eisen voor de randvoorwaarden is voldaan.

Randvoorwaarde	Beoordelings-criteria	Antwoord-categorie	Frequentie (n=41)	Percentage (%)	# Missing values
Het bieden van veiligheid	Alarmerings-voorzieningen	Ja	36	87,8%	-
		Nee	4	9,8%	

**Aanwezigheid
mantelzorg en/of
sterk sociaal
netwerk**

	Weet ik niet	1	2,4%	
Responstijd	≤5 minuten	16	39,0%	1
	5-10 minuten	15	36,6%	
	10-15 minuten	5	12,2%	
	15-20 minuten	1	2,4%	
	Weet ik niet	4	9,8%	
Contactpersoon	Ja	34	82,9%	-
	Nee	7	17,1%	
Tevredenheid met veiligheid in eigen woning	Tevreden	39	95,1%	-
	Neutraal	1	2,4%	
	Ontevreden	1	2,4%	
Sociale bezigheden	≤1	15	36,6%	-
	1-2	10	24,4%	
	3-4	8	19,5%	
	4-5	6	14,6%	
	≥5	2	4,9%	
Buurthuis	Ja	18	43,9%	-
	Nee	11	26,8%	
	Weet ik niet	12	29,3%	
Aantal activiteiten in buurthuis per maand	≤1	3	7,5%	1
	1-2	5	12,5%	
	3-4	7	17,5%	
	4-5	1	2,5%	
	≥5	4	10,0%	
	Weet ik niet	20	50,0%	
Aanwezigheid sociale voorzieningen	Ja	16	40,0%	1
	Nee	3	7,5%	
	Weet ik niet	21	52,5%	
Beschikbaarheid zorg coördinator	Ja	26	63,4%	-
	Nee	6	14,6%	
	Weet ik niet	9	22,0%	
Krijgen van thuiszorg	Ja	26	63,4%	-
	Nee	15	36,6%	
Krijgen van huishoudelijke hulp	Ja	37	90,2%	-
	Nee	4	9,8%	
Soort aanspreekpunt	Loket	6	15,0%	1
	Huisarts	8	20,0%	
	Woning- stichting	10	25,0%	
	1	1	2,5%	
	Loket en huisarts	2	5,0%	
	3	3	7,5%	
	Huisarts en woning- stichting	10	25,0%	
Allemaal				
Aanspreekpunt altijd toegankelijk	Ja	24	58,5%	-
	Nee	9	22,0%	
	Weet ik niet	8	19,5%	
Voorzieningen	Traplift	11	26,8%	-
	Hoog-laag bed	15	36,6%	
	Gelijkvloerse	38	92,7%	

Noodzakelijk toezicht, deels op onplanbare momenten		ruimten			
		Aangepaste doucheruimte	29	70,7%	
		Aangepast toilet	28	68,3%	
	Technologie voor alarmering aanwezig	Ja	32	78,0%	-
		Nee	9	22,0%	
	Aanwezigheid toezicht op onplanbare momenten	Ja	9	22,0%	-
		Nee	32	78,0%	
	Huisarts beschikbaar in noodsituatie	Ja	28	68,3%	-
		Nee	3	7,3%	
		Weet ik niet	10	24,4%	
	Wijkverpleegkundige beschikbaar in noodsituatie	Ja	21	51,2%	-
		Nee	8	19,5%	
		Weet ik niet	12	29,3%	
	Mantelzorger beschikbaar in noodsituatie	Ja	29	70,7%	-
		Nee	8	19,5%	
		Weet ik niet	4	9,8%	

In tabel 5 is te zien hoeveel mantelzorgers de cliënt gemiddeld heeft en hoeveel contacturen er per week zijn met de mantelzorgers. Gemiddeld heeft men 1 mantelzorger die 3,6 uur per week bij de cliënt aanwezig is. Dat aantal uren varieert van 0 tot 24. Aan het gemiddelde is af te lezen dat het aantal uren vaak veel lager ligt dan 24 uur. Naast het aantal uren mantelzorger is er gemiddeld 1 uur per week contact met de mantelzorger. De thuiszorg spendeert meer uren per week aan het ondersteunen van de cliënten dan aan de huishoudelijke hulp (5,9 uur tegenover 3,3 uur).

Tabel 5: Aantal mantelzorgers aanwezig en aantal contacturen per week met personen die cliënt ondersteunen met de dag structuur.

Variabele	Gemiddelde	Range	Standaarddeviatie(σ)
Aantal mantelzorgers aanwezig voor cliënt	1 (1,07)	0-5	1,3
Aantal uur per week mantelzorger aanwezig	3,6	0-24	5,1
Aantal uur contact per week met zorg coördinator	1,1	0-14	2,6
Aantal uur thuiszorg per week	5,9	0-100	16,4
Aantal uur huishoudelijke hulp per week	3,3	0-20	3,0

4.2 Mate van belang van de randvoorwaarden

In tabel 6 wordt in aantallen en percentages weergegeven hoe belangrijk de verschillende aspecten van de randvoorwaarden door de cliënten worden gevonden. Vrijwel alle aspecten van de randvoorwaarden worden door een groot deel van de cliënten als belangrijk ervaren. Het percentage cliënten dat de aspecten onbelangrijk vindt ligt veelal onder de 5%. De aanwezigheid van een buurthuis (42,5%) en het toezicht op onplanbare momenten (56,1%) zijn aspecten die echter in mindere mate belangrijk worden gevonden. Voor een aantal variabelen is er een non respons ontstaan. In de laatste kolom van tabel 6 staat het aantal missing values weergegeven wanneer deze daar was.

Tabel 6: Mate waarin de verschillende aspecten van de randvoorwaarden door de cliënt als belangrijk worden ervaren.

Randvoorwaarde	Beoordelings- Criteria	Belangrijk	Neutraal	On- belangrijk	# Missing values
Gevoel van veiligheid	Alarmerings- voorzieningen	N=36 (87,8%)	N=4 (9,8%)	N=1 (2,4%)	-
	Korte responstijd	N=40 (97,5%)	N=0 (0,0%)	N=1 (2,4%)	-
	Beschikbaarheid contact in onveilige situaties	N=41 (100%)	N=0 (0,0%)	N=0 (0,0%)	-
	Belang van veiligheid in eigen woning	N=41 (100%)	N=0 (0,0%)	N=0 (0,0%)	-
Mantelzorgers en/of sterk sociaal netwerk	Belang van mantelzorgers	N=29 (70,7%)	N=8 (19,5%)	N=4 (9,7%)	-
	Sociale activiteiten	N=31 (75,7%)	N=7 (17,1%)	N=3 (7,3%)	-
	Aanwezigheid van een buurthuis	N=17 (42,5%)	N=16 (40,0%)	N=7 (17,5%)	1
	Aanwezigheid van sociale voorzieningen	N=30 (73,2%)	N=11 (26,8%)	N=0 (0,0%)	-
Ondersteuning in dagstructuur	Beschikbaarheid zorgcoördinator	N=29 (71,8%)	N=8 (20,5%)	N=2 (5,2%)	2
	Aanwezigheid thuiszorg	N=37 (87,5%)	N=2 (4,9%)	N=2 (4,9%)	-
	Aanwezigheid huishoudelijke hulp	N=39 (95,1%)	N=1 (2,4%)	N=1 (2,4%)	-
Het bestaan van een centraal vraagpunt of aanspreekpunt	Aanwezigheid vraagpunt of aanspreekpunt	N=38 (92,7%)	N=3 (7,3%)	N=0 (0,0%)	-

Aangepaste en adequate huisvesting	Traplift(N=17)	N=15 (88,2%)	N=0 (0,0%)	N=2 (11,8%)	24
	Hoog-laag bed	N=18 (78,2%)	N=3 (13,0%)	N=2 (8,7%)	18
	Gelijkvloerse ruimten	N=34 (100%)	N=0 (0,0%)	N=0 (0,0%)	7
	Aangepaste doucheruimte	N=25 (89,3%)	N=2 (7,1%)	N=1 (3,6%)	13
	Aangepast toilet	N=27 (89,9%)	N=2 (6,6%)	N=1 (3,3%)	11
Noodzakelijk toezicht, deels op onplanbare momenten	Technologie in huis	N=36 (87,8%)	N=3 (7,3%)	N=2 (4,9%)	-
	Toezicht op onplanbare momenten	N=23 (56,1%)	N=10 (24,4%)	N=8 (19,5%)	-
	Huisarts beschikbaar in noodsituaties	N=40 (97,5%)	N=1 (2,4%)	N=0 (0,0%)	-
	Wijkverpleegkundige beschikbaar in noodsituaties	N=29 (70,7%)	N=7 (17,1%)	N=5 (12,2%)	-
	Mantelzorger beschikbaar in noodsituaties	N=34 (82,9%)	N=7 (17,1%)	N=0 (0,0%)	-
Mate van heldere afspraken	Heldere afspraken	N=33 (94,2%)	N=2 (5,7%)	N=0 (0,0%)	6

4.3 Additionele voorwaarden

Deelvraag 3; “Wat zijn additionele voorwaarden die vanuit het oogpunt van de cliënt belangrijk zijn?” wordt beantwoord door eventuele aanvullingen die de cliënt heeft op de vragenlijst. Er is gevraagd of de cliënt nog zaken mist om langer in eigen huis te wonen mogelijk te maken. Een aantal respondenten gaf aanvullingen op de vragenlijst. Er kwamen verschillende antwoorden naar voren die sterk van elkaar verschillen. Geen enkel van onderstaande punten wordt vaker dan één keer genoemd door een cliënt. Onderstaand een lijst met alle genoemde aanvullingen:

- “In mijn huis zijn er al wel aanpassingen. Na het verlies van mijn echtgenoot ben ik steeds minder mobiel, eenzaam en angstig. Eerst was er hier een verse maaltijdvoorziening uit eigen keuken. Hier zijn ze helaas mee gestopt. Vrijwel alle servicevoorzieningen in mijn flat zijn gestopt. Nu is het een 55+ flat. Ik moet nu zelf zorg regelen en zorg dragen voor mijn maaltijden. Dit is erg vervelend. Daarom woon ik liever in een verzorgingshuis met aanspraak, maaltijden en zorg.”

- “Meer veiligheid en controle, een beheerder zou wenselijk zijn. Dit is nu niet voldoende, ben zeer ontevreden over de veiligheid rond mijn appartementencomplex”.
- “Hulp bij boodschappen doen, ik ben namelijk zeer slecht ter been. En heb maar een beperkt aantal uur hulp, die helpen niet met boodschappen.”
- “Alle zorg die mevrouw ontvangt van thuiszorg en qua huishoudelijke hulp is particulier ingekochte zorg. Daarmee kan zij meer uren zorg krijgen. De niet-particuliere zorg was niet voldoende. Door de onrust in “zorgland” is er ook veel onrust bij de medewerkers van de thuiszorg, wel/niet ontslagen worden, veel meer taken dan voorheen, andere manier van leiding ontvangen, opleidingsniveau daalt. Afstemming bij wisseling werktijd is onvoldoende. Er is veel gejaagdheid, dit is erg toegenomen. Men weet de afspraken die mevrouw heeft niet meer etc etc. Toch doet iedereen vreselijk zijn best, je mag hopen nooit afhankelijk te worden.”(Geschreven door de mantelzorger)
- “Thuis is eigenlijk niet meer verantwoord, mantelzorg wordt te zwaar en de thuiszorg is niet voldoende. Iedereen wil graag thuis blijven wonen maar is het nog verantwoord? Zorg zwaarte van mensen thuis wordt steeds hoger en zwaarder, maar er is minder inzet van zorg. Beroep op mantelzorgers wordt groter, werkgevers zijn daar niet blij mee, mantelzorger overbelast!”
- “de vrijheid die je hebt in eigen huis is voor mij belangrijk”

Ondanks deze aanvullingen geeft toch 70% van de respondenten aan dat zij liever in hun eigen huis willen blijven wonen als zij hier vrije keuze in hadden.

4.4 Hoeveel tijd besteden mantelzorgers aan ondersteuning en waar bestaat deze ondersteuning uit?

In tabel 7 wordt weergegeven welke ondersteunende activiteiten mantelzorgers uitvoeren en hoeveel tijd ze hier gemiddeld aan spenderen. Opvallend is dat de meeste tijd gemiddeld wordt besteed aan de huishoudelijke zorg (gemiddeld 12,1 uur per week) terwijl de activiteiten die vallen onder de psychosociale ondersteuning eigenlijk allemaal door bijna alle mantelzorgers worden uitgevoerd. Aan de psychosociale ondersteuning wordt gemiddeld 6,5 uur per week besteed.

Tabel 7: Ondersteunende activiteiten van mantelzorgers en de gemiddelde tijdsbesteding per week hieraan

Activiteiten	Aantal (N=10)	Percentage (%)	Gemiddelde tijdsbesteding per week	SD
Huishoudelijke zorg			12,1	10,6
- Boodschappen	10	100%		
- De was	6	60%		
- Maaltijden bereiden	9	90%		
- Opruimen	9	90%		
- Schoonmaken	5	50%		
- Anders: namelijk	0	0%		

Persoonlijke verzorging			5,5	4,5
- Wassen	4	40%		
- Aankleden	3	30%		
- Verplaatsen	4	40%		
- Medicijnen	1	10%		
- Anders, namelijk:				
* 's Nachts waken	1	10%		
* Eten geven	1	10 %		
* Medicijnen	1	10%		
Psychosociale ondersteuning			6,5	5,5
- Fysiek aanwezig zijn	10	100%		
- Mee gaan naar afspraken	10	100%		
- Luisteren	10	100%		
- Troosten	9	90%		
- Gezellige dingen doen	10	100%		
- Anders, namelijk:	0	0%		

4.5 In welke mate ondervinden mantelzorgers nadelige gevolgen door de huidige gegeven ondersteuning?

In tabel 8 wordt weergegeven hoeveel druk en last mantelzorgers ervaren door het verlenen van de ondersteuning.

Tabel 8: Ervaren druk en last van mantelzorgers.

	Gemiddelde	SD	Mediaan
Ervaren druk ¹	6,5	2,3	7
Ervaren last ²	6,1	2,0	7

In tabel 9 is weergegeven in welke mate verschillende mogelijk negatieve gevolgen van het mantelzorgen worden ervaren. Opvallend is dat 90% van de mantelzorgers wel eens last heeft gehad van alle klachten. Opvallend is dat 70% van de mantelzorgers regelmatig of zelfs vaak lichamelijke gevolgen ervaart.

Tabel 9: Percentages over in welke mate de verschillende gevolgen van mantelzorgen worden ondervonden.

Gevolgen	Frequentie(n=10)	Percentage(%)
Lichamelijke gevolgen		
- Nooit	1	10%
- Soms	2	20%
- Regelmatig	5	50%
- Vaak	2	20%
Psychische gevolgen		
* Concentratie		
- Nooit	1	10%
- Soms	5	50%
- Regelmatig	4	40%
- Vaak	0	-
* Slaap		
- Nooit	1	10%
- Soms	5	50%
- Regelmatig	2	20%
- Vaak	2	20%
Sociale gevolgen		
- Ja	9	90%
- Nee	1	10%

¹ Schaal 1 op 10. Waar 1 = geen druk en 10 = maximale druk

² Schaal 1 op 10. Waar 1 = geen last en 10 = maximale last

Naast deze bovengenoemde gevolgen geeft 90% van de mantelzorgers aan dat zij niet genoeg tijd voor zichzelf over hebben naast het mantelzorgen. Vooral het inleveren van tijd voor eigen vrije tijd wordt vaker aangegeven. Om geen belangrijke andere gevolgen van het mantelzorgen te missen is hen de vraag gesteld of zij naast deze nog andere klachten hebben als gevolg van het mantelzorgen. Hier geeft 70% aan deze niet te hebben. De overige 30% (N=3) benoemde wel andere klachten. Van deze klachten zijn er twee in te delen als lichamelijke gevolgen (quote 1 en 2). De laatste mantelzorger was de enige die echt aanvullende informatie heeft gegeven (quote 3).

1. “Energieverlies.”
2. “Weinig energie over om dingen voor mijzelf te doen, uitgeput gevoel”.
3. “Ik word als mantelzorger niet ondersteund omdat ik in een andere gemeente woon.”

4.6 In welke mate hebben mantelzorgers de tijd en gelegenheid om extra ondersteuning te verlenen?

Er werd verwacht dat het aantal uur ondersteuning wat mantelzorgers verlenen zal moeten gaan stijgen. In tabel 10 is te zien dat 80% van de mantelzorgers deze stijging ook inderdaad verwacht. Opvallend is dat mantelzorgers grotendeels (70%) aangeven dat er extra hulp nodig is, maar deze zelf niet kunnen dragen (90%). Naast de ondersteuning van de mantelzorger ontvangen cliënten voor een groot deel (80%) slechts matige of zelfs geen steun uit het sociale netwerk.

Tabel 10: Verwachte verandering van aantal uur ondersteuning die verleend wordt door de mantelzorger

		Frequentie (n=10)	Percentage (%)
Verandering aantal uur verlening mantelzorg	Stijging aantal uur	8	80%
	Daling aantal uur	0	0%
	Gelijkblijvend aantal uur	2	20%
Extra hulp nodig buiten mantelzorger	Ja	7	70%
	Nee	3	30%
Extra hulp is te dragen door huidige mantelzorger	Ja	1	10%
	Nee	9	90%
Totaal		10	100%

De redenen die mantelzorgers geven voor de verwachting dat er extra hulp nodig is zijn de volgende: “omdat ik het alleen niet meer aan kan”, “omdat ze steeds kwetsbaarder wordt”, “het is nu niet genoeg”, “ze gaat steeds verder achteruit”. Daarnaast wordt door 50% van de mantelzorgers aangegeven dat er meer thuiszorg nodig is. Mantelzorgers die niet van mening zijn dat er extra hulp nodig is geven aan dat zij zelf nog extra ondersteuning/hulp kunnen bieden.

In tabel 11 wordt weergegeven wat de gemiddelde afstand, responstijd en beschikbaarheid per dag is. Opvallend is dat de standaarddeviatie van de gemiddelde afstand en gemiddelde responstijd erg hoog ligt. Dit komt doordat één van de respondenten op grote afstand (75 km) woont waar een lange reistijd (120 minuten) bij hoort.

Tabel 11: Gemiddelde responstijd in minuten en beschikbare responstijd per dag van de mantelzorger

	Gemiddelde afstand in kilometers	Gemiddelde responstijd in minuten	Beschikbaarheid voor respons in uren per dag
Totaal gemiddelde (N=10)	13,3	23,1	19,0
SD	22,7	35,3	8,9

5. Conclusie en discussie

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat er aan de meeste randvoorwaarden is voldaan zoals die zijn opgesteld door de zorgprofessional. Aan twee van de randvoorwaarden is echter nog niet voor alle cliënten voldaan. Opvallend is daarbij vooral dat cliënten vele aspecten van de randvoorwaarden die nog niet gerealiseerd zijn wel belangrijk vinden. De eerste randvoorwaarde betreft de adequate huisvesting. Van de meeste aanpassingen wordt door de zorgprofessional gesteld dat een hoger percentage cliënten er over zou moeten beschikken dan dat op dit moment het geval is. Cliënten geven daarnaast zelf ook aan dat zij deze aanpassingen erg belangrijk vinden. Opvallend is dat in dit onderzoek het percentage aanwezigheid van een traplift lager, en gelijkvloerse ruimten hoger uitvalt dan het percentage dat volgens de zorgprofessional gerealiseerd zou moeten zijn. Dit is te verklaren uit het feit dat er vooral cliënten benaderd zijn die in appartementencomplexen wonen. De tweede randvoorwaarde betreft het sociale netwerk. Sociale bezigheden zouden vereenzaming en verwaarlozing moeten kunnen voorkomen. Op dit moment zijn cliënten vaak nog niet op de hoogte van het bestaan van dergelijke voorzieningen en hebben zij vaak geen idee van het aantal keer dat er activiteiten worden georganiseerd. Een derde punt waar nog niet voor alle cliënten aan is voldaan betreft de veiligheid van de cliënt. Dit punt bevat verschillende aspecten die vallen onder de randvoorwaarde noodzakelijk toezicht en het gevoel van veiligheid van de cliënt. Voor vele cliënten is er geen enkele contactpersoon beschikbaar. Het zou mogelijk moeten zijn dat er voor iedere cliënt ten alle tijde een contactpersoon bereikbaar is, in ieder geval bij het ontstaan van een noodsituatie. Dit kan het gevoel van veiligheid in de extramurale setting verhogen. Bovendien is er voor weinig cliënten toezicht in de vorm van technologie. Voor de vragen met betrekking tot de sociale voorzieningen en de technologie voor toezicht is er een grote non-respons opgetreden. Dit is wellicht ontstaan doordat cliënten niet over dergelijke voorzieningen beschikken en er daarom het belang niet van konden aangeven.

Het tweede deel van het onderzoek betrof het onderzoek naar de situatie van de mantelzorgers. Door de overheveling van de AWBZ naar de Wmo krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid om zorg toe te wijzen aan cliënten met een ZZP3 of ZZP4 indicatie. Deze zorg is vaak niet genoeg om mensen in een extramurale situatie optimaal te laten verblijven. Verwacht werd dat mantelzorgers deze extra ondersteuning zouden kunnen verlenen. De resultaten van dit onderzoek geven echter weer dat zij hier niet toe in staat zijn. Mantelzorgers zijn gemiddeld al 20,4 uur per week aanwezig bij de cliënt. Bovendien ervaart meer dan 80% van de mantelzorgers op dit moment al nadelige gevolgen van het mantelzorgen, welke lichamelijk, psychisch of sociaal van aard zijn. Wel verwachten de mantelzorgers zelf ook dat er een stijging van het aantal uren ondersteuning zal gaan plaatsvinden. Naast de hulp van mantelzorgers ontvangen cliënten slechts matige ondersteuning van mensen uit hun sociale netwerk.

Enkele van deze resultaten geven echter een vertekend beeld van de werkelijkheid. Deze vertekening van resultaten is mogelijk ontstaan door onduidelijkheden in de vragenlijst. Allereerst bleek een aantal vragen wat moeilijker in te vullen door mogelijk onduidelijke of minder goed omschreven begrippen in de vragenlijst. Vele respondenten hebben dergelijke vragen niet ingevuld. Een voorbeeld hiervan is de vraag over de ‘helderheid’ van afspraken. Ten tweede zijn er bij enkele vragen antwoordcategorieën gebruikt waaruit geen geldige resultaten konden worden verkregen. Een voorbeeld hiervan betreft de vraag over sociale activiteiten waarbij men kon kiezen voor ≤ 1 keer per week sociale activiteiten. Het wordt hieruit echter niet duidelijk of de cliënten nul of één keer per week sociale activiteiten hebben. Om hier wel duidelijke resultaten uit te krijgen zou er een antwoordcategorie “nul activiteiten per week” moeten zijn worden toegevoegd. Ter voorkoming van deze eerste twee vormen van vertekening zou het beter geweest zijn wanneer er voorafgaand aan het onderzoek een pilot had plaatsgevonden om mogelijke fouten in de vragenlijst eerder op te merken.

In dit onderzoek zijn er ook enkele knelpunten geweest. Het trekken van een random steekproef bleek niet mogelijk te zijn. Organisaties konden gegevens niet verstrekken in verband met mogelijke privacy schending. Om de resultaten van het onderzoek te verbeteren zou het beter zijn om voorafgaand aan het onderzoek zekerheid te hebben over de manier van werving van cliënten. Doordat de steekproef niet random was konden er geen duidelijk afgebakende selectiecriteria worden gebruikt. Van de 300 vragenlijsten die zijn verstuurd zijn er slechts 41 teruggestuurd. Dit is een lage respons, maar we hebben geen verklaringen kunnen ontdekken waarom deze respons zo laag is gebleven. De resultaten die zijn verkregen wijzen echter wel allemaal in dezelfde richting. Dit geeft een goede indruk van deze eerste inventarisatie van de wensen van de cliënt. De steekproef van 10 mantelzorgers is een te laag aantal, dit is niet voldoende om conclusies te kunnen trekken voor dit onderzoek.

Een sterke kant van dit onderzoek is dat sociaal wenselijke antwoorden zijn vermeden door gebruik te maken van een begeleidende brief bij de vragenlijst. In deze brief is benadrukt dat er geen invloed kan worden uitgeoefend op de situatie van de cliënt en ook de anonimiteit van de cliënt is sterk benadrukt. Deze twee aspecten zouden anders invloed kunnen hebben op de mate waarin cliënten de vragenlijst eerlijk zouden invullen.

Alle bovenstaande resultaten van dit onderzoek geven een beeld van wat er in de praktijk voor de cliënt allemaal belangrijk is bij het langer in eigen huis wonen. Duidelijk geworden is dat de randvoorwaarden die zijn opgesteld door de zorgprofessional inderdaad belangrijk zijn voor de cliënt maar nog niet voor alle cliënten gerealiseerd zijn. Voordat cliënten op een optimale manier in eigen huis kunnen blijven wonen zullen alle randvoorwaarden eerst voor alle cliënten goed gerealiseerd moeten worden. Ook werd er een beeld geschetst van de druk op de mantelzorgers. In de toekomst zal

er extra ondersteuning gegeven moeten worden aan de cliënt. Deze kan echter niet door mantelzorgers verleend worden.

Vanuit dit eerste beeld van de praktijk zal er echter nog specifiek onderzoek gedaan moeten worden. Een eerste vervolgonderzoek zal zich moeten richten op een veel grotere en bovendien random steekproef van cliënten en mantelzorgers. In dit onderzoek is de steekproef niet random geweest en is er een te lage respons opgetreden om generaliseerbare conclusies te kunnen trekken uit deze resultaten. Van belang is om het vervolgonderzoek per gemeente uit te voeren. Een deel van de AWBZ wordt overgeheveld naar de Wmo. Iedere gemeente heeft de vrijheid om het beleid rondom deze Wmo anders in te richten waardoor er per gemeente verschillen kunnen ontstaan. Door het onderzoek per gemeente en onder een veel grotere en bovenal random steekproef uit te voeren kan duidelijk worden welke voorzieningen nog gerealiseerd moeten worden om cliënten op een optimale manier langer in hun eigen huis te kunnen laten wonen.

Literatuurlijst

1. Giesbers H (RIVM), Verweij A (RIVM), Beer J. de (NIDI). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid(RIVM); 2013.
2. Garssen J. Demografie van de vergrijzing. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2011.
3. Gijzen R. (RIVM), Oostrom S.H. van (RIVM), Schellevis F.C. (NIVEL), Hoeymans N. (RIVM). Chronische ziekten en multimorbiditeit samengevat. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid(RIVM); 2013.
4. Movisie. Wijzigingen AWBZ en Wmo: een overzicht. Utrecht: Stichting Movisie; 2014. URL: <http://www.movisie.nl/>
5. Regeerakkoord Bruggen slaan Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD - PvdA. Den Haag; 29 oktober 2012. URL: <http://www.kabinetsformatie2012.nl/actueel/documenten/regeerakkoord.html>
6. Boerkamp, A. Wijziging beleidsregels ter verdeling besteedbare middelen beheerskosten verbindingkantoren AWBZ 2012. Staatscourant, 2013(3109), p.1-4.
7. Coolen, J. ZZP, wat kan ik ermee? Brochure van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van VWS; 2010.
8. Sande B.P.J. van. Zelfstandig thuis in eigen huis. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven; 2013. P. 69-76
9. Rijn M.J. van (Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Overheid.nl, jaargang 2012, nr. 26775; 2012.
10. Brummelhuis K, Oomen I. Rapport ZZP VV1-VV4 in de thuissituatie. Enschede: Bureau HHM; 2012.
11. Brummelhuis K, Oomen I. ZZP VV01-VV04 in de thuissituatie. Randvoorwaarden, toerusting zorg- en ondersteuningsaanbod en aanvullend beleid. Enschede: Bureau HHM; 2012.
12. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Wetsvoorstel Wmo2015. URL: <http://www.invoeringwmo.nl/bibliotheek/wetsvoorstel-wmo2015>
13. Jansen S.J. Domotica technologie in de intramurale ouderenzorg. Enschede: Universiteit Twente; 2008. P. 30-34
14. Cromwijk R. Afdeling trends en onderzoek, methodebeschrijvingen. Utrecht: Movisie; 2010.
15. Alting D.E.M, Brouwers J.G.M, Keijsers, J.F.E.M. Het evalueren van community interventies. Woerden: NIGZ; 2003.

16. Mediant GGZ. Project Preventieve Ondersteuning van Mantelzorgers. Een initiatief van InterZorg Ouderen en Mediant GGZ. Enschede: Mediant GGZ; 2004.
17. Duzijn B, Veldhuis M. Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers, methodiek voor systematische opsporing en preventieve ondersteuning van mantelzorgers, werkset voor preventiewerkers en zorgvernieuwers. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
18. Landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligerszorg(Mezzo). Ondersteuning op maat voor mantelzorgers. Bunnik: Mezzo; 2014.
19. Van Delden J.J.M. Levensloopbestendige woningen. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2012.
20. Zorgverzekeraar Menzis. Convenant gemeente Enschede. Enschede: Menzis; 2011.
21. Zunderdorp Beleidsadvies & Management. Leidraad voor gemeenten en zorgkantoren. Samen werken aan zorg en ondersteuning. In opdracht van VNG en Zorgverzekeraars Nederland. Den Haag: Zunderdorp Beleidsadvies & Management; 2011.
22. Nederlandse zorgautoriteit(Nza). Advies scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ. Extramuraliseren ZZP's. Utrecht: Nza; 2012.
23. Tympaan instituut. Blik op verbinden wonen en zorg. Den Haag: Tympaan instituut; 2013.
24. Drooger W. Uitwerking lichte zorgzwaartepakketten. Utrecht: Platform VG; 2012.
25. Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud). Bestedingsmogelijkheden bij het scheiden van wonen en zorg. Een inventarisatie van de gevolgen voor de bestedingsmogelijkheden van ouderen met een minimuminkomen door scheiden van wonen en zorg. Utrecht: Nibud; 2012.
26. Gemeente Amsterdam. Dienst Wonen, Zorg en Samenleving. Notitie scheiden wonen en zorg. Amsterdam: gemeente Amsterdam; 2012.
27. Actiz. Sluiting verzorgingshuizen en het maatschappelijk debat over ouder worden en wonen. Utrecht: Actiz, organisatie van zorgondernemers; 2014. URL:
<http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/2014/sluiting-verzorgingshuizen-en-het-maatschappelijk-debat-over-ouder-worden-en-wonen>
28. Rijksoverheid. Modelverordening Wmo 2010. Den Haag: Rijksoverheid; 2010. P. 6-16
29. Vereniging Nederlandse Gemeenten(VNG). Gemeentelijk Modelbesluit Maatschappelijke Ondersteuning. Den Haag; 2010. P. 1-2
30. Telgen J. prof. dr. Inzicht in de veranderende wereld van AWBZ en Wmo, gemeenten als opdrachtgevers. Rotterdam: Universiteit Twente; 2014. P. 1-40

Bijlagen

1.1 Vragenlijst mantelzorger

Vragenlijst wonen op eigen kracht

Voor een onderzoek naar het langer in eigen huis blijven wonen van cliënten met een ZZP 3 of ZZP4 indicatie zijn wij geïnteresseerd in hoe het verlenen van mantelzorg door u wordt ervaren. ZZP staat voor zorg zwaarte pakket. Het scheiden van wonen en zorg zou ertoe moeten leiden dat cliënten met een ZZP3 of ZZP4 indicatie langer in eigen huis kunnen blijven wonen. Om dit te kunnen realiseren zijn er door zorgprofessionals een aantal voorwaarden opgesteld. Een van deze voorwaarden is dat de cliënt veel steun krijgt van een mantelzorger en/of zijn sociale netwerk. Uit onderzoek is gebleken dat er hierdoor extra veel druk op de mantelzorger komt te staan.

De meeste mantelzorgers verlenen deze vorm van zorg aan een familielid. In de verdere vragenlijst zal degene die u verzorgt dan ook worden benoemd als ‘familielid’. Wanneer degene waar u zorg aan verleent geen familielid is, mag u het woord familielid zien als benaming voor degene waar u voor zorgt.

Eerst volgen er een aantal algemene vragen. Met uw gegevens wordt zorgvuldig omgegaan. Deze worden alleen gebruikt om te controleren van welke personen er een respons op de vragenlijst is gekomen.

Wat is uw leeftijd?

In welke gemeente bent u woonachtig?

Welke ZZP indicatie heeft degene die u verzorgt?

Zorgverlening

Het aantal uren zorgverlening per week kan natuurlijk verschillen, neem hierbij een schatting van het aantal uur in een gemiddelde week.

1. **Kunt u een schatting maken van het aantal uren dat u per week bezig bent met het verlenen van ondersteuning bij het dagelijkse leven?**

Denk hierbij aan klusjes, de was, boodschappen doen etc.

..... uur

2. **Kunt u een schatting maken van het aantal uren per week dat u bezig bent met het verlenen van zorg/verzorging?**

Denk hierbij aan wassen, verschonen, hulp bij medicijnen etc.

..... uur

3. **Kunt u een schatting maken van het totaal aantal uren die u per week aanwezig bent bij de cliënt?**

..... uur

4. **Kunt u aangeven welk gedeelte van de uren u aanwezig bent zonder taken te verrichten?**
Het gaat hier dus om het aantal uren dat u er bent voor contact gezelschap. Denk hierbij aan het drinken van een kopje koffie of kletsen.

..... uur

Beleid

5. **Bent u bekend met de wijzigingen in de wet waardoor ouderen langer thuis moeten blijven wonen?**

Omcirkel het juiste antwoord

Ja/Nee

6. **Verwacht u dat het aantal uur dat u besteed aan mantelzorg zal veranderen door de wijzigingen?**

Omcirkel het juiste antwoord

Ja/Nee

7. **Verwacht u een daling of een stijging in het aantal uren dat u ondersteuning verleent wanneer uw familielid/anders langer thuis blijft wonen?**

Kruis het juiste antwoord aan

- ☐ Het aantal uur ondersteuning zal dalen
- ☐ Het aantal uur ondersteuning zal stijgen
- ☐ Het aantal uur ondersteuning blijft hetzelfde

Reizen

8. **Hoe ver woont u van uw familielid af?**

..... kilometer

9. **Wat is uw responstijd tot uw familielid?**

Hiermee bedoelen we het aantal minuten waarbinnen u bij uw familielid kunt zijn.

..... minuten

10. **Welk vervoersmiddel gebruikt u om bij uw familielid te komen?**

Kruis het goede antwoord aan

- ☐ Auto
- ☐ Fiets
- ☐ Openbaar vervoer
- ☐ Lopend
- ☐ Anders, namelijk:

11. **Wat is het aantal uur per dag dat u beschikbaar bent voor een respons?**

Bent u bijvoorbeeld ook aan het werk waardoor er geen respons kan plaatsvinden of dat deze langer is.

..... uur

Taken

12. Kunt u benoemen welke taken u uitvoert als mantelzorger?

Is dit vooral huishoudelijke zorg(boodschappen, was, maaltijden bereiden, opruimen, schoonmaken), persoonlijke verzorging(wassen, aankleden, verplaatsen) of psychosociale ondersteuning(fysiek aanwezig zijn, met iemand mee gaan, luisteren, troosten)

Aankruisen wat van toepassing is, er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Huishoudelijke zorg

- ☐ Boodschappen
- ☐ Wassen
- ☐ Maaltijden bereiden
- ☐ Opruimen
- ☐ Schoonmaken
- ☐ Anders, namelijk:

Persoonlijke verzorging

- ☐ Wassen
- ☐ Aankleden
- ☐ Verplaatsen
- ☐ Anders, namelijk.....

Psychosociale ondersteuning

- ☐ Fysiek aanwezig zijn
- ☐ Mee gaan naar afspraken
- ☐ Luisteren
- ☐ Troosten
- ☐ Gezellige dingen doen
- ☐ Anders, namelijk.....

13. Doet u deze taken dan samen of neemt u ze volledig over?

- ☐ Ja, we doen ze samen
- ☐ We voeren sommige taken samen uit en andere neem ik over
- ☐ Ik neem de taken volledig over

Ervaren druk

Uit onderzoek is gebleken dat mantelzorgers onder druk staan wanneer het gaat om de verzorging en ondersteuning. Vaak is er ook sprake van overbelasting van de mantelzorger wanneer er teveel van diegene wordt gevraagd.

14. Hoe ervaart u de druk die op u staat met betrekking tot de verzorging van uw familielid?

Kunt u op onderstaande schaal aangeven hoe groot deze druk is?

1 = geen druk , 10 = maximaal ervaren druk

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

15. In hoeverre ervaart u de gegeven zorg als last?

Kunt u op een schaal van 1-10 aangeven hoe groot deze last is?

1 = ervaar het absoluut niet als last , 10 = ervaar het als een grote last

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

16. **Bent u van mening dat er extra hulp nodig is (buiten u zelf om) nu uw familielid langer zelfstandig moet blijven wonen?**

Ja/Nee

Indien ja, Waarom?:

.....
.....

Hoeveel uren en welke soort extra hulp?

.....
.....

17. **In hoeverre bent u in de mogelijkheid om deze extra hulp zelf te verzorgen?**

Zoals gezegd komt het vaak voor dat mantelzorgers overbelast raken door de zorg voor hun familielid, vriend of een andere persoon. Op de volgende pagina wordt verdergegaan met een aantal vragen over die belasting.

18. **Heeft u wel eens lichamelijke klachten als gevolg van de mantelzorg die u levert?**

Signalen zijn verhoogde hartslag, zweten, toenemende vermoeidheid, hoofdpijn.

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Regelmatig
- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

19. **Heeft het verzorgen wel eens gevolgen voor uw concentratie?**

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Regelmatig
- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

20. **Heeft het verzorgen wel eens gevolgen voor uw slaap?**

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Regelmatig
- ☐ Vaak
- ☐ Altijd

21. Kunt u op een schaal aangeven hoe gelukkig u in het algemeen bent?

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

22. Heeft u andere klachten als gevolg van de mantelzorg?

23. Heeft u nog genoeg tijd over voor uzelf naast het mantelzorgen?

Omcirkel het juiste antwoord

Ja/Nee

Indien nee, waar levert u dan tijd op in?

Sociaal netwerk:

24. Heeft uw familielid buiten u om een sterk sociaal netwerk? Waaruit bestaat dit netwerk?

Ja/Nee

Dit netwerk bestaat uit:

- ☐ Familie
- ☐ Vrienden
- ☐ Buren
- ☐ Anders, namelijk:

.....

25. Hoeveel steun ontvangt uw familielid vanuit dit netwerk?

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is

- ☐ Geen
- ☐ Matig
- ☐ Gemiddeld
- ☐ Veel
- ☐ Erg veel

26. Zijn er ook andere mensen die eventueel een handje kunnen helpen?

Omcirkel het juiste antwoord

Ja/Nee

27. Als u de vorige vraag met “ja” heeft beantwoord, kunt u dan kort aangeven welke mensen dit zijn?

.....
.....

28. Als u niet beschikbaar zou zijn, heeft de cliënt dan voldoende andere mogelijkheden?

Tot slot

29. Kunt u ons kort uw mening geven over de wijzigingen in de zorg waardoor mensen langer thuis moeten blijven wonen?

30. Bent u bekend met methoden voor mantelzorgondersteuning?

Door sommige organisaties, waaronder Mediant, zijn een aantal methoden ontwikkeld die moeten helpen bij het ondersteunen van mantelzorgers. Kent u soortgelijke methoden of doet u mee aan een programma/methode voor ondersteuning?

Einde vragenlijst

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

De vragenlijst kan teruggestuurd worden in de bijgeleverde antwoordenvelop.

1.2 Vragenlijst cliënt

Vragenlijst wonen op eigen kracht

Deze vragenlijst wordt afgenomen in het kader van een onderzoek naar mensen met een ZZP3 of ZZP4 indicatie. Het onderzoek loopt vanuit de Belangen Organisaties Overijssel, in samenwerking met de Universiteit van Twente. Inmiddels is er al een onderzoek geweest naar het wonen op eigen kracht voor ZZP3 en ZZP4 cliënten. Dit onderzoek is echter gedaan vanuit het perspectief van de zorgprofessional. Zij hebben een aantal randvoorwaarden opgesteld waaronder zij denken dat u langer in uw eigen huis kunt blijven wonen. Wij zouden graag inzicht krijgen in hoe u daar als cliënt over denkt en of u deze voorwaarden ook als belangrijk ziet. Alle informatie die u in dit onderzoek verstrekt is vertrouwelijk en hier zal op een juiste manier mee omgegaan worden. Dit onderzoek is slechts bedoeld om inzicht te geven in uw situatie. Het is niet mogelijk met dit onderzoek de hoeveelheid zorg die u nu krijgt te beïnvloeden.

Wij willen u vragen het juiste antwoord aan te kruisen. Indien er een afwijkende vraag gesteld wordt zal de manier van beantwoorden bij de betreffende vraag worden omschreven.

1. Algemene informatie

Graag het antwoord op onderstaande vragen onder de betreffende vraag invullen.

Wat is uw leeftijd?

..... jaar

In welke gemeente bent u woonachtig?

.....

Welke ZZP indicatie heeft u?

ZZP

In welk jaar heeft u de betreffende ZZP indicatie gekregen?

.....

2. Alarmeringsvoorzieningen

1. Zijn er alarmeringsvoorzieningen beschikbaar?

Denk daarbij aan domotica, alarmknop, pagers (alarmknop aan halsketting).

Graag het goede antwoord omcirkelen.

Ja / Nee / Weet ik niet

2. Hoe belangrijk vindt u het om alarmeringsvoorzieningen te hebben?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk

- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

3. Wat is de responstijd waarbinnen iemand bij u kan zijn?

Dit is de tijd waarbinnen iemand gemiddeld bij u kan zijn.

- ☐ Binnen 5 minuten
- ☐ Tussen 5 en 10 minuten
- ☐ Tussen 10 en 15 minuten
- ☐ Tussen 15 en 20 minuten
- ☐ Meer dan 20 minuten
- ☐ Weet ik niet

4. Hoe belangrijk vindt u het dat iemand binnen een korte responstijd bij u kan zijn?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

5. Kunt u altijd een contactpersoon bereiken wanneer er een onveilige situatie voor u ontstaat?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee

6. Hoe belangrijk vindt u het dat u altijd een contactpersoon kunt bereiken wanneer er een onveilige situatie voor u ontstaat?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

7. Hoe tevreden bent u met de veiligheid van uw eigen woning?

- ☐ Zeer tevreden
- ☐ Tevreden
- ☐ Noch tevreden, noch ontevreden
- ☐ Ontevreden
- ☐ Zeer ontevreden

8. Hoe belangrijk vindt u de veiligheid in uw eigen woning?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

3. Aanwezigheid mantelzorg en/of sterk sociaal netwerk

9. Hoeveel mantelzorgers heeft u?

Graag het goede aantal invullen

..... mantelzorgers

10. Hoeveel uur per week zijn deze mantelzorgers bij u aanwezig?

Graag het goede antwoord invullen

..... uur

11. Hoe belangrijk vindt u het om mantelzorgers te hebben?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

12. Hoeveel keer per week heeft u sociale bezigheden?

- ☐ Minder dan 1 x per week
- ☐ 1-2 keer per week
- ☐ 3-4 keer per week
- ☐ 4-5 keer per week
- ☐ Meer dan 5 keer per week

13. Hoe belangrijk vindt u het om sociale bezigheden te hebben?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

14. Is er bij u in de nabije omgeving een buurthuis aanwezig?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee / Weet ik niet

15. Hoeveel keer per maand worden er in het buurthuis activiteiten georganiseerd?

- ☐ Minder dan 1 x per maand
- ☐ 1-2 keer per maand
- ☐ 3-4 keer per maand
- ☐ 4-5 keer per maand
- ☐ Meer dan 5 keer per maand
- ☐ Weet ik niet

16. Hoe belangrijk vindt u het dat er een buurthuis is?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

17. Zijn er sociale voorzieningen?

Graag het goede antwoord omcirkelen.

Ja / Nee / Weet ik niet

18. Hoe belangrijk vindt u sociale voorzieningen?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

4. Bieden van ondersteuning in de dagstructuur

19. Is er voor u een zorgcoördinator beschikbaar?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee / Weet ik niet

20. Zo ja, hoe belangrijk vindt u het dat deze zorgcoördinator beschikbaar is?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

21. Hoeveel uur per week heeft u contact met de zorgcoördinator

Graag het goede antwoord invullen.

..... uur

22. Verleent de thuiszorg bij u enige vorm van zorg?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee

23. Hoeveel uur per week is de thuiszorg bij u aanwezig?

Graag het goede antwoord invullen

..... uur

24. Hoe belangrijk vindt u de thuiszorg?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk

- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

25. Heeft u huishoudelijke hulp?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee

26. Hoeveel uur per week is de huishoudelijke hulp bij u aanwezig

Graag het goede antwoord invullen

..... uur

27. Hoe belangrijk vindt u de huishoudelijke hulp

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

5. Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt in de nabijheid

28. Welk soort aanspreekpunt is er bij u in de buurt te vinden ?

- ☐ Loket
- ☐ Huisarts
- ☐ Woningstichting
- ☐ Anders, namelijk

29. Wat is de afstand tot dit aanspreekpunt ?

Graag het juiste antwoord onderstaand invullen

..... kilometer

30. Kunt u ten alle tijde met al uw vragen terecht bij dit aanspreekpunt?

Ja / Nee / Weet ik niet

31. Hoe belangrijk vindt u het dat dit aanspreekpunt bestaat?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

6. Aangepaste en adequate huisvesting

32. Onderstaand ziet u een aantal voorzieningen staan die in uw huis geplaatst zouden kunnen worden om de zorg makkelijker te maken. Zou u voor iedere voorziening kunnen aankruisen of ze in uw huis aanwezig of afwezig zijn en hoe belangrijk u deze voorzieningen vindt? Voor de mate waarin u ze belangrijk vindt kunt u kiezen uit:

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

Soort voorziening	Aanwezig	Afwezig	Hoe belangrijk vindt u deze voorziening?
Traplift			
Hoog – laagbed			
Gelijkvloerse ruimten			
Aangepaste doucheruimte			
Aangepast toilet			

7. Alarmeringsmogelijkheden

33. Heeft u enige vorm van technologie in huis aanwezig die u helpt bij het alarmeren van contactpersonen wanneer er een noodsituatie ontstaat?

Graag het goede antwoord onderstaand omcirkelen

Ja / Nee

34. Hoe belangrijk vindt u het dat deze technologie in uw huis geplaatst is?

Indien de technologie niet in uw huis geplaatst is graag aankruisen hoe belangrijk u het vindt dat deze alsnog in uw huis geplaatst wordt.

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

35. Is er voor u enige vorm van toezicht op onplanbare momenten?

Denk hierbij aan camera's die in uw huis hangen waarop bijvoorbeeld uw mantelzorgers kunnen meekijken met uw bezigheden. Het gaat hier om situaties die niet van tevoren hadden kunnen worden voorzien. U valt bijvoorbeeld van de trap of glijdt ergens over uit.

Graag onderstaand het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee

36. Hoe belangrijk vindt u het dat er enige vorm van toezicht is op onplanbare momenten?

Het gaat hier weer om dezelfde onvoorziene situaties als bij de vorige vraag. U valt bijvoorbeeld van de trap of glijdt ergens over uit.

- ☐ Zeer belangrijk

- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

37. Is uw huisarts voor u beschikbaar in noodsituaties ?

Met noodsituaties worden hier situaties bedoeld waarin u zelf niet meer in staat bent om naar de eerste hulp te gaan.

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee / Weet ik niet

38. Hoe belangrijk vindt u het dat uw huisarts ten alle tijde beschikbaar is wanneer er zich bij u een noodsituatie voordoet?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

39. Is er een wijkverpleegkundige voor u beschikbaar in noodsituaties ?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee / Weet ik niet

40. Hoe belangrijk vindt u het dat de wijkverpleegkundige ten alle tijde beschikbaar is wanneer er zich bij u een noodsituatie voordoet?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

42. Is er voor u een mantelzorger beschikbaar in noodsituaties ?

Graag het goede antwoord omcirkelen

Ja / Nee / Weet ik niet

43. Hoe belangrijk vindt u het dat er een mantelzorger ten alle tijde beschikbaar is wanneer er zich bij u een noodsituatie voordoet?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

8. Heldere afspraken op het gebied van verantwoordelijkheden, aansprakelijkheden en zorgcoördinatie

44. Hoe helder vindt u de afspraken die u maakt met de zorgcoördinator?

- ☐ Zeer belangrijk

- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

45. Worden de afspraken altijd nagekomen ?

- ☐ Altijd
- ☐ Meestal
- ☐ Regelmatig
- ☐ Soms
- ☐ Nooit

46. Hoe belangrijk vindt u het dat de afspraken helder zijn en worden nagekomen?

- ☐ Zeer belangrijk
- ☐ Belangrijk
- ☐ Noch belangrijk, noch onbelangrijk
- ☐ Onbelangrijk
- ☐ Zeer onbelangrijk

9. Slotvragen

47. Als u op dit moment de vrije keuze zou hebben, zou u dan liever in een verzorgingshuis of in uw eigen huis blijven wonen ?

- ☐ Ik woon liever in een verzorgingshuis
- ☐ Ik woon liever zo lang mogelijk in mijn eigen huis

48. Zijn er andere dingen die voor u bij het langer in uw eigen huis wonen belangrijk zijn die u in deze vragenlijst heeft gemist?

.....

.....

.....

.....

.....

Einde vragenlijst

Wij willen u bedanken voor het invullen van deze vragenlijst.

1.3 Reflectieverslag Sofie Berghuis

Sofie Berghuis

S1110373

Bachelor Gezondheidswetenschappen

Reflectieverslag

Vorbereiding

De bacheloropdracht begon bij het zoeken naar een passend onderwerp. Doordat ik in een andere periode ben begonnen met de bacheloropdracht waren er op dat moment geen ‘standaard’ opdrachten via blackboard beschikbaar. Laura was ook op dat moment toe om te beginnen met de opdracht. Wij besloten samen deze opdracht te gaan zoeken en uitvoeren. Na ongeveer 2 weken alles te hebben geïnventariseerd kwamen wij terecht bij de Wetenschapswinkel van de Universiteit. Hier vonden wij de informatie betreffende de vraag naar een onderzoek met als onderwerp wonen op eigen kracht. De vraag naar dit onderzoek kwam vanuit de Belangen Organisaties Overijssel. De introductie bij de Wetenschapswinkel en de kennismaking met de begeleider vanuit de Belangen Organisaties (mevr. Ramaker) verliep erg soepel. Mijn inschatting was dat mevrouw Ramaker een goede bijdrage zou kunnen leveren en een goede begeleider zou kunnen zijn van dit onderzoek.

Vorbereiding en literatuuronderzoek

Voordat wij de opdracht daadwerkelijk zijn begonnen hebben wij eerst een literatuuronderzoek verricht. Dit onderzoek duurde vrij lang omdat er erg veel informatie te vinden is over ouderen die nu langer op zichzelf moeten blijven wonen. Ik vond het lastig om hieruit een kern van informatie te vinden die aansloot op de vraag die de Belangen Organisaties ons heeft gesteld. De Belangen Organisaties heeft hierbij naar mijn idee een positieve bijdrage geleverd. Mevrouw Ramaker hielp meedenken over onderzoeken waarvan zij wist dat deze waren geweest en waar wij wellicht wat aan zouden kunnen hebben. Een aantal keren zijn wij dan ook bij de Belangen Organisaties op bezoek geweest om de essentie van het onderzoek heel duidelijk in beeld te kunnen brengen. Dit eerste begin van het onderzoek verliep erg soepel. De communicatie tussen alle partijen verliep goed en de specifieke richting van het onderzoek begon langzaam maar zeker duidelijk te worden.

Uitvoering van het onderzoek

Na het literatuuronderzoek was het tijd voor ons eigen onderzoek. Allereerst zijn wij begonnen met het schrijven van een onderzoeksvoorstel. In een aantal vakken hebben wij hier eerder kennis mee gemaakt. Die eerdere kennismaking vond ik zeker zinvol voor het opstellen van een onderzoeksvoorstel dat nu ook daadwerkelijk uitgevoerd moest worden. Mevrouw van Manen heeft hierin voor mijn gevoel ook een zeer goede bijdrage geleverd. Wanneer wij met vragen zaten kregen wij daar voor een deel antwoord op. Dit was aan de ene kant moeilijk, omdat ik het schrijven van een goed onderzoeksvoorstel erg lastig vind. Aan de andere kant heb ik hier echter heel veel van geleerd.

Doordat ze ons telkens slechts een beetje richting gaf heb ik uiteindelijk zelf leren nadenken over oplossingen en over hoe ik een goed onderzoeksvoorstel kan schrijven.

Tijdens de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek zijn er nogal wat moeilijkheden en vertraging opgetreden. Dit begon bij het vinden van de juiste onderzoekspopulatie. Voorafgaand aan het onderzoek hadden wij eigenlijk nog niet duidelijk op papier staan welke mensen dit precies zouden worden. Wij moesten deze gaan werven. Dit bleek erg lastig te zijn. Ik heb hier dan ook van geleerd dat het bij een dergelijk onderwerp waarmee je te maken hebt met privacygevoelige gegevens zeer van belang is om hier van tevoren al over na te denken. Toen wij daar eenmaal een oplossing voor hebben gevonden verliep het verkrijgen van data eigenlijk vrij soepel. Het volgende probleem ontstond bij het analyseren van de resultaten. Pas toen wij vragenlijsten ingevuld terugkregen kwamen wij er achter dat enkele vragen niet geheel kloppen, of dat enkele cliënten deze niet volledig hadden ingevuld. Ook hiervan heb ik veel geleerd. Doordat ik (of wij) deze ‘fout’ hebben gemaakt heb ik geleerd dat het heel erg belangrijk is om een dergelijke vragenlijst zo goed mogelijk op te stellen. Ook heb ik hierdoor inzicht gekregen in eventuele mogelijkheden hiervoor. Wij hadden bijvoorbeeld eerst een soort van pilot kunnen doen. De verdere verwerking van de resultaten verliep prima. Toch vond ik het erg moeilijk om resultaten op een dusdanige manier te presenteren dat ze boeiend blijven, maar toch de juiste informatie bevatten. Ik heb hier dan ook zeker van geleerd hoe je informatie op de juiste manier kunt presenteren en hoe je de relevante informatie kunt selecteren uit alle informatie die er binnenkomt. Het schrijven van de conclusie en discussie verliep niet zo soepel als ik had verwacht. Wij wisten allebei heel goed wat wij naar voren wilden brengen in deze beide. Het kort en bondig opschrijven van deze aspecten vond ik nog erg lastig. Nu heb ik manieren geleerd om tot een logische formulering en een lopend verhaal te kunnen komen.

Algemene activiteiten tijdens het onderzoek

Planning

Vanaf dat het onderzoeksvoorstel werd geschreven zijn wij begonnen met het maken van de planning voor de uitvoering. In deze planning hebben wij telkens data gesteld waarop een bepaald deel van het onderzoek af moest zijn. Om de voortgang van het onderzoek te bewaken hebben wij hiervan een soort deadlines gemaakt. De planning is over het algemeen goed verlopen. Toch ontstonden er enkele moeilijkheden in deze omdat de uitvoering van het onderzoek nog niet zo makkelijk bleek als dat ik in eerste instantie dacht. Opnieuw hebben wij toen naar de planning gekeken en uiteindelijk is dit weer helemaal goed gekomen.

Samenwerking

De samenwerking tijdens het onderzoek verliep prima. Door de vertraging in het onderzoek ontstonden er wel meer negatieve gevoelens. Echter was dit bij Laura natuurlijk net zo. We konden

hier goed over praten en dit heeft naar mijn idee niet onze samenwerking beïnvloed. Ik heb deze samenwerking verder als zeer positief ervaren. Ook heb ik geleerd dat het zeer waardevol is om met mensen te mogen samenwerken. Vaak geven andere personen nieuwe inzichten. Dat geldt niet alleen voor Laura, maar ook voor bijvoorbeeld de Belangen Organisaties. Via hen zijn wij terecht gekomen bij het Senioren Platform Twente. Naast deze beiden zijn wij ook nog bij enkele docenten aan de Universiteit geweest. Van alle personen waarmee ik gedurende dit onderzoek heb gesproken heb ik heel erg veel geleerd. Niet alleen over dit onderwerp, maar ook over manieren waarop in het algemeen een onderzoek uitgevoerd kan worden. Naast de samenwerking met deze verschillende partijen verliep de communicatie met mevrouw van Manen ook erg goed. Ook nu na afloop van dit onderzoek ben ik nog steeds heel erg tevreden over de begeleiding die wij hebben gekregen.

Zelfstandigheid

Zelfstandigheid is voor mij ook erg belangrijk geweest. Wij mochten dan wel samenwerking, maar toch moeten dingen op tijd uitgevoerd worden. In dit onderzoek heb ik mijn zelfstandigheid goed kunnen ontwikkelen. In het begin van het onderzoek was mijn zelfstandigheid denk ik minder goed dan dat deze nu is. Door de strakke planning en het nastreven van de deadlines heb ik geleerd dat ik voor mijzelf een duidelijk schema moet maken van wat ik wanneer kan doen en moet doen.

Reflectievermogen

In dit onderzoek hebben wij zoals benoemd van heel veel professionals hun mening mogen horen. Dit heeft uiteraard ook de nodige kritiek op ons onderzoek met zich meegebracht. Ik denk dat zowel Laura als ik daar op een juiste manier mee zijn omgegaan. Ik ben van mening dat je van deze kritiek alleen maar meer kunt leren en er in de toekomst beter van kunt worden. Ook zijn wij erg kritisch geweest naar ons eigen onderzoek toe. Ik vond het in dit onderzoek makkelijker om te benoemen wat er fout is gegaan in het onderzoek als wat er extreem goed is gegaan. Ook heb ik in dit onderzoek een aantal vaardigheden en manieren geleerd waarop ik in de toekomst wellicht een nieuw onderzoek beter en/of makkelijker zou kunnen uitvoeren.

Korte samenvatting

Het uitvoeren van het onderzoek is goed verlopen. Gedurende het onderzoek was er een fijne samenwerking met zowel Laura als de andere betrokken partijen. Ik heb veel geleerd van de nieuwe inzichten van professionals waarmee ik heb mogen kennismaken. Tijdens het onderzoek zijn er de nodige tegenslagen geweest. Ik vind dat wij dit uiteindelijk op een zo goed mogelijke manier hebben opgelost. Door deze tegenslagen heb ik echter ook geleerd dat ik voorafgaand aan het onderzoek een aantal dingen beter moet voorbereiden.

1.4 Reflectieverslag Laura van Maanen

REFLECTIEVERSLAG

Laura van Maanen

s1135015

Bachelor Gezondheidswetenschappen

Dit is een reflectieverslag over het verloop van mijn bachelor opdracht. In dit verslag zal ik beschrijven hoe de opdracht is verlopen en welke leerzame ervaringen ik uit het doen van dit onderzoek heb gehaald.

Projectmanagement

Er was tijdens de gehele duur van het onderzoek een strakke planning waarmee we werkten. Het begin was vrij lastig, het opstellen van een onderzoeksplan was moeilijker dan gedacht. Maar met goede begeleiding en een goede samenwerking kwamen we er goed uit en hebben we uiteindelijk een duidelijk onderzoeksplan weten op te stellen. Sommige zaken duurde in de praktijk wat langer dan op papier begroot, dit heeft me wel geleerd rekening te houden met tegenslagen en ook om met nieuwe ideeën te komen als een aanpak niet werkt. De voortgangsbewaking was goed en de afstemming met de opdrachtgever en de externe begeleider verliep in het begin erg goed. Het was snel duidelijk wat de bedoeling van het onderzoek was vanuit de organisatie en zo kon ik met een duidelijk en helder beeld verder.

Zelfstandigheid

Ik vind dat ik wel zelfstandigheid heb laten zien gedurende dit onderzoek. Wanneer je samenwerkt overleg je vaak met elkaar over bepaalde aanpakken en besluiten. Maar ik vind dat je door het doen van dit soort onderzoek ook leert om zelfstandig met ideeën te komen en zelfstandig dingen te ondernemen. Je partner is niet altijd beschikbaar, en door af en toe alleen dingen te ondernemen leer je wel een stuk zelfstandigheid.

Samenwerking en feedback

De samenwerking met de Belangen Organisaties Overijssel verliep goed. In het begin hebben we veel communicatie gehad, en ook veel geleerd van de gesprekken. Ook zijn we via de organisatie in contact gekomen met allerlei interessante personen, bijvoorbeeld van de Gemeente Enschede en van het Senioren Platform. Dit vond ik erg leuk en ook leerzaam om met verschillende personen in contact te komen en met hen te overleggen wat er beter kan en

wat nog interessante aanvullingen op je eigen onderzoek zijn. Het was ook erg interessant om een beeld te krijgen van de praktijk, door te zien wat mensen met een achtergrond in de zorg allemaal doen in de praktijk.

De samenwerking met de Universiteit verliep ook goed, onze begeleider was ruim beschikbaar en had bij elk gesprek duidelijke feedback klaar liggen. Door middel van goede gesprekken hebben we deze feedback optimaal kunnen verwerken.

De samenwerking met mijn onderzoeks-partner ging over het algemeen erg goed. Doordat we allebei andere ideeën hadden over bepaalde onderwerpen en methoden hebben we door samen te werken een goed onderzoek kunnen uitvoeren.

Tijdens het onderzoek is er door verschillende personen feedback gegeven. Het verwerken van deze kritiek ging doorgaans wel goed. We stonden allebei wel open voor feedback en kunnen hier ook goed mee omgaan. Dit geldt ook voor de feedback die we aan elkaar gaven. Wanneer ik het niet eens was met bepaalde kritiek, heb ik dit ook wel laten merken door mijn redenen voor die keuze te beargumenteren of mijn standpunt te beargumenteren. Dit is wel iets wat ik door middel van deze opdracht heb kunnen verbeteren.

Leerpunten

Ik heb veel geleerd van het uitvoeren van dit onderzoek. Allereerst is een belangrijk punt het uitvoeren van een onderzoek geweest. Ook al heb ik al eerder onderzoeken uitgevoerd, was het toch lastig, maar tegelijkertijd erg leerzaam om een onderzoeksplan op te zetten en het onderzoek daarna uit te voeren. Het duidelijk, maar bondig formuleren van dingen was iets waar ik mezelf nog in kon verbeteren. Door middel van de feedback en tips heb ik geleerd hoe ik dit het beste kan doen. Ten tweede heb ik mijn communicatieve vaardigheden kunnen verbeteren door met verschillende professionals en personen te spreken over het onderzoek en door contact te zoeken met verschillende organisaties over de mogelijkheden tot het verkrijgen van contacten. Ten derde heb ik ook mijn vermogen tot samenwerken kunnen verbeteren. Samenwerken aan een opdracht heb ik door middel van de studie al vaker moeten doen en dit ging vaak goed, maar soms ook niet. De negatieve gevolgen van samenwerken die ik eerder in de studie heb ondervonden heb ik tijdens deze samenwerking in mijn achterhoofd gehouden en op deze manier is de samenwerking tijdens dit onderzoek goed verlopen. Hier heb ik veel van geleerd. Als laatste heb ik door middel van de feedback van mijn onderzoeks-partner en de begeleiders mijn schrijfstijl kunnen verbeteren.

