

UNIVERSITEIT TWENTE.

Faculteit Technische
Natuurwetenschappen

Evaluatie zorgcomplex De Botterhof – Wierden; een casestudy op gebied van zorgregelgeving, zorgconcepten en zorgarchitectuur

A. Balkay, E.H. Buursink, Y. Deniz
BSc. Opdracht
juni 2016

Begeleiders:

Dr. H. G. M. Oosterwijk,
Dr. M. M. Boere-Boonekamp

Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences,
Science, Technology and Policy Studies (STePS)
University of Twente
P.O. Box 217
7500 AE Enschede
The Netherlands

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van onze Bachelor opdracht. Dit verslag is bedoeld als afronding van de opleiding Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Twente.

Dit onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Carint Reggeland en in opdracht van de onderzoeksbegeleider van de Universiteit van Twente. Dit onderzoek heeft als doel gehad een deel van de zorghulpverlening te evalueren en heeft steun gehad van de De Botterhof, een verzorgingshuis van Carint Reggeland te Wierden. Hierbij willen wij graag de werknemers van De Botterhof en in het speciaal Sandy Stamsnijder bedanken voor het meewerken aan ons onderzoek. Daarnaast willen we Magda Boere-Boonekamp bedanken voor het meelezen aan het verslag en haar inzichten voor het onderzoekgedeelte van dit verslag. Tot slot willen wij onze begeleider Herman Oosterwijk bedanken voor de steun en inzichten die hij tijdens de evaluatiegesprekken en tijdens het begeleiden heeft geboden.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van het verslag.

A. Balkay, E.H. Buursink, Y. Deniz

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Samenvatting	6
Abstract	9
1. Inleiding	12
2. Theoretisch kader	17
<i>2.1. Zorgregelgeving</i>	<i>19</i>
2.1.1. Wet Bejaarden Oorden	19
2.1.2. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	21
2.1.3. Modernisering AWBZ	24
2.1.4. Persoonsgebonden budget (PGB) en Zorg in natura (ZIN)	26
2.1.5. Indicatiestelling en Zorgzwaartepakket (ZZP)	27
2.1.6. Herstructurering AWBZ	28
2.1.7. Wlz, ZZP's en De Botterhof	31
2.1.8. Hygiëne, brandveiligheid en vrijheidsbeperking in verpleeghuizen	32
<i>2.2. Zorgconcepten</i>	<i>38</i>
2.2.1. Verpleeghuizen en geriatrische zorginstellingen	40
2.2.2. Dementie in de loop der jaren	41
2.2.3. Kleinschalige zorgverlening	42
2.2.4. De kleinschalige zorgverlener	43
2.2.5. De mate van kleinschaligheid	44
2.2.6. Mantelzorg bij kleinschalige zorgverlening	45
<i>2.3. Zorgarchitectuur</i>	<i>47</i>
2.3.1. Hospitalisering	47
2.3.2. Healing environment/Evidence based design	51
2.3.3. Architectuur De Botterhof	53
<i>2.4. Het Planetree Model</i>	<i>56</i>
<i>2.5. Conceptueel model</i>	<i>58</i>
3. Methoden & Technieken	60

4. Onderzoekspopulatie	62
4.1. Selectiemethode	62
4.2. Inclusiecriteria	62
4.3. Exclusiecriteria	64
4.4. Steekproefmethode	64
5. Resultaten	65
5.1. Betere zorg	65
5.2. Helende omgeving	69
5.3. Gezonde organisatie	73
5.4. Kleinschalige zorgverlening	76
6. Conclusie	78
7. Discussie	83
Bronverwijzing	88
Bijlagen	92
Bijlage A: Topic lijst interviews	92
Bijlage B: Draaiboek focusgroep gesprek	93

Samenvatting

Achtergrondinformatie

Dementie is een somatische aandoening die mensen kunnen ontwikkelen. De aandoening kan lichamelijke beperkingen oproepen, maar veel vaker lijden mensen met dementie aan geheugenverlies en andere psychische verschijnselen. In Nederland kunnen dementerende ouderen onder andere terecht in psychogeriatrische instellingen. Daar wordt de patiënt zo goed mogelijk geholpen om goed om te kunnen gaan met de ziekte in het dagelijks leven. De zorg- en dienstverlening die geleverd wordt in een psychogeriatrische instelling is er op gericht dat een persoon zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en voor zover mogelijk de regie houdt op eigen leven. In kleinschalige zorgvoorzieningen wonen dementerende ouderen met zes of acht personen in een woning waarbij ze samen het huishouden doen onder begeleiding van een verpleegkundige.

Dit onderzoek richt zich op de kleinschalige zorgverlening binnen de psychogeriatrische zorg bij De Botterhof in Wierden. De Botterhof is een verzorgingshuis dat in 2007 door Carint Reggeland gebouwd is waar kleinschalig zorg verleend wordt. De introductie van kleinschalige zorgverlening vroeg om een ander type gebouw waarin de aandacht voor de individualiteit tot uitdrukking is gebracht in gebouw en inrichting. Inmiddels is er negen jaar verstreken en de vraag die opkomt is of het project nog steeds voldoet aan de verwachtingen die destijds ten grondslag lagen aan het gebouw. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *Past het zorgconcept van kleinschalig wonen, dat ten grondslag heeft gelegen aan de bouw van De Botterhof, nog in de huidige financierings- en regelstructuur (en het wettelijke raamwerk) van de Nederlandse gezondheidszorg?*

Methoden

De opzet van het onderzoek is een kwalitatief evaluatieonderzoek waarbij er gebruik werd gemaakt van een tweetal onderzoekstechnieken om kwalitatieve data te verkrijgen. Er is gebruik gemaakt van een interview en focusgroep-gesprekken om data te verkrijgen. De focusgroep-gesprekken en het interview zijn uitgewerkt met behulp van de drie concepten “betere zorg”, “helende omgeving” en “gezonde organisatie”, afkomstig vanuit het Planetree Model. Elk concept bestaat uit meerdere meetbare indicatoren. Een vierde concept “kleinschalige zorgverlening” is hier uit eigen initiatief aan toegevoegd.

De onderzoekspopulatie bestond uit de manager van De Botterhof, de huismeester, een helpende, verpleegkundigen (n=2) en nachtdienst medewerkers (n=2). Met behulp van een opgestelde topiclijst is er een semigestructureerd interview afgenomen met de manager van De Botterhof. Er zijn

focusgroep-gesprekken (n=4) gehouden met de huismeester, helpenden, verpleegkundigen en nachtdienst medewerkers.

Als steekproefmethode is er gebruik gemaakt van de “equal probability of selection method” (EPSEM). Hierbij hebben alle potentiële deelnemers een gelijke kans gekregen om geselecteerd te worden. De EPSEM is uitgevoerd door de HR-afdeling van De Botterhof. De resultaten van het onderzoek zijn geanalyseerd door middel van transcripties en coderingen van het interview en de focusgroep-gesprekken.

Resultaten

Uit het onderzoek is gebleken dat er door de vele bezuinigingen in de afgelopen jaren, met name op personeel en hulpmiddelen, de focus op “betere zorg” verzwakt is. De werkdruk op zorgverleners is dermate gegroeid dat de zorgverleners niet toekomen aan de werkzaamheden die in het kader van kleinschalige zorgverlening verricht zouden moeten worden. Ondanks de verhoogde werkdruk krijgen de bewoners nog steeds de hoogste prioriteit. Ook de veranderde regelgeving heeft invloed op “betere zorg”. Zo is gebleken dat de zorgzwaartepakket (ZZP)-indicaties voor bewoners in de loop van de tijd onderhevig zijn aan verandering, maar dat er geen herindicatie plaatsvindt. Verder is de mate van bureaucratie gestegen bij De Botterhof. De zorgverleners moeten bijvoorbeeld werken met meer controlelijstjes.

Om de “helende omgeving” te bevorderen kunnen bewoners van De Botterhof persoonlijke spullen meenemen naar hun woning en worden de gangen in het verzorgingshuis aangekleed met dingen van vroeger. Echter, de gangen ogen soms klinisch omdat de aankleding moet gebeuren binnen de kaders van de richtlijnen voor brandveiligheid. De introductie van een gps-device zou een positieve factor zijn voor de helende omgeving. Hiermee zou de vrijheid van een bewoner vergroot kunnen worden en zou de bewoner alleen buiten het complex kunnen rondlopen. Uit het onderzoek komt verder naar voren dat de architectuur goed aansluit op het concept van kleinschalig wonen. Iedere woning heeft een terras en er zijn twee binnentuinen beschikbaar. Er is een Grand Café aanwezig waar bewoners, mantelzorgers, familie en vrienden bij elkaar kunnen komen om een hapje of drankje te nuttigen.

Op gebied van kleinschalig wonen is gebleken dat het concept zoals het bedacht is niet meer volledig toepasbaar blijkt te zijn. Ouderen wonen steeds langer thuis en komen dus met een ernstigere vorm van dementie binnen bij De Botterhof. Hierdoor is de achterliggende gedachte van kleinschalig wonen niet meer volledig toepasbaar. De bewoners zijn niet meer in staat om bijvoorbeeld boodschappen te doen, de was te doen of te strijken. Tevens komt de verhoogde werkdruk en bezuinigingen het kleinschalig wonen niet ten goede.

Conclusie

Uit ons onderzoek is onze verwachting die in de inleiding weergegeven staat juist gebleken. Na het interview en de focusgroep-gesprekken die gedaan zijn is gebleken dat meerdere factoren hier een aandeel in hebben. Deze factoren zijn onderdeel van een samenloop van omstandigheden die ervoor gezorgd hebben dat niet alleen het kleinschalig wonen is aangetast maar waarschijnlijk de gehele zorg bij De Botterhof. Voor het onderdeel kleinschalige zorg is er gebleken dat de gedachtegang van het kleinschalig wonen, financieel en organisatorisch niet meer mogelijk zijn. Daarbij is beschreven dat de bewoners die er komen steeds zwaardere indicaties hebben waardoor het idee van participatie niet meer of nauwelijks mogelijk is. Het participatie gedeelte van de bewoners bij De Botterhof is wellicht niet meer mogelijk, maar het idee van kleinschalig wonen wordt nog steeds toegepast. Dit houdt in dat de uitstraling van de zorginstelling nog steeds een huiselijke sfeer kan hebben en ervoor kan zorgen dat bewoners en hun familieleden zich thuis voelen in het verzorgingshuis.

Abstract

Background

Dementia is a somatic disease that people may develop in a later stage of their lives. This disease may lead to physical limitations, but usually people with dementia suffer from amnesia and other mental symptoms. In The Netherlands, people with dementia can be treated in psychogeriatric institutions. In psychogeriatric institutions the patients are provided with the best help possible so that the patients can deal with their disease more easily in their daily life. The provided care and services in a psychogeriatric institution aims to help patients to be self-reliant as long as possible and to help them keep control over their lives. Among other institutions, this can be realised in psychogeriatric institutions where they provide small-scale care. In small-scale healthcare facilities, people with dementia live together with six or eight residents in a house in which they do the housekeeping together, under the guidance of a nurse.

This research focuses on the small-scale care in the psychogeriatric care within De Botterhof in Wierden. De Botterhof is a care home built in 2007 by Carint Reggeland and it provides small-scale care. The introduction of small-scale care required a different architectural approach and thus a different building in which the individuality was expressed in the building and the interior. In the meantime, it has been nine years since the opening and the question remains: does the project still meet the expectations that formed the base of the building? The main question is as follows: *Does the care concept of small-scale care, which formed the basis of the construction of De Botterhof, fit in the current financing structure en the legal framework of the Dutch healthcare?*

Methods

This research was designed as a qualitative evaluation research in which two kinds of research techniques were used in order to obtain qualitative data to confirm the hypothesis. There has been made use of interviews and focus group discussions to obtain the data. The focus group discussions and the interview were elaborated using the following three concepts: “better care”, “healing environment” and “healthy organisation”. These concepts were derived from the Planetree Model. Each concept exists of several measurable indicators. A fourth concept of “small-scale care” was added to the other concepts. The study population consists of the manager of De Botterhof, the janitor, a helper, nurses (n=2) and night shift workers (n=2). A semi-structured interview has been held with the manager of De Botterhof by means of a topic list. Focus group discussions (n=4) were held with the caretaker, a helper, nurses and night shift workers.

The “equal probability of selection method” (EPSEM) has been used as the sampling method. Hereby all potential participants had an equal chance to be selected. The HR-department of De Botterhof carried out the EPSEM. The results of the research were analysed by means of transcriptions and encodings of the interview and the focus group discussions.

Results

This research has shown that because of many budget cuts in the past years, mainly on personnel and resources, the focus on “better care” has weakened. The pressure on caregivers has grown so much that the caregivers cannot find the time to carry out all the activities and tasks they normally had to carry out within the context of small-scale care. Despite the heavy workload, the residents still get the highest priority. The changing regulatory situation has an impact on “better care” as well. For example, it is shown that the care intensity package indications for residents are subject to change in the course of time, but a reassessment does not take place. Furthermore, the degree of bureaucracy has increased at De Botterhof. For instance, the caregivers have to fill in a higher amount of paperwork.

To foster the “healing environment”, the residents of De Botterhof can bring their own personal belongings to their home. The walls of the corridors are also furnished with paintings and stuff from the past. However, the corridors sometimes look too clinical because the furnishing has to happen within the framework of guidelines for fire safety.

The introduction of a GPS-device would be a positive factor for the healing environment. The GPS-device would give the patient more freedom and would allow him or her to get out of the complex for a walk.

Research has shown that the architecture of De Botterhof fits in well with the concept of small-scale care. Every house has its own terrace and the whole complex has two indoor gardens. There is also a Grand Café where residents, informal caregivers, family and friends can come together for a drink or dinner.

In the field of small-scale living, it has been found that the concept is not fully applicable anymore in the manner when it was first introduced. The elderly live longer at their own homes and thus they move to De Botterhof when their health state is significantly deteriorated. Because of this, the underlying idea of small-scale living is not fully applicable anymore. For example, the residents are not able to go shopping, to wash the dishes or to iron some clothes anymore. At the same time, the constantly increasing workload and de budget cuts do not benefit the small-scale care.

Conclusions

Our research shows that our hypothesis, shown in the introduction, has proven to be correct. After the interview and the focus group discussions that have been held in the research, it is found that several factors take part in this. These factors are part of a conjuncture of circumstances, which have ensured that not only the small-scale care has been affected, but probably the whole care-cycle at De Botterhof as well. For the part of small-scale care, it has been found that the mind-set of small-scale living is not possible anymore due to financial and organisational reasons. It is reported that the incoming patients have more serious conditions, whereby the idea of participation is barely possible anymore. A different situation has emerged because of this. Participation of patients may not be possible anymore, but De Botterhof is still carrying out the idea of small-scale care. This implies that the appearance of the care facility still can have the “homey” atmosphere and that it can make sure that the residents and their family members feel at home at the care home.

1. Inleiding

Ouder worden gaat vaak niet zonder problemen. Iedereen kent in zijn naaste omgeving wel ouderen die op de een of andere manier extra zorg of ondersteuning nodig hebben. Hierbij kunnen we als het denkbeeldige voorbeeld noemen van Mevr. Janssen. Mevr. Janssen is 74 jaar en heeft na het overlijden van haar man nog een aantal jaren alleen thuis gewoond. Echter, steeds vaker begint mevr. Janssen afspraken te vergeten. Laatst vergat ze dat ze een pan met boontjes op het vuur had staan. Ook lijkt ze wat slordiger geworden terwijl ze altijd juist zo netjes was. Het lijkt erop dat ze steeds meer moeite heeft met dagelijkse verrichtingen. Koffie zetten kan haar in verwarring brengen en het lijkt er ook op dat ze niet meer zo vaak voor zichzelf kookt en liever een boterham neemt. Door dit soort voorvallen lijkt het haar familie verstandig om mevr. Janssen te laten onderzoeken door een arts. Deze vermoedt een vorm van dementie bij mevr. Janssen en vervolgens komt zij in het circuit van nader onderzoek. Uiteindelijk verhuist mevr. Janssen naar een zorginstelling, maar omdat mevr. Janssen nog vrij veel handelingen zelf of met hulp kan doen (kleden vouwen, boodschappen doen, koken), komt ze bij een kleinschalige zorginstelling terecht. Hier kan mevr. Janssen samen met haar medebewoners enkele dagelijkse handelingen nog uitvoeren onder toezicht terwijl ze zo goed als het kan, ook deel kan uitmaken van de samenleving.

Dementie is een somatische aandoening die mensen vooral op latere leeftijd ontwikkelen. Dementie kan veel beperkingen in het dagelijkse leven oproepen, maar dementie is niet bij iedereen hetzelfde. Het ligt vaak aan het soort dementie dat iemand in de loop van de tijd ontwikkelt. De aandoening kan lichamelijke beperkingen oproepen, maar veel vaker lijden mensen met dementie aan geheugenverlies en andere psychische verschijnselen. Dementie wordt vaak als containerbegrip gebruikt voor diverse aandoeningen.

De belangrijkste vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie en dementie met Lewy bodies (Vereniging, 2014). Ruimte-innemende processen in de hersenen kunnen verder ook de oorzaak zijn van dementie. Veranderingen in het gedrag staan centraal bij frontotemporale dementie. Bij de ziekte van Alzheimer staan vroegtijdige geheugenstoornissen juist op de voorgrond (ZorgketenDementieEindhoven, 2010). Lewy Bodies als dementiesyndroom kenmerkt zich door progressieve cognitieve achteruitgang in uitvoerende taken. Aandachtsstoornissen, mentale flexibiliteit en visuele hallucinaties komen daarbij voor in een vroeg stadium (ZorgketenDementieEindhoven, 2010). Met andere woorden, wat doorgaans als dementie wordt aangeduid heeft verschillende verschijningsvormen. De ontwikkeling van diverse vormen van dementie gaat niet altijd langs hetzelfde pad.

Het zoeken naar een effectieve behandelmethode om deze ziektes te bestrijden heeft grote prioriteit bij onderzoekers, maar het is nog niet mogelijk om het afsterven van hersencellen te voorkomen wanneer iemand de ziekte al heeft ontwikkeld (Papma JM., Bekkenkamp D., & Meijer S., 2014). Tegenwoordig is het alleen mogelijk om de psychische klachten en verschijnselen zo goed mogelijk te verzorgen (Papma JM., Bekkenkamp D., & S., 2014).

Zorg voor oude mensen met dementieverschijnselen wordt psychogeriatrische zorg genoemd. Deze zorg is er op gericht dat de patiënt geholpen wordt zo goed mogelijk om te gaan met de ziekte in het dagelijks leven. Verder is het doel van psychogeriatrische zorg, dat een patiënt zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven leven (Dansen & Voogt, 1998, pp. 14-16; J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, 2005). Vaak gaat het dan om verschillende soorten zorg. Mantelzorgers leveren bijvoorbeeld een belangrijke bijdrage aan de zorg voor dementerende ouderen. Mantelzorgers zijn familieleden, vrienden of burens die zorg verlenen aan een dementerende. Kenmerkend voor de mantelzorg is de reeds bestaande band tussen de cliënt en de mantelzorger (De Bruin & Blijham, 2012). Samen met zorgverleners worden taakgerichte afspraken gemaakt en zorgdoelen geformuleerd met de cliënt en de mantelzorger. Deze doelen worden in de loop van de tijd opgesteld op basis van gemeenschappelijke normen en waarden, doorgaans in samenspraak tussen de cliënt, familie en andere mantelzorgers.

Voorheen was het zo dat de zorg voor patiënten met lichte vormen van dementie vaak thuis plaatsvond, in eigen omgeving van de patiënt. Wanneer de ziektelast te veel werd, werden de patiënten verwezen naar een verpleeghuis. (Alkema, Blom, Kootte, & Sipsma, 2001, p. 157). Daar werden patiënten grootschalig opgenomen volgens het voorbeeld van ziekenhuizen. Dat heeft als gevolg gehad dat patiënten ondergeschikt waren aan een bepaald regime met specifieke regels en routines. Mensen die toen in een verpleeghuis verzorgd werden, raakten langzamerhand hun individualiteit en uiteindelijk hun autonomie kwijt (Benediekt Van Damme & Winters, 2002). We spreken in dit geval over hospitalisering.

Deze manier van zorgverlening is in de afgelopen decennia steeds sterker bekritiseerd, waarna er een verandering plaatsvond in het denken. Waar voorheen de efficiëntie en effectiviteit centraal stond in de zorgverlening, staat nu de patiënt centraal. Deze veranderingen kunnen we ook terugvinden in de wetgeving. Waar het voorheen gebruikelijk was dat patiënten met meerdere personen verbleven op een kamer of in een slaapzaal, dient iedere patiënt tegenwoordig een eigen kamer te hebben. Hiermee weerspiegelt de wet de veranderde manier van denken. Dat heeft ertoe geleid dat er een omschakeling heeft plaatsgevonden in het toegepaste zorgconcept, en op de manier waarop psychogeriatrische zorg verleend zou moeten worden. In geval van De Botterhof in Wierden

wordt uitgegaan van kleinschalige zorgverlening. Dit proces heeft niet alleen invloed gehad op het zorgconcept dat veranderd is, maar ook op de architectuur van verpleegvoorzieningen (J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, 2005, p. 152).

De zorg- en dienstverlening die tegenwoordig wordt geleverd in een psychogeriatrische instelling is er op gericht dat een persoon zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en, voor zover mogelijk, de regie houdt op eigen leven (Ouderenwegwijs.nl, 2016). Binnen de psychogeriatrische zorg speelt het kleinschalig wonen langzamerhand een steeds grotere rol. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie komt in Nederland steeds vaker voor (Van Waarde & Wijntjes, 2007).

Bij de kleinschalige aanpak wonen ouderen in groepen van zes tot acht personen, maar ze hebben een gezamenlijke woonkamer en een eigen slaapkamer. Zo houden ouderen zoveel als kan de regie over eigen leven en de eigen thuissituatie wordt zoveel mogelijk nagebootst.

Voordat er sprake was van kleinschalig wonen sprak men over “grootschalig wonen”.

Bij “grootschalig wonen” was er in zekere zin sprake van afscheiding van de buitenwereld. Mensen waren veelal bedlegerig en kamen eigenlijk nooit buiten de muren van de zorginstelling. Mensen waren bovendien 24 uur per dag in het gezichtsveld van de zorgverleners (Van der Woert, Jaspers, & Visser, 2008). Hier komt het begrip “hospitalisering” naar voren. De specifieke kenmerken van hospitalisering zullen in het theoretisch kader nog uitgebreid aan bod komen.

De Botterhof

De Botterhof is een verzorgingshuis waar kleinschalig zorg wordt verleend. Het is in 2007 door Carint Reggeland geopend, dicht tegen het centrum van het dorp Wierden. Met kleinschalig wonen heeft Carint Reggeland een nieuwe weg ingeslagen en dat vroeg om een ander type gebouw waarin de aandacht voor de individualiteit van de bewoners tot uitdrukking is gebracht in gebouw en inrichting. Inmiddels is er negen jaar verstreken en de vraag is of het project nog steeds voldoet aan de verwachtingen die destijds ten grondslag lagen aan het zorgconcept en het gebouw. Is de architectonische oplossing die toen werd gevonden voor goede kleinschalige verzorging nog steeds actueel en relevant? Is het mogelijk gebleken om het zorgconcept waarin de bewoner écht centraal staat ook uit te werken naar de manier waarop verschillende zorgfuncties worden vervuld? Hoe heeft het personeel deze omslag in denken beleefd en kan het omgaan met de verandering? Is het zorgconcept ook op langere duur houdbaar gebleken? Is het mogelijk gebleken om bewoners actief in te schakelen bij het uitwerken van het nieuwe woonconcept? Worden zij ingeschakeld bij boodschappen doen, bed opmaken, koken en strijken? Kan de huidige vorm van zorgverlening die er is in 2016 vergeleken worden met de manier van zorg verlening rond de opening van De Botterhof?

Schept de regelgeving van 2016 nog steeds dezelfde context als in 2007? Deze vragen komen naar boven omdat er in de afgelopen jaren geconstateerd is dat de trend bestaat om mensen steeds langer thuis te laten wonen (CBS, 2015). Bovendien zijn in de afgelopen jaren steeds meer verpleeghuizen gesloten en – voor zover wij dat kunnen overzien – heeft dat tot gevolg dat de zorgzwaarte voor toelating tot een verzorgingshuis steeds hoger is geworden (CBS, 2007). Met andere woorden, het verzorgingshuis krijgt steeds zwaardere patiënten, maar passen die nog wel in het profiel van kleinschalig wonen? Wij willen onderzoeken in hoeverre het basisidee van kleinschalig wonen nog uitgewerkt kan worden in deze veranderde context.

Op grond van bovenstaande wordt verwacht dat de ideeën waarmee De Botterhof destijds is opgezet met het kleinschalig wonen waarschijnlijk niet meer toepasbaar is in deze tijd van veranderingen. De veranderingen in regelgeving en de financiering van de zorg zullen het zorgconcept onderdruk zetten waardoor de kern van het kleinschalig wonen, actieve participatie van de bewoners, onder druk komt te staan.

Hoofdvraag

De hoofdvraag voor deze bachelor opdracht is: Past het zorgconcept van kleinschalig wonen, dat ten grondslag heeft gelegen aan de bouw van De Botterhof, nog in de huidige financierings- en regelstructuur (en het wettelijke raamwerk) van de Nederlandse gezondheidszorg?

Deelvragen

Om deze vraag te beantwoorden zullen we de volgende deelvragen uitwerken:

1. Welke uitgangspunten en verwachtingen liggen ten grondslag aan de het ontwerp van het zorgconcept en het gebouw waarin de Botterhof is gerealiseerd?
2. Welke wijzigingen in regelgeving hebben plaats gevonden in de afgelopen jaren?
3. Welke impact hebben de regelwijzigingen m.b.t. de instroom van nieuwe bewoners?
4. Welke impact hebben de regelwijzigingen op het zorgconcept?

De hoofdvraag en deelvragen willen we aan de hand van de volgende drie perspectieven onderzoeken:

1. Het eerste perspectief betreft de regelgeving. De overheid bemoeit zich met de zorg op verschillende manieren. De overheid bemoeit zich niet alleen met de uitvoering van de zorg, maar tegelijkertijd ook met de financiering van de zorg. We kunnen deze twee dimensies in analytische zin onderscheiden, maar het is duidelijk dat deze twee bemoeienissen zich gedragen als communicerende vaten.

2. het tweede perspectief betreft de zorginhoud; welke ontwikkelingen hebben zich de afgelopen decennia voltrokken met betrekking tot psychogeriatrische zorg. Welke trends zijn er te zien en kan er vanuit deze trends een set van uitgangspunten afgeleid worden die geldig zijn voor moderne verpleeghuiszorg?
3. Het derde perspectief dat wij willen onderzoeken richt zich op de architectuur. Het begrip healing environment dat vooral opgeld doet in ziekenhuizen, kan moeiteloos uitgewerkt worden in de architectuur en het zorgconcept van verpleeghuizen.

Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de kennis over kleinschalig wonen. Er is eerder onderzoek gedaan naar kleinschalig wonen, met dit onderzoek is echter gekeken naar één specifieke instelling. Andere instellingen zouden ons onderzoek als voorbeeld kunnen nemen om een eigen evaluatie uit te voeren. De data kan niet zozeer gegeneraliseerd worden maar kan wel als een benchmark gebruikt worden om andere instellingen te evalueren.

Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is het feit dat de ouderenzorg een groot probleem in Nederland is. Door het onderzoeken of een zorgconcept zoals kleinschalig wonen nog werkt en of/hoe het eventueel anders kan, kan het een bijdrage leveren aan betere zorg. Dit heeft als uitkomst dat er geld bespaart kan worden en de zorg beter geleverd kan worden. Voor de samenleving betekent dit een vermindering van zorgkosten die collectief betaald worden.

Tevens kan het ervoor zorgen dat er bij de zorginstelling een beleidswijziging kan veroorzaken waarbij er opnieuw naar kleinschalig wonen wordt gekeken en de effectiviteit hiervan. Voor de gemeenschap zal het kunnen betekenen dat de ouderen beter verzorgd kunnen worden en daarbij een humanere manier van zorg verleend krijgen. Hierbij komt dat wanneer er een betere zorg geleverd wordt de ziekte eventueel verminderd kan worden of pas later opkomt waardoor de persoon langer een bijdrage kan leveren in de samenleving.

Leeswijzer

Deze scriptie is als volgt opgebouwd. In het volgende hoofdstuk zullen drie perspectieven uitgelegd worden met daarbij het theoretisch kader. In het daaropvolgende hoofdstuk zal de onderzoeksmethode besproken worden vervolgens de resultaten van het onderzoek. In het laatste hoofdstuk worden de conclusie en discussie besproken.

2. Theoretisch kader

Dit onderzoek tracht de ontwikkeling in de psychogeriatrische verpleeghuizen te onderzoeken vanuit het idee dat er een complex samenspel is van verschillende factoren die samen vorm en inhoud geven aan de kleinschalige verpleeghuiszorg. Dit onderzoek zal zich richten op zorgregelgeving, zorgconcepten en zorgarchitectuur. Deze drie elementen hebben invloed op elkaar, wanneer de regelgeving verandert, zal die verandering moeten worden doorvertaald naar zorgconcepten en ten slotte ook naar architectuur hoewel de laatste vaak op de iets langere termijn.

In de volgende onderdelen zullen we eerst ingaan op de aspecten van verpleeghuiszorg en de regelgeving en financieringsstructuren schetsen waar verpleeghuizen mee te maken hebben. Vervolgens zullen wij het begrip zorgconcept en randonderwerpen behandelen. Als laatste wordt de architectuur van kleinschalige woonvoorzieningen behandeld.

Wanneer deze drie elementen besproken zijn wordt er een theoretisch kader opgesteld waarmee de ontwikkelingen bij De Botterhof besproken zullen worden. Dit theoretisch kader wordt opgehangen aan het z.g. 'Planetree model' dat vaak wordt gezien als een goed conceptueel beoordelingskader voor zorginstellingen.

Ontstaan van verpleeghuizen

Om de geschiedenis van verpleeghuizen weer te geven kan direct terug gegrepen worden naar de laatmiddeleeuwse gasthuizen die, vanuit een christelijk motief, zieke mensen verzorgden. Een gasthuis was een plek waar zieken niet zo zeer behandeld werden, maar het was meer een laatste rustplaats waar de mensen stierven. De zorg kan niet vergeleken worden met de huidige zorg waarbij genezing (cure) meer centraal staat, maar er werd meer aan het verlichten van pijn gedaan, verzorgen van wonden in het huis van God. Hierdoor was het zorgconcept meer gericht op religie dan op een medisch-wetenschappelijke grond.

Ziekenhuizen zijn ontstaan vanuit de gasthuizen, waarbij, door grote medische ontwikkelingen in de 19^e en 20^e eeuw, het concept van cure meer centraal kwam te staan. Dit betekent dat in de 20^e eeuw niet enkel aan care gedaan werd, maar dat het genezen van de ziekte voorop stond. Maar genezing was niet altijd haalbaar en er diende dus nog steeds voor de chronisch zieken gezorgd te worden. Hierdoor is in 1829 het eerste Nederlandse verpleeghuis geopend, Het Zonnehuis in Beekbergen. Het ziekenhuis stond hierbij model voor het opzetten van het verpleeghuis, maar waar het ziekenhuis de aandacht richtte op genezing, richtte het verpleeghuis zich op de verzorging (care) (Boot, 2013),

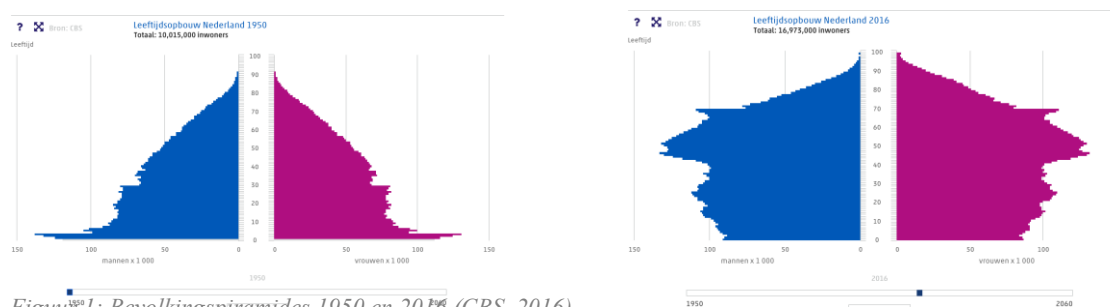
De ontwikkeling die heeft plaatsgevonden in de verpleeghuizen is met name te danken aan wetgeving. Door veranderingen in wetgeving hebben verpleeghuizen zich kunnen ontwikkelen tot wat ze nu zijn.

Verpleeghuizen zijn in beginselen ontstaan doordat ziekenhuizen overvol dreigde te raken en er geen ruimte was voor patiënten die enkel verzorgd maar niet meer behandeld hoefden te worden. De naoorlogse verpleeghuizen zijn te zien als ziekenhuizen zonder de curatieve taak. Dit valt ook te zien aan de architectuur van de eerste verpleeghuizen. Deze waren ingericht naar het model van de ziekenhuizen in die tijd.

Geelen geeft aan dat het zorgconcept dat in die tijd gebruikt werd, rechtstreeks was afgeleid van het ziekenhuis, het medisch model (Geelen, 2005). In deze tijd is er ook een splitsing te zien met betrekking tot de ‘soorten’ patiënten. Dit houdt in dat er patiënten zijn die nog niet naar huis konden gaan en patiënten die nooit meer naar huis zouden gaan. In deze laatste categorie valt de psychogeriatrische patiënt. Deze differentiatie in het soort patiënt wordt door Geelen het *verpleegkundig* of *taakgericht* model genoemd. Onder het taakgerichte model valt het begrip *efficiëntie*. Deze manier van werken betekent dat de verzorgende taken efficiënt uitgevoerd dienen te worden. De taken dienen op een snelle en adequate manier gedaan te worden. Echter, deze benadering stuitte op kritiek van de samenleving. Mensen dienen niet per aandoening gesorteerd te worden, want mensen hadden hun eigenheid en individualiteit. De zorg diende gericht te zijn op het totale zorgaspect van de patiënt. In deze visie zijn de zorgverleners uit (verschillende disciplines) min of meer verplicht om hun behandeling onderling af te stemmen. Dit houdt in dat de arts samen met de psycholoog, fysiotherapeut, diëtiste, etc., een behandeltraject dient vast te stellen en overleg met patiënt en familie/mantelzorgers plaats moet vinden. Geelen spreekt hier van het *multidisciplinaire* model. Het Multidisciplinaire model houdt in dat er *effectief* gewerkt wordt. Het houdt in dat er *vraaggericht* gewerkt wordt naar de wensen van de patiënt.

Invloed vergrijzing op verpleeghuizen

De vergrijzing heeft ervoor gezorgd dat er meer ouderen in de samenleving zijn. Dit wordt in volgende figuren goed weergegeven (Figuur 1).



Figuur 1: Bevolkingspiramides 1950 en 2016 (CBS, 2016)

In de afbeeldingen van het CBS zijn de bevolkingspiramiden te zien van het jaar 1950 (linker afbeelding) en 2016 (rechterafbeelding)(CBS, 2016). Er is een duidelijke bevolkingstoename te zien van rond 10 miljoen inwoners in 1950 naar bijna 17 miljoen in 2016. Daarnaast kan duidelijk afgelezen worden dat het aantal ouderen verhoudingsgewijs sterk is toegenomen. Dat kan vooral verklaard worden door het feit dat oudere mensen tegenwoordig een hoger levensverwachting hebben vergeleken met vroeger. Mensen leven op oudere leeftijd vaak nog met een goede gezondheid.

Als gevolg hiervan is er een verschuiving ontstaan in de plaats van ouderen in de samenleving. De moderne oudere is gezond en vaak nog volop actief in de samenleving. Boot ziet dat de verandering van *dankbare ouderen* naar *kritische senioren* een belangrijk aandeel heeft gehad in de nieuwe zorginstellingen. Hierdoor is het model veranderd van een *aanbod-* naar het *vraaggericht* model. In dit model staat de zorgvraag van de patiënt centraal en wordt als beginpunt van het zorgtraject gezien. Hierdoor is de verzorging van patiënten verdrongen door het begeleiden van de dagelijkse bezigheden van de patiënten. Door deze veranderingen in het zorgconcept worden ook andere eisen gesteld aan de architectuur van de instellingen. Dit samenspel van aspecten die elkaar voortdurend beïnvloeden speelt een grote rol in de gehele veranderende zorg.

2.1. Zorgregelgeving

Heel vroeger waren vooral de familieleden nauw betrokken bij de verzorging van ouderen. Ouderen woonden thuis of werden in de terminale fase opgenomen in gasthuizen. In de 20^e eeuw begint de overheid een steeds grotere rol te spelen in de zorg voor ouderen. Wetgeving op gebied van gezondheidszorg heeft tot grote verbeteringen geleid en de kwaliteit van zorg verhoogd. Belangrijke ontwikkelingen zijn onder andere dat de opkomst van verzorgingshuizen is geregeld door de Wet Bejaarden Oorden (WBO), de introductie van verpleeghuizen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Knuit, 2010; Voordt, 1998). In de volgende paragrafen wordt uitgelegd welke processen en impulsen tot deze ontwikkelingen hebben geleid en hoe de huidige situatie eruit ziet.

2.1.1. Wet Bejaarden Oorden

In de periode na de tweede wereldoorlog is het streven gericht op het opbouwen van een verzorgingsstaat waarbij de sociale politiek een belangrijke rol speelde. De doelen van de verzorgingsstaat waren onder andere het handhaven van gelijkheid, het creëren van publieke verantwoordelijkheid, het centraliseren van overheidstaken en het standaardiseren van sociale programma's. Ouderenzorg kreeg ook steeds meer aandacht. Professionele hulpverlening kon geleverd worden omdat er nieuwe opleidingen ontstonden als opleiding tot deskundige of verpleegkundige.

Deze ontwikkeling heeft ook een grote invloed gehad op de kwaliteit van zorg die vanaf de tijd na de tweede wereldoorlog geleverd werd aan ouderen (Voordt, 1998).

Deze ontwikkelingen zijn echter niet allen ingegeven door zorgmotieven. Na de oorlog was er in veel gemeenten bovendien sprake van woningnood. De woningnood maakte acceptabel dat ouderen in bejaardenoorden werden geplaatst. Voor de toezicht en bescherming van de bewoners werd in 1963 de WBO geïntroduceerd. De verantwoordelijkheid van de WBO lag bij het toenmalige Ministerie van Cultuur, recreatie en Maatschappelijk werk (Voordt, 1998). Een bejaardenoord werd gedefinieerd als *“inrichting, waarin aan tenminste vijf bejaarden duurzame huisvesting wordt verschaft, gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging”* (Voordt, 1998, p. 2). Het primaire doel van dit soort voorzieningen was het bieden van een ondersteunend woonmilieu waarin de ouderen in staat zijn om hun leven zo goed mogelijk naar eigen inzicht te kunnen voortzetten. De verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit van zorg als de huisvesting viel onder de overheid.

Met de introductie van de WBO werd ook de financiering verbeterd en dat heeft voor een verdubbeling van het aantal plaatsen in verzorgingshuizen gezorgd in de periode van 1965 tot 1975. In deze tijd is het aantal plaatsen van ruim 73.000 plaatsen toegenomen tot bijna 135.000. De kosten zijn tijdens die periode enorm gestegen, wat ervoor gezorgd heeft dat in de Nota Bejaardenbeleid in 1975 een grens werd gesteld aan het percentage ouderen dat opgenomen zouden kunnen worden in een verpleeghuis; de 7%-norm. Deze norm stelde een limitering aan het aantal ouderen dat opgenomen kon worden in een bejaardenoord. Dit resulteerde er in dat ouderen langer thuis door familie en vrienden verzorgd moesten worden en dat het verzoek om opgenomen te worden in een verzorgingshuis verder werd uitgesteld. In de jaren daarna woonde ruim 6,8% van de 65-plussers in een verzorgingshuis (Voordt, 1998).

Verder werden er een aantal indicatiecriteria ingevoerd waar ouderen aan moesten voldoen om toegelaten te kunnen worden in een verzorgingshuis. Deze indicatiecriteria bestonden onder andere uit leeftijd, zorgbehoefte en sociale- en psychische problemen. Vanwege deze vernieuwingen in de WBO is het aantal ouderen die opgenomen kunnen worden in een verzorgingshuis sterk ingeperkt. Veel ouderen voldoen niet aan de eisen voor een indicatie en moesten vervolgens van familie en vrienden verzorgd worden. Echter, de indicatiestelling is niet de enige reden hiervoor. Een andere reden is bijvoorbeeld dat mensen steeds meer mogelijkheden hebben om thuis te blijven en hun dagelijkse leven zelfstandig te regelen. Deze mensen werden pas opgenomen in een zorginstelling als het zelfstandig wonen in de thuisomgeving niet meer mogelijk was. De verzorgingshuizen kregen steeds

meer een verpleegkarakter tot het punt dat er een verschuiving plaatsvond van een wooncomplex met zorgverlening tot een zorgvoorziening (Voordt, 1998).

De financiering van de zorg is tot 1984 vastgesteld in een rijkssubsidieregeling. Vanaf 1985 vallen alle regelingen omtrent verzorgingshuizen in Nederland onder de WBO. Om toezicht te kunnen houden op een legitieme uitvoering van de wet, moesten de twaalf provincies deze taak op zich nemen. De provincies waren verantwoordelijk voor de financiering van de verzorgingshuizen, de organisatie en het beleid rondom deze inrichtingen en bovendien voor de waarborging van de kwaliteit van zorg. Deze taken werden daarmee gedecentraliseerd van de rijksoverheid naar eerst de provincies en later de gemeentes. De reden hiervoor is het feit dat men zich bewust is geworden dat doelmatige zorgverlening op lokaal niveau beter zou kunnen functioneren. Echter, het probleem met een gedecentraliseerde toezicht is dat er geen “landelijk uniforme” (Knuit, 2010, p. 12) regulering plaatsvond van de regelingen binnen de WBO. Hieruit zijn problemen met de financiering van de verzorgingshuizen tussen provincies ontstaan omdat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) andere soorten zorg bekostigde. Hier gaan we in het volgende hoofdstuk nog dieper in.

De gedecentraliseerde aanpak werd 1997 omgekeerd en de financiering van de verzorgingshuizen werd vastgesteld via de Overgangswet Verzorgingshuizen. Het uiteindelijke doel was destijds om de WBO onder te brengen in de AWBZ. In 2001 kwam de WBO te vervallen en alle onderdelen ervan werden opgenomen in de AWBZ (Knuit, 2010). De overheid wilde de regelgeving omtrent de ouderenzorg en extra- en intramurale zorg zo goed mogelijk vereenvoudigen (J.M. Boot & M.H.J.M. Knapen, 2005, p. 136).

2.1.2. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Aan het eind van de jaren 60 hield de overheid zich bezig met de vraag hoe mensen met een zware ziekte of zware lasten verzekerd zouden kunnen worden. In het verleden was er voor dit soort gevallen geen manier om de verpleegkosten te verzekeren. Familie, vrienden of burens waren in het algemeen verantwoordelijk om hun naasten te verzorgen en te verplegen. In 1968 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geïntroduceerd. Het idee was om lichamelijk en geestelijk gehandicapten verpleegzorg te kunnen garanderen die men toen alleen in een specifieke afdeling van ziekenhuizen kon krijgen (Knuit, 2010). Door de opkomst van nieuwe technologische innovaties op medisch gebied was het verblijf in het ziekenhuis voor dit soort patiënten niet meer mogelijk omdat de ziekenhuiskosten steeds toenamen (Voordt, 1998). De Nederlandse overheid hoopte met behulp van de AWBZ deze “care-gap” te sluiten.

In de loop van de tijd is te zien dat de AWBZ steeds is uitgebreid. In het begin was de wet bedoeld om zware geneeskundige gevallen op te vangen. Gaandeweg zijn er steeds meer aandoeningen en gevallen opgenomen op het gebied van welzijn en maatschappelijk werk. Deze ontwikkeling is in onderstaande tabel weergegeven waarbij de uitbreiding naar verschillende richtlijnen herkenbaar wordt (IdR, 2010).

1968	Verpleeghuis- en gehandicaptenzorg
1970	Medische kindertehuizen
1971	Medische kleuterdagverblijven, Het Dorp
1973	Dagverblijven
1974	Preventie/screening en vaccinatieprogramma's
1976	Gezinsvervangende tehuizen
1977	Dagbehandeling in verpleeginrichtingen
1980	Kruiswerk (wijkverpleegkundigen)
1982	Riagg (ambulante geestelijke gezondheidszorg)
1989	Gezinsverzorging, hulpmiddelen en psychiatrische hulp
1997	Verzorgingshuizen (wet op de bejaardenoorden)

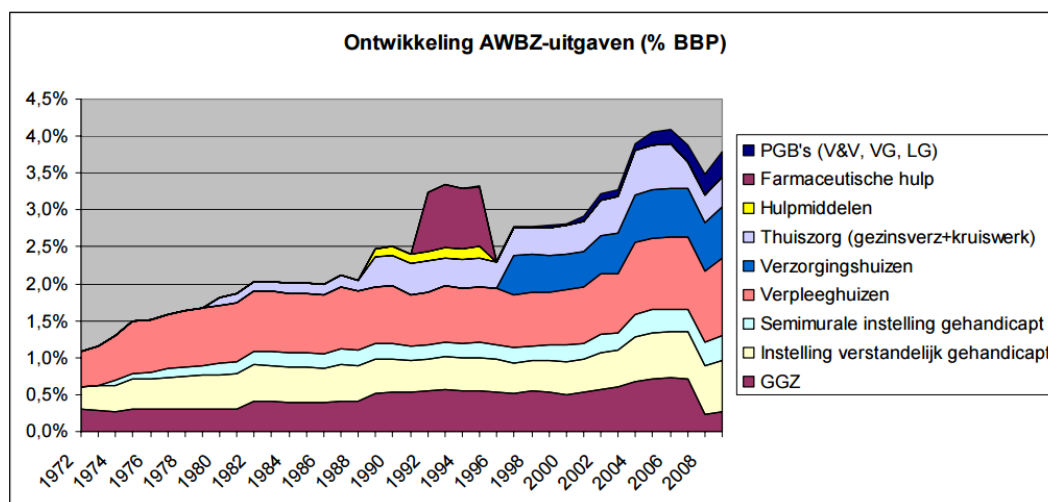
Tabel 1: Uitbreiding AWBZ (IdR, 2010)

Na de introductie van de AWBZ hield de overheid zich bezig met aanvullende zorg voor langdurige patiënten. Aan het begin van de jaren 70 werd het zorgaanbod van verpleeghuizen uitgebreid naar puur verzorgen en verplegen met medische, paramedische en psychosociale zorg. De bekostiging van de AWBZ gebeurde door middel van premieheffing van de burgers. Zoals eerder besproken werd de AWBZ met aanvullende zorg uitgebreid. In de loop van de jaren werd de AWBZ steeds meer uitgebreid waardoor andere vormen van zorg er in opgenomen konden worden. Daarnaast veranderde de karakter van de AWBZ ook met als gevolg dat bepaalde actoren, zoals de cliënt, de zorgaanbieder en de overheid een andere rol kregen (Knuit, 2010; Tijs van Gorp, Hazel Hull, & Wilcke, 2009).

Sinds de introductie van de AWBZ zijn er veel verpleeghuizen opgericht en de vraag naar overplaatsing vanuit het ziekenhuis van langdurige zieken nam in de loop van de jaren toe. Hierdoor stegen de kosten die door de AWBZ bekostigd werden enorm. De overheid heeft destijds geprobeerd om meer grip te krijgen op de uitgaven en dit werd opgelost door het invoeren van een nieuwe wet, namelijk de Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV). Het doel van deze wet was om kosten te besparen door de infrastructuur en de capaciteiten te reguleren. Om het met behulp van het wettelijk kader duidelijk te maken: de WZV bepaalde *locatie en volume*, de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) bepaalde de *tarieven* en de AWBZ *betaalde*. Deze ontwikkelingen hebben plaats gevonden in de periode van 1974 tot 1985 (Knuit, 2010).

In de periode van 1986 tot 1993 werd naar aanleiding van de nota “Bereidheid tot verandering” de AWBZ omgevormd tot een basisverzekering. De nota werd opgezet op basis van de aanbevelingen van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker). Dit proces heeft ertoe geleid dat de AWBZ vanaf die tijd de kosten voor mensen met een psychische aandoening, die vanaf die tijd verzorgd worden, zou betalen. Er was dus weer sprake van een uitbreiding van de AWBZ (Knuit, 2010). Daarnaast werd in 1993 erkent dat de verzorgings- en verpleeghuizen niet meer geschikt waren voor de toekomst. De gebouwen waren in toenemende mate verouderd en beschikten niet meer over bepaalde hulpmiddelen en voorzieningen over die moderne wooncomplexen wel beschikten. Deze wooncomplexen waren uitgerust met voorzieningen die beter toegesneden waren voor de belangen van oudere bewoners. In dat jaar werd een brief geschreven aan de tweede kamer van de overheid met het voorstel dat zowel de verzorgings- als de verpleeghuizen zich nog meer moest oriënteren naar moderne wooncomplexen die vaak beter uitgerust waren voor ouderen en mensen met een chronische aandoening. Intramurale zorgvoorzieningen zouden hun gebouwen dermate aanpassen dat zelfstandig wonen met zorg op maat mogelijk is. Bovendien zal in de toekomst de woonfunctie in intramurale zorgvoorzieningen verbeterd worden (meer ruimte voor persoonlijke appartementen, meer privacy etc.) (Voordt, 1998).

In de periode van 1994 tot 1997 hield de overheid zich nog steeds bezig om een grip te krijgen op de steeds maar stijgende kosten. Dat was ook dwingend nodig want tussen de jaren 1972 en 2006 is het aandeel van het bbp met betrekking tot de AWBZ gestegen van 1% naar respectievelijk 4%. In onderstaande grafiek is goed te zien dat de uitbreiding van de AWBZ in de loop van de tijd ook tot een stijging in de zorguitgaven heeft geleid. In 1997 bijvoorbeeld stijgen de zorgkosten enorm. Dit is te verklaren met de uitbreiding van de AWBZ ten opzichte van PGB's en verzorgingshuizen (IdR, 2010).



Figuur 2: AWBZ uitgaven (IdR, 2010)

Het overheidsbeleid probeerde de uitgaven te beperken maar aan de andere kant zijn er ook een aantal inzichten opgekomen waardoor nieuwe knelpunten naar voren zijn gekomen. Hierbij zijn vooral twee beleidsnota's te noemen, namelijk "Zorg in het regeerakkoord" en "De prijs die zorg verdient". In de eerste nota komt het erop neer dat kwalitatief goede zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar moet zijn in Nederland. Het kernpunt van de tweede nota is de beperking van AWBZ uitgaven en het treffen van maatregelen om de doelmatigheid van de geleverde zorg te kunnen waarborgen. In theorie klonk het als een grote stap naar voren, echter, het bleek nog moeilijk om deze doelen te vertalen in de praktijk (Knuit, 2010).

Zoals eerder kort beschreven is werd de WBO in 2001 opgenomen in de AWBZ wat de knelpunten tussen deze twee wetten heeft opgelost. Deze knelpunten zijn ontstaan vanwege de verschillende financieringsstructuren van de twee wetten. Daarnaast was het probleem dat de twee wetten verschillende soorten zorg vergoeden. Soms was het niet helemaal duidelijk onder welke wet een bepaald persoon met een bepaalde ziekte viel. Dat werd bovendien mede veroorzaakt door het feit dat de uitvoering van de WBO bij de provincies lag. Het toezicht en het vaststellen van bepaalde rechten op zorg of het geven van bepaalde indicaties kon per provincie verschillen. Deze decentralisatie werd 1997 omgekeerd waarna de verantwoordelijkheid weer onder rijksoverheidsregie viel (Knuit, 2010).

Men is door de jaren heen ervan bewust geworden dat het bieden van doelmatige zorg beter op lokaal niveau kan plaatsvinden. Er moet wel een universele regelgeving bestaan om ook de toekomst van de AWBZ en de ouderenzorg te kunnen garanderen. Op basis hiervan werd in 1998 de AWBZ uitgevoerd door regionale zorgkantoren.

Deze werden mede opgericht door de gezamenlijke zorgverzekeraars (Tijs van Gorp et al., 2009). Deze zorgkantoren waren er vooral mee bezig om de zorgvraag en het zorgaanbod zo goed mogelijk in hun regio op elkaar af te stemmen. Een ander impuls die richting heeft gegeven voor de toekomst van de AWBZ was de bezinning over het verzekeringsaspect. Er was sprake van een "volksverzekering" wat als gevolg had dat de burgers aanspraak hadden op bepaalde voorzieningen en zorgdiensten. Deze aanspraak is ook terug te vinden in de doelen van de nota's van 1997 waarna alle burgers aanspraak moeten hebben op toegankelijke, betaalbare en doelmatige zorg (Knuit, 2010).

2.1.3. Modernisering AWBZ

In het verleden heeft de AWBZ meerdere veranderingen ondergaan, het zorgaanbod is uitgebreid, bepaalde wetten zijn opgenomen in de AWBZ en men heeft een aantal knelpunten en

problemen in de ouderenzorg van de toekomst geïdentificeerd. Het overheidsbeleid ging zich vanaf 1995 bezighouden om deze problemen aan te gaan en een oplossing te vinden om mensen die zorg te kunnen garanderen die ze echt nodig hebben. De toenmalige staatssecretaris Terpstra heeft in hetzelfde jaar bekend gemaakt de modernisering van de ouderenzorg doelmatiger te willen inrichten zodat verschillende zorgvoorzieningen beter op elkaar afgestemd worden. In de nota “Zicht op Zorg” zijn de problemen en knelpunten op rij gezet die samenhangen met de AWBZ. Vanaf 2003 werd de AWBZ gemoderniseerd om beter aan te sluiten op veranderingen in de maatschappij, voornamelijk de demografische verschuiving, de toegenomen zorgvraag en zorgkosten. Door middel van de modernisering van de AWBZ zouden volgende doelstellingen worden gerealiseerd (Knuit, 2010):

- De cliënt met een zorgvraag centraal stellen
- Transparantie van zorgaanbod/ zorg op maat
- Meer doelgerichte en patiënten gerichte zorg/ vermaatschappelijking van de zorg
- Bevordering van doelmatigheid

Zorgaanbieder vs. Zorgvrager

Zorgverlening die onder de AWBZ valt, is in het verleden voornamelijk gestuurd door de zorgaanbieder. Zorgaanbod stond centraal en de zorgvrager heeft nauwelijks mogelijkheid om er enige inspraak te hebben. Dit moet volgens de nota “Zicht op Zorg” anders. De cliënten moeten centraal komen te staan en de mogelijkheid hebben om zelfstandig de zorg te kunnen kiezen die ze daadwerkelijk nodig hebben of waar ze behoefte aan hebben. Dit betekent een verandering in het denkkader van de zorgaanbieders. Ze moeten het feit accepteren dat burgers steeds mondiger zijn en hun eigen gezondheid onder eigen regie willen houden. Dit zorgt ervoor dat de rol van de zorgvrager verschuift van een objectieve rol in de zorg naar een subjectieve rol. Organisatie, sturing en financiering van het zorgaanbod moet voor de burger transparant herstructureerd worden. Hierdoor kan de cliënt actief beslissingen nemen over zijn zorgbehoefte en weet welke aanspraken er zijn op basis van de AWBZ (Knuit, 2010; Tijs van Gorp et al., 2009).

Zorgvraag, zorgbehoefte, zorgaanbod

Vanwege een demografische verschuiving binnen de bevolking is het aantal ouderen sterk toegenomen. Dit heeft geleid tot een toenemende zorgvraag. In het denken van de overheid krijgt de burger een centrale rol bij het bepalen van zijn zorgbehoefte en de regie over zijn eigen gezondheid. Dit heeft ertoe geleid, dat de geleverde zorg een steeds meer een patiëntgericht karakter heeft gekregen. Het zorgaanbod is niet meer alleen een totaalpakket voor iedereen, maar op de individuele zorgvraag afgestemd. In de komende jaren wordt het zorgaanbod dermate uitgebreid, dat niet meer

alleen intramurale zorg deel van de AWBZ is, maar andere zorg- en dienstverleningen zoals extramurale zorg, wijk- en thuisverpleging, thuis begeleiding etc. Deze processen hebben ervoor gezorgd dat het zorgaanbod beter aansluit aan de ontwikkelingen in de vraag naar zorg. Het probleem dat hieruit volgt is dat nu zorg onder de AWBZ valt, waar ook mensen een aanspraak op hadden, die geen langdurige zorg kregen of noch lichamelijk noch psychisch gehandicapt zijn. Hiervoor is 2007 de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Wat allemaal onder de Wmo valt, wordt verder in dit hoofdstuk dieper uitgelegd (Knuit, 2010; Tijs van Gorp et al., 2009).

2.1.4. Persoonsgebonden budget (PGB) en Zorg in natura (ZIN)

Om een grip op de zorguitgaven te krijgen heeft de overheid in het verleden al bepaalde indicatiestellingen aangegeven waaraan de cliënten moeten voldoen om toelating tot een verzorgings- of verpleeghuis te krijgen. Voor de modernisering van de AWBZ zijn deze indicaties bepaald en uitgegeven door een commissie. Deze commissie bepaalt de zorgbehoefte en neemt een beslissing over een mogelijke toelating.

Sinds 2005 wordt de indicatiestelling onafhankelijk van de zorgaanbieder van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) uitgevoerd. Wanneer een cliënt zorg nodig heeft neemt deze contact op met het CIZ en vervolgens wordt een indicatiebesluit afgegeven. Binnen de AWBZ zijn er twee “leveringsvormen” hoe zorg aan de zorgvrager geleverd kan worden, te weten het persoonsgebonden budget (PGB) en de zorg in natura (ZIN). Welke leveringsvorm de cliënt ontvangt, wordt door middel van het indicatiebesluit bepaald. In het besluit staan alle aanspraken van de cliënt, de benodigde zorg en de duur ervan (Tijs van Gorp et al., 2009).

Bij de ZIN is het belangrijk dat de benodigde zorg geleverd kan worden door de zorgaanbieder. Hierbij speelt het zorgkantoor of de gemeente een belangrijke rol, want deze contracteert diverse zorgaanbieders en ondersteuning. Met behulp van het zorgkantoor kunnen de cliënten vervolgens in contact komen met een geschikte zorgverlener. Een groot voordeel voor de cliënten is het feit dat ze zelf nauwelijks wat hoeven te doen. Zorginkoop en alle administratieve taken worden door de gemeente of het zorgkantoor geregeld. Een nadeel van de ZIN is onder andere dat de cliënten weinig eigen keuze hebben wat voor een soort zorgverlener ze krijgen (Tijs van Gorp et al., 2009). De cliënt kan aan de andere kant ook voor een PGB kiezen als hij ervoor in aanmerking komt. Het PGB is afhankelijk van het indicatiebesluit en de zorgzwaarte die hieraan gelinkt is. Het idee van het PGB is dat de cliënt in staat is om zelf zorg in te kopen. De monetaire waarde van een PGB ligt in het algemeen wat hoger dan bij de ZIN. De cliënten hebben met een PGB volledige vrijheid bij het inkopen en regelen van zorg die ze nodig hebben. Aan de andere kant moeten alle administratieve taken door de cliënt gedaan worden. Bovendien is het inkopen en regelen van zorg niet zomaar

gedaan. Het kost vaak veel tijd een moeite om een zorgverlener te vinden die goed past bij de zorgbehoefte van de cliënt. Er zijn om deze redenen enkele cliënten die ervoor kiezen om een combinatie uit een PGD en ZIN te hebben. Daarbij contacteert een cliënt een extern bedrijf dat de zorg voor hem regelt en de administratieve verantwoordelijkheden overneemt. Dit wordt gefinancierd door het PGB van deze cliënt. Het nadeel voor de cliënt is het feit dat dit soort bedrijven hun winst maken met een klein percentage van het PGB. De cliënt loopt met deze beslissing bovendien het risico dat dit soort bedrijven gebruik zouden kunnen maken van hen door te hoge “servicekosten” te berekenen. (Tijs van Gorp et al., 2009). Voor de toekomst zou deze manier van zorginkoop echter ook relevant kunnen zijn voor particuliere zorgaanbieders.

2.1.5. Indicatiestelling en Zorgzwaartepakket (ZZP)

Verzorgings- en verpleeginstellingen kregen tot voor een paar jaar nog een budget dat afhankelijk was van de capaciteit van een bepaalde instelling. Vanaf 2009 is dat veranderd, en het budget is gebaseerd op de soort zorg en de hoeveelheid zorg die benodigd is voor cliënten. Hierbij staat het begrip zorgzwaarte centraal. De zorgzwaarte wordt vastgesteld aan de hand van bepaalde ziektecriteria van de cliënt en de hoeveelheid zorg die hij/zij nodig heeft. Bij zorgzwaartepakketten worden cliënt profielen opgesteld, de soort en duur van de benodigde zorg vastgelegd (Tijs van Gorp et al., 2009). Een onderdeel van een indicatiestelling is het ZZP die een cliënt bij het CIZ ontvangt. De zorgzwaartepakketten zijn als volgt opgesteld (Evean, 2015):

- ZZP 3 – Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- ZZP 4 – Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- ZZP 5 – Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
- ZZP 6 – Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
- ZZP 7 – Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
- ZZP 8 – Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
- ZZP 9 – Verblijf met herstelgerichte verzorging en verpleging
- ZZP 10 – Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

De zorgzwaartepakketten 1-3 worden vanaf 2013 alleen voor extramurale zorg geïndiceerd (Nza, 2012).

2.1.6. Herstructurering AWBZ

De AWBZ is per 1 januari 2015 in vier aparte wetten onderverdeeld, te weten:

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Jeugdwet

Alle AWBZ-taken werden verdeeld aan de hand van deze wetten. Het idee van de herstructurering was om het zorgaanbod transparanter voor cliënten te maken. Verder is de sturing en organisatie van de zorg eenvoudiger en logischer geregeld. Hiermee wil de overheid bovendien de zorg nog doelmatiger en patiëntgerichter maken, omdat de verantwoordelijkheid van de organisatie van de zorg en de uitvoering van de diverse wetten onder verschillende beleidsniveaus vallen (Zorgwijzer, 2014).

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz neemt alle taken van de AWBZ over die zich richtten op langdurige zorg. Kwetsbare ouderen, en mensen met een zware zorgbehoefte krijgen zorg uit van de Wlz. De procedure tot toelating blijft onveranderd. Als het CIZ een indicatiebesluit uitgeeft waaruit blijkt dat een cliënt recht heeft op langdurige zorg, dan wordt dat door middel van de Wlz geregeld.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Als een cliënt begeleiding bij dagelijkse activiteiten nodig heeft, kan hij terecht bij de gemeente. Deze zorgt ervoor dat een mantelzorger geregeld wordt om de cliënt te ondersteunen. De kosten van deze zorg wordt vergoed vanuit de Wmo.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Extramurale zorg zal vanaf 2015 onder de Wmo vallen. Dit zijn alle AWBZ-taken waarbij cliënten thuis verzorgd of verpleegd worden, hierbij kan gedacht worden aan wijkverpleging. Deze zorg wordt vanuit de basisverzekering van de Zvw vergoed.

In onderstaande tabel staan de belangrijkste ontwikkelingen betreffende zorgregulgeving samengevat weergegeven.

Jaar	Verandering	Achtergrond
1963	Introductie Wet Bejaarden Oorden (WBO)	- WBO regelde de opkomst van verzorgingshuizen
1968	Introductie Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	- Verpleeghuis zorg voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten - Door middel van de AWBZ was het mogelijk om mensen langdurige zorg te bieden
1975	7%-norm (WBO) voor regulering plaatsen in verzorgingshuizen	- Stijgende kosten van verzorgingshuizen leidde tot een regulering ten aanzien van de plaatsen - 7% van de ouderen kunnen opgenomen worden in een verzorgingshuis
1986-1993	Psychische zorgverlening wordt opgenomen in de AWBZ	- Uitbreiding van de AWBZ - Nota "Bereidheid tot verandering" was het begin van het proces waarbij psychische aandoeningen door de AWBZ bekostigd wordt
1993	Brief aan tweede kamer met voorstel om verzorgings- en verpleeginrichtingen beter uit te rusten en zelfstandig wonen mogelijk te maken	- Oriëntatie richting toekomst met moderne wooncomplexen met goede faciliteiten voor mensen met chronische aandoeningen
1994-1997	Beleidsnota's "Zorg in het regeerakkoord" en "De prijs die zorg verdient" (kwalitatief goede, toegankelijke, doelmatige en betaalbare zorg)	- Poging om stijgende kosten in te perken - Begin van doelmatigheid en toegankelijke zorg
1998	Opkomst van Zorgkantoren, die vraag en aanbod van zorg op elkaar afstemmen	- Doelmatige zorg kan alleen geboden worden op lokaal niveau - AWBZ werd sindsdien uitgevoerd van regionale zorgkantoren

2001	WBO wordt ondergebracht in de AWBZ	- WBO en AWBZ hadden verschillende financieringsstructuren, dat leidde tot diverse knelpunten - Met het integreren van de WBO in de AWBZ werden deze knelpunten opgelost
2003	Modernisering AWBZ (cliënt krijgt een centrale rol, zorgaanbod beter aangepast op vraag naar zorg)	- Modernisering met als doel om beter aan te sluiten op veranderingen in de maatschappij (demografische verschuiving, stijgende zorgvraag etc.) - Verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg
2005	Introductie CIZ als onafhankelijk instituut voor indicatiestellingen	
2007	Introductie Wmo	- Splitsing van langdurige zorg en extramurale zorg binnen de AWBZ - Mensen die geen langdurige zorg nodig hebben krijgen vanaf 2007 zorg geleverd die gefinancierd wordt door de Wmo
2009	Introductie van ZZP's	- Zorg toegesneden aan een bepaald ziekteprofiel met een specifieke zorgbehoefte - Indicatie wordt gegeven door de CIZ
2013	ZZP 1-3 wordt extramuraal	- Deze ZZP's worden niet meer vergoed door de AWBZ - Vanaf 2013 vallen deze ZZP's onder de Wmo
2015	Herstructurering AWBZ: Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet	- Doel om het zorgaanbod transparanter te maken voor de cliënten - Sturing van organisatie eenvoudiger en logischer geregeld

Tabel 2: Veranderingen in de zorgregelgeving

2.1.7. Wlz, ZZP's en De Botterhof

In het kader van verpleeghuizen zoals De Botterhof zijn een aantal maatregelen van toepassing. Tegenwoordig valt de geriatrische zorgverlening zowel onder de Wmo, de Zvw als de Wlz. Zorg- en hulpverlening maar ook financiële hulpmiddelen in vorm van PGB's worden vanuit de Wmo en Zvw vergoed mits, de cliënten met een geriatrische aandoening zoals dementie aan de eisen van de ZZP's voldoen. Daarvoor moeten degenen in eerste instantie een indicatie voor een ZZP krijgen van het CIZ. Per ZZP zijn verschillende eisen vastgelegd. Alle ZZP's onder het niveau 5 worden bekostigd door de Wmo en Zvw. Deze maatregelen zijn bestemd voor extramurale zorgverlening en thuiszorg. Iemand die bijvoorbeeld een indicatie voor een ZZP 3 heeft gekregen zou op basis van de Wmo van de gemeente een helpende toegewezen kunnen krijgen. Iemand met een ZZP 3 of 4 is volgens de regelgeving nog in staat om thuis te verblijven met aanvullende hulpverlening vanuit gemeente. De toegewezen helpende of mantelzorger helpt dan bij dagelijkse activiteiten zoals boodschappen, huishouden, koken etc. (Zorgwijzer, 2014).

De keuze voor een mantelzorger blijft bij de bewoner zelf. Er zijn meerdere mogelijkheden voor de cliënten om zorg te krijgen. Deze cliënten kunnen voor een PGB kiezen om vervolgens de zorg zelf in te kopen die ze nodig hebben of gebruik maken van de ZIN waarbij de gemeente of het zorgkantoor de zorg voor hen regelt. Daarnaast kunnen ze er ook voor kiezen om een derde partij te betrekken waarbij ze met behulp van de PGB de zorg door een extern bedrijf laten inkopen. Mensen die een indicatie hebben gekregen voor een ZZP 5 of hoger komen in aanmerking om in een verpleeghuis geplaatst te worden. Volgens de omschrijving van de ZZP's 3 en 4 wordt er "beschut wonen" gegarandeerd voor de cliënt. Vanaf de ZZP's 5 en hoger is er sprake van "beschermd wonen". In de tijdsperiode voor de oprichting van De Botterhof was het voor cliënten nog mogelijk om met niveau 3 en 4 verwezen te worden naar een verpleeghuis. Voor mensen die in het ZZP 1 of 2 zitten is het uitgesloten om opgenomen te worden in een verpleeghuis. Mensen met een ZZP 3 kunnen alleen nog opgenomen worden in een verpleeginrichting als ze al op een wachtlijst staan. Dit betekent echter niet dat ze ook opgenomen zullen worden. Vanaf 1 januari 2016 geldt dat ook voor het ZZP 4. Hoewel er in de omschrijving van de ZZP's sprake is van "beschut wonen" kunnen mensen die om deze vorm van zorg vragen niet opgenomen worden in een verpleeg- of verzorgingshuis. Volgens de overheid moet de hulp voor die mensen door familieleden en thuiszorg verleend worden (ANBO, n.a.). Vanaf het begin van het jaar 2016 kunnen alleen mensen met een ZZP 5 of hoger verwezen en opgenomen worden in een verpleeginrichting. Hiermee is te verklaren dat de zorgzwaarte is toegenomen in de loop van de tijd.

De Wlz is verantwoordelijk voor verpleeghuizen en regelt tevens de vergoeding van de ZZP's 5 t/m 10. (Zorgwijzer, 2014).

In de casus van De Botterhof wordt op basis van deze ontwikkelingen in de regelgeving verwacht dat de bewoners zich al in een zwaar ziektestadium bevinden en ten minste in de ZZP 5 zullen zitten.

2.1.8. Hygiëne, brandveiligheid en vrijheidsbeperking in verpleeghuizen

De Wlz, Zvw en de Wmo zijn niet de enige wetten en regelgeving die invloed hebben op zorgorganisaties als De Botterhof. Er zijn daarnaast nog diverse protocollen, richtlijnen en maatregelen die bepaalde eisen aan deze organisaties stellen en er tevens een sturend invloed op kunnen uitoefenen. Voor geriatrische zorginrichtingen spelen vooral hygiëne richtlijnen, maatregelen voor brandveiligheid en vrijheidsbeperking een belangrijke rol.

Hygiëne richtlijnen zijn nodig voor verpleeghuizen en andere zorgcentra om de veiligheid voor de bewoners te kunnen waarborgen. Daarnaast hebben deze richtlijnen mede als doel om bepaalde ziekteverwekkers die gevaarlijk voor de gezondheid van de bewoners kunnen zijn in te perken. Een goede hygiëne in verpleeghuizen is noodzakelijk om de verspreiding van “micro-organismen en virussen” te voorkomen (LCHV, 2016). Voorbeelden voor micro-organismen zijn bijvoorbeeld bepaalde schimmel soorten die de gezondheid van de bewoners negatief kunnen beïnvloeden. Andere ziekteverwekkers zoals diverse bacteriën en virussen kunnen overal in het gebouw zijn zoals bijvoorbeeld op meubelen, op de huid, in het water, in de lucht, in voedsel of andere lichaamsvloeistoffen (LCHV, 2016). Om deze reden is hygiëne in verpleegcentra en andere zorginrichtingen buitengewoon belangrijk. Mensen kunnen elkaar makkelijk besmetten en de ziekteverwekkers overdragen. Hygiëne richtlijnen stellen een aantal eisen waaraan elke zorgorganisatie moet voldoen om het infectierisico te beperken. Het infectierisico bij bewoners van een verpleeghuis is gemiddeld hoger dan bij een normale burger. Dit heeft meerdere redenen. Mensen wonen in verpleeghuizen vaak dicht op elkaar en maken dagelijks gebruik van dezelfde ruimtes en materialen. Verder hebben bewoners vaak een chronische ziekte waardoor hun weerstand al afgenomen is (LCHV, 2016).

De Werkgroep Infectie Preventie (WIP) maakt richtlijnen voor infectiepreventie. Dit wordt steeds in overleg gedaan met relevante beroepsverenigingen. In deze richtlijnen zijn eisen geformuleerd waaraan zorgorganisaties moeten voldoen. Daarbij komen de volgende eisen aan de orde die op verschillende gebieden invloed hebben:

- Algemene hygiëne
 - Hygiëne medewerkers, handhygiëne, werkkleding, wasgoed, luchten en ventileren, temperatuur en vochtbalans etc.
- Hygiëne van cliënten/ bewoners
 - Dagelijkse verzorging van bewoners
- Schoonmaken en desinfecteren
 - bijv. schoonmaakregels en –technieken
- Bouw en inrichting
 - bijv. huiskamers, toiletten, douche- en badruimte, keuken etc.
- Medische en verpleegkundige zorg
 - bijv. medicijnen en steriele materialen
- Maatregelen bij besmette cliënten of medewerkers

Net zoals de hygiëne richtlijnen horen ook maatregelen voor brandveiligheid bij het bieden van verantwoorde zorg. Volgens het kwaliteitswet zorginstellingen (art. 3) *“[organiseert] De zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft bij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten en consumentenorganisaties. [...]”* (Actiz, 2014)

Richtlijnen en maatregelen voor brandveiligheid hebben pas in 2012 een duidelijke vorm gekregen door middel van het bouwbesluit 2012. Voor deze tijdsperiode werd er alleen op basale wijze over brandveiligheid gesproken. In die tijd waren er een aantal gevaarlijke stoffen opgesomd in de Arboregeling. Naast chemische stoffen worden in deze regeling bovendien brand bevorderend stoffen opgesomd en de omgang met deze stoffen vastgesteld.

Nieuwe bevindingen en ideeën met betrekking tot brandveiligheid en van de omgang met brand bevorderend stoffen ontstond pas vanaf 2012 (Gallis, 2012; W.J.T. van Alphen et al., 2016).

In het bouwbesluit 2012 is er voor het eerst sprake van het “gelijkwaardigheidsprincipe”. Het gelijkwaardigheidsprincipe houdt in dat voor gebouwen die niet meer voldoen aan huidige normen en eisen een gelijkwaardige oplossing gevonden en geïmplementeerd moet worden. In het kader van brandveiligheid zijn gebouwen op basis van de zogenaamde compartimentering ontworpen. Oudere gebouwen die aan deze bouwkundige eis niet voldoen moeten deze met een gelijkwaardig alternatief voorzien worden. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de installatie van sprinklers. Dit

gelijkwaardigheidsprincipe is belangrijk voor zowel bouwkundige als installatie voorzieningen die geregeld zijn door de woningwet maar verder ook voor organisatorische maatregelen die door de Arbowet geregeld zijn. Er zijn richtlijnen die precies beschrijven hoe een gebouw ontworpen moet worden, welke hulpmiddelen en materialen gebruikt moeten worden om aan de brandveiligheidseisen te kunnen voldoen (Gallis, 2012).

Naast het gelijkwaardigheidsprincipe speelt zelfredzaamheid een belangrijke rol met betrekking tot brandveiligheid. Hierbij gaat het “over het vermogen zichzelf in veiligheid te brengen” (Gallis, 2012). Er spelen drie factoren een rol die de mate van zelfredzaamheid beïnvloeden:

- Kenmerken van de mens
- Kenmerken van het gebouw
- Kenmerken van de brand

In het verpleeg- en verzorging sector (V&V) hebben de organisaties vooral te maken met de bedrijfshulpverlening (BHV) en de bedrijfsnoodorganisatie (BNO). De BHV is een onderdeel van de BNO. In de BNO is vastgelegd hoe bepaalde processen georganiseerd moeten worden in het geval van een noodsituatie. Het doel van de BHV is voornamelijk het uitvoeren van de noodorganisatie. De manier hoe bepaalde processen uitgevoerd moeten worden is wettelijk geregeld via de Arbowet (art. 15). Deze stelt namelijk een aantal eisen aan de BHV (Gallis, 2012).

Voor de V&V-sector is het moeilijk om deze reguleringen en maatregelen toe te passen. Wat de bouwkundige brandveiligheid betreft is er in de V&V-sector vaak sprake van een combinatie van oud- en nieuwbouw. Dit feit maakt het moeilijk om volgens de eisen van de BNO te handelen. Bovendien heeft er in de afgelopen jaren een verschuiving plaatsgevonden van het soort bewoners van verpleeghuizen. Deze zijn tegenwoordig minder zelfredzaam. Verder hebben verpleeghuizen een kleinere bezetting vergeleken met bijvoorbeeld ziekenhuizen wat het tevens onrealistisch maakt om een 24/7 BHV beschikbaarheid te eisen. Desondanks zijn de organisaties verplicht om aan brandpreventie maatregelen zo goed mogelijk te voldoen. Nieuwe gebouwen moeten volgens het idee van “compartimentering” gebouwd worden. Dat houdt in dat rook of brand of allebei binnen zogenaamde “compartimenten” ingesloten wordt en dus verspreiding naar andere ruimtes voorkomen worden. Het bouwbesluit stelt diverse eisen aan de grootte van compartimenten. Deuren, kabels, ventilatie en andere elementen van een compartiment moeten brandwerend afgedicht zijn. Daarbij is de keuze van het bouw materiaal buitengewoon belangrijk. Het materiaal dat gebruikt wordt moet aan bepaalde tijd en temperatuur eisen voldoen (Gallis, 2012). Daarnaast moeten brandpreventie

installaties in een gebouw zoals een verpleeghuis aanwezig zijn om mogelijke brandbronnen zo snel mogelijk te blussen en de verspreiding in te perken. Deze installaties worden vaak ingezet in de V&V-sector:

- Brandinstallatie
- Rook- en warmteafvoer
- Automatische brandblusinstallaties (Bijv. sprinkler, watermist, schuim)
- Losse (draagbare) blusmiddelen
- Vluchtwegindicaties

De Inspectie op de Gezondheidszorg (IGZ) houdt zich voornamelijk bezig met de veiligheid van patiënten. De IGZ kijkt ook naar de brandveiligheidsmaatregelen die de zorgorganisaties toepassen (Gallis, 2012).

Ten slotte zijn er naast diverse hygiëne richtlijnen en brandveiligheidsmaatregelen nog andere maatregelen die op het gebied van verpleeghuizen aan de orde komen. Dat zijn maatregelen omtrent vrijheidsbeperking van de bewoner. In de praktijk worden soms vrijheid beperkende maatregelen toegepast. Onder vrijheidsbeperking worden alle maatregelen verstaan die de bewegingsvrijheid van mensen beperken zoals een gesloten afdeling voor psychogeriatrische patiënten maar ook het toepassen van bedhekken, rolstoelen op de rem, heupgordels etc. Deze werden in de periode voor 2009 vaker toegepast, terwijl het in de meeste gevallen niet nodig was (UniversiteitMaastricht, 2010). Dit is belangrijk gezien het feit dat er een ontwikkeling heeft plaats gevonden met betrekking tot de toepassing van vrijheid beperkende maatregelen. Deze ontwikkelingen worden in de volgende alinea's nader toegelicht.

Meestal worden vrijheid beperkende maatregelen gebruikt om te voorkomen dat bewoners uit hun bedden vallen. In enkele situaties komen deze maatregelen aan de orde wanneer bewoners bijzonder onrustig of agressief zijn. Uit onderzoeken is tevens gebleken dat het toepassen van vrijheid beperkende maatregelen ook negatieve consequenties kunnen hebben op de bewoners. Er is zowel sprake van lichamelijke als psychische gevolgen. De negatieve gevolgen zijn bijvoorbeeld het ontstaan van incontinentie, depressie en agressie. Lichamelijke inactiviteit leidt volgens wetenschappelijke bevindingen tot een sterke achteruitgang van het denkvermogen. Dit is vooral voor dementerende bewoners erg nadelig. Verder kunnen vrijheid beperkende maatregelen het slaap-waakritme storen wat tot stemmingswisseling bij bewoners kan leiden. Deze maatregelen zijn bovendien niet te allen tijde veilig. Er zijn gevallen gedocumenteerd waarbij sommige bewoners gewond geraakt zijn tijdens een

poging om zich uit de fixatie te bevrijden. Daarbij werden onder andere blauwe plekken of schaafwonden vastgesteld (UniversiteitMaastricht, 2010).

Het afschaffen van vrijheid beperkende maatregelen is geen makkelijk doel en lastig om te behalen. Er bestaat namelijk geen alternatief voor alle maatregelen. Per bewoner kunnen bepaalde omstandigheden verschillen. Een alternatief dat bij de ene bewoner goed werkt en een vrijheid beperkende maatregelen vervangt kan bij een andere bewoner niet zo makkelijk gedaan worden. Er moeten geschikte interventies per bewoners gevonden worden. Hiervoor kunnen diverse innovaties op het gebied van domotica helpen om mogelijke alternatieven te vinden. Hierbij kan gedacht worden aan elektronische waarschuwingssystemen, cameratoezicht, bewegingsprogramma's etc. (UniversiteitMaastricht, 2010).

Sinds 2009 stelt de wetgeving strengere eisen bij de toepassing van vrijheid beperkende maatregelen. Op basis van de regelgeving kunnen vrijheid beperkende maatregelen alleen toegepast worden als “deze zorgvuldig zijn afgewogen, besproken en gerapporteerd” (UniversiteitMaastricht, 2010). In 2009 werd een wetvoorstel aangeboden aan de Tweede Kamer ten aanzien van “zorg en dwang voor personen met psychogeriatrische aandoening of een verstandelijk handicap” (UniversiteitMaastricht, 2010). Op basis van dat voorstel kunnen onrustbanden alleen nog toegepast worden als er geen andere alternatieven bestaan om een ernstig nadeel voor de bewoner te voorkomen. Daarbij werd er duidelijk gemaakt dat valgevaar uitgesloten wordt van de definitie van ernstig nadeel. Deze wet heeft als doel vrijheid beperkende maatregelen zo weinig mogelijk toe te passen in de praktijk. Het voorstel voor deze wet is op 19 september 2013 aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de procedure van het voorstel in hetzelfde jaar nog aangehouden om het samen met een ander wetvoorstel (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) te behandelen (DeEersteKamer, n.a.). Naar aanleiding van deze wet kan alleen nog gebruik gemaakt worden van vrijheid beperkende maatregelen als (IDé, 2016):

- Het opgekomen probleem goed is onderzocht
- Er geen alternatieven bestaan behalve vrijheidsbeperking
- Er voor een oplossing is gekozen die voor de bewoner het minst ingrijpend is
- De vrijheidsbeperking zo kort mogelijk wordt toegepast
- De negatieve consequenties voor de bewoner zo goed mogelijk wordt beperkt

Verder zijn ook andere instituten bezig zoals de Universiteit Maastricht om mogelijke alternatieven te vinden om vrijheidsbeperking te reduceren. Hieruit is onder andere de succesvolle “EXBELT” interventie ontstaan. Deze interventie beoogt om vrijheidsbeperking zo goed mogelijk te reduceren met behulp van normen, eisen en bijscholingsprogramma’s en een verbod van het gebruik van banden. Bij deze interventie krijgen zorgverleners twee maanden de tijd om alternatieven voor banden en andere vrijheidsbeperkende maatregelen uit te proberen. Het doel is om op deze manier de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen steeds meer te reduceren in te beperken. Deze interventie wordt sinds de ontwikkeling in diverse verpleeginstellingen ingevoerd om vrijheidsbeperking verder te reduceren (Universiteit Maastricht, 2010).

2.2. Zorgconcepten

De verzorgingshuizen zoals we het vandaag de dag kennen hebben een rijke geschiedenis. Waar er voorheen voornamelijk grootschalig zorg is verleend (denk aan grote zalen waar patiënten in verzorgd werden), zien we tegenwoordig steeds vaker kleinschalige zorgverlening. In dit hoofdstuk zullen de ontwikkelingen en vernieuwingen in zorgconcepten behandeld worden die geleid hebben tot kleinschalige zorgverlening, specifiek in de psychogeriatric.

Een zorgconcept is een raamwerk met bepaalde normen en waarden, regels, richtlijnen en structuren waarbinnen zorg verleend wordt. Bij De Botterhof wordt kleinschalig wonen als zorgconcept gehanteerd. Kleinschalig wonen als concept komt later in dit hoofdstuk aan bod. In de zorgsector is er sprake van een verschuiving van oriëntatie. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van een taakgerichte oriëntatie naar een cliëntgerichte oriëntatie. Deze verschuiving is te wijten aan de veranderende visies op gebied van zorg en de opvattingen over verzorgen en verplegen (BTSG, 2016a). De behoeften van cliënten nemen een centrale plaats in de veranderingen. Zorgorganisaties dienen zich zoveel mogelijk aan te passen aan de behoeften van de cliënten. Deze verschuiving van oriëntatie heeft geleid tot een toename en verandering van de verantwoordelijkheden van de verzorgenden. Uit onderzoek blijkt dat cliëntgerichte zorgconcepten leiden tot een hogere kwaliteit van zorg (BTSG, 2016a). Enkele voorbeelden van cliënt- en taakgerichte concepten zijn traditionele taakgerichte zorgverlening, primary-nursing, contractverzorging en integrerende verpleegkunde.

Bij traditionele taakgerichte zorgverlening ligt de nadruk op het efficiënt uitvoeren van verzorgende taken die verdeeld worden onder diverse medewerkers. Hierbij heeft het afdelingshoofd een overzicht over het totale zorgproces. Een meer cliëntgerichte vorm van verzorgen is de unit-verzorging. Hierbij werken verzorgenden in nagenoeg vaste teams en worden ze gekoppeld aan vaste bewoners. Dit wordt gedaan zodat er een vertrouwensband kan ontstaan tussen de verzorgende en de bewoner.

Bij primary-nursing is er sprake van uitgebreidere verantwoordelijkheden van verzorgenden. Een verzorgende/verpleegkundige wordt hierbij gekoppeld aan een cliënt en hij of zij plant en verleent zo veel mogelijk zorg. Er vindt tussen de verzorgenden veel terugkoppeling plaats over de te verlenen zorg. Het afdelingshoofd vervult de rol van deskundige, schepper van voorwaarden en begeleider bij primary-nursing.

Contractverzorging is een variant van primary nursing waarbij de autonomie van de verzorgende getracht wordt te vergroten. Iedere contractverzorgende heeft toegewezen cliënten en is verantwoordelijk voor de zorg van die cliënten.

Integrerende verpleegkunde is gebaseerd op de volgende uitgangspunten: de zorg richt zich op de cliënt die ziek is, niet op de ziekte; de cliënt wordt beschouwd als totale mens; de zelfrealisatie van de verzorgende/verpleegkundige wordt bevorderd en er wordt een organisatorisch kader geboden aan de professionalisering van deze beroepsgroep. Bij integrerende verpleegkunde heeft de verzorgende/verpleegkundige een coördinerende rol bij het totale zorgpakket. De verzorgende/verpleegkundige zorg ervoor dat activiteiten die betrekking hebben op de cliënt passen in een zorgplan (BTSG, 2016a). Bovengenoemde taak- en cliëntgerichte concepten worden in tabel weergegeven.

	Taakgericht zorg verlenen	Cliëntgericht zorg verlenen
Cliënt	- vooral aandacht voor lichamelijk aspecten - cliënt is passief “verzorgend” object	- ook aandacht voor psychische en sociale aspecten - cliënt is actief en medeverantwoordelijk
Verzorgen	- verzorgende handelingen staan voorop - alle verzorgenden verrichten bepaalde handelingen bij alle cliënten - weinig aandacht voor procesmatige van zorgverlening	- situatie en beleving van cliënt zijn belangrijk - één verzorgende is verantwoordelijk voor de totale zorg van de cliënt - zorgverlening vindt methodisch en planmatig plaats
Zorgorganisatie	- centrale werkverdeling toewijzing van taken aan verzorgenden - weinig overleg over de verzorging - afdelingshoofd beschikt over alle informatie en overlegt met andere disciplines / diensten	- opdeling in groepen of teams - toewijzing van cliënten aan contactverzorgenden - werkoverleg en cliëntenbesprekingen - de contactverzorgenden beschikken over informatie en overleggen met andere disciplines / diensten.
Rapportage	- rapportage is taakgericht - verschillende schriftjes en mappen - dossiers worden centraal bewaard	- rapportage is doel- en cliëntgericht - één zorgdossier per cliënt met een zorgplan - dossier ligt in principe bij cliënt

Leidinggeven	- afdelingshoofd geeft direct leiding - afdelingshoofd delegeert taken - afdelingshoofd is gericht op coördinatie cliëntenzorg	- afdelingshoofd schept voorwaarden - afdelingshoofd wijst cliënten toe - afdelingshoofd is bezig met personele zorg
--------------	--	--

Tabel 3: Taak- en cliëntgerichte concepten (BTSG, 2016a)

De verschillende soorten van cliëntgericht werken hebben de volgende gemeenschappelijk elementen:

- Het afdelingshoofd delegeert verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van de zorg door iedere cliënt te koppelen aan een verzorgende
- De verzorgende verricht de nodige zorg en is moet zorgen voor overdracht aan een andere verzorgende wanneer de verzorgende er zelf niet is
- Er is overleg nodig met diegenen die zorg overneemt om de verantwoordelijkheden waar te kunnen maken
- Er wordt een methodische werkwijze gehanteerd waarbij de middelen daarvoor voorzien moeten zijn
- Het totale zorgverleningstraject moet door de verzorgende gezien worden als een proces dat zich structureert door formulering van zorgbehoeften en zorgdoelen dat vastgelegd is in een zorgplan
- Het zorgplan moet mede tot stand komen in overleg met de cliënt/familie
- Belangrijke taken van de leidinggevende zijn begeleiding, kwaliteitsbewaking en het scheppen van voorwaarden (BTSG, 2016a).

2.2.1. Verpleeghuizen en geriatrische zorginstellingen

Een verzorgingshuis is een woonvoorziening waar mensen terecht kunnen als ze niet meer in staat zijn om zelfstandig te wonen vanwege ziekte of ouderdom. Binnen een verzorgingshuis zijn er mogelijkheden voor kortdurend verblijf, langdurend verblijf en er is een aanbod van 24 uur verzorging en begeleiding per dag (ZorghulpAtlas.nl, 2015).

Verpleeghuizen verschillen van verzorgingshuizen in die zin dat er intensieve zorg of zware medische behandelingen verricht moeten worden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten verpleeghuizen, namelijk psychogeriatrische verpleeghuizen en gecombineerde verpleeghuizen. Psychogeriatrische verpleeghuizen richten zich vooral op mensen met psychogeriatrische problemen zoals dementie. De gecombineerde verpleeghuizen richten zich op zowel mensen met psychogeriatrische problemen als mensen met lichamelijke problemen (Ouderenwagwijs.nl, 2016).

Op 1 januari 2012 woonden ruim 112.000 personen van 65 jaar en ouder in een verzorgingshuis of verpleeghuis in Nederland. Ongeveer 4% van alle personen die 65 jaar en ouder waren woonden daarmee in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Bij de mensen die 80 jaar en ouder waren woonden er ongeveer 14% in een verzorgingshuis of verpleeghuis. In de verzorgingshuizen en verpleeghuizen vormden vrouwen de ruime meerderheid, met name in de categorie van personen die 95 jaar en ouder waren. Ongeveer 95%, het overgrote deel van de personen die 65 jaar en ouder waren, woonde thuis. Van de personen die 80 jaar en ouder waren woonden er in 2012 nog ongeveer 86% zelfstandig (Giebers, Verweij, & Beer, 2014).

2.2.2. Dementie in de loop der jaren

Het verpleeghuis vindt zijn oorsprong in vroegere gods- en gasthuizen. Ouderen, armen, zieken en hulpbehoevenden konden gebruik maken van deze huizen. Later veranderden deze gasthuizen in ziekenhuizen voor arme mensen in de steden. Dit gebeurde tot ver in de negentiende eeuw. Hierna kwamen er specifieke inrichtingen voor zieken, ouderen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten (Dansen & Voogt, 1998).

Ouderen werden gescheiden opgevangen in “oudemannenhuizen” en “oude-vrouwenhuizen”. Pas in de twintigste eeuw werden de ouderen gezamenlijk opgenomen in bejaardenhuizen voor arme ouderen. Toen de algemene ouderdomswet werd ingesteld waren alle ouderen in staat om te wonen in een bejaardenhuis. Na de Wet op de Bejaardenoorden (WOB) werd de ouderenzorg gereguleerd en werden de bejaardenhuizen “verzorgingshuizen”. Zelfstandige ouderen konden gebruik maken van bejaardenwoningen en serviceflats. Verzorgingshuizen die nieuw gebouwd of uitgebreid werden kregen bejaardenwoningen in de directe omgeving (Dansen & Voogt, 1998).

Dementie werd in de Nederlandse samenleving voor lange tijd als een therapieresistente aandoening beschouwd. Na het stellen van een diagnose waren er geen verdere medische stappen, er was immers niets meer te doen voor de dementerende patiënten hadden. Als de dementerende patiënt niet meer in zijn/haar familiekring te verzorgen was, werd hij/zij opgenomen in een verpleeginrichting of oudeliedenhuis. Hier richtte de zorg zich naar het te verwachten ziektepatroon van dementerenden, namelijk geestelijke en lichamelijke verval. Veel dementerende patiënten werden in bed verpleegd, vaak gebonden met onrustbanden en behandeld met psychofarmaca (Alkema et al., 2001).

Tegenwoordig is dementie een belangrijk object voor wetenschappelijk onderzoek. Er wordt behalve aan ziektediagnostiek ook veel aandacht geschonken aan de zorgdiagnostiek. In de

psychogeriatrische verpleeghuiszorg was met de aandacht voor zorgdiagnostiek een nieuwe weg ingeslagen. Het accent van zorgverlening bij dementerende patiënten is verschoven van zorgverlening als compensatie van tekorten naar zorgverlening die aansluit bij de restmogelijkheden en restvaardigheden waarover de dementerende patiënten nog wel beschikken (Alkema et al., 2001).

2.2.3. Kleinschalige zorgverlening

Kleinschaligheid in de zorgverlening voor dementerende patiënten heeft zijn oorsprong in de belevingsgerichte benadering van de warme zorg (De Lange, 2004). In de warme zorg staat de beleving van ouderen centraal. Het doel van warme zorg is een sfeer te creëren waarin oudere mensen zich veilig en thuis voelen waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen (BTSG, 2016b).

Kleinschalige zorgverlening is ontstaan uit bestaande voorzieningen van zorg en vormt voor een belangrijk deel een reactie op traditionele zorg. Kleinschaligheid is onder andere een reactie op het medische model dat lange tijd in traditionele verpleeghuizen is gehanteerd. In het medische model wordt het genezen van de patiënt als uitgangspunt genomen. Echter, in kleinschalige zorgverlening wordt het accent meer gelegd op de kwaliteit van leven (Van IJperen, 2005). Een belangrijk onderdeel van de kleinschalige zorgverlening is de vraaggerichtheid, met name in de woonomgeving (gebruik van eigen meubels) en in de zorgverlening (eigen invulling van de patiënt; opstaan, naar bed gaan, naar het toilet gaan) (Van IJperen, 2005).

Kleinschalige zorgverlening is gericht op het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan dementerende patiënten. De patiënten dienen zo weinig mogelijk blootgesteld te worden aan het verschijnsel van hospitalisering. Als mensen hun vertrouwde routines en referentiepunten kwijt raken, verliezen ze namelijk ook de grip op hun leven. Die onzekerheid maakt mensen extra kwetsbaar en kan een belangrijke bron van stress zijn. Dementerende patiënten hebben voortdurend te maken met dergelijke situaties die hun leven beïnvloeden en om aanpassing vragen (De Lange & Van Staa, 2003).

Kleinschalige zorgverlening voor dementerende patiënten vergroot de overzichtelijkheid, bevordert de rust en zorgt ervoor dat zorg op maat geboden kan worden. Dat zijn belangrijke factoren voor dementerende patiënten om de controle te houden op hun leven en omgeving (Gezondheidsraad, 2002).

2.2.4. De kleinschalige zorgverlener

Een kleinschalig ingerichte zorgverlening vraagt om een medewerker die invulling kan geven aan de ideeën van kleinschaligheid. Medewerkers die in de kleinschalige zorgverlening werken dienen op een andere werkwijze te werken dan medewerkers in het traditionele verpleeghuis. Er vindt een transitie plaats van “zorgen voor” naar “dienst verlenen”. Het werken in een kleinschalige woonvoorziening vergt meer sociale vaardigheden die aansluiten bij het dagelijks leven van de dementerende patiënt (Stoelinga & Talma, 2003). Begeleiders in een kleinschalige woonvoorziening werken bovendien vaak alleen.

Het hebben van een opleiding in de zorg alleen volstaat niet voor de kleinschalige zorgverlening. De zorgverleners moeten een aanvullende opleiding volgen om te beschikken over de juiste set van sociale vaardigheden. Door het gebrek aan een competentieprofiel vult elke organisatie deze behoefte aan bijscholing overigens op een andere wijze in (Krijger, 2002).

In een onderzoek naar het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op de adaptie en coping van mensen met dementie is uit een analyse een indeling van verschillende attitudes van verzorgers naar voren gekomen (De Lange, 2004). De volgende vier categorieën zijn naar voren gekomen:

1. *Persoonsgericht*: persoonlijk, sensitief, met aandacht voor levensloop.

Deze verzorgenden zijn niet alleen vriendelijk vanuit zichzelf, ze staan vooral ook open voor wat de bewoner te vertellen heeft en reageren daarop. Zij nemen daar de tijd voor en passen zich aan bij wat de bewoner aangeeft.

2. *I. Relatiegericht*: gezellig, sfeer makend en vrolijk.

Deze verzorgenden proberen een prettige sfeer te creëren door grapjes te maken of een praatje te houden dat zich aansluit bij de interesses van de bewoner.

II. Relatiegericht: warm, non-verbaal en liefdevol.

Verzorgenden met deze attitude trekken de aandacht van de bewoner voordat ze iets doen. Ze maken non-verbaal contact en zeggen iets aardigs tegen de bewoners.

3. *Taakgericht*: op tijd, netjes en vriendelijk.

Verzorgenden met deze attitude willen bewoners op tijd helpen en ervoor zorgen dat ze er schoon en verzorgd uitzien. Ze geven aan wat er gaat gebeuren en vragen of de taak goed verricht is. Betrekken de bewoner bij de handeling en laten gedeelten door hem of haar verrichten.

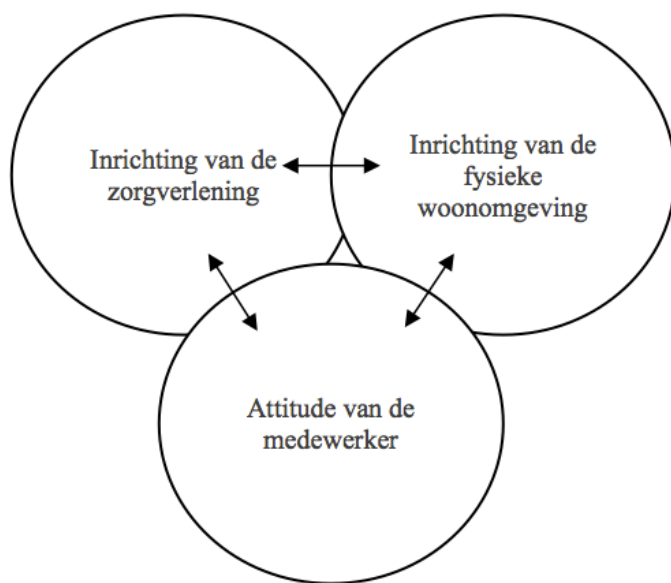
4. *Afstandelijk*: objectiverend, routineus.

Deze verzorgenden richten de aandacht voornamelijk op het volgens een vast stramien uitvoeren van de taak (routineus). Zij gaan nauwelijks in op wat de bewoners zeggen, negeren hun protesten, maken geen persoonlijk contact en praten over bewoners heen (objectiverend). Vragen of wensen van de bewoners interpreteren ze als moeilijk of lastig gedrag.

In de kleinschalige zorgverlening zijn de eerste drie categorieën van belang. De dementerende patiënten moeten zich zo veel mogelijk op hun gemak voelen. Categorie 4 is niet wenselijk in de setting van kleinschalige zorg. Zoals hierboven genoemd zijn de sociale vaardigheden van een zorgverlener enorm van belang in de kleinschalige zorgverlening. Een categorie 4 zorgverlener zou de beleving van de zorg van de dementerende patiënt in negatieve zin kunnen beïnvloeden en het verschijnsel van hospitalisering kunnen bevorderen.

2.2.5. De mate van kleinschaligheid

De kleinschaligheid van de zorgverlening heeft te maken met de inrichting van de zorgverlening, de sfeer die in de woning heerst en de attitude van de medewerker. De invloed op de mate van kleinschaligheid wordt dus door drie determinanten bepaald. De fysieke inrichting van de woning moet zodanig vormgegeven worden zodat er voldaan kan worden aan de kernwaarden van kleinschaligheid. Verder moet de aard van de zorgverlening zo vormgegeven zijn dat er sprake is van kleinschalige zorg. De kleinschaligheid van de zorgverlening heeft daarbij een grotere invloed dan de kleinschaligheid in de fysieke woonomgeving. Een kleinschalige omgeving die voldoet aan de kleinschalige inrichting en de kernwaarden van kleinschaligheid stimuleert de medewerker vervolgens om op een gepaste wijze invulling te geven aan de zorgverlening (Van Ijperen, 2005). De mate van kleinschaligheid kan weergegeven worden in een model zoals geschetst in figuur 1.



Figuur 3: De mate van kleinschaligheid (Van IJperen, 2005).

2.2.6. Mantelzorg bij kleinschalige zorgverlening

Mantelzorgers spelen een belangrijke rol binnen de kleinschalige zorgverlening. Mantelzorgers zijn familieleden, vrienden of buuren die zorg verlenen aan een dementerende. In Nederland zijn er ongeveer 3,5 miljoen mantelzorgers die zorg verlenen aan hun naasten. Daarvan verlenen 2,6 miljoen mantelzorgers meer dan acht uur per week of langer dan drie aaneengesloten maanden zorg (De Bruin & Blijham, 2012). Mantelzorgers kunnen de zorgverleners goed ondersteunen omdat ze weten waar hun naaste behoefte aan heeft. Zorgverleners in kleinschalige zorgvoorzieningen krijgen vanwege de steeds dementer wordende ouderen meer te maken met mantelzorgers. Daarom is het van belang dat er een goed samenspel ontstaat tussen formele en informele zorg om de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van de bewoners te hanteren. Een goed samenspel is ook belangrijk voor de mantelzorgers. Ongeveer 65% van de mantelzorgers is tussen de 35 en 65 jaar oud. Deze mantelzorgers moeten de mantelzorg combineren met bijvoorbeeld hun eigen banen, de opvoeding van hun kinderen, sociale activiteiten en dergelijke dingen. Een goed samenspel kan ervoor zorgen dat de mantelzorgers minder gauw overwerkt raken en dat ze het kunnen blijven combineren met hun dagelijkse werkzaamheden (De Bruin & Blijham, 2012).

Mantelzorgers kunnen onderscheiden worden met behulp van het SOFA-model. Mantelzorgers vervullen vier rollen in de zorg en elke rol is gekoppeld aan een werkwoord die samen het woord SOFA vormen. De volgende rollen en bijpassende werkwoorden worden onderscheiden:

1. Samenwerkende mantelzorger als partner in de zorg
2. Ondersteunende mantelzorger als schaduwcliënt
3. Faciliterende mantelzorger als persoonlijke relatie van de cliënt
4. Afstemmende mantelzorger als ervaringsdeskundige.

Zorgverleners dienen anders om te gaan met iedere soort mantelzorger. Bij een samenwerkende mantelzorger zou een zorgverlener de mantelzorger veel kunnen betrekken en informeren over de zorg, ziekte en organisatie. Dat zou kunnen door middel van nieuwsbrieven of mantelzorggesprekken (De Bruin & Blijham, 2012).

Bij een ondersteunende mantelzorger zou een zorgverlener rekening kunnen houden met de mate van belasting van de mantelzorger. De ondersteunende mantelzorger helpt niet intensief mee, de kans op overbelasting bij deze mantelzorger is groter. Om overbelasting te voorkomen zou een zorgverlener gebruik kunnen maken van een stresswijzer. Daarmee kan de mantelzorger een indruk geven van de zorg-druk die hij of zij ervaart. Verder zou de mantelzorger door middel van een “eigen kracht conferentie” samen met familie en vrienden een oplossing kunnen bedenken om overbelasting tegen te gaan.

Bij een faciliterende mantelzorger zou de zorgverlener toenadering moeten zoeken om de persoonlijke relatie te faciliteren. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld op zondag met de hele familie samen te eten (De Bruin & Blijham, 2012).

Bij een mantelzorger als ervaringsdeskundige zou de zorgverlener veel moeten afstemmen met de mantelzorger door bijvoorbeeld te vragen naar interesses en gewoonten van de bewoner. De zorgverlener zou gebruik moeten maken van de kennis van de mantelzorger met betrekking tot de bewoner en zou bij zichzelf moeten aftasten wat die kennis de patiënt oplevert. De zorgverlener zou dat kunnen doen door in gesprek te gaan met familieleden (De Bruin & Blijham, 2012).

2.3. Zorgarchitectuur

Binnen het thema van kleinschalig wonen is er veel rekening gehouden met de architectuur van de nieuwe gebouwen. De nieuwe ideeën die zijn opgedaan zoals “*evidence based design*” (EBD) worden meegenomen in de plannen voor nieuwe zorgcomplexen. In dit hoofdstuk zal in relatie tot architectuur veel aandacht worden besteed aan hospitalisering. Dit concept omvat de beleving die cliënten en zorgverleners hebben in het gebouw. Hierbij worden de visies van Florence Nightingale en Michel Foucault meegenomen die voorheen verschillende constateringën maakten waarbij de nieuwe concepten haar wortels in hebben.

2.3.1. Hospitalisering

In de ziekenhuizen en daarnaast ook in de klassieke verpleeghuizen worden patiënten gestuurd door de verzorgenden en leven naar verscheidende regels die er gelden. Deze worden enerzijds gedefinieerd door eigenbelang van de verzorgenden en anderzijds door het scheppen van afhankelijkheid. Hospitalisering is een begrip dat hieruit voort komt (Jonker, 2001). Goffman (1957) heeft het verschijnsel dat iemand zich in een ziekenhuis (evenals in een gevangenis, klooster, kostschool of kazerne) anders gaat gedragen beschreven als het hospitalisatie-syndroom. Voorkomende kenmerken hiervoor zijn o.a.:

- Het leven van de patiënten speelt zich af op dezelfde plaats
- Personen (moeten) samenwonen met leeftijdsgenoten waar ze zelf niet voor gekozen hebben
- Personen (moeten) activiteiten ondernemen waar ze zelf niet voor gekozen hebben
- Constante aanwezigheid van (geüniformeerde) werknemers
- Personen moeten zich aanpassen aan de regels en tijdschema's van de instelling

Wat hierbij opvalt is dat het vooral gaat om het verschijnsel dat de personen zich moeten aanpassen en zelf weinig invloed kunnen uitoefenen op hun dagelijkse leven. (Goffman, 1961)

Kenmerken van het hospitalisatie-syndroom zijn ook omschreven door Goffman:

- Interesse in de persoon zelf en in andere is afgenomen
- Activiteit wordt verdrongen door passiviteit wat als gevolg heeft dat de persoon geen zin meer ergens in heeft
- Persoon vindt alles goed, initiatief nemen vervaagt
- Personen worden onderdaniger en vertonen afhankelijk gedrag, berusting op huidige situatie
- Er ontstaat een vorm van apathie, personen reageren minder op de omgeving

- Minder interesse op eigen verzorging
- Persoonlijke gewoontes worden ingeruild voor andere gewoontes
- Personen verliezen hun eigen identiteit en er ontstaat een zogezegde ‘geforceerde hulpbehoevendheid’.
- Emotionele en sociale leven wordt minder
- Personen hebben een zeer grote aandacht voor kleine zaken doordat ze de grote niet meer kunnen overzien
- Personen hoeven zelf niet meer na te denken en doen dit dan ook niet meer omdat anderen dat voor hen doen
- Personen wensen geen veranderingen al het nieuws wordt door hen afgewezen

Deze symptomen komen in 3 gradaties voor: De lichtste vorm wordt weergegeven dat patiënten niet mee willen werken aan (revalidatie) activiteiten en zich passief opstellen in het huishouden. Bij de tweede gradatie zijn personen nog passiever en verblijven vaak uitgeblust op de afdeling. De laatste gradatie bestaat uit het feit dat personen een sterke afname hebben of gehele afwezigheid van hun bewustzijn en cognitieve functies. (Goffman, 1961)

De Franse filosoof Michel Foucault had in zijn tijd kritische opvattingen over zorginstellingen en gaat daarmee dieper dan Goffman. Deze opvattingen verklaren de term “hospitalisering” waar verder in het hoofdstuk dieper op ingegaan wordt. Evenals Goffman ziet Foucault dat instellingen als verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuizen, scholen, en gevangenissen overeenkomsten hebben met elkaar. Niet omdat ze op elkaar lijken, maar omdat alle genoemde instellingen werknemers, leerlingen, patiënten of gevangenen observeren. Alle genoemde instellingen proberen de individuen te sturen conform de gestelde normen. Dat wordt gedaan door middel van disciplineren (Foucault, 1975).

In zijn boek “discipline straf en toezicht” heeft hij het over de moderne strafrechtelijk systeem, maar ook over de “moderne ziel”. Hij heeft het over de moderne ziel omdat de ziel geleidelijk het lichaam vervangt als focus van straf en hervorming, maar ook omdat moderne processen van discipline die ziel uiteindelijk hebben gecreëerd. Volgens Foucault heeft disciplinaire macht drie elementen, namelijk: hiërarchische observatie, normalisering van oordeel en onderzoek.

Observatie is de belangrijkste instrument van macht. Zonder de menswetenschappen en de verschillende mechanismen van observatie en onderzoek, zou de normale ziel of gedachte niet bestaan. In de menselijke psyche, geweten en gedrag zijn effecten gecreëerd door een regime van macht en kennis. Voor Foucault was het onderzoeken van dat regime een manier om diep in zielen te kijken. Zijn gedachtegang confronteert individuen door te laten zien wat individuen zijn geworden

door uitsluiting en marginalisatie van bepaalde elementen in de maatschappij (Foucault, 1975).

Voor Foucault was de gevangenis niet een marginaal gebouw aan de rand van een stad, maar was het in hoge mate geïntegreerd in de stad. De gebruikte strategieën van macht en kennis in de mechanismen van discipline die een delinquent besturen, besturen ook de burger. De methodes van observatie en controle van Foucault zijn ontstaan in kloosters, ziekenhuizen en in het leger (Foucault, 1975).

Er zijn vele onderzoekers die hospitalisering proberen te beschrijven:

“Hospitalisatie is een proces [d]at zich voordoet in plaatsen waar veel mensen (noodgedwongen) samen zijn en daarbij een geïsoleerd bestaan leiden, bijvoorbeeld in zwakzinnigeninstituten en psychiatrische centra. In dergelijk totale instituties vindt heel het (ingeperkte) leven plaats, wonen, werken en ontspanning, onder het regime van boven opgelegde regels. Het hospitalisatieproces, zo is de veronderstelling, leidt bij de bewoners uiteindelijk tot gedragsverandering.” (Van der Peet, 1991).

Het volgende over hospitalisering is door Hendrikse beschreven:

“Mensen raken hun oorspronkelijke zelfbeeld kwijt en gaan een nieuwe rol aannemen, die in overeenstemming is met de verwachtingen die er in de instelling ten aanzien van hen bestaan. Het aannemen van die nieuwe rol gaat vaak gepaard met verzet. De bewoner wordt in een uitzonderingspositie geplaatst als die zich niet aanpast aan die nieuwe rol. Daarom gaat aanpassing vaak gepaard met een soort ‘innerlijk protest’ en leidt ze vaak tot een kritiekloos voldoen aan de gestelde verwachtingen, vaak zonder vreugde, eigenlijk tot een soort apathie. Die apathie maakt zich soms op alle gebieden van de bewoner meester. De interesse ontbreekt, zowel in het werk, de dagelijkse dingen, de therapie en soms ook in het eten en slapen en vaak in de sociale contacten. Daarmee vervreemd men dan van zichzelf, van zijn omgeving en raakt men in een steeds groter isolement” (Hendrikse, 1981).

Hierbij kan opgemerkt worden dat er vooral gekeken wordt naar de eigen identiteit van patiënten en hoe deze aangetast wordt. Patiënten worden hierbij vaak als groep beoordeeld en niet als individu met eigen wensen en voorkeuren over hun behandeling of dagelijkse leven. Door de strikte regels die er veelal gelden komen patiënten in een omgeving terecht waarin hun dagelijkse bezigheden zijn vastgesteld. Zo geldt er dat zij werken, wonen, eten en leven in een groep waarbij de regels door de leiding zijn vastgesteld en geen rekening houdt met de wensen van de patiënt zelf, op deze manier wordt de patiënt gedisciplineerd.

Een aantal aspecten die bij hospitalisering samengaan worden door (Valk, 1969) omschreven als: onbekendheid van recente ontwikkelingen, verlies van inzicht in eigen sociale rol, toenemende onzelfstandigheid, verminderde sociale participatie en vermindering van sociale functies door ontwenning. Het gaat dus vooral om het verliezen van eigen regie in het leven en een vermindering van participatie aan de gemeenschap en sociale bezigheden. Tevens wordt door (Hazelhof, 1997) hieraan toegevoegd dat de patiënt vaak moeite heeft wanneer hij ontslagen wordt en zijn verblijf wil verlengen. De patiënt ziet zijn leven in de instelling als het normale bestaan en de wereld daarbuiten als abnormaal. Aan deze punten valt op te merken dat de patiënt zich in een staat bevindt waarin het leven in de instelling het normale leven wordt, waarin de regels van de leiding als norm staan. Wanneer de dreiging er is dat de patiënt ontslagen dient te worden, wordt dit door de patiënt als niet wenselijk ervaren en is er een aversie om terug te keren naar de samenleving. In deze zetting gelden de regels niet die binnen de instelling gelden en wordt de patiënt niet op dezelfde manier behandeld zoals hem is gedisciplineerd.

Hospitalisering wordt hierboven als verschijning beschreven die alleen van toepassing is op patiënten, dit hoeft niet altijd het geval te zijn, ook bij personeel van de instellingen kan dit syndroom voorkomen. Een oorzaak hiervan kan de druk zijn die door bovenaf gelegd wordt op efficiënte. Tevens is er ook sprake van een zogeheten rolverdeling en rolverwachting. De patiënt die dient verzorg te worden en de hulpverlener dient dit te doen. Dit kan op verschillende vlakken positief uitvallen maar schept wel een verwachting wederzijds. De patiënt krijgt hierdoor verwachtingen van het personeel en stimuleert hen dan om aan deze verwachting te voldoen. Hierdoor zou er ook gesproken kunnen worden van een vorm van hospitalisering voor de zorgverlener.

Zoals hospitalisering hier beschreven is, is wellicht op dit moment niet overal meer van toepassing. Aangezien patiënten bij de nieuwe zorgconcepten meer vrij worden gelaten in hun doen en laten. Hierdoor worden ze niet meer strikt gehouden aan de regels van de leiding. Echter, er kan nu wel gesproken worden over *institutionalisering*. Berger en Luckmann (1966) omschrijven dit begrip als '*herhaaldelijke typificatie van gehabitualiseerde actie door typen actoren*'. (Berger & Luckmann, 1966) Eenvoudiger gezegd passen personen hun gedrag aan op elkaar. Hierbij raken de cliënten gewend aan de instelling en zijn omgeving. Op deze manier wordt de instelling waarin zij verblijven hun normale wereld. Hierin weten zij precies welke rol zij dienen te vervullen in het geheel om het draaiende te houden. Ze kunnen zich onderdeel voelen van een groter geheel waarin iedereen zijn eigen rol of taak vervult in hun huishouden. Dit heeft betrekking op de groep waarin zij wonen.

De ideeën van *hospitalisering* en *institutionalisering* zijn van toepassing op de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten, maar ook voor de architectuur van de instellingen. De architectuur die gebruikt is, vormt een weerspiegeling het zorgconcept waar op dat moment sprake van is.

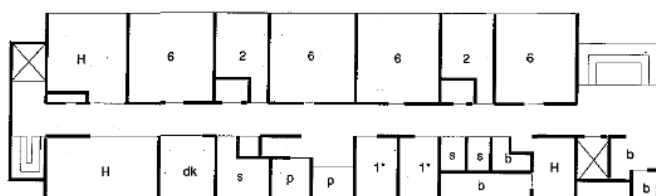
2.3.2. Healing environment/Evidence based design

Een belangrijke naam die aan het ontstaan van de verpleegkunde is verbonden is Florence Nightingale. Nightingale was wat opleiding betreft een statisticus maar ontwikkelde zich tot een gerenommeerd hervormer van ziekenhuizen. Zij had een visie voor een veelomvattend systeem voor de gezondheidszorg, en zelfs voor de kernbeginselen van wat de verzorgingsstaat zou worden (McDonald, 2010).

Nightingale's perceptie van personen, gezondheid en omgeving in de verpleegkunde, samengevoegd met haar interpretatie van statistische analyses in de validatie van verpleging was de voorbode van de toekomstige ontwikkelingen van universele verpleegkundige kennis (Arnone & Fitzsimons, 2014). Haar scherpe observationele vaardigheden en gedetailleerde registraties tijdens haar tijd in Krim hebben geleid tot de voorziening van de eerste bekende toepassing van statistiek door middel van grafieken en cirkeldiagrammen. De resultaten van haar statistische analyse toonden aan hoe frisse lucht, licht, warmte, hygiëne, stilte en voeding de sterftcijfers van de soldaten beïnvloedde tijdens de Krimoorlog (Nelson & Rafferty, 2010). Bij deze nieuwe opvattingen gaf Nightingale aan dat er op een nieuwe manier gedacht diende te worden aan de inrichting van zorginstellingen. Er diende gekeken te worden naar nieuwe aspecten (lucht, licht, warmte, hygiëne, etc.) die geïntegreerd moesten worden in de zorginstellingen. Het waren de "woorden" van Nightingale die omgezet zijn tot acties die de ontwikkeling van verpleegkunde als een gerespecteerde beroep beïnvloedden (Arnone & Fitzsimons, 2014). Met de inzichten van Nightingale over de verzorging is er een ander type ziekenhuis ontstaan. Deze is veel opener, lichter en schoner dan de oude op het kloosterleven gebaseerde gebouwen. Nightingale heeft ervoor gezorgd dat er een proces op gang kwam naar rationalisering van zowel het zorgconcept als architectuur. De ontwikkelingen in de 20^e eeuw kunnen beschouwd worden als het optimaliseren van effectiviteit en efficiëntie in de zorg. Deze werd aangepast in de overgang van de 21^e eeuw van aanbod- naar vraaggerichte zorg. Dit staat voor het idee dat niet de zorg centraal staat maar de patiënt. Hierbij is veel meer aandacht gericht op hoe de patiënt behandeld dient te worden en wat zijn wensen hierbij zijn.

Op basis van de voorgaande ideeën is het concept “*healing environment*” bedacht. Dit houdt in dat de fysieke omgeving erop gericht is om het welzijn van de patiënt, familie en werknemers te bevorderen en bovendien stress te verminderen. De achterliggende gedachte is dat het zorgproces hier mee bevorderd wordt. Namelijk wanneer er meer stress is zal het zorgproces langer duren. Andersom is dit natuurlijk ook het geval, hoe minder stress hoe beter het is voor de duur van het zorgproces. Er wordt volop rekening gehouden met de patiënt en zijn/haar welbevinden. Hieruit voortkomend is het begrip *Evidenced Based Design (EBD)*. Dit houdt in dat erover nagedacht dient te worden hoe gezondheidsinstellingen gebouwd dienen te worden en hoe deze de gezondheidstoestand van patiënten en hun omgeving kunnen verbeteren. De focuspunten van EBD zijn terug te leiden naar het werk van Nightingale: natuur, daglicht, frisse lucht en stilte. (Van den Berg, 2005).

Tegenwoordig wordt, aan de hand van EBD, anders gekeken naar de bouw van zorgcomplexen dan vroeger, Figuur 4 laat dit zien. Hierin valt te zien dat de afdelingen uit lange gangen bestond waarin de zalen lagen. De mogelijkheid bestond niet voor dementerende cliënten om te gaan wandelen. Men kon enkel heen en weer lopen. Tevens waren de kamers niet gepersonaliseerd en werd er hier ook weinig aandacht aan geschonken. Er was sprake van een gestandaardiseerde inrichting zoals bedden en meubilair. Voor persoonlijke spullen zoals een foto of kleine spullen was hoogstens een plank aanwezig.

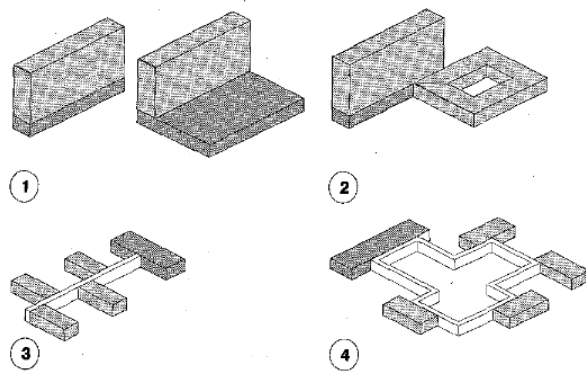


Voorbeeld van een afdeling volgens het ziekenhuismodel

Lange gangen met aan de ene kant vier- tot zesbedskamers en aan de andere kant sanitaire ruimten en personeelsruimten Volgens de vigerende bouwmaatstaven is uit het oogpunt van bruikbaarheid en leefbaarheid bijna tweemaal zoveel vloeroppervlak nodig. Er is onvoldoende rolstoeltoegankelijk sanitair. Een multifunctionele ruimte ontbreekt. In 1993 zijn plannen ontwikkeld voor verbouw en uitbreiding waarin het aantal bedden per kamer drastisch is gereduceerd (van 3,75 naar 1,9) en per afdeling twee grote en twee kleine huiskamers zijn opgenomen.

Figuur 4: Oude situatie zorgcomplex (Terpstra, 1995)

De laatste jaren is er meer aandacht geschonken aan de structuur van het gebouw. Hierbij is er meer aandacht besteed aan de gebruiksgemakken en de persoonlijke wensen van de cliënten. Er is besloten meer vanuit laagbouw te werken met verschillende blokken, de zogeheten paviljoenbouw (figuur 5). (Terpstra, 1995) Deze structuur van bouwen kan ook weer herleid worden naar de manier hoe De Botterhof is gebouwd. Dit komt in het volgende hoofdstuk aan bod.



Figuur 5: Verandering in bouwstructuur (Terpstra, 1995)

2.3.3. Architectuur De Botterhof

De Botterhof is een verzorgingshuis dat in 2007 door Carint-Reggeland geopend is in Wierden. Dit betreft een verzorgingshuis op een nieuwe manier. In dit kleinschalige complex is ruimte voor 60 cliënten. Het complex is bedoeld voor personen met dementie of psychiatrische problemen die intensieve begeleiding en zorg nodig hebben. De nadruk ligt vooral op een prettige leefomgeving waarin de bewoners hun oude leven zo goed als mogelijk moeten kunnen blijven leven en niet onder strikte regels dienen te leven die worden gesteld door de leiding.

Er zijn ongeveer 10 woongroepen die elk bestaan uit 6 personen. Ieder heeft zijn eigen zit-slaapkamer waarin de bewoner zijn eigen meubels kan plaatsen en inrichten naar eigen inzicht. Twee bewoners delen een gezamenlijke sanitaire voorziening (toilet en douche). Elke woongroep heeft verder een gezamenlijke keuken en woonkamer. Het idee is dat de bewoners samen de boodschappen doen. Ook koken ze samen. Het is gericht op een zo gewoon mogelijk huishouden waarin de bewoners zelf beslissingen mogen en kunnen nemen. Daarnaast is De Botterhof gelegen in het centrum waardoor de interactie met andere personen buiten het complex ook mogelijk is (Reggeland, n.a.).

De grondgedachten achter De Botterhof kunnen worden samengevat als een poging om de negatieve effecten van ‘hospitalisering’ te beperken of zelfs uit te bannen. Hospitalisering wordt enerzijds bepaald door de centrale gedachten achter het zorgconcept. Het idee is dat een streng, op verzorging gericht regime sneller en heftiger zal leiden tot verlies van identiteit, dan een mild regime, waarin aandacht voor individuele autonomie de leidende gedachte is. Met andere woorden, denken vanuit de zorg leidt tot andere effecten dan denken vanuit de bewoner.

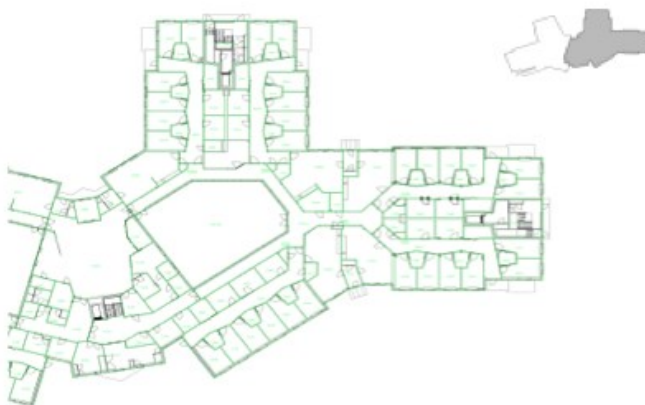


Figuur 6: Complex De Botterhof

Zoals te zien is in figuur 6, is er voornamelijk laagbouw bij De Botterhof. Dit heeft te maken met het meer ingaan op de omgeving en het creëren van een rustgevende sfeer. Tevens valt op te merken dat de structuur van het complex een ‘paviljoenbouw’ is. In figuur 7.1 en 7.2 valt dit goed te zien. Er zijn meerdere complexen die samenkomen d.m.v. gangen en tussendelen. Dit zijn niet enkel nog maar loopgangen maar hierin kunnen ook activiteiten worden gehouden. De Botterhof ligt middenin de wijk waardoor er veel contact gemaakt kan worden met omwonenden. Zo kan het complex fungeren als buurthuis waarin de buurt bij de ouderen betrokken wordt onder andere door het eten en een kop koffie. Hiermee wordt getracht de cliënten meer een gevoel te laten krijgen onderdeel te zijn van de samenleving en niet enkel opgesloten te zijn. Ook het vele groen dat om het complex staat valt onder het onderdeel van EBD. De vele ramen waardoor natuurlijk licht naar binnen komt en het hebben van de mogelijkheden om frisse lucht naar binnen te laten vallen onder dit principe.



Figuur 7.1.: Plattegrond De Botterhof



Figuur 7.2.: Plattegrond De Botterhof

Op de plattegrond in figuur 7 is te zien dat de gebouwen alle hun eigen structuur hebben en dat het 4^e gebouw deze samenvoegt in gezamenlijke ruimte. De groepen bewoners verblijven in de afzonderlijke gebouwen. Alle bewoners hebben hun eigen privéruimte die naar hun eigen ideeën mogen inrichten. Daarnaast is de keuken en de gezamenlijke woonkamer te zien. Hierin houden de groepen per woning hun activiteiten met elkaar. In de grote gemeenschappelijke ruimte kunnen van allerlei activiteiten worden gedaan waaraan zowel de bewoners als mensen van buiten mee kunnen doen.

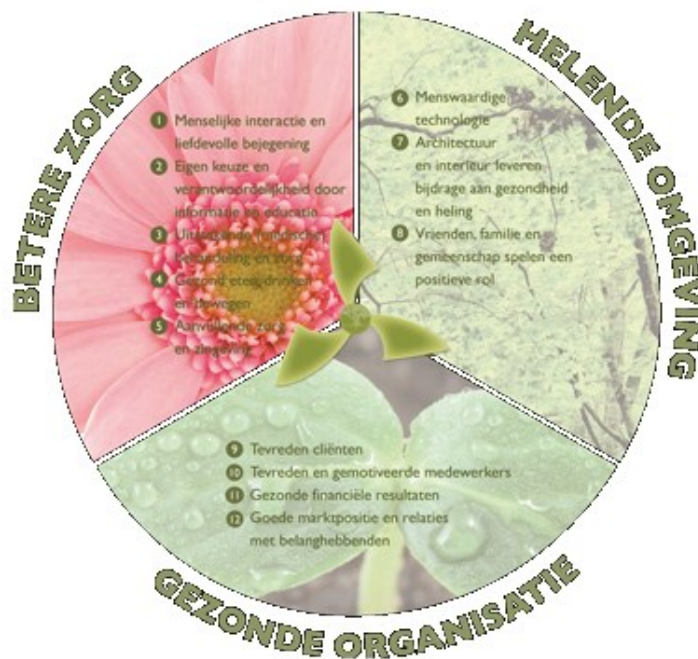
Kleinschalig wonen brengt de zorg weer op het niveau van de mensen en geeft hen hun autonomie weer terug. Dit zijn de ideeën die de gedachte waren achter de bouw van De Botterhof. Bij dit idee is ook een nieuw zorg concept gemoeid. Niet die van een geïnformeerde verzorger maar van een begeleider die de bewoners coacht in hun dagelijkse leven en ondersteund daar waar nodig is. De verwachting die hierbij hoorde, was het idee dat de kwaliteit van leven verhoogd werd en het ziekteproces wellicht vertraagd zou kunnen worden. Maar wat is er van dit streven terecht gekomen? Is het daadwerkelijk zo dat bewoners samen boodschappen doen? Koken de bewoners samen het avond eten? Kunnen zij met ondersteuning het huishouden doen? Het concept van kleinschalig wonen omvatte al dit soort activiteiten. De dagelijkse bezigheden zouden door de bewoners zelf gedaan kunnen worden met ondersteuning van de zorgverleners.

Nu kunnen we wellicht constateren dat dit streven te positief is gesteld. De eisen zijn toegenomen om toegelaten te worden tot een verpleeghuis. Dit heeft als gevolg dat bewoners in een steeds slechtere staat binnenkomen. De minder zware gevallen van patiënten met dementie worden door mantelzorgers thuis opgevangen. Hierdoor zal het idee dat men in 2007 had achterhaald zijn in 2016.

Aan de hand van deze ontwikkelingen kunnen we ons afvragen wat dit betekent voor toekomstige zorgconcepten en de daarbij horende architectuur? Is het door ontwikkelen van ideeën die ten grondslag liggen aan kleinschalig wonen een vruchtbare weg of moet in het gure klimaat van de huidige zorg omgekeken worden naar andere concepten? Daarnaast is het ook de mogelijkheid dat er qua bouw weer terug in de tijd gegaan zal worden omdat de zorg zwaarte omhoog gaat en cliënten geen eigen ruimte meer nodig hebben. Dit zijn allemaal mogelijkheden die zich kunnen voordoen in de toekomst.

2.4. Het Planetree Model

Het idee wat er nodig is voor een goede zorg, is in de loop van de tijd steeds verder ontwikkeld en zijn er meerdere perspectieven ontstaan. Een van die perspectieven is het “*Planetree Model*”. Bij dit model staan cliënten, patiënten, bewoners en de familieleden centraal. Hierbij is het van belang de patiënt te betrekken in de zorg en deze zo geïnformeerd mogelijk te maken. Hierbij gaat het model ook uit van een goede band tussen patiënt en behandelaar. Hierdoor kan er een betere band ontstaan waarbij de zorg kwaliteit verhoogt en de patiënt zich beter houdt aan de behandeling. Het model bestaat uit drie onderdelen die samen worden onderverdeeld in 12 aspecten, zoals te zien is in figuur 8. Dit model kan gebruikt worden om aspecten te meten in zorgcentra waarbij een eenduidige indeling gemaakt kan worden in verschillende onderdelen die meespelen in de kwaliteit van een zorgcomplex. (Planetree, 2015) Dit model is niet gebruikt bij het opzetten van De Botterhof, maar is wel een goede samenvatting van onderdelen die ‘goede zorg’ weergeven. Het Planetree wordt in Nederland door meerdere zorginstellingen gebruikt waaronder: ziekenhuizen, zorgcentra, GGZ, instellingen voor palliatieve zorg, verpleeghuizen, etc..



Figuur 8: Het Planetree Model (Planetree, 2015)

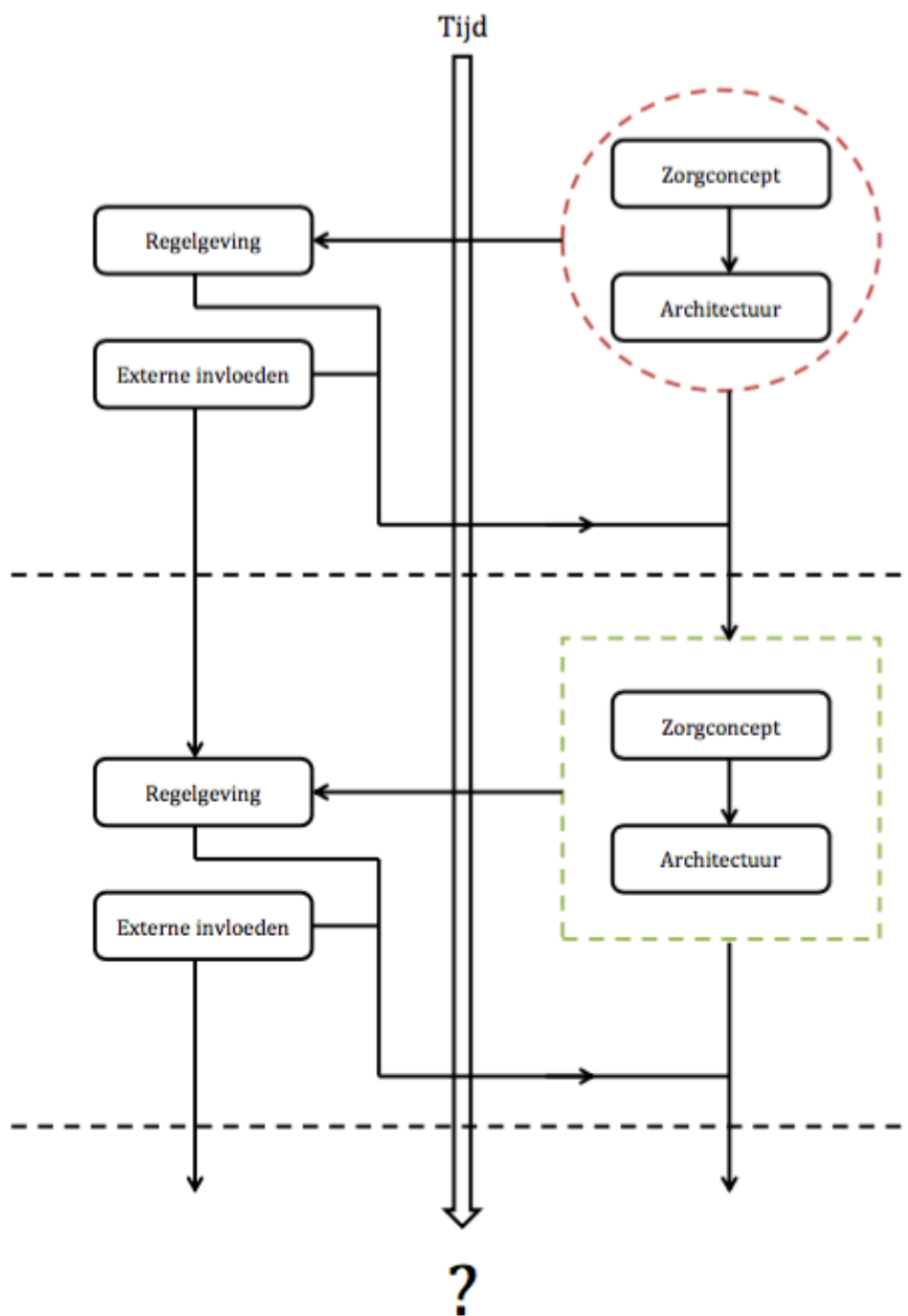
Alle onderdelen die beschreven zijn in dit hoofdstuk komen deels of volledig terug in dit model. Zo valt te zien dat er aandacht besteed wordt aan verschillende zorgconcepten en deze in delen terugkomen. Zorgconcepten voert hierbij de boventoon. Deze is in alle drie de onderdelen terug te vinden van het model. Deze drie delen van het model geven een ruggengraat aan het in stand houden en correct formuleren van het zorgconcept. Daarbij is het onderdeel architectuur terug te vinden in het onderdeel van de helende omgeving. Hierbij wordt waarde geschonken aan het feit dat de architectuur dient bij te dragen aan de gezondheid en heling van de patiënt.

Het derde deel van dit hoofdstuk, wetgeving, wordt niet expliciet genoemd in het model. Echter, deze speelt wel degelijk een rol op de achtergrond. Zonder de eerder gestelde normen en wetten kan er niet getoetst worden hoe en welke behandelingen er bijvoorbeeld gedaan mogen worden. Tevens de richtlijnen die gesteld worden hebben van grote invloed op de kwaliteit van zorg.

Hierdoor is dit model een goede ruggengraat voor ons onderzoek. Met behulp van dit model kan er een meetlat gelegd worden langs de organisatie en kan er bepaald worden of de onderdelen deel uitmaken van deze organisatie.

2.5. Conceptueel model

Met behulp van de voorgaande hoofdstukken is een conceptueel model samengesteld. De drie focuspunten waar dit onderzoek op leunt (regelgeving, zorgconcepten en architectuur) zijn beschreven als punten die alle invloed op elkaar uitoefenen. Dit wordt gevisualiseerd in het conceptueel model (zie figuur 9). Hierin valt te zien dat er een tijdsaspect is dat doorloopt en niet specifiek gedefinieerd is. Dit komt omdat het beschreven proces geen statisch proces is maar een doorlopend proces is. Er is een bestaand zorgconcept waar de architectuur zich aan aanpast. De cirkel die hier omheen staat kan bijvoorbeeld staan voor het kleinschalig wonen. Hierin speelt het concept van kleinschalig wonen zich af samen met het complex dat naar dit idee gebouwd is, zoals eerder beschreven. Het samenspel van deze twee heeft invloed op de regelgeving die hierin nieuwe wetten en regelgevingen ontwikkelt. Samen met de externe factoren, zoals geluiden vanuit de samenleving over hoe de zorg geleverd dient te worden en meningen op het concept, wordt er weer invloed uitgeoefend op het huidige concept. Dit wordt gevisualiseerd door de pijlen die tussen het rondje en het vierkantje staan. De pijl tussen deze twee figuren omschrijft een transitie periode waarin bekeken wordt middels de nieuwe wetten en regelgevingen en de invloeden van buitenaf of dit concept nog functioneel en toepasbaar is in deze tijd. Hierna volgt er een nieuwe periode waarin zich een nieuw concept stabiliseert met de bijbehorende architectuur. Waarna het voorgaande proces zich opnieuw afspeelt waarbij de drie focuspunten elkaar blijven beïnvloeden en zullen zorgen voor een herhaling van het proces.



Figuur 9: Conceptueel model: Regelgeving, zorgconcept en architectuur

3. Methoden & Technieken

De opzet van dit onderzoek is een kwalitatief evaluatieonderzoek. In dit onderzoek zijn er gegevens verzameld die betrekking hebben op de regelgeving, het zorgconcept en de architectuur omtrent de kleinschalige zorgverlening in De Botterhof. Deze drie onderwerpen werden uitgewerkt in bepaalde concepten. Deze concepten zijn met name “betere zorg”, “helende omgeving”, “gezonde organisatie” en “kleinschalige zorgverlening” (zie bijlage). Deze concepten hebben een aantal indicatoren die gemeten kunnen worden door middel van diverse meetinstrumenten. In dit onderzoek zal er gebruik gemaakt worden van een tweetal onderzoekstechnieken om de kwalitatieve data te verkrijgen.

In de eerste plaats werd er een semigestructureerd interview afgenomen met de manager van De Botterhof. Een semigestructureerd interview bevat vooraf bepaalde vragen waar tijdens het interview in enige mate van afgeweken kan worden. De interviewer is in staat om in de loop van het interview de volgorde van de vragen aan te passen. De respondent heeft overigens ook de ruimte om door te praten over aansluitende onderwerpen (Easability, 2016).

Het interview werd face-to-face afgenomen en aansluitend getranscribeerd. Voordat het interview afgenomen kon worden, moest er toestemming gevraagd worden om de verkregen inzichten te mogen gebruiken in het onderzoek. Verder werd er van tevoren besproken dat alles wat er gezegd wordt tijdens het interview vertrouwelijk zal worden behandeld. Nadat het interview is getranscribeerd, kunnen de verschillende elementen ervan gecodeerd worden. Daarnaast is er een drietal focusgroep gesprekken uitgevoerd met maximaal 4 medewerkers van De Botterhof per focusgroep. Door middel van deze groepsinterviews zijn de vooraf opgestelde indicatoren (zie bijlage) gemeten en geëvalueerd.

Interview

Het interview is afgenomen worden bij de manager van De Botterhof. Er is hier voor gekozen omdat de verwachting was dat er met een interview nog meer informatie te verkrijgen was dan alleen met de focusgroep gesprekken. Gezien de korte tijd die ter beschikking was is er één interview gekozen. Een voordeel van een interview is bovendien dat als men een face-to-face conversatie voert, dat er doorgevraagd kan worden op bepaalde vraagstukken om meer inzicht te verkrijgen. Een nadeel is dat interviews normaal gesproken veel meer tijd kosten om de gewonnen data te kunnen gebruiken voor de analyses omdat het interview eerst getranscribeerd en gecodeerd moet worden. Tijdens het interview is er gesproken over de mogelijke veranderingen in het zorgconcept van De Botterhof en de

redenen die ervoor gezorgd hebben. Om deze reden is er een topic lijst opgesteld met volgende concepten:

- Betere zorg
- Helende omgeving
- Gezonde organisatie
- Kleinschalige zorgverlening

Deze concepten kunnen met behulp van indicatoren gemeten en vervolgens geanalyseerd worden.

Focusgroep gesprek

Er is met enkele zorgverleners een focusgroep-gesprek gehouden. Het streven was dat de mensen die deelgenomen hebben aan het focusgesprek dezelfde functie hebben zodat de zorgverleners tijdens het gesprek niet beïnvloed werden door iemand met een hogere functie. Een nadeel en mogelijke bron voor bias, is het feit dat medewerkers geneigd kunnen zijn om bepaalde antwoorden te geven die misschien niet met de werkelijkheid overeenstemmen. Dit kan voor een vertekening zorgen van de resultaten. Het focusgesprek zal uit maximaal zes zorgverleners bestaan zodat de communicatie tijdens het gesprek zo min mogelijk verstoord kan worden. Het doel van het focusgesprek is om reflectie met betrekking tot hun werkzaamheden te weeg te brengen bij de zorgverleners en zo achter ervaringen van de zorgverleners te komen. Verder willen we weten of er bij de zorgverleners door de jaren heen ook een vorm van “hospitalisatie” heeft plaatsgevonden. De zorgverleners kunnen tijdens het gesprek positieve en negatieve ervaringen delen met betrekking tot de veranderingen binnen het zorgconcept.

De thema's die behandeld zijn tijdens het focusgroep gesprek zijn de vier onderdelen van het 'planetree' model (zie ook bijlage A).

4. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit de mensen die in aanmerking zijn gekomen om deel te nemen aan dit onderzoek. Een onderzoekspopulatie moet bepaalde in- en exclusiecriteria hebben, en mensen moeten op basis daarvan geselecteerd worden. Er bestaan diverse selectiemethoden en bronnen waaruit de deelnemers geselecteerd kunnen worden. In de volgende paragraaf wordt besproken welke in- en exclusiecriteria voor dit onderzoek zijn opgesteld, welke doelgroep in aanmerking komt voor de onderzoekspopulatie en hoe mensen precies geselecteerd worden.

4.1. Selectiemethode

Bij de doelpopulatie voor dit onderzoek moet er een onderscheid worden gemaakt tussen het ene interview en de focusgroep gesprekken. Deze verschillen namelijk niet alleen in de steekproefgrootte maar ook in de in- en exclusiecriteria. De doelpopulatie bij het interview moet bestaan uit een manager. De doelpopulatie van de focusgroep gesprekken bestaat uit maximaal zes zorgverleners per focusgroep. In totaal zullen er drie focusgroepen geselecteerd worden. De benodigde onderzoekspopulatie zal geselecteerd door middel van contactgegevens van de werknemers van De Botterhof. Deze gegevens zullen verkregen worden met behulp van de HR-afdeling van de instelling. Deze gegevens kunnen alleen via deze afdeling verkregen worden omdat de onderzoekspopulatie een gesloten subcategorie van de algemene bevolking is. Met andere woorden, de onderzoekspopulatie voor zowel het interview als voor de focusgroepen bestaan uit werknemers van een specifiek bedrijf. In dit geval zijn dat werknemers van De Botterhof.

4.2. Inclusiecriteria

Bij de inclusie tot dit onderzoek moet er rekening gehouden worden dat het gaat over twee verschillende inclusiecriteria. Er moeten bepaalde inclusiecriteria opgesteld worden voor zowel het interview als de focusgroepen. Bij de drie focusgroepen wordt geen onderscheid gemaakt in de inclusie. Mensen die in aanmerking komen om deel te nemen aan een focusgroep gesprek worden precies op dezelfde manier geïnccludeerd als bij de andere twee focusgroepen.

Inclusie interview

Een werknemer die in aanmerking komt voor het interview moet volgende functie hebben binnen De Botterhof:

- *Manager*

Daarbij is het belangrijk om te vermelden dat er maar een persoon geselecteerd wordt voor het interview. Daarnaast moet een werknemer tenminste twee jaar werkervaring hebben in deze functie om de validiteit van de te verkregen data te verhogen en te waarborgen.

Inclusie focusgroep

Werknemers die in aanmerking komen om deel te nemen aan één van de drie focusgroep gesprekken moeten tenminste een van de volgende functies hebben bij De Botterhof

- *Verpleegkundige*
- *Zorgverlener*
- *Werknemer*

Werknemers die geïncludeerd worden, moeten bij voorkeur binnen een focusgroep dezelfde functie hebben om te voorkomen dat iemand met een hogere functie de antwoorden zou kunnen beïnvloeden. Er worden per focusgroep minimaal vier en maximaal zes werknemers van De Botterhof geselecteerd. Verder wordt er aandacht besteed dat de drie groepen in de grootte niet van elkaar verschillen. Dat betekent dat de groepen of allemaal vier, vijf of zes deelnemers zal hebben. Dit zorgt voor een hogere mate van betrouwbaarheid en validiteit van de te verkregen inzichten. Er kunnen alsnog factoren optreden die de metingen vertekenen en confounders zijn (confounder: een variabele die zorgt dat twee populaties afwijkend zijn en die een verklaring kan geven voor een gevonden effect). Factoren zoals leeftijd en werkervaring (in jaren) kunnen determinanten voor confounding zijn. In de analyse van de data zal er wel rekening mee gehouden worden om mogelijke vertekeningen uit de resultaten te halen.

4.3. Exclusiecriteria

Net zoals bij de inclusie zullen de exclusiecriteria opgesplitst moeten worden in de exclusie voor het interview en voor de focusgroepen.

Exclusie interview

Een werknemer wordt niet geselecteerd om deel te nemen aan het interview als deze geen transitie-manager bij De Botterhof is of minder dan twee jaar werkervaring heeft in de functie van een transitie-manager.

Exclusie focusgroep

Werknemers worden uitgesloten om deel te nemen aan de focusgroep gesprekken als deze noch een functie als verpleegkundige noch als zorgverlener of werknemer hebben.

4.4. Steekproefmethode

Als steekproefmethode voor dit onderzoek werd er gekozen voor de “equal probability of selection method” (EPSEM) (Babbie, 2010, pp. 198-199). Bij deze methode gaat men uit dat alle potentiële deelnemers gelijke kans hebben om geselecteerd te worden. Deze methode kan uitgevoerd worden zodra de gegevens van alle potentiële deelnemers van de HR-afdeling bekend zijn. Een potentiële deelnemer is iemand die aan de in- en exclusiecriteria voldoet.

Voor de steekproefwerving zal gebruik gemaakt worden van de “quota sampling”. Deze steekproefmethode houdt in dat de steekproef gebaseerd is op mensen die voldoen aan de in- en exclusiecriteria. In het geval van dit onderzoek is er dus sprake van de werknemers. Deze methode is niet gebaseerd op toeval.

5. Resultaten

Respondent-nummer	Geslacht	Aantal jaren actief in de psychogeriatrische zorg	Functie	Aantal jaren bij De Botterhof
1.	Vrouw	20	Huismeester	8
2.	Vrouw	12	Helpende/Nachtdienst	8
3.	Vrouw	8	Verpleegkundige	8
4.	Vrouw	10	Verpleegkundige	8
5.	Vrouw	5	Verzorgende+	2
6.	Vrouw	28	Verzorgende+ /Nachtdienst	8
7.	Vrouw	16	Wijkmanager	11

Tabel 4: Demografische gegevens ondervraagden.

De bevindingen die verzameld konden worden tijdens de focusgroep gesprekken en het interview met de manager van De Botterhof kunnen onderverdeeld worden in de drie categorieën van het Planetree model. Daarnaast werd ook het onderwerp omtrent kleinschalige zorgverlening opgenomen als onderdeel van de interviews. In totaal werden er vier focusgroep gesprekken gehouden met diverse medewerkers van De Botterhof (zie tabel 4). Deze hebben in de inrichting verschillende taken en bevoegdheden met betrekking tot de bewoners. De focusgroep gesprekken zijn gehouden met verpleegkundigen, helpenden, nachtdienst medewerkers en de huismeester.

5.1. Betere zorg

Het onderwerp betere zorg kan op veel verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Om deze reden wordt er op bepaalde determinanten ingegaan tijdens de gesprekken die de betere zorg kunnen beschrijven. Hierbij gaat het voornamelijk over vraagstukken rondom de menselijke interactie & liefdevolle bejegening en de behandeling & geleverde zorg in De Botterhof. Een probleem dat alle respondenten hebben aangegeven is het feit dat er in de laatste jaren veel bezuinigd is. Er blijkt op veel domeinen bezuinigd te worden, met name met betrekking tot het personeel en de hulpmiddelen. Deze maatregelen blijken een groot invloed te hebben op het concept kleinschalig wonen. Het bezuinigen op personeel heeft verschillende negatieve effecten gehad.

De geïnterviewde zorgverleners vertelden dat ze steeds meer taken hebben gekregen waardoor ze minder tijd voor de bewoners over hebben. Volgens hen zorgden deze veranderingen ervoor dat de geleverde zorg niet meer zijn “maximaal vermogen” kon bereiken.

Ondanks deze extra taken voeren de werknemers hun werk richting de bewoners zo goed als mogelijk uit, en worden bijvoorbeeld de administratieve taken als minder belangrijk ervaren. Een ander voorbeeld op het gebied van bezuinigingen dat een negatieve invloed heeft op de geleverde zorg is het wegvallen van de diëtiste. Binnen het kader van betere zorg speelt gezond(e) voeding, drinken en een gezonde leefstijl een belangrijke rol. In het begin van De Botterhof was er altijd een diëtist aanwezig die erop lette dat er gezond gegeten en gedronken werd. Bovendien was de dienst nuttig om bepaalde bewoners in te lichten over wat gezond eten en drinken precies inhoudt. Vanwege de bezuinigingen zijn de diëtisten volledig weggefallen en werden zij alleen opgeroepen als er problemen bij bepaalde bewoners optraden.

“[p2]:[...] eigenlijk komen we tijd tekort [...] Zeg maar als verantwoordelijke op de woning ben je te druk. Je moet zorgen dat al het papier werk klopt, de computer moet goed lopen en je moet al die mensen nog in de gaten houden.”

Een ander probleem dat tijdens de interviews naar voren is gekomen betreft de veranderingen in de regelgeving en de verschillende of nieuwe eisen die zowel vanuit de overheid als de zorgverzekeraar worden gesteld. Uit het focusgroep gesprek met de verpleegkundigen is gebleken dat de manier hoe de zorgzwaartepakketten (ZZP's) georganiseerd zijn en hoe mensen er een indicatie voor krijgen heel nadelig voor hen is. Mensen blijken op een gegeven moment een indicatie te krijgen met betrekking tot een bepaalde ZZP. In het geval van De Botterhof is er meestal sprake van het ZZP 5 (beschermd wonen met intensieve dementiezorg). Er blijkt geen rekening gehouden te worden met het feit dat de gezondheidstoestand van een bewoner in de loop van de tijd achteruitgaat.

Uit het gesprek met de verpleegkundigen is gebleken dat een herindicatie nodig is voor bepaalde bewoners. Sommige bewoners die toen een indicatie voor het ZZP 5 hebben gekregen zouden tegenwoordig waarschijnlijk een indicatie voor het ZZP 7 of 8 moeten krijgen omdat ze bijvoorbeeld agressief gedrag vertonen. In de praktijk blijkt er geen herindicatie plaats te vinden.

*“[p4]: We hadden mensen die we in een hogere ZZP willen hebben omdat die gewoon om heel veel begeleiding vragen, maar die konden we niet in ZZP 7 krijgen omdat ze niet aan die eisen voldoen zeg maar van bepaalde ziektebeelden,
[p3]: Ik denk dat er eerlijker naar gekeken moet worden”*

Hiernaast blijken er nog andere aspecten te zijn door de overheid en de zorgverzekeraar op het concept kleinschalig wonen inspielen en de ruimte voor handelingen van De Botterhof beperken. Hierbij werden voorbeelden genoemd zoals hygiëne richtlijnen, richtlijnen voor brandveiligheid, vrijheid beperkende maatregelen en administratieve plichten. Het verzorgend personeel moet zich richten op de gestelde richtlijnen al vinden ze bepaalde aspecten van de richtlijnen niet geschikt voor de demente bewoners. Volgens de hygiëne richtlijnen zouden er bijvoorbeeld zeeppompen gebruikt moeten worden in plaats van ouderwetse zeepblokjes. De verpleegkundigen zijn het er mee eens dat zeeppompen in het algemeen hygiënischer zijn maar ze vertelden dat er soms problemen op kunnen treden bij bewoners met dementie. Voor deze bewoners is een zeepompje minder herkenbaar. Het schijnt weleens voorgekomen te zijn dat bewoners er een borrelglaasje onder hadden gehouden omdat ze dachten dat er drank in zat. Vrijheid beperkende maatregelen en richtlijnen voor brandveiligheid hebben invloed op de architectuur, het interieur en de helende omgeving van De Botterhof. In het volgende hoofdstuk zal hier dieper op ingegaan worden.

Uit het interview blijkt dat dat de fundamentele ideeën van kleinschalig wonen onder druk komen te staan vanwege uiteenlopende regelgeving. De ideeën houden in dat de patiënt/ bewoner een centrale rol speelt bij de zorgverlening. Daarnaast moet er gekeken worden vanuit de patiënt/ bewoner en er moet zoveel mogelijk ingegaan worden op diens wensen. Er worden steeds meer vrijheden van de bewoners ingeperkt vanwege bepaalde reguleringen. Ze kunnen niet meer hun eigen kamer inrichten volgens hun eigen voorkeuren. Verder mogen ze hun eigen bedden niet meenemen omdat de ARBO richtlijn voorschrijft dat de patiënten/ bewoners een verstelbaar bed moeten hebben. Daarnaast moeten volgens hygiëne richtlijnen zeepblokken, waaraan bewoners gewend zijn, vervangen worden door ongewone zeepompjes. Om de reden van brandveiligheid moeten persoonlijke ‘spulletjes’ eerst beoordeeld worden op veiligheid. Een stuk van de eigenheid van bewoners wordt dus steeds weer ingeperkt omdat bepaalde vrijheden ‘weggeregeld’ worden.

Naast deze richtlijnen hebben de zorgverleners ook de plicht om alle behandelingen, verrichte taken en geleverde zorg vast te leggen met behulp van administratieve hulpmiddelen. Ze zijn ervoor verantwoordelijk om alles zo volledig mogelijk bij te houden wanneer en wat er gedaan werd. Volgens de zorgverleners was het in het begin nog makkelijker om alle administratieve dingen bij te houden aangezien ze meer tijd ter beschikking hadden. Daarnaast bleken er tijdens de introductieperiode van De Botterhof minder punten te zijn die gerapporteerd moesten worden. De informatieoverdracht van een zorgverlener naar de andere was volgens de helpenden en de verpleegkundigen makkelijker vergeleken met het digitale systeem dat tegenwoordig wordt toegepast. Het rapportagesysteem is volgens de zorgverleners niet efficiënt genoeg en leidt er bovendien toe dat

het personeel meer tijd kwijt is om alles vast te leggen. Uit het focusgroep gesprek met de verpleegkundigen is gebleken dat ze vanwege de hoge werkdruk vaak in hun vrije tijd bezig moeten gaan met alle administratieve taken. Uit het focusgroep gesprek met het nachtdienst medewerkers is gebleken dat ze in de nacht over voldoende tijd beschikken om administratieve taken af te ronden terwijl ze aan het werk zijn. Een ander nadeel van het rapportagesysteem blijkt het feit te zijn dat niet alles genoteerd kan worden. Specifieke aanmerkingen voor bepaalde bewoners moeten op papier geschreven worden voor de volgende shift.

“[p2]: Als er echt iets bijzonders is, iemand z’n been gebroken, heel erg ziek, dan zetten we het in ’t schriftje, dan weet elke helpende die gang heeft iets meer hulp nodig en dan niet in de rapportage. En ik kan wel eerst ‘s morgens gaan zitten rapportage lezen maar dan moet ik van 30 mensen rapportage lezen, denk 45 minuten mee bezig, nou en in die 45 minuten kan ik ook twee mensen uit bed halen. En dat is mijn taak en niet de rapportage lezen.”

Zoals eerder verteld is de overheid niet het enige orgaan dat bepaalde eisen aan de organisatie en zijn personeel stelt. De zorgverzekeraars hebben eigen eisen aan de manier hoe de zorg verleend zou moeten worden aan de bewoners. Uit de focusgroep gesprekken is naar voren gekomen dat sinds november 2015 de organisatie verplicht is om 24 uur per dag verpleegkundige zorg te bieden. Dat houdt in dat er te allen tijde een verpleegkundige aanwezig moet zijn in het complex. Het gevolg hiervan kan in bepaalde situaties gevaarlijk en onverantwoord zijn.

Tijdens de gesprekken werd een voorbeeld gegeven uit de praktijk. Er zijn woningen binnen het complex van De Botterhof waar de verzorgend persoon een verpleegkundige is. Mocht er op gegeven moment iets gebeuren in een andere woning waarbij om verpleegkundige zorg gevraagd wordt, dan moet deze persoon zijn woning verlaten en de bewoners voor een bepaalde tijd alleen achterlaten.

De hoge mate van reguleringen schijnt bepaalde neveneffecten te veroorzaken waarmee weinig rekening gehouden wordt.

“[p4]: [...] sinds september, oktober [2015] diensten draaien, dus wij zijn bereikbaar voor de hele woning, dus als een woning iets heeft waar een verpleegkundige bij moet komen, dan moet ik van mijn woning af, en laat ik dus mijn zes mensen alleen achter om dus de andere zes mensen extra te helpen”

5.2. Helende omgeving

In het vorige hoofdstuk zijn de richtlijnen voor brandveiligheid en de vrijheid beperkende maatregelen genoemd. Uit het interview met de huismeester is gebleken dat erop gelet wordt welke hulpmiddelen en interieur gebruikt worden voor de woningen. Deze moeten namelijk allemaal voldoen aan de richtlijnen van brandveiligheid. Alle meubels moeten van brandwerend materiaal zijn. Deze richtlijnen blijken niet altijd in het concept van kleinschalig wonen te passen.

In de afgelopen decennia kwamen de hallen bij de woningen steeds leger te staan omdat er vanwege brandveiligheid geen ruimte meer voor was. Daarvoor konden de bewoners en de zorgverleners bijvoorbeeld een tafeltje in de gang zetten om de woonruimte huislijker te maken. Tegenwoordig moeten er compromissen gevonden worden tussen dingen die nog wel kunnen blijven staan en die eruit moeten worden gehaald. Uit het gesprek met de huismeester is wel gebleken dat elke bewoner wel iets heeft wat hij mee heeft genomen naar De Botterhof. Dat kan een stoel, een tafel of een andere persoonlijke bezitting zijn. Echter, het blijft noodzakelijk dat bepaalde delen van de hallen zoals nooduitgangen vrij blijven.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er wel ruimte is om de muren en deuren huiselijker te maken. Er is geopperd om een foto van de oude voordeur als een sticker op de kamer te plakken om dit zo herkenbaar te maken voor de bewoners. Dit valt dan weer onder de huiselijke sfeer die De Botterhof met het kleinschalig wonen wilt uitstralen.

“[p1]: [...] en als er dus te veel wordt, dan heb ik van jongens kom op, anders krijg ik die brandweer op m'n nek, en dan is dus alles weg. Dus dat probeer ik ze wel duidelijk te maken. Van jongens er is een grens, en die ben je al over. Gaan we nog verder, dan ben je helemaal alles kwijt. Dat probeer ik ze wel duidelijk te maken.”

Verder zijn er een aantal vrijheid beperkende maatregelen die onder bepaalde omstandigheden worden toegepast. Uit de gesprekken met de helpenden, de verpleegkundigen en de nachtdienst medewerkers is gebleken dat bedhekken soms gebruikt worden als een bewoner heel onrustig wordt. Dit mag alleen gebeuren met toestemming van de familieleden. Voor de rest van de gevallen mag het personeel geen gebruik maken van de bedhekken omdat het niet is toegestaan vanwege de vrijheid beperkende maatregelen. Dit soort maatregelen zijn volgens de richtlijnen ingrijpend op de vrijheid van een bewoner en is alleen bij uitzonderingen toelaatbaar. Hierdoor moesten de zorgverleners in de loop van het afgelopen decennium anders omgaan met de bewoners.

Er worden hiernaast nog andere vrijheid beperkende maatregelen toegepast die wel toegestaan zijn. Hieronder vallen bijvoorbeeld bandjes die de bewoners om de hand dragen. Dit bandje zorgt ervoor dat de bewoners niet per ongeluk het complex kunnen verlaten. Volgens de zorgverleners zorgt deze technologie voor een hogere mate van veiligheid voor de bewoners. Tegenwoordig zijn de meeste bewoners niet meer in staat te zijn om zelfstandig en zonder toezicht uit het complex te gaan. Deze technologie blijkt door alle partijen als positief ervaren te worden.

Tijdens de gesprekken zijn ook andere innovaties op het gebied van domotica naar voren gekomen. Deze zouden volgens de verpleegkundigen een verbetering kunnen bieden van de huidige situatie. Bewoners moeten tegenwoordig binnen het complex verblijven. Dat zou met een “GPS-tracker” anders kunnen volgens hen. Met deze vorm van domotica zou een bepaalde bewoner ook uit het zorgcomplex kunnen gaan en later door een medewerker of vrijwilliger opgehaald kunnen worden. Dat betekent ook dat extra personeel noodzakelijk zou zijn. Gezien de huidige situatie en het budget dat De Botterhof ter beschikking heeft, ziet het personeel deze mogelijke ontwikkeling niet gebeuren in de komende jaren.

Een andere benadering om de zorg voor de bewoners te verbeteren zou het gebruik van camera's kunnen zijn. De nachtdienst medewerkers denken dat het gebruik van camera's op de kamers van bewoners voordelen kan opleveren. Tegenwoordig kan er een lampje gaan branden in de kamer waar de nachtdienst verblijft als er in een bepaalde kamer beweging plaatsvindt. Dit kan betekenen dat een bewoner van die kamer rondloopt maar ook dat een andere bewoner uit een andere kamer is binnengelopen. De nachtdienst medewerkers krijgen door middel van bewegingsmelders een melding bij welke kamer er beweging gedetecteerd is. Vervolgens kunnen nachtdienst medewerkers er naartoe gaan en kijken of alles in orde is met de bewoner(s). Volgens hen zou het gebruik van camera's veel lawaai kunnen voorkomen aangezien ze dan niet meer de deuren hoeven te openen. Ze benadrukten dat het gebruik van camera's veel tegenstand zou opwekken. Deze maatregelen dient elke maand met de familie en de arts beoordeeld te worden. Deze moeten dan toestemming geven voor de maatregel. Vooral onderwerpen omtrent privacy en de eigen keuze van de bewoners of ze camera's op hun kamers wilden hebben, zijn argumenten tegen de inzet van camera's. Uiteindelijk waren alle geïnterviewde het er mee eens dat domotica in toekomst een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg.

“[p3]: Zou wel een aanvulling kunnen zijn, daardoor zouden mensen naar buiten kunnen, mensen die nog zelfstandig zouden kunnen zijn, die kan je dan volgen, maar ja goed dan krijg je weer, gaat iemand buiten de zone dan moet je er achteraan en daar is gewoon geen toezicht, op zich zou het wel een mooi systeem zijn.”

Buiten technologie, innovaties en domotica in de zorg kwamen er ook vragen over de architectuur, het interieur en kleuren van De Botterhof aan bod en hoe deze de helende omgeving beïnvloeden. Verder werd naar de ervaringen gevraagd over de rol van de mantelzorgers, familieleden en vrienden. Tijdens de focusgroep gesprekken is gebleken dat de architectuur goed aansluit op het concept van kleinschalige zorgverlening. De zorgverleners gaven aan dat alle woningen bijvoorbeeld een terras hebben. Verder heeft De Botterhof twee binnentuinen die gedeeld worden met alle bewoners. Volgens de medewerkers vinden in de tuin tegenwoordig niet meer veel activiteiten plaats. Ze vertelden dat dit vooral door het feit komt dat de bewoners dementer zijn dan bij de opening van De Botterhof.

Alle zorgverleners gaven verder aan dat de bewoners veel vrijheid ervaren in hun dagbesteding. Het complex is op zo'n manier geconstrueerd dat de bewoners de ruimte hebben om naar andere woningen te gaan. Echter, ze kunnen niet door het hele complex lopen aangezien de verschillende vleugels gescheiden zijn met deuren waar de bewoners niet doorheen kunnen in verband met het gevaar dat de bewoner naar buiten zou kunnen gaan. Dit is een aanzienlijke belemmering van De Botterhof wat in toekomstige gebouwen beter opgelost zou kunnen worden.

Wat als zeer positief wordt ervaren is het "Grand Café" in De Botterhof. Dit mede omdat wanneer er veel bezoek komt voor de bewoners en dit een verstoring betekent voor de overige bewoners. Door een centrale ontmoetingsplek te hebben is er geen onrust in de woningen van de bezoekers. Daarbij is het mogelijk voor de families van bewoners die niet meer kunnen praten om toch informatie te krijgen van familie van andere bewoners. Het kunnen communiceren met andere families wordt door de familie als een goed punt ervaren.

Er zijn ook andere negatieve aspecten aan het interieur van De Botterhof. De bedden passen bijvoorbeeld niet door de nooddeuren omdat ze te breed zijn. Hierdoor ontstaat een groot veiligheidsrisico.

Een ander probleem wat uit te gesprekken naar voren kwam is het feit dat de bewoners geen eigen badkamer hebben. Per twee kamers van bewoners is er een badkamer die vanuit beide kamers bereikbaar is. Hierbij lopen de twee bewoners altijd gevaar om de badkamer binnen te lopen terwijl de andere bewoner er gebruik van maakt. Bewoners en medewerkers ervaren dat soort situaties uiteraard als onprettig en er treden diverse gevoelens op zoals bijvoorbeeld schaamte of woede. Dit zou in toekomstige zorgcomplexen makkelijk voorkomen kunnen worden door elke kamer te voorzien van een badkamer of een mogelijkheid om de badkamer van binnenuit op slot te kunnen doen middels een veilig systeem.

“[p4] Er is op zich als ik verschillende locaties met elkaar vergelijk, want ik ben nou net klaar met mijn opleiding, en ik heb verschillende stages gelopen, is De Botterhof qua gebouw wel het meest mooie gebouw, in elk geval binnen Carint Reggeland, dat elke huis het is begane grond, dat is al een hele grote voordeel. Je hebt ook huizen hebben ze eigenlijk alleen maar een gang waar ze heen en weer kunnen lopen, vooral mensen met onrust die loopdrang hebben, is het juist goed dat ze rondjes kunnen lopen, eigenlijk elke keer iets anders tegenkomen. Elke woning heeft een eigen terras, waar mensen buiten kunnen zitten.”

Een punt dat als positief wordt ervaren door zorgverleners zijn de kleuren die gebruikt worden bij de woningen binnen De Botterhof. Als het gaat over helende omgeving dan spelen kleuren een belangrijke rol. Dit kan ook in De Botterhof terug gevonden worden. De kleuren hebben aan de ene kant het doel om een huiselijke sfeer te creëren en aan de andere kant helpen kleuren de bewoners om hun woning te herkennen. Verder hangen er foto's van bewoners aan de deur. Dit helpt de bewoners ook de eigen woning te herkennen.

Daarbij wordt de omgeving (veel groen) alsmede de natuurlijke lichtinval als positief gezien. Het punt van frisse lucht is moeilijk aan te duiden aangezien de ramen niet open mogen of ver open kunnen voor de veiligheid van de bewoners. Hierdoor wordt er gewerkt aan een nieuw koelingssysteem die, tijdens het schrijven, aangelegd wordt en een verbetering dient te worden van het huidige systeem.

“[p1]: [...] als je een huisje hebt dat ze de foto's op de voordeur plakken. Daar zijn we hier ook al mee bezig geweest bij woning 9 om zoiets te doen, ja dat zijn herkenningspunten.”

Om de familie meer te betrekken bij de zorg van de bewoners wordt er gewerkt met het ‘‘COUP’’ model. Dit staat voor contact leggen, ondersteunen, uitnodigen en participeren. De medewerkers werken met dit model om de familie meer te kunnen betrekken in de zorg en deze dan ook erbij te houden. Dit is een houvast voor de medewerkers waardoor ze kunnen omgaan met de moeilijkheden van het omgaan en het stimuleren van de mantelzorgers.

5.3. Gezonde organisatie

Uit de focusgesprekken is gebleken dat de bezuinigingen niet alleen invloed hebben gehad op de geleverde zorg maar ook op de organisatie. Zowel de huismeester als de helpenden en verpleegkundigen vertelden dat ze allemaal meer taken hebben gekregen omdat er bezuinigd is op personeel. Het feit dat helpenden en verpleegkundigen minder tijd ter beschikking hebben voor administratieve taken is al uitgebreid besproken in het stuk “Betere zorg”. Deze bevindingen hebben verder invloed op de organisatie zelf. Omdat de verzorgenden steeds meer taken hebben gekregen en veelal in hun vrije tijd de tijd vinden om alle administratieve taken uit te voeren neemt de motivatie en de tevredenheid af. Deze bevindingen zijn gebaseerd op de meningen uit de focusgroepen met helpenden en verpleegkundigen.

De focusgroepen hebben tijdens de gesprekken wel duidelijk gemaakt dat de bewoners de grootste prioriteit krijgen. Ze hebben verder toegevoegd dat de motivatie alleen bij het uitvoeren van administratieve plichten afneemt maar niet bij het verzorgen van de bewoners. De hoge werkdruk en de toenemende bureaucratie heeft volgens hen wel een negatieve invloed op de algemene werksfeer. Uit de gesprekken is gebleken dat de algemene tevredenheid van de medewerkers niet hoog is. Naast de al genoemde aspecten zoals hoge werkdruk en tijdstekort hebben de verzorgenden aangegeven dat ze soms het gevoel hebben dat alles om geld draait. Dit werd verder onderbouwd door het argument dat als het een fabriek zou zijn geweest waarin ze werken, dat ze het proces al lang een keer stil hadden gelegd. Omdat het om mensen gaat die dagelijkse zorg nodig hebben, bestaat deze optie niet voor de verpleegkundigen vanuit een ethisch perspectief.

“[p7]: [...] maar dat doen ze want dat zit van nature in hun, dus die menselijke interactie en liefdevolle bejegening is de basis van hun werk, daar halen ze ook veel energie uit. Als ze dat niet meer kunnen doen, dan wordt hun werk per direct van 90% leuk naar 20% leuk bijna.”

“[p4]: Wij hebben weleens gezegd met de overdracht 's ochtends, wij werken niet in een fabriek, anders hadden we allang de productie stil gelegd, als we hier niet met mensen te maken hadden, dan hadden wij al lang een staking of weet ik veel wat gedaan om mensen wakker te schudden van goh, jongens het kan zo niet langer, maar je kunt hier mensen niet in de pyjama incontinent in bed laten liggen, dat doe je gewoon niet”

De bezuinigingen hebben bovendien nog tot andere gevolgen geleid zoals het wegvallen van een aantal managers. Volgens de verpleegkundigen zouden deze wel wenselijk zijn omdat de managers operationele taken zouden kunnen uitvoeren. Uit het gesprek met de verpleegkundigen is namelijk gebleken dat planning van het personeel een van hun taken is; een operationele taak die door een manager uitgevoerd had moeten worden. Als er meerdere managers zouden zijn zouden de verpleegkundigen meer tijd kunnen besteden aan de zorg voor de bewoners. Vanwege de bezuinigingen is dat helaas niet mogelijk.

Tijdens de focusgesprekken is er gesproken over of er veranderingen in de omgang met de bewoners hebben plaats gevonden in de afgelopen decennia. De antwoorden op deze vraag waren verschillend. De verzorgenden die overdag de bewoners moeten verzorgen hebben een duidelijk verschil waargenomen. Ze geven bijvoorbeeld aan dat de bewoners steeds later opgenomen worden in De Botterhof en in de meeste gevallen ook een zwaarder ziektebeeld vertonen. Dit heeft ertoe geleid dat er nauwelijks gezamenlijke activiteiten gepland worden. Bovendien kunnen de bewoners weinig dingen nog zelfstandig doen.

De nachtdienst medewerkers geven aan dat ze steeds meer te maken krijgen met bewoners met psychische verschijnselen van hun aandoening. Uit het gesprek met de nachtdienst medewerkers is ook gebleken dat ze het wenselijk zouden vinden als er een scholing aangeboden kon worden hoe ze met deze groep mensen om zouden kunnen gaan.

“[p6]: [...] Maar wat er nu is zit ook wel psychisch en dat is wel iets waarbij geen scholing in hebben gehad [...]”

Een andere aspect dat in de loop van de tijd is veranderd is de rol van de mantelzorgers, familieleden, vrienden en vrijwilligers. De vraag naar deze groep mensen is gestegen. Dit kan verklaard worden door de gevolgen van bezuinigingen. De helpenden en verpleegkundigen hebben aangegeven dat de mantelzorgers steeds meer in de verzorging betrokken worden. Er worden ook duidelijke grenzen gesteld wat de mantelzorgers mogen doen met bewoners. Volgens hen neemt dit proces veel tijd in beslag en het blijkt niet altijd makkelijk te zijn met bepaalde mantelzorgers samen te werken. Er is duidelijk naar voren gekomen dat mantelzorgers in de huidige periode van ouderenzorg niet meer weg te denken zijn. Volgens de helpenden is het nog niet nodig dat mantelzorgers te allen tijde aanwezig moeten zijn. Alle kleine dingen kunnen helpen om bewoners nog beter te verzorgen. Het is de vraag wat een mantelzorger kan betekenen voor een familielid. De

vrijwilligers en mantelzorgers worden geworven door een coördinator die hiervoor is aangesteld. Deze onderhoudt het contact met de mantelzorgers en vrijwilligers en behartigt ook hun belangen.

“[p2]: En tis niet zo dat ze elke dag moeten komen om moeder of vader uit bed te brengen. alle kleine beetjes helpen.”

In het algemeen zijn mantelzorgers, familieleden en vrienden tevreden over De Botterhof. Ze zijn tevreden over de manier hoe de bewoners verzorgd worden. Of de bewoners tevreden zijn over de geleverde zorg, de medewerkers en de organisatie kon niet duidelijk beantwoord worden. De zorgverleners waren het er mee eens dat de meeste bewoners niet meer in staat zijn om deze vraag te kunnen beantwoorden. De tevredenheid van bewoners en de medewerkers wordt door de organisatie halfjaarlijks gecheckt. Tevens wordt er door een andere instantie ook de tevredenheid gecheckt om zo een bias te voorkomen. Wat door de familie als belangrijk wordt gezien is dat zij zich er ook thuis voelen. Als voorbeeld werd er gegeven dat een familielid eenvoudig de afwas doet of een kop koffie kan pakken zonder dit eerst te moeten vragen aan een verzorgenden.

“[p3]: In feite gaan de mensen, ik heb dus nog een bewoonster van acht jaar geleden, die is erbij sinds de opening van De Botterhof, en zij is gewoon achteruit gegaan, lichamelijk, geestelijk, zodanig dat zij in feite ook niet meer kan uiten of ze tevreden is of niet zeg maar, dus ja, dat is gewoon heel lastig, dat is gewoon het grote nadeel van de mensen die hier wonen, ze gaan achteruit, die kunnen dus niet meer uiten van ben ik tevreden, ben ik niet tevreden.”

De marktpositie van De Botterhof wordt als uitstekend gezien. Aangegeven werd dat De wachtlijsten lang waren. Dit komt mede doordat er een laag sterftecijfer is en veel mensen de Botterhof als huiselijk ervaren en hierdoor er graag willen wonen. De financiële positie is niet dusdanig op orde dat er quitte gedraaid wordt. Dit komt mede doordat er vanuit de financiers (verzekeraar) een plafond wordt gesteld en de overheid minder geld besteed aan de zorg. Hier komt weer de rol van de verzekeraar naar voren die een grote positie van macht heeft in de bepalingen qua gelden en regels die gesteld worden in de zorg.

5.4. Kleinschalige zorgverlening

Het doel van kleinschalige zorgverlening was in begin om de bewoners in een thuissituatie te plaatsen waar ze in staat waren veilig en zelfstandig hun dagelijkse activiteiten uit te voeren. Uit alle gesprekken is gebleken dat dit concept niet meer toepasbaar is op de manier hoe het in begin van De Botterhof werd bedacht. De verschillende focusgroepen is gevraagd om de ontwikkelingen te beschrijven omtrent de kleinschalige zorgverlening die hebben plaatsgevonden in het afgelopen decennium. Verder is gevraagd of kleinschalige zorgverlening nog in de huidige situatie past en hoe ze dit concept tegenwoordig proberen toe te passen. In sommige vraagstukken wordt er een algemene consensus gevonden en bij andere vraagstukken hebben de verzorgenden verschillende meningen.

De zorgverleners zijn het met elkaar over eens dat er op dit moment geen beter concept bestaat dan de kleinschalige zorgverlening voor langdurige zorg. Echter, de zorg kan niet meer op dezelfde manier verleend worden zoals tien jaar terug. De bewoners blijken in de loop van de tijd minder zelfredzaam te worden wat te verklaren is door het ziekteverloop. Diverse dagelijkse activiteiten die de bewoners tien jaar terug nog zelf konden doen worden tegenwoordig door de verpleegkundigen en helpenden gedaan. Hierbij kan men denken aan taken als afwassen, koken, boodschappen doen etc. Dit leidt ertoe dat de hospitalisering weer toeneemt. Nieuwe bewoners die in De Botterhof worden opgenomen komen zwaarder dement binnen.

De kleinschalige samenleving binnen de verschillende woningen van het complex en het huiselijk gevoel zou volgens de zorgverlening moeten blijven. Voor de bewoners geeft de kleinschaligheid meer rust. Daarnaast zorgt het ervoor dat mensen elkaar blijven herkennen al zijn ze zwaar dement.

“[p4]: alleen is het nu dat mensen moeten gewoon langer thuis blijven en worden pas overgeplaatst als het thuis niet meer hanteerbaar is, en op het moment dat ze bij ons komen zijn ze eigenlijk te slecht in dat opzicht om voor kleinschalig wonen, want dan kunnen ze vaak al niet meer die zelfzorg is er dan vaak al niet meer, op het begin hadden we nog bewoners die voor ons gingen strijken, nou als je die nou binnenkrijgt die kan strijken dan denkt je goh yes!”

De vraag of er iets aan de grootte van de woningen veranderd zou moeten worden hebben de helpenden, verpleegkundigen en de nachtdienst medewerkers verschillend beantwoord en beargumenteerd. Uit het gesprek met de helpenden en de nachtdienst medewerkers is gebleken dat het voor de huidige situatie voordeliger zou zijn om woningen voor tien bewoners te ontwerpen waar twee

verzorgenden verantwoordelijk voor zouden zijn. Volgens hun kunnen taken op die manier beter verdeeld worden en kan er meer aandacht geschonken worden aan de belangen van elk bewoner.

Volgens de verpleegkundigen zouden woningen met tien bewoners tot meer onrust leiden. Uit hun verhaal werd duidelijk dat zes bewoners op een woning voldoende was. Het idee om twee verzorgenden op een woning te hebben vonden ze wenselijk maar daarvoor zou het budget van de organisatie verhoogd moeten worden.

Wensen zorgverleners en ervaren belemmeringen			
Functie	Betere Zorg	Helende Omgeving	Gezonde Organisatie
Helpenden	- 10 bewoners op een woning met 2 verzorgenden	- Bed past niet door de nooddeur	- Werkdruk + Administratie - Rapportagesysteem
Verpleegkundigen	- ZZP → herindicatie - Medische tekort - Gezond eten, drinken en bewegen 24 uur verpleegkundige zorg - Geen grote groepen → teveel onrust	- Automatische sloten - Boodschappen via extern bedrijf - Grens moet getoetst worden bij mantelzorgers	- Extra taken - Administratie - Geen kantoorhulp
Nachtdienst	- Eisen vanuit de zorgverzekeraar - Scholing voor omgang met mensen met psychische verschijnselen - 10 bewoners op een woning met 2 verzorgenden	- Gedeelde douch cel - Bed in woonkamer - Ontmoetingsplaats	

Tabel 5: Uitkomsten focusgroepen/interviews

6. Conclusie

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksvragen beantwoord worden voor zover mogelijk. Tevens zullen hier de inzichten die in de resultaten (hoofdstuk 5) gepresenteerd zijn besproken en geïnterpreteerd worden. Dit hoofdstuk zal opgedeeld worden in de onderdelen van het ‘*Planetree*’ model en de drie onderdelen (regelgeving, zorgconcepten en architectuur) van het theoretische kader.

Zorgregelgeving

In het hoofdstuk van het theoretische kader is het verloop van wetten en richtlijnen weergegeven. Dit is tijdens het onderzoek ook naar voren gekomen. De grote verandering in de zorgzwaartes waarmee mensen in een verpleeghuis terecht kunnen komen is niet alleen in de wetboeken zichtbaar maar ook erg goed in de praktijk. Naar aanleiding van de interviews valt op te merken dat de verzorgenden hiermee te kampen hebben. Hun werk wordt zwaarder omdat ze door deze maatregelen meer taken krijgen. Het verzorgen van deze bewoners is tevens zwaarder geworden en meer werk, bijvoorbeeld het wassen van de bewoners waar ze dat eerst zelf konden. Daarbij zijn de richtlijnen die opgesteld worden door de organisatie dan wel de verzekeraar niet werk bevorderend. Hierbij kan gedacht worden aan het verplicht stellen van droge wasdoeken waarmee ze bepaalde lichaamsdelen dienen te wassen. De bewoners vinden dit niet prettig omdat ze dit niet kennen en graag met zeep en water gewassen willen worden, waarna ze zich kunnen afdrogen met een handdoek. De verzorgenden zijn het hiermee eens dat dit hun werk eenvoudiger en tevens met het oogpunt van kleinschalig wonen prettiger voor de bewoners maakt.

Zo valt op te merken dat er een spanningsveld ontstaat tussen de daadwerkelijk geleverde zorg en de richtlijnen die van bovenaf worden opgesteld die niet stroken met de wensen op de werkvloer. Hier kan het mogelijk zijn dat er geen contact is met de werkvloer om daadwerkelijk samen tot oplossingen en een duidelijke zorgstructuur te kunnen komen. Ook het gebied van herindicatie van de daadwerkelijke ZZP wordt als negatief beschouwd. Het zou op het gebied van werken eenvoudiger zijn dat deze indicaties sneller aangepast kunnen worden zodat maatregelen getroffen kunnen worden voor de bewoner.

Zorgconcepten

Zorgconcepten worden opgesteld aan de hand van nieuwe bepalingen op het gebied van regelgeving maar ook door externe invloeden (zie figuur 9). Echter, dit is wel het hoofdonderdeel van De Botterhof. Het kleinschalig wonen is opgesteld doordat er vraag was naar een huiselijkere sfeer waarbij de bewoners zich thuis voelden en met ondersteuning konden wonen. Dit zorgconcept steunde

vooral op de huiselijke waarden waarbij bewoners samen met vijf andere bewoners een huishouden runden met ondersteuning van de hulpverleners. Er is gebleken dat dit concept ingehaald is door de regelgeving en financiële hulpmiddelen. Hierdoor staat het kleinschalig wonen bij de Botterhof nu op een punt in een transitie periode waarbij het zich dient aan te passen in de mogelijkheden die er zijn. Het is gebleken dat het kleinschalig wonen in de oorspronkelijke vorm wordt losgelaten maar dat het gedachtegoed wordt vastgehouden van het kleinschalige wonen. Dit betekent dat het kleine en huiselijke gevoel en uitstraling in stand gehouden dient te worden. Gebleken uit de gesprekken en grootte van de wachtlijst dat de bewoners de sfeer en gang van zaken zeer waarderen die aanwezig is bij het kleinschalig wonen bij De Botterhof.

Zorgarchitectuur

De architectuur van de zorginstellingen is volledig gericht op kleinschalig wonen. Bij De Botterhof is hier rekening mee gehouden dat ieder zijn eigen kamer heeft waar hij zich kan terugtrekken, daarbij hebben ze een gezamenlijke woonkamer en keuken. Tussen de eigen kamers is een natte cel die gedeeld moet worden. Dit is gebleken geen goede oplossing aangezien hier privacy problemen optreden. Er wordt geen rekening gehouden om man en vrouw te scheiden bij deze kamers waardoor een man en vrouw bij elkaar, tijdens het wassen of toiletteren, naar binnen kunnen lopen. Bij De Botterhof is tevens bij het ontwerpen van de gangen aan de ene kant geen rekening gehouden bij het kunnen lopen in rondjes van de bewoners. Hier lopen ze vast doordat er een deur is waarbij een code nodig is. Op het gebied van “healing environment” hebben ze vrijwel alles zoals in het theoretisch kader aangegeven. Er wordt rekening gehouden met de kleuren in het gebouw alsmede de kamers zo in te richten dat de bewoners herkenningspunten hebben en een huiselijke sfeer gecreëerd wordt. De binnentuinen waarop uitgekeken wordt en de natuurlijke omgeving rondom het gebouw. Hier is veel groen te zien en er is weinig verstoring voor de bewoners. Op het gebied van ventilatie en frisse lucht wordt tevens aan gewerkt aan een nieuw systeem dat de comfort qua temperatuur beter zal kunnen beheersen.

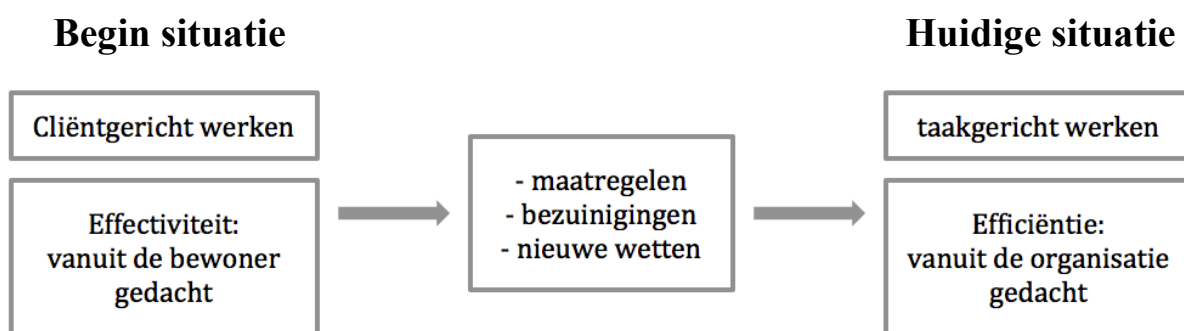
Hoofdvraag:

Past het zorgconcept van kleinschalig wonen, dat ten grondslag heeft gelegen aan de bouw van De Botterhof, nog in de huidige financierings- en regelstructuur (en het wettelijke raamwerk) van de Nederlandse gezondheidszorg?

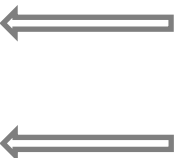
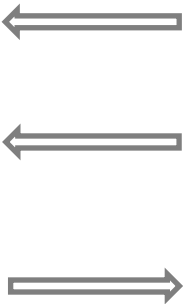
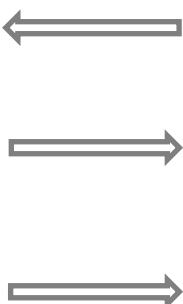
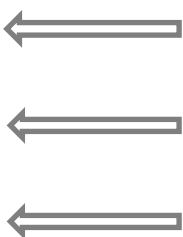
De verwachting die in de inleiding weergegeven staat, namelijk dat het idee waarmee De Botterhof is opgezet (kleinschalig wonen) niet meer toepasbaar is in deze tijd, is juist gebleken. Na de interviews die gedaan zijn en het onderzoek is gebleken dat meerdere factoren hier debet aan zijn. Deze factoren zijn onderdeel van een samenloop van omstandigheden die ervoor gezorgd hebben dat

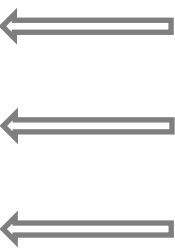
niet enkel het kleinschalig wonen is aangetast maar waarschijnlijk de gehele zorg. Voor het onderdeel kleinschalige zorg is het gebleken dat de ideeën zoals eerder beschreven vanuit het oogpunt van financiën en personele inzet logistisch niet meer mogelijk zijn. Daarbij is beschreven dat de bewoners die er komen steeds zwaardere indicaties hebben waardoor het idee van participatie niet meer of nauwelijks mogelijk is. Hierdoor is opgekomen dat bij De Botterhof het participatie gedeelte van de bewoners wellicht niet meer mogelijk is, maar het idee van kleinschalig wonen nog steeds uitgedragen wordt. Dit houdt in dat de uitstraling van de zorginstelling nog steeds een huiselijke sfeer kan hebben en ervoor kan zorgen dat bewoners en hun familieleden zich thuis voelen in het verzorgingstehuis. Het dient een warme plek te zijn waarbij bewoners hun eigen spullen (in zoverre) kunnen meenemen en waar er plek is voor de familieleden om hun naasten te verzorgen maar waar zij zich ook thuis kunnen voelen alsof het oude huis is van hun naasten.

In de tijd is de verschuiving van aandacht voor de bewoners naar aandacht voor de zorg verschoven.



Figuur 10: verschuiving cliëntgericht naar taakgericht werken

	Taakgericht zorg verlenen	Verschuiving	Cliëntgericht zorg verlenen
Cliënt	- vooral aandacht voor lichamelijk aspecten - cliënt is passief - “verzorgend” object		- ook aandacht voor psychische en sociale aspecten - cliënt is actief en medeverantwoordelijk
Verzorgen	- verzorgende handelingen staan voorop - alle verzorgenden verrichten bepaalde handelingen bij alle cliënten - weinig aandacht voor procesmatige van zorgverlening		- situatie en beleving van cliënt zijn belangrijk - één verzorgende is verantwoordelijk voor de totale zorg van de cliënt - zorgverlening vindt methodisch en planmatig plaats
Zorgorganisatie	- centrale werkverdeling - toewijzing van taken aan verzorgenden - weinig overleg over de verzorging - afdelingshoofd beschikt over alle informatie en overlegt met andere disciplines / diensten		- opdeling in groepen of teams - toewijzing van cliënten aan contactverzorgenden - werkoverleg en cliëntenbesprekingen - de contactverzorgenden beschikken over informatie en overleggen met andere disciplines / diensten.
Rapportage	- rapportage is taakgericht - verschillende schriftjes en mappen - dossiers worden centraal bewaard		- rapportage is doel- en cliëntgericht - één zorgdossier per cliënt met een zorgplan - dossier ligt in principe bij cliënt

leidinggeven	- afdelingshoofd geeft direct leiding - afdelingshoofd delegeert taken - afdelingshoofd is gericht op coördinatie cliëntenzorg		- afdelingshoofd schept voorwaarden - afdelingshoofd wijst cliënten toe - afdelingshoofd is bezig met personele zorg
--------------	--	---	--

Tabel 6: Toegepaste verschuiving in Taak- en cliëntgerichte concepten

Doordat de eisen van de organisatie en de regelgeving zijn toegenomen is opgemerkt dat de werknemers zich minder kunnen bezighouden met de bewoners. Waarbij ze in het begin nog veel met de bewoners samen bezig konden zijn, is dit idee verschoven en zijn ze nu veelal bezig met administratieve werkzaamheden en overige taken. Het verzorgen en omgaan met de bewoners is daardoor minder geworden. Echter, hierbij dient wel de opmerking gemaakt te worden dat werknemers aangaven nog steeds volledig voor de zorg voor de bewoners bezig te zijn en dat dit hun drijfveer is. Zoals tabel 5 laat zien, zijn de meeste taken die vroeger cliënt gericht waren nu verschoven naar taak gericht zorg verlenen. Hierbij spelen de voorgaande veranderingen een grote rol. De zorgverleners kunnen niet meer in de visie van kleinschalig wonen werken en moeten hierdoor taakgericht de zorg gaan verlenen. Dit is een goede manier om met een concept te laten zien hoe de zorg verlening in de afgelopen jaren bij het kleinschalig wonen is veranderd.

Bij deze conclusies kan opgemerkt worden dat het oorspronkelijke idee van kleinschalig wonen steeds verder ingeperkt wordt. Dit is te wijten aan meerdere partijen die hier debet aan zijn. Deze zorgen al dan niet intentioneel ervoor dat er aanpassingen gedaan dienen te worden aan het concept.

Er zijn vele actoren en factoren die invloed uitoefenen op de zorg. Deze invloeden zorgen ervoor dat de invulling van het kleinschalig wonen wordt ingeperkt en alleen de kern overblijft. Dit is zoals eerdergenoemd het gevoel en idee uitstralen van het kleinschalig wonen. Dit geeft aan dat er een transitie periode heeft plaats gevonden waarbij het kleinschalig wonen zich onder invloed van anderen heeft aangepast. In het hoofdstuk hierna zal bekeken worden of en in welke omstandigheden dit stand kan houden.

7. Discussie

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek is het nog moeilijk om een toekomstig zorgconcept en zorgvisie te voorspellen. Aan het eind van dit hoofdstuk zal een mogelijk scenario voorgesteld worden. Het is duidelijk geworden dat het zorgconcept kleinschalig wonen niet meer toepasbaar is op de manier hoe het destijds bedacht en geïmplementeerd werd in verpleeghuizen zoals De Botterhof. Er moeten nog enkele vervolgonderzoeken gedaan worden naar verschillende vraagstukken. Deze betreffen niet alleen zorgvragen maar er zijn tijdens dit onderzoek ook ethische vraagstukken naar voren gekomen die voor toekomstige zorgconcepten aandacht verdienen.

Naar aanleiding van dit onderzoek zou er bijvoorbeeld moeten gekeken worden naar de indicatie richtlijnen voor de ZZP's. Uit de resultaten is gebleken dat het wenselijk voor bepaalde mensen zou zijn als er een herindicatie plaats zou vinden indien dat nodig is. Deze herindicatie bestaat tegenwoordig niet, omdat de indicaties na een lange periode automatisch verlopen. Meestal is deze periode te lang voor mensen met een chronische aandoening zoals dementie. Het ZZP wat ze in het begin kregen van het CIZ is meestal niet meer passend bij hun ziektebeeld dat ze tegenwoordig vertonen. Dat komt door het natuurlijk verloop van de ziekte. Een herindicatie zou voor deze groep mensen voordelig zijn gezien het feit dat de vraag naar zorg bij deze groep mensen stijgt. Dat betekent dat de financiering van de Wlz aangepast zou moeten worden. Op het gebied van de financiering van de Wlz zou vervolgonderzoek gedaan moeten worden om eventueel een herindicatie van bestaande ZZP's mogelijk te maken. Verder zou onderzocht kunnen worden of en hoe het budget voor de Wlz verhoogd zou kunnen worden zonder dat andere zorg-budgetten zoals voor de PGB of WMO gekort moeten worden.

Daarnaast is uit de conclusie van dit onderzoek gebleken dat er een verschuiving heeft plaats gevonden in de aandacht voor zorg en bewoners in de afgelopen decennia. De aandacht ligt tegenwoordig eerder op de zorg en zorgverlening in plaats van de bewoners van verpleeghuizen. Deze ontwikkeling heeft zoals in eerdere hoofdstukken al uitgelegd verschillende redenen. Een van de redenen was de toename van administratieve taken en plichten. Bovendien komen er steeds meer richtlijnen en protocollen bij waar verpleegorganisaties en hun medewerkers zich op moeten richten. Is het daadwerkelijk nodig om inrichtingen zoals De Botterhof met zoveel bureaucratie te belemmeren? Er zijn wel administratieve plichten die verstandig en nuttig zijn voor bewoners, zorgverleners en organisaties. De aandacht zou altijd op de bewoner gericht moeten zijn en sommige maatregelen beïnvloeden deze manier van werken op een negatieve manier. Op basis van deze bevindingen zou er

een vervolgonderzoek gedaan moeten worden in een vorm van een evaluatie van bestaande richtlijnen en protocollen. In hoeverre zijn bepaalde elementen nuttig of verstandig en waar kunnen aanpassingen uitgevoerd worden?

Een andere mogelijkheid naar vervolgonderzoek bestaat op het gebied van de invloeden van zorgverzekeraars. Deze geven naast de overheid taken en plichten aan de organisatie over. Uit dit onderzoek is gebleken dat deze regels in sommige gevallen grote problemen kunnen veroorzaken. De verzekeraar gaat ervan uit dat de organisatie mogelijke problemen die optreden zelf oplost. In het geval dat de organisatie zich niet houdt aan gestelde eisen, dan kan dat ertoe leiden dat de organisatie geen vergunning krijgt voor de geleverde zorg. In een economisch en sociaal kader zou verder onderzocht kunnen worden of verzekeraars te veel macht in de zorg hebben. Verder zitten hier ook ethische vraagstukken achter die niet buiten beschouwing gelaten moeten worden. In hoeverre kan een verzekeraar verantwoorden dat mensen met een hoge zorgvraag geen toegang meer hebben tot de zorg die zij nodig hebben?

Verder zou op het gebied van domotica nog veel onderzoek gedaan kunnen worden. Dit is uit de resultaten van dit onderzoek gebleken. De inzet van innovatieve technologie zou in de toekomst veel nieuwe mogelijkheden en vrijheden voor de bewoners van verpleeghuizen kunnen bieden. Daarnaast heeft de inzet van technologie bovendien het doel om werk eenvoudiger te maken en indien mogelijk kosten te besparen. Bij technologische ontwikkelingen kan gedacht worden aan GPS-trackers voor de bewoners, de inzet van innovatieve camera systemen om de bewoners efficiënter in de gaten te houden en de veiligheid voor de bewoners te kunnen waarborgen. Hier zijn ethische vraagstukken aan verbonden. Deze vormen van innovatieve technologie zijn op een manier ook vrijheid beperkend. Waar wordt de grens getrokken? Hierbij spelen privacy, persoonlijke voorkeuren en omstandigheden een belangrijke rol. Moet er misschien toch naar andere manieren gezocht worden om kwaliteit en veiligheid voor de bewoners te verbeteren? Voor ontwikkelingen op het gebied van domotica is het belangrijk om deze vraagstukken te beantwoorden voordat het in een nieuw zorgconcept geïmplementeerd kan worden.

Onverwachte uitkomsten

Hoewel het onderzoek op de gewenste manier kon worden uitgevoerd, zijn er een tweetal uitkomsten opgetreden die onverwacht zijn. Voordat de data verzameld was werd er verwacht dat de zorgverzekeraars enige invloed hadden op de zorgverlening binnen De Botterhof. Echter, het is gebleken dat de zorgverzekeraars een groot invloed hebben op de manier hoe de zorg verleent moet

worden binnen de organisatie. Hierdoor komt de kleinschalige zorgverlening zwaarder onder druk te staan.

Daarnaast is er tijdens de dataverzameling gebleken dat het personeel van De Botterhof nauwelijks mannelijke leden bevat (zie tabel 2). Deze zorgsector wordt vooral gedomineerd door vrouwen. Het zou mogelijk kunnen zijn dat wanneer er meer mannelijk personeel is dat deze anders omgaan met de bewoners dan hun vrouwelijke collega's. Het is mogelijk dat de kleinschalige zorgverlening met inzet van meer mannelijke personeelsleden anders toegepast zou kunnen worden.

Tekortkomingen in opzet en uitvoering

Tijdens en na de uitvoering konden een aantal tekortkomingen vastgesteld worden. Volgens de doelen van de opzet hadden er focusgroepen van elk 4 a 5 deelnemers bevestigd moeten worden. Dit kon niet behaald worden vanwege een aantal factoren. Wij hebben geen mogelijkheid gekregen om zelf deelnemers te werven. De organisatie van De Botterhof heeft de focusgroepen georganiseerd en ingedeeld. Hierbij bestaat dus ook de mogelijkheid van een selectiebias. Dit zou in vervolgonderzoeken voorkomen kunnen worden indien wij onafhankelijk van de organisatie zelf mogelijke deelnemers zouden kunnen werven met behulp van een geschikte steekproef selectie.

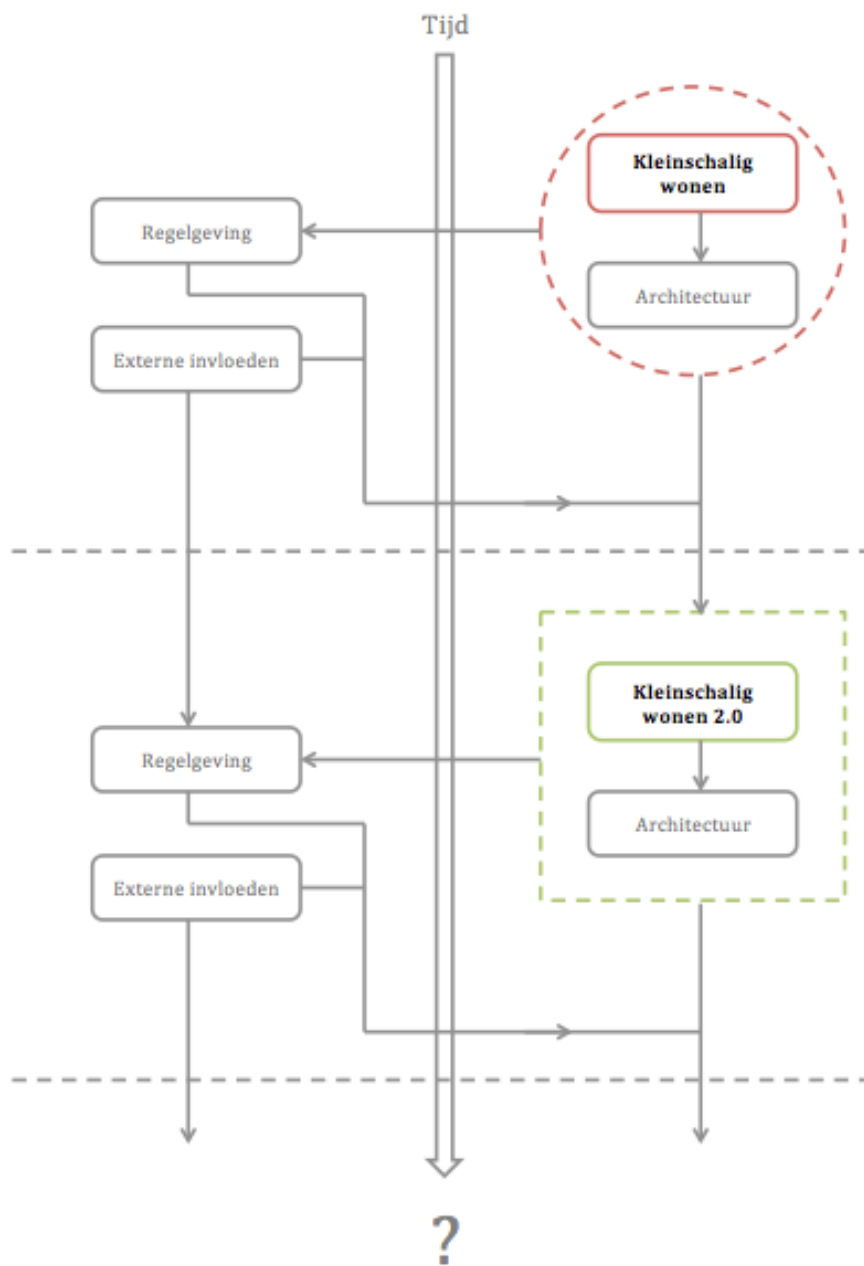
Sterke en zwakke punten van deze studie

Een van de sterke punten van dit onderzoek is het feit dat de resultaten goed aansluiten op de verwachtingen die vooraf gesteld zijn. Verder konden de resultaten goed in verband gebracht worden met het theoriegedeelte van dit onderzoek. Daarnaast werd de samenwerking met De Botterhof, hun manager en medewerkers als buitengewoon goed ervaren.

Zwakke punten zijn vooral te zien in de betrouwbaarheid van de resultaten en de validiteit ervan. Vanwege het lage aantal respondenten is de betrouwbaarheid niet erg hoog. Het onderzoek zou om deze reden niet als helemaal representatief beschouwd kunnen worden. Vervolgonderzoeken met een minimum te behalen steekproefgrootte zijn nodig om representatieve resultaten te krijgen en de betrouwbaarheid te kunnen garanderen. Daarnaast is dit onderzoek niet generaliseerbaar. De interne validiteit kan wel als behaald beschouwd worden. Voor externe validiteit zouden de methoden gegeneraliseerd moeten worden om deze in andere zorginstellingen met dezelfde eigenschappen toe te kunnen passen.

Een mogelijk scenario – Zorgconcept kleinschalig wonen 2.0

Het zorgconcept zit tegenwoordig in een transitiefase waarbij allerlei invloeden vanuit de organisatie, zijn medewerkers, de bewoners, de regelgeving, de zorgverzekeringen en de bevolking uitgeoefend worden op het zorgconcept. Op basis van deze invloeden zou een nieuw zorgconcept kunnen ontstaan dat beter aansluit bij de huidige situatie en de behoeften van de zorg, zorgverleners en zorgbehoevenden. Een mogelijk nieuw zorgconcept (kleinschalig wonen 2.0) wordt gevisualiseerd in figuur 11.



Figuur 11: Conceptueel model: Toegepast op kleinschalig wonen

In een mogelijk toekomstig zorgconcept zou de vraag naar de mantelzorger verder stijgen. Mantelzorgers en vrijwilligers zullen meer betrokken worden bij het verzorgen van de bewoners. Gezien het ziekteverloop van dementie zal de gezondheidstoestand van de bewoners in de loop van de tijd steeds meer achteruitgaan. De overheid ziet liever dat mensen met chronische aandoeningen nog langer thuis verblijven tot het punt wanneer het noodzakelijk wordt om deze mensen te verwijzen naar een verpleeghuis.

Op basis van dit onderzoek zouden andere mogelijke vervolgonderzoeken die gebaseerd zijn op de bovengenoemde vraagstukken en ook andere scenario's uitgewerkt kunnen worden die een beeld geven over de toekomstige situatie.

Er moet een manier gevonden worden om het zorgbudget nog efficiënter in te delen zodat er meer geld aan de Wlz besteed zou kunnen worden. Dat zou een mogelijkheid kunnen bieden voor organisaties zoals De Botterhof om hun personeelsbestand te verhogen. Dit zou de werkdruk weer op een beheersbaar niveau kunnen terugbrengen opdat elke bewoner weer de aandacht kan krijgen die hij of zij nodig heeft. De mantelzorgers zouden eventueel meer betrokken kunnen worden bij diverse activiteiten die ze over zouden kunnen nemen van de verzorgenden. Deze ontwikkelingen zouden ertoe kunnen leiden dat de woningen uitgebreid kunnen worden naar acht bewoners per woning. Er zou onderzocht kunnen worden of er in dit scenario het aantal verzorgenden verhoogd zou kunnen worden naar twee per woning. De vraag naar mantelzorgers zal gelijk blijven gezien het feit dat ze de algemene sfeer van de bewoners bevorderen. Met behulp van innovatieve domotica zou er meer vrijheid verleend kunnen worden aan de bewoners. Ze zouden buiten het zorgcomplex mogen gaan en via GPS kunnen mantelzorgers, vrijwilligers of verzorgenden in staat zijn om de bewoners weer terug te brengen naar het verpleeghuis mocht dat nodig zijn. Ten slotte is het voor dit toekomstige scenario belangrijk dat de aandacht voor de bewoner de eerste prioriteit blijft. Dat kan alleen behaald worden indien regelgeving en eisen van zorgverzekeraars beter aansluiten op het concept van kleinschalige zorgverlening.

Bronverwijzing

- Actiz. (2014). Brandveiligheid in de langdurige zorg. Retrieved from <https://www.actiz.nl/stream/handleiding-brandveiligheid-actiz.pdf>
- Alkema, F. M. J., Blom, M. M., Kootte, M., & Sipsma, D. H. (2001). *Dementeren: ziekte en zorg*.
- ANBO. (n.a.). Indicatie gradaties zorg. Retrieved from <https://www.anbo.nl/lokaal/haarlemmermeer-zuid/algemene-informatie/indicatie-gradaties-zorg>
- Arnone, J. M., & Fitzsimons, V. (2014). Plato, Nightingale, and Nursing: Can You HearMe Now? *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), 156-162.
- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research* (12 ed.): Wadsworth Cengage Learning.
- Benediekt Van Damme, & Winters, S. (2002). *Ouder worden in de stad; Op zoek naar toekomstgerichte modellen voor wonen en zorg in de Leuvense binnenstad*. Katholieke Universiteit Leuven, Leuven. Retrieved from <http://media.degregorio.be/media/overall/a7ff5cc5-d944-40f1-ad8c-e3c9880ad633.pdf>
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*.
- BTSG. (2016a). Naar een cliëntgericht zorgconcept. *Beschikbaar via:* <http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgconcept.html>.
- BTSG. (2016b). Warme zorg. *Beschikbaar via:* <http://www.btsg.nl/infobulletin/warmezorg.html>.
- CBS. (2007). Verzorgingshuizen; kerncijfers en indexcijfers, 1965 - 2005. Retrieved from <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7475inde&D1=0,2,4,6&D2=%28I-10%29-I&HD=160206-1144&HDR=G1&STB=T%20http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6498D553-47F3-484B-8AFB-0B3AC532321B/0/pb99n195.pdf>
- CBS. (2015). Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen. Retrieved from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen.htm>
- CBS. (2016). Bevolkingspiramide. Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/bevolkingspiramide>
- Dansen, E., & Voogt, T.-M. (1998). *Groepsverzorging in verzorgingshuizen*.
- De Bruin, I., & Blijham, N. (2012). Mantelzorg bij kleinschalig wonen *Beschikbaar via:* http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Handreiking_mantelzorg_bij_kleinschalig_wonen.pdf.

- De Lange, J. (2004). Omgaan met dementie: het effect van geïntegreerde beleavingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. *Timbos-instituut*.
- De Lange, J., & Van Staa, A. (2003). *Transities in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht*. Hogeschool Rotterdam, Rotterdam.
- DeEersteKamer. (n.a.). Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Retrieved from https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/31996_wet_zorg_en_dwang?start_docList=50
- Easability. (2016). Interviews. Beschikbaar via: <http://www.easability.nl/interviews.html>.
- Evean. (2015). Zorgzwaartepakketten (ZZP). Retrieved from <http://www.evean.nl/wonen-met-zorg/zzp/>
- Foucault, M. (1975). *Discipline toezicht en straf*.
- Gallis, R. (2012). Dossier Brandveiligheid Zorg. Retrieved from http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Dossiers/Zorg/D_Brandveiligheid_zorg.pdf
- Geelen, R. (2005). Is het traditionele verpleeghuis Passé? *Denkbeeld*, 17(4), 129-132.
doi:10.1007/bf03059229
- Gezondheidsraad. (2002). Dementie; Advies van een commissie van de Gezondheidsraad. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/02@04NR.PDF>.
- Giebers, H., Verweij, A., & Beer, J. (2014). Vergrijzing: Wat is de huidige situatie? *Nationaal Kompas Volksgezondheid*.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*: Garden City, N.Y., Anchor Books.
- Hazelhof, T., Verdonschot, T. . (1997). *Begeleiden van ouderen met problemen*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Hendrikse, R. (1981). *Hospitalisatie, een werkboek voor groepleid(st)ers en verzorgenden*. Overveen: H.Nelissen uitgeverij.
- IDé. (2016). Zorg voor Vrijheid. Retrieved from <http://www.innovatiekringdementie.nl/over-zorg-voor-vrijheid>
- IdR. (2010). *Langdurige zorg*. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2010/04/01/12-langdurige-zorg/12-langdurige-zorg.pdf>
- J.M. Boot, & M.H.J.M. Knapen. (2005). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonker, E. (2001). *Historie over de blijvende behoefte aan geschiedenis*. Assen: Koninklijke van Gorkum B.V.

- Knuit, F. J. (2010). *Verleden, heden en toekomst van de Achterhaalde Wet Bijzondere Ziektekosten*. Open Universiteit Heerlen, Heerlen.
- Krijger, E. (2002). Receptuur voor kleinschaligheid. *NIZW*.
- LCHV. (2016). *Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Retrieved from http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:312477&type=org&disposition=inline&ns_nc=1.
- McDonald, L. (2010). Florence Nightingale a Hundred Years on: who she was and what she was not. *Women's History Review*, 19(5), 721-740.
- Nelson, S., & Rafferty, A. M. (2010). *Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon*: ILR Press.
- Nza. (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ*. Retrieved from https://www.nza.nl/1048076/1048181/Advies_Scheiden_van_Wonen_en_Zorg_in_de_AWBZ.pdf
- Ouderenwegwijs.nl. (2016). Verzorgings- en verpleeghuizen. *Beschikbaar via:* <https://www.ouderenwegwijs.nl/verzorging-en-verpleeghuizen/reguliere-verzorging-en-verpleeghuizen/>.
- Papma JM., Bekkenkamp D., & Meijer S. (2014). Wat is dementie en wat is het beloop? Retrieved from <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/>
- Papma JM., Bekkenkamp D., & S., M. (2014). Dementie: Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? Retrieved from <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/dementie-diagnostiek-behandeling/>
- Planetree. (2015). Planetree model. Retrieved from <http://www.planetree.nl/model/>
- Reggeland, C. (n.a.). Woonzorgcentrum De Botterhof. Retrieved from <http://www.carintreggeland.nl/dbimages/folders/CR%20boekje%20De%20Botterhof%20LR.pdf>
- Stoelinga, B., & Talma, M. (2003). Wat betekent kleinschalige zorg voor de medewerkers? Van zuster naar begeleider. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*, 15(5), 18-22.
- Terpstra, D. J. M. v. d. V. D. (1995). *Verpleeghuizen: varianten en alternatieven*. Retrieved from Delft: http://www.bk.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/BK/Over_de_faculteit/Afdelingen/Real_Estate_and_Housing/Organisatie/Medewerkers_RE_H/Personal_pages/VanderVoordt/General_list/doc/1995_VoordtTerpstra_Verpleeghuizen.pdf

- Tijs van Gorp, Hazel Hull, & Wilcke, E. (2009). *De AWBZ In Nederland*. Retrieved from http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2009/vektis_zorgthermometer_winter_2009_awbz_271.pdf
- UniversiteitMaastricht. (2010). *Feiten over vrijheidsbeperking in verpleeghuizen*. Universiteit Maastricht. Retrieved from <http://www.innovatiekringdementie.nl/files/gfx/imagemanager/DynamicMedia/Marysia/Factsheet%20vrijheidsbeperking%20december%202010.pdf>
- Valk, J. (1969). Een sociotherapeutisch experiment in de Belgische Ardennen met chronische psychiatrische patiënten. *Tijdschr. v. Orthopedagogiek*.
- Van den Berg, A. E. (2005). *Health Impacts of Healing Environments; A review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*. Dodewaard: Foundation 200 years University Hospital Groningen.
- Van der Peet, R. (1991). Verpleegkunde 3: De gezondheid van de mens. *Verpleegkunde 3*.
- Van der Woert, C., Jaspers, M., & Visser, J. (2008). *Kleinschalig wonen: Living apart together. Een onderzoek naar de ervaringen van familie en medewerkers met kleinschalig wonen.*, Avans Hogeschool Breda, Breda.
- Van IJperen, M. J. (2005). *Kleinschalige zorg, grote verschillen; Een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen zorgverlening in een kleinschalige woonvorm en kleinschalige zorgverlening in een grootschalige setting*. Erasmus University Rotterdam.
- Van Waarde, H., & Wijntjes, M. (2007). De toekomst voor kleinschalig wonen voor mensen met dementie. *Alzheimer Nederland*.
- Vereniging, N. I. (2014). Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van dementie.
- Voordt, T. v. d. (1998). *Wonen met zorg in de jaren tachtig en negentig*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- W.J.T. van Alphen, C. Baaijens, A.H.M. Boere, D.W. van der Drift, R.E.M. Groenewegen, R.K. Kaasschieter, . . . Zwaard, A. W. (2016). *Arbojaarboek 2016 - Preventiegids veilig en gezond werken*.
- ZorghulpAtlas.nl. (2015). Verzorgingshuis. Beschikbaar via: <http://www.zorghulpAtlas.nl/medische-zorg/verzorgingshuis/>.
- ZorgketenDementieEindhoven. (2010). Zorgprogramma Dementie; Beschrijving Diagnostiek. Beschikbaar via: <http://beleid.toolkitdementie.nl/Flex/Site/Download.aspx?ID=6822>.
- Zorgwijzer. (2014). AWBZ in 2015: alle wijzigingen op een rij. Retrieved from <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

Bijlagen

Bijlage A: Topic lijst interviews

Onderwerp	Sub-vragen	Check
- Betere zorg	- Wat vindt u van de menselijke interactie en liefdevolle bejegening - hebben cliënten een eigen keuze en verantwoordelijkheid door middel van informatie en educatie - Hoe is de behandeling en zorg? (denk aan up-to-date wetenschappelijke kennis; vakbekwaamheid; deskundigheid etc.)	
- Helende omgeving	- Menswaardige technologie; Gebruik van kleuren, webcamcontact met dierbaren. - Architectuur en interieur (tevens van cliënten) leveren bijdrage aan gezondheid en heling. Waar is er rekening mee gehouden bij de bouw van het complex met betrekking tot een helende omgeving. - Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol. Wat voor een rol spelen mantelzorgers bij De Botterhof	
- Gezonde organisatie	- Hoe tevreden zijn jullie cliënten? - Hoe tevreden en gemotiveerd zijn jullie medewerkers - Hoe is uw marktpositie ten opzichte van andere verzorgingshuizen? - Zijn er geplande veranderingen in het concept van het complex voor de toekomst?	
- Kleinschalige zorgverlening	- Hoe geeft de zorgverlener invulling aan kleinschalige zorg? - Hoe ervaren de zorgverleners de kleinschalige zorgverlening en hoe ervaren ze dat t.o.v. de beginfase bij De Botterhof? - Past het concept van kleinschalig wonen met betrekking tot dementere ouderen nog bij De Botterhof? - Zijn de zorgverleners persoonsgericht, relatiegericht, taakgericht of anders?	

Bijlage B: Draaiboek focusgroep gesprek

Datum: 03 mei 2016
Tijdstip: 13:00 - 17:00
Locatie: De Botterhof

Materialen

- Tijdslijn A0 formaat
- Flip-overs
- Post-its
- 3x Voicerecorder
- Pennen/stiften
- Fotocamera
- Planetree model uitgeprint
- VVV-bonnen/Fles wijn (bedankje)

Aanwezigen

Moderator

- Leidt de discussie, maar reageert neutral
- Zorgt ervoor dat iedereen aan het woord komt, iedere deelnemer is even belangrijk
- Kent het draaiboek
- Let op dat er inderdaad een antwoord op de vragen komt.

Assistent-moderator

- Helpt bij de voorbereiding van de ruimte, materialen, klaarzetten catering enz.
- Is er zeker van dat de opnameapparatuur werkt en controleert dit tussentijds
- Verwelkomt de deelnemers
- Zit tijdens de focusgroep tegenover de moderator en dichtbij de deur
- Als deelnemers verlaat zijn vangt de assistent-moderator deze buiten op, praat ze bij en geeft aan waar de deelnemer plaats kan nemen.
- Deelt de materialen uit.
- Maakt aantekeningen tijdens de focusgroep-discussie, citeert belangrijke uitspraken, trends, veranderingen van mening, emoties en maakt een schets van de focusgroep-opstelling.
- Reageert tijdens de focusgroep-discussie alleen als de moderator hier om vraagt
- Geeft aan het eind eventueel een samenvatting

Vorbereiding:

- Posters ophangen
- Opnameapparatuur klaarleggen
- Post-its, pennen klaarleggen

Deel 1: Algemene Introductie (5 minuten)

Tijdsduur	Wie	Wat	Uitleg
5 minuten	MOD	Welkom	Goedemiddag allemaal en welkom. Ik wil jullie allereerst hartelijk bedanken dat jullie tijd hebben vrijgemaakt om hier vanmiddag te zijn. Wij zijn Erik Buursink, Yunus Deniz en Andras Balkay. Wij zijn drie studenten gezondheidswetenschappen en zijn bezig met ons afstudeeropdracht.
	MOD	Introductie onderwerp	Het onderzoek dat wij uitvoeren draait om zorgcomplexen. Wij zijn voornamelijk geïnteresseerd in drie verschillende gebieden, deze omvatten zorgconcepten, wet-regelgeving en architectuur. Deze opdracht komt vanuit een docent op de UT. De Botterhof wordt voor ons als casus genomen omdat hier duidelijk een nieuwe structuur is ingevoerd in 2007 en eenvoudig voor ons als voorbeeld te nemen is. Hierbij gaat het voornamelijk om de verandering van grootschalig wonen naar kleinschalig wonen. Het gaat om hoe deze drie onderwerpen invloed hebben op elkaar en hoe dit in jullie ogen gegaan is en zal gaan in de toekomst.

			Onze onderzoeksvraag hierbij luidt: <i>Past het zorgconcept van kleinschalig wonen, dat ten grondslag heeft gelegen aan de bouw van De Botterhof, nog in de huidige financierings- en regelstructuur (en het wettelijke raamwerk) van de Nederlandse gezondheidszorg?</i>
		Opzet van de bijeenkomst	Ik ga straks een aantal vragen stellen en opdrachten geven. De opdrachten leg ik in de loop van de bijeenkomst uit. Ik wil hierbij graag een aantal zaken benadrukken: • Er zijn <u>geen goede of verkeerde antwoorden</u>, we gaan er van uit dat we veel verschillende meningen te horen krijgen. • <u>We nemen de discussie op met een voice-recorder</u>, omdat we geen enkele opmerking willen missen. Echter, er zullen geen namen worden genoteerd in de gespreksverslagen, en er zal ook geen deelnemerslijst worden weergegeven in het eindrapport, dus <u>jullie opmerkingen zijn vertrouwelijk</u>. • Als u iemand anders wilt aanvullen, als u het ergens mee eens bent of juist niet, of als u een voorbeeld wilt geven, <u>u bent vrij om dat te doen</u>. • Vanwege de tijd hebben we vanavond een strakke planning. Dit betekent dat ik soms wellicht een interessante discussie moet afkappen, omwille van de tijd. Ik ga natuurlijk wel mijn best doen om u allemaal de kans te geven om iets te zeggen. • Verder wil ik u vragen om <u>mobiele telefoons op stil te zetten</u>. Mocht u een telefoontje echt moeten beantwoorden, dan zou ik willen vragen om even naar buiten te lopen.

			Er zal <u>geen “echte” pauze</u> worden ingelast. Pak alstublieft van het eten, het staat er voor.
	Notulist	Aanzetten opnameapparatuur	Nadat iedereen het IC-formulier heeft getekend, zet de notulist de opnameapparatuur aan.
		Openingsvraag	Laten we beginnen met een voorstelrondje.

Deel 2: Uitleg Poster (5 minuten)

Tijdsduur	Wie	Wat	Uitleg
5 minuten	MOD	Uitleg Poster	- Zoals te zien is hebben wij een poster meegenomen. Hierop hebben wij een tijdlijn afgebeeld met verschillende veranderingen in de tijd. Deze zal gebruikt worden als visualisatie van het verhaal. - Tevens hebben jullie een aantal post-its gekregen deze kunnen jullie gebruiken om bevindingen toe te voegen aan de tijdlijn.
	MOD	Uitleg "Planetree"	- Dit gesprek is opgedeeld in drie delen. Deze delen komen terug in het "Planetree" model. Dit gaat om: betere zorg, helende omgeving en gezondere organisatie. Dit is zo ingedeeld zodat we eenvoudig onderscheidt kunnen maken en meer structuur brengen in het gesprek. - Zijn er nog vragen?

Deel 3: Betere zorg (10 minuten)

Tijdsduur	Wie	Wat	Uitleg
1 minuut	MOD	Introductie Betere zorg	Een van de onderdelen die wij vanavond gaan discussiëren is het onderdeel Betere Zorg. Zoals jullie kunnen zien op het uitgedeelde document omvat dit verschillende onderdelen. Deze kunnen helpen bij het overleg over de vragen.
8 minuten	MOD		• Welke veranderingen zien jullie, op het gebied van betere zorg, bij De Botterhof vergeleken met zorgcomplexen voor deze? (gele post-it) • Wat zijn positieve (groen) of negatieve (rood) punten van deze veranderingen?
1 minuut	Notulist	Foto	• De notulist maakt een foto van de poster, zodanig dat de post-its leesbaar zijn.

Deel 4: Helende omgeving (10 minuten)

Tijdsduur	Wie	Wat	Uitleg
1 minuut	MOD	Introductie Helende Omgeving	Een van de onderdelen die wij vanavond gaan discussiëren is het onderdeel Helende Omgeving. Zoals jullie kunnen zien op het uitgedeelde document omvat dit verschillende onderdelen. Deze kunnen helpen bij het overleg over de vragen.
8 minuten	MOD		• Welke veranderingen zien jullie, op het gebied van Helende Omgeving, bij De Botterhof vergeleken met zorgcomplexen voor deze? (gele post-it) • Bevalt het nieuwe gebouw, manier van werken in verschillende huizen. Eigen inbreng bewoners etc. Wat zijn positieve (groen) of negatieve (rood)

			punten van deze veranderingen?
1 minuut	Notulist	Foto	De notulist maakt een foto van de poster, zodanig dat de post-its leesbaar zijn.

Deel 5: Gezonde organisatie (20 minuten)

Tijdsduur	Wie	Wat	Uitleg
1 minuut	MOD	Introductie Gezonde Organisatie	Een van de onderdelen die wij vanavond gaan discussiëren is het onderdeel Gezonde Organisatie. Zoals jullie kunnen zien op het uitgedeelde document omvat dit verschillende onderdelen. Deze kunnen helpen bij het overleg over de vragen.
8 minuten	MOD		• Welke veranderingen zien jullie, op het gebied van Gezonde Organisatie, bij De Botterhof vergeleken met zorgcomplexen voor deze? (gele post-it) • Wat zijn positieve (groen) of negatieve (rood) punten van deze veranderingen? • Vorm van hospitalisering bij de verzorgenden?
1 minuut	Notulist	Foto	• De notulist maakt een foto van de poster, zodanig dat de post-its leesbaar zijn.
10 minuten			• Zijn er nog verdere toevoegingen of onderdelen die niet besproken zijn? • Beantwoording onderzoeksvraag/deelvragen. • Hartelijk dank voor jullie medewerking.