

1. Aanleiding van het onderzoek

1.1 Het onderzoek

Binnen Careander Regio Zuid is er sprake van vergrijzing. Door onder andere de verbeterde gezondheidszorg, worden cliënten tegenwoordig steeds ouder en hebben hierdoor meer zorg nodig.¹ De huidige woningen, Bergveste en Slunterhof, zijn hier niet optimaal op voorbereid en berekend. Slunterhof en Bergveste kunnen hierdoor onvoldoende mogelijkheden bieden die voor de ouder wordende cliënt juist van belang zijn.

Careander heeft een beleid uitgewerkt voor het omgaan met de doelgroep 'ouderen' (zie bijlage 3). In dit onderzoek komen verschillende onderdelen van dit beleid aan de orde in verdere uitwerking en aanbevelingen.

In ons onderzoek zullen wij ons richten op de zorgvraag van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking. Wij willen beschrijven wat de zorgvraag is en wordt van de ouder wordende cliënt. Daarnaast willen we de veranderende zorgvraag vergelijken met de huidige situatie binnen Regio Zuid. De conclusies van dit onderzoek zullen we beschrijven aan de hand van aanbevelingen welke ook gepresenteerd worden binnen Careander Regio Zuid.

De betrokkenen bij dit onderzoek zijn:

- Aafke-Marie Gerritsen- de Ruiter en Margreet Koetsier. SPH DTO studenten. Belast met de uitvoering van dit onderzoek.
- Jenneke Hakstege, regiomanager Careander Regio Zuid. Begeleider van het onderzoek vanuit de instelling.
- Pier Haagsma, Docent CHE. Begeleider van het onderzoek namens de CHE.
- Medewerkers, cliënten en familieleden van de cliënten. Bij het onderzoek betrokken door middel van enquêtes.

De vraagstelling van het onderzoek komt bij Jenneke Hakstege vandaan. Zij zag in de organisatie aanleiding voor dit onderzoek. Als regiomanager wil zij inspelen op de ontwikkelingen binnen Regio Zuid om zo goede en optimale zorg te kunnen bieden aan de ouder wordende cliënten.

1.2 De probleemstelling

"Vergrijzing binnen Careander Regio Zuid; hoe hier mee om te gaan?"

Careander Regio Zuid (wooncentra voor mensen met een verstandelijk beperking) bestaat uit twee hoofdlocaties met verschillende buitenhuizen. Dit zijn voormalige gezinsvervangende tehuizen voor mensen met een verstandelijk beperking. Deze huizen bestaan ruim 30 jaar. De meeste cliënten zijn hier op jonge leeftijd komen wonen en wonen hier al vanaf het begin. Deze cliënten worden nu ouder en vragen als gevolg hiervan om andere begeleiding en om meer verzorging dan voorgaande jaren.

Voor de ouder wordende cliënten zijn er binnen deze huizen nu weinig voorzieningen. Ook onder het personeel is er weinig kennis en ervaring om de ouder wordende cliënten te verzorgen en te begeleiden. Het gevolg hiervan zal in de toekomst zijn dat veel cliënten (ongeveer 75%) naar een andere instelling zal worden overgeplaatst. Regio Zuid verliest daardoor veel cliënten, die al vanaf het begin bij hen wonen en die Regio Zuid een woonplek wil bieden.

Om in markt te blijven en om deze cliënten zo lang mogelijk binnen hun instelling te kunnen laten wonen, zijn er veranderingen nodig binnen Careander Regio Zuid. Welke veranderingen zijn noodzakelijk (gebouwen en personeel)? Hoe kunnen we deze het beste aanpakken? Hoe denken familie van cliënten en personeel hier over?

¹ Internet (z.d.) (2003). *Vergrijzing binnen de verstandelijke gehandicapten zorg, Op tijd bouwen voor ouderen Signaleringsrapport College bouw ziekenhuisvoorzieningen (rap.nr. 548)*. Gedownload op 9 februari 2010, van <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

1.3 Relevantie

Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar dit probleem in de vorm van een afstudeeropdracht. Wel vormt Careander beleid op deze doelgroep, door middel van doelgroepen beleid. Careander werkt via een algemeen doelgroepen beleid. Dit betreft de volgende doelgroepen:

- Kind en Jeugd.
- Ernstig Meervoudig Beperkte (EMB) kinderen en volwassenen.
- Volwassenen met een matige tot lichte verstandelijke beperking zonder bijkomende problematiek.
- Licht Verstandelijk Gehandicapte (LVG) volwassenen met psychische kwetsbaarheid.
- Ouderen.

In verschillende werkgroepen wordt per doelgroep beleid gevormd. Ons onderzoek sluit aan bij het doelgroepbeleid voor ouderen. De aanbevelingen van deze werkgroep zijn te vinden in bijlage 3.

1.4 Doelstelling van het onderzoek

De visie van Careander Regio Zuid is, dat mensen die nu in de instelling wonen daar moeten kunnen blijven totdat ze overlijden, mits verantwoord. Is dit realiseerbaar binnen de instelling? Op deze vraag willen wij antwoord geven door middel van dit onderzoek.

Onderstaande punten worden beschreven:

- Wat is wenselijke zorg voor ouder wordende cliënten?
- Wat zijn de mogelijkheden binnen Careander Regio Zuid (betreffend gebouwen en personeel)?

1.5 Hoofd- en deelvragen

De hoofdvraag van ons onderzoek luidt:

“Wat is er nodig voor Regio Zuid om passende zorg te kunnen bieden aan de ouder wordende cliënten?”

In de hoofdstukken 3 tot en met 6 zullen we ingaan op de deelvragen die uit de hoofdvraag voortkomen.

De deelvragen:

Deelvraag 1:

Wat is de zorgvraag van de ouder wordende cliënt en hoe ziet de ideale ketenzorg voor deze cliënt eruit?

Deelvraag 2:

Kunnen de voorzieningen (Slunterhof en Bergveste) aangepast worden zodat de cliënten niet overgeplaatst hoeven te worden (wat zijn de mogelijkheden betreffende personeel en huisvesting)?

Deelvraag 3:

Wat vinden cliënten, familieleden en medewerkers van de huidige zorg, en hoe kijken ze naar de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Bergveste en Slunterhof?

De antwoorden op de deelvragen vormen het antwoord op de hoofdvraag. Deze conclusies worden in aanbevelingen omgezet.

2. Methode

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is beschreven hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Er wordt per deelvraag de methode omschreven, de proefpersonen en respondenten benoemd, een overzicht van de meetinstrumenten gegeven, de procedure voor de vragenlijsten weergegeven en een kort overzicht van het plan van aanpak beschreven.

2.2 Methode per deelvraag

Per deelvraag is weergegeven voor welke uitwerkingsmethode er is gekozen. De antwoorden van de deelvragen, geven samen antwoord op de hoofdvraag. Deze wordt beantwoord in de conclusie en leiden tot aanbevelingen. Bij de uitwerking van de deelvragen geven we onze visie op de resultaten uit onderzoeken.

Deelvraag 1

Bij deelvraag 1 is er gekozen een voor literatuur onderzoek. Vanwege de verschillende ontwikkelingstaken die horen bij het ouder worden, is het belangrijk om een theoretisch kader te scheppen omtrent de zorgvraag van de ouder wordende cliënt.

Deelvraag 2

Bij deelvraag 2 hebben we gekozen voor interviews met familieleden, personeel en cliënten. Dit zijn de mensen waar Regio Zuid mee te maken heeft. De vorm van interviews voor de familieleden en het personeel is een enquête. Hierin worden een aantal vragen gesteld over de huidige situatie en de nieuwe of toekomstige situatie van Careander Regio Zuid. Op deze manier hebben we de meningen over de huidige zorg en verwachtingen voor de toekomst kunnen peilen.

De medewerkers hebben ieder een vragenlijst ontvangen in hun postvakje, zodat ze deze persoonlijk en anoniem in kunnen vullen. Voor de mening van de familieleden hebben we de vragenlijsten naar de leden van de ouderraad gestuurd, omdat zij de vertegenwoordigers van de familieleden zijn. De cliënten hebben we de vragenlijst laten bespreken binnen de cliëntenraad, onder leiding van de coach van de cliëntenraad, die ervaring heeft in het peilen van de mening van de cliënten.

De vragenlijsten zijn te vinden in bijlage 2.

Deelvraag 3

Voor het beantwoorden van deze deelvraag is er gekozen voor gebruik van verschillende bronnen om een totaaloverzicht te krijgen. Er is gebruik gemaakt van de websites van Careander, de Bergveste en de Sluntherhof. Daarnaast is er bij de regio manager om informatie gevraagd over de huidige situatie en is er gesproken met een teamleider van de Sluntherhof. Tot slot is de locatie de Sluntherhof bekeken.

2.3 Proefpersonen en respondenten

De doelgroep bestaat uit ouder wordende cliënten binnen Careander Regio Zuid. Zij wonen op de locaties Bergveste en Sluntherhof.

De respondenten bestaan uit medewerkers, leden van de ouderraden, de cliëntenraad.

Het aantal medewerkers dat een vragenlijst heeft ingevuld is 23. Dit betreft alleen de medewerkers van de Sluntherhof. De medewerkers van Bergveste hebben wel vragenlijsten ingevuld, maar deze zijn niet retour gestuurd.

Totaal zijn er 11 vragenlijsten naar de familieleden verstuurd. Het aantal familieleden dat de vragenlijst heeft ingevuld is 9.

De beide cliëntenraden, van Sluntherhof en Bergveste, hebben de vragenlijst beantwoord.

2.4 Overzicht meetinstrumenten

De vragenlijsten die naar de medewerkers, familieleden en cliëntenraad zijn verstuurd, zijn te vinden in bijlage 2. Verder hebben we gebruik gemaakt van diverse literatuurbronnen zoals boeken, internet en intranetbestanden van Careander. Deze bronnen zijn terug te vinden in de literatuurlijst.

2.5 Procedure vragenlijsten

De vragenlijsten hebben we op verschillende manieren uitgedeeld.

Voor medewerkers van de Slunterhof:

- Enquêtes voor medewerkers uitgedeeld via de postvakjes.
- Medewerkers vullen de enquêtes zelfstandig en anoniem in.
- Medewerkers retourneren ingevulde enquête naar Aafke-Marie
- Aafke-Marie brengt de enquêtes bij Margreet.

Voor medewerkers van de Bergveste:

- Via telefoon en mail wordt contact opgenomen met teamleider Bergveste.
- Teamleider verspreid enquêtes onder de medewerkers via de postvakjes.
- Medewerkers vullen de enquêtes zelfstandig en anoniem in.
- Medewerkers leveren de enquête weer bij de teamleider in.
- Teamleider stuurt de enquêtes terug naar Margreet (dit laatste is nooit gebeurd.)

Voor de cliëntenraden:

- Er vindt via de mail overleg plaats met de coördinator van de cliëntenraden.
- De vragenlijst voor de cliënten wordt via de brievenbussen van de beide cliëntenraden ingediend.
- De vragenlijst wordt met behulp van de coördinator besproken in een vergadering, zowel in die van de cliëntenraad van de Slunterhof als in een vergadering van de Bergveste.
- De coördinator mailt Aafke-Marie de resultaten.

Voor familieleden:

- De enquêtes worden verstuurd naar leden van de beide oudercontactraden.
- De familieleden vullen de enquêtes zelfstandig en anoniem in.
- De familieleden sturen de ingevulde enquêtes in de gefrankeerde antwoordenvelop naar Margreet terug.
- Bij weinig reactie wordt een herinneringsbrief naar de familieleden verstuurd.

De ingevulde en geretourneerde vragenlijsten worden verwerkt door middel van labelschema's (bijlage 1) en verder uitgewerkt.

2.6 Plan van aanpak

- Ons onderzoek start met het inventariseren bij de beide instellingen waar we werken (Careander en Zozijn) van knelpunten en/of problemen waar het afstudeeronderzoek mogelijk over zou kunnen gaan.
- We maken een keuze uit deze onderwerpen.
- Er wordt een start document opgesteld met daarin een hoofdvraag en diverse deelvragen.
- De doelgroep wordt afgebakend.
- Er wordt gestart met literatuuronderzoek voor deelvraag 1.
- Er worden interviews opgesteld en verstuurd naar de betreffende personen.
- De interviews worden gelabeld en uitgewerkt in deelvraag 2.
- Voor deelvraag 3 wordt er gekeken bij de Slunterhof.

- De conclusie en aanbevelingen worden geschreven naar aanleiding van de voorgaande deelvragen.
- Het onderzoek wordt afgerond en het verslag wordt ingeleverd.
- De presentatie wordt voorbereid.
- De presentatie wordt gegeven en tevens vindt de eindbeoordeling plaats.

3. De hulpvraag van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking

3.1 Inleiding

De hulpvraag van cliënten met verstandelijke beperking verandert meestal wanneer ze ouder worden. In dit hoofdstuk wordt eerst besproken wat de ontwikkelingstaken zijn die horen bij het ouder worden. Daarna wordt gekeken naar de verschillen tussen ouderen mét en ouderen zonder een verstandelijke beperking. Aansluitend worden de meest voorkomende lichamelijke veranderingen die plaatsvinden bij ouderen met een verstandelijke beperking aangestipt met de gevolgen voor de hulpvraag. Dementie wordt hierbij uitgebreid besproken, omdat dit veel voorkomt bij ouderen met het syndroom van Down. Als extra onderdeel wordt kort het omgaan met de dood benoemd en het maken van een levensboek. Aansluitend volgt een conclusie waarin onze visie op het omgaan met de veranderende hulpvraag van de ouder wordende cliënt zichtbaar wordt.

3.2 Ontwikkelingstaken die horen bij de fase van ouder worden

Vanaf de geboorte maakt ieder mens ontwikkelingen door. Dit wordt ook wel de levensloop genoemd. De levensloop bestaat uit verschillende fasen; kindertijd, adolescentie, volwassenen en ouderen. (Erikson 1978)

Bleeksma omschrijft dat er bij iedere levensfase ontwikkelingstaken horen; eisen die nodig zijn voor de ontwikkeling. Bij de fase van het ouder worden, krijgt men ook te maken met ontwikkelingstaken. Deze zijn te verdelen in drie soorten ontwikkelingstaken:

- Ingrijpende veranderingen.
- Vooroordelen en verwachtingen.
- Eindigheid van het leven.²

3.2.1 *Ingrijpende veranderingen*

Door het ouder worden vinden er veranderingen in het leven plaats die ingrijpend zijn en waarbij vaak sprake is van verlies. Verlies van dierbaren die overlijden, verlies van zelfstandigheid wanneer ouderen lichamelijk minder zelf kunnen, verlies van activiteiten (stoppen met werken), verliezen op lichamelijk terrein en verlies op psychosociaal terrein. Als gevolg van deze verliezen moet een oudere opnieuw balans zoeken in zijn leven.

3.2.2 *Vooroordelen en verwachtingen*

In de huidige samenleving leven er volgens Bleeksma veel vooroordelen over ouder worden waardoor veel ouderen zelf negatief tegen het ouder worden aan kijken. De vaardigheden gaan achteruit, ouderen hebben weinig te doen, zijn afhankelijk, negatief ingesteld en dergelijke. De oudere moet de gevolgen van het ouder worden accepteren. Dit is een verwerkingsproces.

Voor de omgeving is het daarom volgens Bleeksma belangrijk om ouderen niet als groep te zien, maar ze als individu te benaderen. Iedere oudere is een persoon met een persoonlijk levensverhaal wat invloed heeft op zijn of haar verwerkingsproces.

3.2.3 *Eindigheid van het leven*

Als laatste ontwikkelingstaak bij de levensfase van het ouder worden noemt Bleeksma de eindigheid van het leven. Ouderen staan relatief gezien dichterbij de dood. Ze worden hiermee geconfronteerd doordat mensen uit hun omgeving sterven en ze vaak ondervinden dat ze fysiek achteruit gaan. Dit zet veel ouderen stil bij de eindigheid van het leven. Hierdoor worden ouderen voorbereid op het sterven, terwijl er tegelijkertijd op de dood vaak nog een taboe rust waar weinig over gepraat wordt.³

² Bleeksma, M. (2001) *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

³ Bleeksma, M. (2001) *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. (pp 11-15). Baarn: Nelissen B.V.

3.3 Verschillen tussen 'gewone' ouderen en ouderen met een verstandelijke beperking

Zoals hier boven al genoemd werd, is geen oudere gelijk. De ouderdomsfase begint dan ook bij iedereen verschillend. In dit hoofdstuk komen we met algemene omschrijvingen van ouderen, waarbij we ons bewust zijn dat deze niet gelden voor alle ouderen. Dit is echter om een helder beeld te scheppen voor het onderzoek.

Bleeksma omschrijft dat we kunnen spreken van een oudere cliënt met een verstandelijk beperking wanneer deze aan de volgende drie symptomen voldoet:

- Vertonen van lichamelijk kenmerken van ouderdom, zoals grijs haar, rimpelige huid en een verminderde conditie.
- Daling van de mate van het tempo en eventueel de kwaliteit van zelfredzaamheid.
- Behoeftte krijgen aan een rustiger (niet persé rustige) levenswijze.⁴

Deze omschrijvingen zijn relatief en op verschillende wijze in te vullen wat laat zien dat iedere cliënt persoonlijk benaderd moet worden om vast te kunnen stellen of er sprake van ouderdom is.

Mensen met een verstandelijke beperking worden vaak al op jongere leeftijd oud, in vergelijking met mensen zonder verstandelijke beperkingen. Vaak wordt de leeftijd van 55 jaar genoemd voor mensen met een verstandelijke beperking, in vergelijking tot 65 jaar bij mensen zonder een verstandelijke beperking.⁵ Uit onderzoek naar vergrijzing van de gehandicapten zorg door Collegebouw Ziekenhuisvoorzieningen Nederland (2003) blijkt dat verouderingsaandoeningen bij mensen met een verstandelijke beperking al kunnen optreden vanaf 45-jarige leeftijd.⁶

In het algemeen treden bij mensen met een verstandelijke beperking dezelfde verouderingsaandoeningen op als bij andere ouderen, alleen is er bij mensen met een verstandelijke beperking vaak sprake van meerdere aandoeningen tegelijk of relatief ernstigere beperkingen. Dit als gevolg van jarenlange al bestaande aandoeningen.⁷

Omdat ouderdomsaandoeningen per cliënt verschillen, is het volgens ons belangrijk om naar de cliënt als individu te kijken in plaats van alle cliënten op dezelfde manier te benaderen. Daarbij is het belangrijk om als begeleiders bewust te zijn dat mensen met een verstandelijke beperking eerder de ouderdomsfase in gaan dan mensen zonder een verstandelijke beperking, en te weten welke aandoeningen hierbij kunnen horen.

3.4 Veel voorkomende lichamelijke veranderingen bij ouder wordende cliënten met een verstandelijke beperking, met gevolgen voor de hulpvraag

Het ouder worden brengt een aantal lichamelijke veranderingen met zich mee. De gezondheid is bijvoorbeeld kwetsbaarder dan in de voorgaande fasen. De meest voorkomende lichamelijke veranderingen met de gevolgen voor de hulpvraag, worden hieronder beschreven.

3.4.1 *Overgewicht*

Ouderen zijn over het algemeen minder in beweging en rusten meer. Hierdoor verbruiken ze minder energie. Wanneer het eetpatroon gelijk blijft aan de meer actieve fase ervoor, krijgen deze mensen te maken met overgewicht. Daarnaast zijn mensen met een verstandelijke beperking vaak erg gericht op eten wat het overgewicht extra in de hand werkt. Overgewicht kan allerlei schadelijke gevolgen hebben voor het lichaam.

De hulpvraag is dan ook een combinatie van verantwoord leren omgaan met eten en in beweging blijven om zo gezond te blijven.

⁴ Bleeksma, M. (2001) *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

⁵ Bleeksma, M. (2001) *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

⁶ Internet (z.d.) (2003). *Vergrijzing binnen de verstandelijke gehandicapten zorg, Op tijd bouwen voor ouderen Signaleringsrapport College bouw ziekenhuisvoorzieningen (rap.nr. 548)*. Gedownload op 9 februari 2010, van <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

⁷ Evenhuis, H.M. (2002) *Want ik wil nog lang leven, Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Zoetermeer / Rijswijk: Quantas.

3.4.2 *Mobiliteit*

Veel ouderen krijgen last van hun benen, heupen, kniegewrichten en dergelijke. Dit heeft als gevolg de afname van mobiliteit. Soms is lopen zelf helemaal niet meer mogelijk.

De zorgvraag vraagt om een omgeving die makkelijk te begaan is, hulpmiddelen aanbied (extra leuning, rollator, lift, veilige badkamer e.d.) en de cliënt leert omgaan met deze hulpmiddelen. De zorgvraag zal toenemen en daarbij de vraag om begeleiding bij transfers.

3.4.3 *Incontinentie*

Bij veel cliënten met een verstandelijke beperking (vooral bij matig tot ernstig verstandelijk gehandicapten) komt het voor dat ze op later leeftijd incontinent worden.

Hierdoor zal de zorgvraag toenemen. Daarnaast heeft de hulpvraag soms te maken met leren omgaan met gevoelens van schaamte en ongemak of juist tegenovergesteld: met cliënten die weinig gevoel van schaamte hebben.

3.4.4 *Vermindering gezichtsvermogen*

Het gezichtsvermogen gaat bij veel oudere mensen achteruit. Dit kan vaak opgelost worden door het dragen van een bril. Veel cliënten houden echter niet van een bril en zetten deze dan vaak af.

De hulpvraag die bij deze lichamelijke verandering hoort is dan ook niet alleen de vraag om een goed hulpmiddel (bril), maar ook het leren omgaan en accepteren van dit middel.

3.4.5 *Gehoorverlies*

Bij de meeste ouderen wordt het gehoor minder. Dit kan op verschillende manieren zichtbaar worden; een cliënt lijkt minder interesse te hebben in bijvoorbeeld medecliënten of een cliënt lijkt niet te luisteren of is sociaal passief. Dit kunnen uitingen van achteruitgang van het gehoor zijn.

De hulpvraag hierbij lijkt op die van vermindering van het gezichtsvermogen. Een gehoorapparaat kan uitkomst bieden, maar het dragen en kunnen hanteren van dit apparaat vraagt vaak ook om begeleiding.

3.4.6 *Afname fijne motoriek*

De fijne motoriek neemt bij veel ouderen af. Dit kan het gevolg zijn van een ziekte zoals Parkinson, vermindering van de hersenfuncties, reumatische aandoeningen of door vermindering van het gezichtsvermogen. In het algemeen worden de hersenfuncties van verstandelijk gehandicapten minder bij het ouder worden. Dit is vooral bij gehandicapten met een ernstige beperking het geval. De afname van fijne motoriek vermindert de zelfredzaamheid. Cliënten worden afhankelijker, wat het gevoel van eigen waarden aan kan tasten.

De hulpvraag neemt hierdoor op allerlei gebieden toe. Er moeten praktische handelingen van de cliënt overgenomen worden en de cliënt moet geholpen worden bij het hervinden van zijn eigenwaarde. De mogelijkheid van hulpmiddelen, zoals een rollator, kunnen vaak een goede rol bij spelen bij het overnemen van deze praktische handelingen.

3.4.7 *Vatbaarheid voor ziekten*

Ouderen zijn vatbaarder voor ziekten omdat de algehele weerstand vaak lager is dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking. Een gewone griep vraagt van deze mensen vaak meer tijd omdat het herstel langzamer gaat. Mensen met een verstandelijke beperking krijgen daarom vaak een griep prik aangeboden. Wanneer ouderen vergeetachtig worden, door bijvoorbeeld dementie, vergeten zij bijvoorbeeld medicijnen te slikken en is de kans op longontsteking groter. Daarnaast kan het hebben van koorts voor mensen met het

syndroom van Down gevaarlijk zijn omdat er bij hen gemakkelijker allerlei complicaties kunnen optreden.

Deze vatbaarheid voor ziekten, heeft gevolgen voor het welbevinden en gevolgen voor de dagelijkse activiteiten. Door ziekte kan een cliënt bijvoorbeeld minder naar de dagbesteding en wordt zijn sociale netwerk kleiner.

De hulpvraag is hierbij niet alleen het voorkomen van ziektes en het bieden van een hygiënische omgeving, maar ook een vraag om te leren om te gaan met de afnemende gezondheid.

3.4.8 *Onderzoek in het ziekenhuis*

Oudere cliënten krijgen te maken met lichamelijke ongemakken. Deze ongemakken hebben soms een opname in het ziekenhuis tot gevolg. Hoe dit ervaren wordt is per cliënt verschillend. Het is dan ook lastig om hier iets over te kunnen zeggen. Wel is het belangrijk in de begeleiding rekening te houden met mogelijke opnames in het ziekenhuis en hoe om te gaan met de gevoelens die het bij een cliënt op kan roepen (onzekerheid, angst, pijn).^{8 9}

¹⁰

3.5 Dementie

Naast de bovengenoemde lichamelijke veranderingen is dementie een veel voorkomende aandoening bij ouderen. Het is een aandoening die op sluipende wijze de verbindingen tussen hersendelen, en het netwerk van zenuwcellen in de hersenen aantast. Hierdoor verandert het gedrag op het gebied van zelfbeheersingcontrole, sociaal-emotioneel gedrag en/of motivatie.

De meest voorkomende vorm (80%) van dementie is de ziekte van Alzheimer. In de hersenen van patiënten met Alzheimer zitten grote hoeveelheden eiwit in de vorm van klompjes (seniele plaques), draden en kluwens.¹¹ Dit kan op veel verschillende manier ontstaan zijn en zorgt voor een verstoorde werking van de hersenen.

Mogelijke oorzaken zijn:

- Hersenbloeding.
- Herseninfarct.
- Een stofwisselingsziekte.
- Tumor.
- Epilepsie.
- Erfelijke belasting.
- Syndroom van Down.
- Intoxicaties (vergiftigingen).
- Korsakov- dementie.
- Ziektes zoals Creutzfeldt-Jakob of Parkinson.¹²

Alzheimer komt bij ouderen zonder een verstandelijke beperking voor bij ongeveer 10% van de bevolking. Eenduidige cijfers over dementie bij mensen met een verstandelijk beperking zijn er niet. Zeker is wel dat mensen met het syndroom van Down relatief vaak de ziekte van Alzheimer krijgen. De erfelijke factor hiervoor ligt op chromosoom nummer 21, waar mensen met syndroom van Down er drie van hebben in plaats van twee. Boven de 50 jaar zijn de gevolgen van Alzheimer te zien bij ongeveer tweederde van de mensen met het syndroom van Down. De dementie is meestal

⁸ Bleeksma, M. (2001). *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. (pp 55-75). Baarn: Nelissen B.V.

⁹ Internet (z.d.) (2003). *Vergrijzing binnen de verstandelijke gehandicapten zorg, Op tijd bouwen voor ouderen Signaleringsrapport College bouw ziekenhuisvoorzieningen (rap.nr. 548)*. Gedownload op 9 februari 2010, van <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

¹⁰ Evenhuis, H.M. (2002). *Want ik wil nog lang leven, Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Zoetermeer / Rijswijk: Quantas.

¹¹ Vink, R. (2004). Thema Dementie. Respectvol en methodisch begeleiden. Een goede oude dag voor mensen met dementie. *Klik*. Jaargang 2004 (nummer 12), pp 12-14

¹² Maaskant, M. A. & Boer, A. (2002). *Veroudering, dementie, rouw en verlies. Respectvol omgaan met mensen met een verstandelijke handicap*. Dwingeloo/Utrecht: Kavanah/LKNG

al begonnen rond hun 40^{ste} levensjaar, maar echte veranderingen in hun sociaal-emotionele gedrag zijn pas merkbaar van hun 50^{ste} levensjaar.¹³

Dementie is een langzaam proces waardoor dit maar zelden gelijk herkend en erkend wordt. Het probleemgedrag, wat een gevolg is van dementie (bijvoorbeeld minder zelfbeheersing), wordt dan gezien als probleemgedrag wat mogelijk om te buigen is door het aanleren van nieuwe vaardigheden. In dit geval wordt de cliënt overvraagd. Wij vinden het daarom belangrijk dat begeleiders kennis krijgen van de kenmerken van dementie en zo alert zijn op kleine signalen en verschijnselen van dementie.

Alzheimer is niet altijd makkelijk vast te stellen. Door middel van allerlei testen zoals de “schalen voor dementie” is het tegenwoordig gemakkelijker vast te stellen of een verstandelijk beperkte dementie heeft. Ook is het vaak te zien aan de levensgeschiedenis en de plotselinge achteruitgang van een cliënt. Pas met 100% zekerheid kan dit gezegd worden wanneer de hersenen onderzocht zijn na overlijden (obductie). Via onderzoek is afgestorven hersenweefsel dan zichtbaar.¹⁴ Zonder deze scan is Alzheimer alleen af te leiden uit het gedrag.

Opvallende gedragingen bij dementie kunnen zijn (opgesteld door *Internationale vereniging van specialisten in dementie bij verstandelijk gehandicapten AAMR/IASSID*):

- Geheugen gaat achteruit, wat kan leiden tot dwaalgedrag (zoeken naar wat kwijt is).
- Routine gedrag verandert.
- Zelfredzaamheid neemt af.
- Moeite met nieuwe dingen leren.
- Stemmingen en manieren van reageren veranderen (emotioneel).
- Terughoudendheid ten aanzien van activiteiten.
- Werkvaardigheden nemen af.
- Dag- en nachtritme raken verstoord.
- Persoon wordt meer of juist minder rigide.
- Epileptische activiteiten.
- Decorum verlies.¹⁵

Om zeker te zijn van dementie en hier op voor bereid te zijn is het volgens ons belangrijk om op eerdere leeftijd al te beginnen met testen. Op deze manier heeft er een duidelijk nulmeting plaatsgevonden en kan verandering in gedrag zichtbaar worden gemaakt. Bij verandering in gedrag moeten ook eerst alle andere mogelijke oorzaken uitgesloten worden voordat er dementie vastgesteld kan worden.

3.6 Omgaan met sterven

In de huidige voorzieningen (voormalige GVT's) vindt vergrijzing plaats. Deze cliënten maken de laatste jaren steeds vaker mee dat medecliënten overlijden. Dit is ook te zien in Regio Zuid. Erik Bosch (orthopedagoog) benoemt daarom dat het belangrijk is om in de begeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking oog te hebben voor de beleving omtrent het thema 'de dood'. Dit krijgt vorm door in de begeleiding ruimte te creëren om cliënten te leren omgaan met het verlies van medecliënten. Daarnaast pleit hij voor meer aandacht voor stervensbegeleiding binnen de gehandicaptenzorg en voor meer ondersteuning bij vragen over de eindigheid van het leven.¹⁶

¹³ Vink, R. (2004). Thema Dementie. Respectvol en methodisch begeleiden. Een goede oude dag voor mensen met dementie. *Klik*. Jaargang 2004 (nummer 12), pp 12-14

¹⁴ Maaskant, M. A. & Boer, A. (2002). *Veroudering, dementie, rouw en verlies. Respectvol omgaan met mensen met een verstandelijke handicap*. Dwingeloo/Utrecht: Kavanah/LKNG

¹⁵ Vink, R. (2004). Thema Dementie. Respectvol en methodisch begeleiden. Een goede oude dag voor mensen met dementie. *Klik*. Jaargang 2004 (nummer 12), pp 12-14

¹⁶ Bosch, E. (1996). *Dood en sterven in het leven van mensen met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

Wij denken dat het belangrijk is om als begeleider oog te hebben voor de eindigheid van het leven, en om hierbij vraaggericht te werk te gaan. In de praktijk wordt er weinig van gemerkt dat cliënten behoefte hebben aan begeleiding na overlijden, omdat er door hen niet naar wordt gevraagd. Als begeleider is het wel belangrijk om alert te blijven op signalen. Bijvoorbeeld wanneer er verandering in het gedrag optreedt na een overlijden. Op dit gedrag ingaan wanneer er een vraag speelt bij cliënten, past bij 'cliënt gericht werken'. Hiervoor is er binnen Regio Zuid een 'doodkoffertje' aanwezig. In deze koffer zitten verschillende hulpmiddelen om met de cliënt in gesprek te gaan over de dood en afscheid nemen (bijvoorbeeld boeken, plaatjes en tekeningen). Volgens ons is het daarnaast belangrijk om als collega's met elkaar te praten over hoe ze hier zelf in staan. Het overlijden van een cliënt kan bij collega's een verschillende impact hebben waardoor het begeleiden van cliënten hierdoor voor de één makkelijker zal zijn als voor de ander. Erik Bosch omschrijft dit als 'verlegenheid met de thematiek', waarin het voor de begeleiding belangrijk is om in te gaan op de eigen houding met betrekking tot de dood en het sterven. Volgens hem kunnen op deze manier de persoonlijke emoties van de begeleider zich een weg banen waarin ruimte ontstaat voor de cliënt.¹⁷

Een belangrijke ontwikkeling die hier mee te maken heeft en de laatste jaren erg in opmars is, is het maken van een persoonlijk levensboek¹⁸. In dit boek maakt de cliënt een overzicht van zijn leven. Dit doet hij aan de hand van verschillende thema's en met behulp van de begeleiding en, indien mogelijk, met zijn familie. Wanneer de cliënt ouder wordt, kan hij met dit boek laten zien wie hij vroeger was en wat belangrijk in zijn leven is geweest. Volgens de auteurs van het levensboek helpt het invullen van dit boek de cliënt zijn herinneringen te ordenen, geeft het informatie, en schept het een beeld van de cliënt wat gebruikt kan worden als communicatiemiddel. Dit helpt medewerkers om met de cliënt over vroeger te kunnen praten en verdiept de band.¹⁹ Daarnaast krijgen nieuwe medewerkers met behulp van dit boek een helder beeld van wat belangrijk is geweest voor de cliënt in zijn leven. Binnen Regio Zuid wordt gewerkt met het levensboek.

3.7 Conclusie

Het accent van de hulpvraag van de ouderwordende cliënt zal bij ouderdom verschuiven van onderwijs en arbeid naar wonen, verzorging, verpleging en verliesverwerking. Dit gebeurt relatief eerder bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking. De verschuiving vindt plaats omdat het ouder worden vaak gepaard gaat met lichamelijke ongemakken. Deze ongemakken die veelal afname van fysieke mogelijkheden tot gevolg hebben, kan op de ouder wordende cliënt ook psychische gevolgen hebben. De cliënt moet leren omgaan met zijn minder zelfstandige bestaan. Daarnaast wordt de ouder wordende cliënt vaak met de dood geconfronteerd in zijn omgeving. De werkgroep 'ouderen' noemt dat het werken met ouder wordende cliënten vooral vraagt om empathisch vermogen van begeleiders.²⁰ Dit wordt onder andere gestimuleerd door te werken het levensboek.

Omdat het lichamenlijk ouder worden bij iedere cliënt op een andere manier ontwikkelt, de beleving hiervan bij geen cliënt gelijk is én de het betrokken zijn bij overlijden in zijn omgeving bij iedere cliënt anders wordt ervaren, is het belangrijk om cliëntgericht te werken.

3.8 Onze visie

Binnen Regio Zuid is er sprake van ouder wordende cliënten. Door betere faciliteiten, verzorging en medicatie neemt de levensverwachting voor mensen met een verstandelijke beperking tegenwoordig toe, waardoor het aantal ouderen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg ook

¹⁷ Bosch, E. (1996). *Dood en sterven in het leven van mensen met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

¹⁸ Kroef, M. (2008). Levensverhalen van ouderen, tegen de vluchtigheid in. *Klik*. Jaargang 2008 (nummer 2) pp 18-20

¹⁹ Kroef, M. (2008). Levensverhalen van ouderen, tegen de vluchtigheid in. *Klik*. Jaargang 2008 (nummer 2) pp 18-20

²⁰ Bijlage 3 Eindrapportage stand van zaken werkgroep ouderen.

toe neemt.²¹ Sluntherhof en Bergveste bestaan ruim 30 jaar en veel cliënten wonen hier vanaf de oprichting. Deze cliënten komen nu in de ouderdomsfase. Doordat de levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking toeneemt en veel cliënten binnen Regio Zuid in de ouderdomsfase komen, vinden wij het belangrijk dat de medewerkers binnen Regio Zuid bewust zijn van de symptomen van ouderdom van de cliënt en hier mee om kunnen gaan.

Wij zien ieder mens, met of zonder verstandelijke beperking, als een uniek en waardevol schepsel van God. Hierdoor is het niet mogelijk om alle ouder wordende cliënten op dezelfde wijze te behandelen. Iedere cliënt heeft een persoonlijke hulpvraag en, net als Careander, wij vinden het belangrijk dat hier oog voor is in de begeleiding. Op deze manier komt de cliënt tot zijn recht. Bij het ouder worden vraagt naast de lichamelijke klachten ook het accepteren en het leren leven met deze klachten aandacht. Dit is een onderdeel wat volgens ons gemakkelijk over het hoofd gezien kan worden in de begeleiding. De tijd en aandacht in de begeleiding gaat gemakkelijk naar het uitvoeren van de verzorgingshandelingen, maar de cliënt heeft volgens ons daarnaast ook behoefte aan begeleiding in het omgaan met en accepteren van zijn veranderende zorgvraag en de vermindering van de zelfredzaamheid.

Het maken van een persoonlijk levensboek is een manier van werken die aansluit bij onze visie, omdat hierbij gekeken wordt naar het *persoonlijke* levensverhaal van de cliënt. De context van de cliënt wordt met het maken van het levensboek betrokken en er is veel van de context van de cliënt terug te vinden in het boek. Dit spreekt ons aan, omdat een mens in zijn leven voor een groot gedeelte gevormd wordt door zijn omgeving.

Wij vinden ieder mens waardevol en vinden dat daar op een respectvolle manier mee omgegaan dient te worden. Dit vraagt verantwoordelijkheden van de instelling die zorg biedt voor deze mensen. Een belangrijke verantwoordelijkheid is inspelen op veranderingen zoals de vergrijzing. Deze verantwoordelijkheid werd en wordt genomen binnen Regio Zuid. Bij het respectvol omgaan met cliënten, hoort ook het oog hebben en alert zijn op vragen rondom overlijden zoals hierboven beschreven.

²¹ Internet (z.d.) (2003). *Vergrijzing binnen de verstandelijke gehandicapten zorg, Op tijd bouwen voor ouderen Signaleringsrapport College bouw ziekenhuisvoorzieningen (rap.nr. 548)*. Gedownload op 9 februari 2010, van <http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

4. Wettelijke regelingen voor ouder wordende cliënten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de financiering wettelijk geregeld is voor mensen met een verstandelijke beperking. Vanuit deze beschrijvingen wordt gekeken op welke manier deze zorg georganiseerd wordt binnen Regio Zuid. In de conclusie geven wij antwoord op de vraag wat volgens ons de ideale ketenzorg is en hoe Regio Zuid op deze regelgeving en de toekomstverwachting in kan spelen.

4.2 AWBZ

AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en bestaat sinds 1968. De AWBZ verzekert alle Nederlanders bij bijzondere ziektekosten voor zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Iedere Nederlander heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. Sinds 2009 zijn de toelatingseisen voor de AWBZ aangescherpt. Alleen de meest kwetsbare mensen krijgen nu nog een AWBZ-indicatie.²²

Voor zorg uit de AWBZ is in 2010 ongeveer € 23 miljard beschikbaar. De AWBZ wordt voornamelijk betaald uit premies. Ongeveer 600.000 mensen maken op dit moment langdurig gebruik van de AWBZ.²³ De AWBZ is er voor chronisch zieke mensen, ouderen met veel hulpbehoefte, mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, mensen die visueel of auditief beperkt zijn en voor mensen die zich zonder hulp niet kunnen redden. Daarnaast is de AWBZ er ook voor mensen met een chronisch psychisch ziektebeeld waardoor een zelfstandig bestaan moeilijk is. Binnen de AWBZ zijn verschillende manieren van zorg vastgelegd. Een onderdeel hiervan zijn de Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's).²⁴

4.3 ZZP

Mensen met een verstandelijke beperking krijgen de AWBZ vanaf 1 juli 2007 via Zorg Zwaarte Pakketten. Zorgzwaartepakketten zijn bedoeld voor mensen die 'zorg met verblijf' nodig hebben. Deze mensen kunnen niet thuis geholpen worden en kiezen voor het wonen in een instelling. Het gaat hierbij om mensen die uitgebreide zorg vragen en waarvoor voortdurend een zorgverlener in de directe nabijheid moet zijn om zorg te kunnen verlenen op niet- planbare momenten.²⁵

Een zorgzwaartepakket is de benodigde zorg die past bij de beperkingen van de cliënt. Bij lichte beperkingen hoort een laag pakket; bij zware beperkingen een hoog pakket met meer zorgtijd per week.

Aan een ZZP zit een geldbedrag vast. Dat bedrag is een combinatie van de zorgtijd in het betreffende pakket en de diensten die horen bij 'zorg met verblijf'.²⁶

De overheid heeft de zorgzwaartepakketten vastgesteld voor verschillende doelgroepen. Deze doelgroepen vallen grotendeels samen met sectoren die langdurige zorg leveren. Er zijn zorgzwaartepakketten voor:

- Verpleging & Verzorging.
- Gehandicaptenzorg.
- Geestelijke Gezondheidszorg.

²² Internet (z.d.). Geraadpleegd op 10 februari 2010, van

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartebekostiging/invoering-zorgzwaartebekostiging>

²³ Coolen, J. & Laterveer, M. (2010), Zorgzwaartepakketten een algemene leidraad. Geraadpleegd op 18 maart 2010, van http://zorgzwaarte-pakket.nl/images/document/zzp/zzp_handreiking.pdf

²⁴ Coolen, J. & Laterveer, M. (2010), Zorgzwaartepakketten een algemene leidraad. Geraadpleegd op 18 maart 2010, van http://zorgzwaarte-pakket.nl/images/document/zzp/zzp_handreiking.pdf

²⁵ College voor zorgverzekeringen (2010). *Gebruikersgids Zorgzwaartepakketten 2010, Verstandelijke beperking*. Postbus 51

²⁶ Internet (z.d.). Geraadpleegd op 10 februari 2010, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-een-zorgzwaartepakket.html>

Binnen de gehandicaptenzorg zijn er ZZP's voor drie doelgroepen:

- Mensen met een Verstandelijke Beperking.
- Mensen met een Lichamelijke Beperking.
- Mensen met een Zintuiglijke Beperking.

Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn er 7 ZZP's:

- Pakket 1: Wonen met enige begeleiding.
- Pakket 2: Wonen met begeleiding.
- Pakket 3: Wonen met begeleiding en verzorging.
- Pakket 4: Wonen met begeleiding en intensieve verzorging.
- Pakket 5: Wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging.
- Pakket 6: Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.
- Pakket 7: (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering.²⁷

4.4 ZZP's binnen Regio Zuid

De cliënten binnen Careander Regio Zuid zijn verschillende ingeschaald, variërend van ZZP 2 tot ZZP 7. Cliënten zijn vaak binnengekomen met een vraag naar wonen met begeleiding (ZZP 2 of 3), maar naar mate ze ouder worden neemt vooral de vraag naar zorg toe, wat kan leiden tot een ZZP 4 of 5. ZZP 4 houdt in tijdens de dag veel begeleiding en hulp bij persoonlijke verzorging. ZZP 5 is nog een stapje verder, er is dan vaak sprake van ernstige meervoudige beperkingen.

Wanneer er naast de vraag naar intensieve begeleiding ook sprake is van ernstige gedragsproblemen, wordt een cliënt in ZZP 6 ingeschaald. Dit kunnen psychiatrische gedragsproblemen zijn of bijvoorbeeld agressie en dwaalgedrag als gevolg van bijvoorbeeld dementie bij ouder wordende cliënten.

ZZP 7 is een pakket met veel begeleiding en veel verzorging voor mensen met psychiatrische en/of gedragsproblemen. Zorg aan deze doelgroep kan het beste binnen een besloten woonvorm aangeboden worden. Wanneer de zorgvraag van cliënten binnen Regio Zuid zo groot wordt dat ze in ZZP 7 geschaald worden, kan het zijn dat er gekeken wordt naar een andere woonvorm. De begeleiding voor deze cliënten vraagt vaak een zeer specifieke begeleiding, deze kan Regio Zuid niet altijd bieden.

4.5 ZZP aanvragen

Het aanvragen van een ZZP kan bij het CIZ; Centrum voor Indicatie Zorg. Het CIZ wijst de ZZP's voor een bepaalde tijd toe of wijst de aanvraag af. Bij het CIZ werken onafhankelijke mensen die te werk gaan via regels die door de overheid zijn opgesteld.

Bij de aanvraag van een ZZP wordt door het CIZ gekeken naar de zorgvraag van de cliënt; welke gezondheidsproblemen en welke beperkingen spelen er bij een cliënt. Hoewel er in de zorg vaak gewerkt wordt vanuit de mogelijkheden van de cliënt, wordt er bij het aanvragen van een ZZP gekeken naar wat de cliënt allemaal niet kan om zo de zorg hier op af te kunnen stemmen.

Wanneer een cliënt een ZZP heeft toegewezen gekregen, gaat het budget dat aan deze ZZP verbonden is naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een contract met de instelling waar de cliënt woont en het zorgkantoor zorgt dat het geld naar deze instelling gaat. Het zorgkantoor houdt tevens in de gaten dat de zorg waar een cliënt recht op heeft ook daadwerkelijk geboden wordt binnen de instelling.

²⁷ College voor zorgverzekeringen (2010). *Gebruikersgids Zorgzwaartepakketen 2010, Verstandelijke beperking*. Postbus 51

4.6 Zorgplan/ OSP

Voor de start van de dienstverlening aan cliënten is er een zorg- en dienstverleningsovereenkomst opgesteld. Een contract tussen cliënt, wettelijk vertegenwoordiger en een instelling. Hierin staan afspraken tussen instelling en cliënt. Deze overeenkomst geeft de cliënt de zekerheid dat hij de begeleiding krijgt die afgestemd is op het ZZP. Daarnaast stelt de instelling, indien mogelijk, samen met de cliënt een zorgplan op. Dit zorgplan gaat verder in op de zorg- en dienstverleningsovereenkomst. Hierin staan concretere afspraken over de begeleiding, verzorging of verpleging die de cliënt nodig heeft. Daarnaast staan er vaak ook kleinere persoonlijke wensen van de cliënt in. Het zorgplan is het concreet maken van de toegewezen ZZP.²⁸

Binnen Careander Regio Zuid heet het zorgplan *OSP*; Onder Steunings Profiel. Dit is een plan waarbij eerst de sterke en zwakke kanten van de cliënt in kaart worden gebracht door middel van een inventarisatielijst. Daarna wordt er een profiel in kaart gebracht waarin omschreven wordt op welke gebieden, handelingen en activiteiten de cliënt hulp of ondersteuning nodig heeft en door wie deze gegeven wordt. Er is een *OSP wonen* en een *OSP dagbesteding/werk*. Hier gaan we alleen in op het *OSP wonen* omdat Regio Zuid geen dagbesteding aanbiedt. Het *OSP wonen* bestaat uit de volgende onderdelen:

- Wonen.
- Werk en dagbesteding (ondersteuning nodig vanuit de woonsituatie).
- Communicatie en sociale contacten.
- Lichamelijk en psychisch welbevinden.
- Ontwikkeling en leren.
- Overig.

Per onderdeel wordt praktisch beschreven welke ondersteuning de cliënt nodig heeft en door wie deze hulp geboden wordt.²⁹

Dit resulteert in een ondersteuningsplan met vraagstelling, evaluatie & prognose en bejegening.³⁰ Deze inventarisatie (het profiel en het totale plan) wordt geschreven door de persoonlijk begeleider en geeft zo de zorgvraag van de cliënt weer. Het OSP wordt besproken met de cliënt en de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt.³¹

Het OSP wordt om de twee jaar herschreven. Tussendoor wordt het OSP ieder half jaar in teamvergaderingen besproken door het een keer te actualiseren en twee keer te evalueren binnen deze twee jaar.³² Deze actualisatie- en evaluatiemomenten zijn een paar jaar geleden ingevoerd als verplichting vanuit het Zorgkantoor om het OSP actueel te houden. Dit is een positieve verandering geweest want het heeft er voor gezorgd dat het OSP dichterbij de begeleiders en dichterbij de werkvloer is gekomen. Veranderingen bij de cliënt kunnen nu eerder gesignaleerd worden en opgenomen worden in het plan. Door het OSP actueel te houden is een praktisch werkplan geworden. De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de afstemming tussen het team en het OSP. Dit gebeurt voornamelijk door middel van de evaluatie en actualisatie momenten in teamvergaderingen. Het OSP wordt op deze manier een werkplan voor het hele team.

Belangrijk voor de persoonlijk begeleider is om bij het schrijven van het OSP en bij actualisatie- en evaluatiemomenten te kijken of de huidige ZZP nog aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. De zorgvraag van ouder wordende cliënten kan toenemen en leiden tot een hogere ZZP. Wanneer nodig, dient deze opnieuw aangevraagd en herzien te worden. Het is de taak van de persoonlijk

²⁸ Coolen, J. (z.d.) *Ondersteuning ZZP wat kan ik ermee? Een ondersteuning voor cliënten bij de zorgzwaartepakketten*. Haarlem: VaDéHa Communicatie bv

²⁹ Internet Geraadpleegd op 4 mei 2010 van: Intranet Careander, *ondersteuningsprofiel wonen*

³⁰ Internet Geraadpleegd op 21 juni 2010 van: Intranet Careander, *ondersteuningsplan wonen*

³¹ Internet Geraadpleegd op 21 juni 2010 van: Intranet Careander, *Gebruiksaanwijzing ondersteuningsprofiel wonen*

³² Internet Geraadpleegd op 21 juni 2010 van: Intranet Careander, *Gebruiksaanwijzing ondersteuningsprofiel wonen*

begeleider en de teamleider om alert te zijn op veranderingen in de zorgvraag. Het zorgloket kan op hun advies dan een nieuwe aanvraag voor indicatie inzetten.

4.7 Zorg inkopen

Wanneer de zorgvraag van een cliënt zo specifiek is dat deze om expertise vraagt die niet binnen Careander Regio Zuid aanwezig is, is het mogelijk om met het geld vanuit de ZZP deze in te huren. Er kan dan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van thuiszorg voor medische handelingen. Hiervoor, en voor advies in zorg en begeleiding, heeft Regio Zuid contacten met andere hulpverleningsinstanties (o.a. thuiszorg, verpleeghuisarts).

Het inhuren van extern personeel is echter vaak kostbaarder dan wanneer eigen personeel deze handelingen uitvoert en wordt daarom zo veel mogelijk beperkt. Voorgaande jaren werd er gebruik gemaakt van thuiszorg, maar vanwege wetsveranderingen wordt dit niet meer gefinancierd. Daarom wordt er nu bijna geen gebruik meer gemaakt van de thuiszorg.

Wanneer Regio Zuid echter niet aan de zorgvraag kan voldoen en dit ook niet vanuit het ZZP ingehuurd kan worden, is het noodzakelijk om te kijken naar een overplaatsing. Eerst wordt er gekeken binnen de organisatie Careander zelf, en wanneer hier ook geen mogelijkheden zijn, naar een plaats binnen een andere organisatie. Contacten met andere zorgverleners onderhouden is onder andere hierom belangrijk.

4.8 Toekomstverwachtingen

De overheid heeft plannen om te gaan bezuinigen op de AWBZ. Hier zijn verschillende modellen voor bedacht, maar hoe dit precies vorm zal krijgen is nog onduidelijk. Verwacht wordt dat door de versoering van de AWBZ, het toewijzen van de hogere ZZP's lastiger zal worden.³³ Binnen Regio Zuid is er sprake van een toenemende vergrijzing, wat voor meer zorg vraagt van de begeleiding. Wanneer het toewijzen van de hogere ZZP's lastiger wordt, zal de zorgvraag wel toenemen, maar zijn financiële middelen hiervoor beperkt of nemen zelfs af.

4.9 Conclusie

De ideale ketenzorg bestaat volgens ons uit het goed inspelen op de veranderende hulpvraag van de ouder wordende cliënt. Omdat de hulpvraag van de ouder wordende cliënt kan veranderen, is het belangrijk dat er bij het maken van het OSP gekeken wordt of deze nog aansluit bij de huidige ZZP. Wanneer de hulpvraag verandert, moet de ZZP zo snel mogelijk aangepast worden.

Vanuit de ZZP wordt alle zorg betaald, dit kan door eigen personeel uitgevoerd worden of waar nodig ingekocht worden bij andere organisaties. Volgens ons is er sprake van ideale ketenzorg binnen Regio Zuid wanneer het eigen personeel alle handelingen uitvoert, dit heeft voordeel voor Regio Zuid en voor de cliënten. Zorg inkopen is vaak duurder en vraagt om extra tijd voor overdracht en overleg. Daarnaast denken wij dat het voor de ouder wordende cliënt veiligheid en duidelijkheid biedt wanneer de zorg door bekend personeel uitgevoerd wordt.

Wanneer er in de toekomst bezuinigd gaat worden op de AWBZ en hogere ZZP's lastig toegewezen zullen worden, is het belangrijk dat Regio Zuid zich hier op heeft voorbereid. Dit kan volgens ons door onderzoeken te doen naar zo effectief mogelijk omgaan met de ZZPs. Wij denken dat er gekeken kan worden naar wat de zorg vanuit de ZZP inhoudt en welke zorg hier buiten valt. Door familieleden en vrijwilligers te betrekken bij hand en span diensten, kan er bespaard worden. Lastig hierbij is wel dat ouder wordende cliënten vaak geen ouders meer hebben en onze ervaring is dat ouders makkelijker te betrekken zijn bij de zorg voor hun kind, dan broers of zussen van cliënten. Ook het vinden van vrijwilligers is niet gemakkelijk. Het zoeken van vrijwilligers is een thema waar Regio Zuid mee bezig is.

³³ Internet (z.d.) geraadpleegd op 21 juni 2010

<http://www.minfin.nl/dsresource?type=pdf&objectid=minfinbeheer:73760&versionid=&subobjectname>

5. Medewerkers, familieleden en cliënten over de huidige zorg en de toekomst

5.1 Inleiding

De vragen die in dit hoofdstuk behandeld worden zijn:

- Wat vinden cliënten, familieleden en personeel van de *huidige* zorg die geboden wordt binnen Bergveste en Slunterhof?
- Hoe zien cliënten, familieleden en personeel de *toekomst* van de ouder wordende cliënt binnen Bergveste en Slunterhof?

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen waarin de meningen van medewerkers, familieleden en de cliënten centraal staan. In deel A wordt gekeken naar wat zij van de huidige zorg van Careander Regio Zuid vinden; waar zijn zij positief over en welke verbeterpunten geven zij aan.

In deel B van dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe de medewerkers, familieleden en cliënten de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Regio Zuid zien.

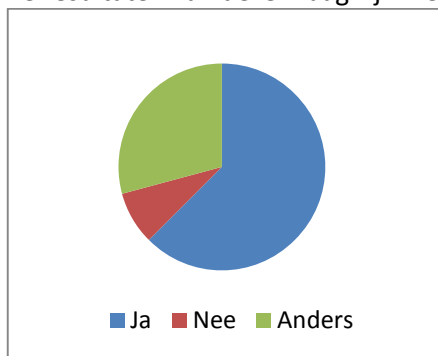
In beide delen worden als eerste de reacties van de medewerkers beschreven, daarna de reactie van de familieleden en tot slot de reactie van de cliënten. Aan het eind van het hoofdstuk vatten we alles samen in een conclusie. In deze conclusie wordt ook onze visie beschreven.

A. Huidige zorg

5.2 Medewerkers³⁴

De antwoorden die de medewerkers in de ingevulde vragenlijsten geven over de huidige zorg met betrekking tot de ouder wordende cliënt zijn niet zo positief. De medewerkers van de Slunterhof geven als verbeterpunt aan dat er meer rekening gehouden moet worden met de ouder wordende cliënt.

60% van de ondervraagden geeft 'ja' als antwoord op de vraag of Regio Zuid een apart wooncentrum moet openen speciaal gericht op de ouder wordende cliënt. Met als belangrijkste argument dat er dan optimale aandacht en specifieke zorg aan deze cliënten geboden kan worden. De resultaten van deze vraag zijn weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Vindt u dat Careander Regio Zuid een aparte voorziening moet creëren voor ouder wordende cliënten en/of (ernstig) meervoudig gehandicapte mensen?

Daarbij geven 10 van de 24 (41,7%) medewerkers aan het belangrijk te vinden dat de cliënten bij Careander Regio Zuid kunnen blijven wonen totdat ze overlijden (zoals ook staat beschreven in de visie). Een apart wooncentrum kan dit verwezenlijken.

Alle medewerkers (24) geven aan dat de huidige wooncentra onvoldoende zijn ingericht om aan deze groep cliënten verantwoorde zorg en begeleiding te kunnen bieden. Wat de medewerkers missen qua inrichting wordt niet genoemd in de vragenlijsten die de medewerkers hebben ingevuld. De medewerkers geven aan dat ze het belangrijk vinden om goed aan te kunnen sluiten bij de ouder wordende cliënt die meer zorg en begeleiding nodig heeft, maar dat dit niet geboden

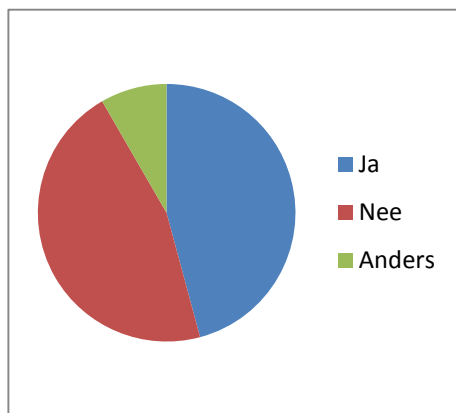
³⁴ De gegevens komen uit de vragenlijsten die door de medewerkers zijn ingevuld.

kan worden binnen de huidige situatie. De medewerkers vinden het belangrijk dat de cliënt in een vertrouwde omgeving oud kan worden. Als reden hiervoor wordt onder andere genoemd dat medewerkers niet altijd over voldoende achtergrondinformatie en specifieke kennis van deze doelgroep beschikken om goed op hun wensen en behoeften in te kunnen spelen.

In figuur 2 is aangetoond hoeveel medewerkers bereid zijn om een cursus of opleiding te volgen in het omgaan met de ouder wordende cliënt. De reden waarom medewerkers wel bereid zijn om een cursus of opleiding te volgen zijn onder andere:

- De specifieke begeleiding van de ouder wordende cliënt kan zo meer “eigen” gemaakt worden, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt. (6)
- De kennis wordt weer opgefrist en vernieuwd. (2)

De belangrijkste reden, die medewerkers aangeven waarom ze niet bereid zijn om een cursus of opleiding te volgen, is omdat de voorkeur en interesse van medewerkers bij een andere doelgroep dan de ouder wordende cliënten ligt.



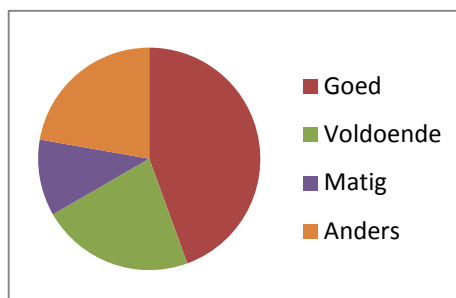
Figuur 2. Bent u bereid om een opleiding of cursus te gaan volgen zodat u ook kunt werken met cliënten met een (ernstige) meervoudige handicap?

5.3 Familieleden³⁵

De familieleden die de interviews terug gestuurd hebben (9 van de 11) omschrijven de huidige zorg die Careander Regio Zuid aan de ouder wordende cliënten biedt, met ‘matig’, ‘voldoende’ tot ‘goed’.

De argumenten zijn onder andere:

- Er is te weinig personeel om iedereen bezig te houden en te verzorgen. (1)
- Er moeten steeds meer verschillende mensen ingeschakeld worden voor de verzorging van een cliënt. (1)
- Gemotiveerde personeelsleden. (1)
- Het personeel doet wat ze kunnen en wat binnen hun mogelijkheden ligt. (1)

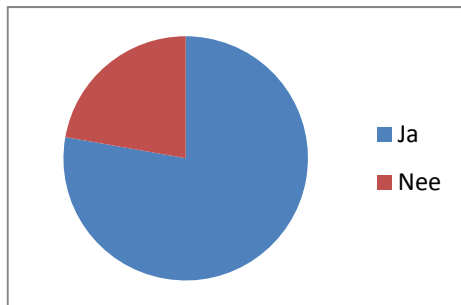


Figuur 3. Wat vindt u van de huidige zorg die Careander Regio Zuid aan de ouder wordende cliënt biedt?

³⁵ De gegevens komen uit de vragenlijsten die door de familieleden zijn ingevuld.

7 van de 9 respondenten geven aan dat Regio Zuid een wooncentrum moet creëren voor de ouder wordende cliënt. Argumenten hiervoor zijn dat er in een dergelijke woonruimte meer rust en ruimte gecreëerd kan worden. Zo kan de begeleiding beter worden afgestemd op de zorgvragen van de ouder wordende cliënt. Als onderbouwing wordt genoemd dat mensen met een ernstige meervoudige beperking niet thuis horen op Bergveste/ Sluntherhof.

In figuur 4 zijn de resultaten van deze vraag weergegeven.



Figuur 4. Vindt u dat Regio Zuid een wooncentrum zou moeten creëren voor ouder wordende cliënten en voor (ernstig) meervoudig gehandicapte mensen?

De huidige wooncentra zijn, volgens de familie (6 van de 9), onvoldoende ingericht om de ouder wordende cliënt verantwoorde zorg en begeleiding te bieden.

De familieleden geven de volgende verbeterpunten ten aanzien van de begeleiding van de ouder wordende cliënt aan:

- Meer tijd en aandacht voor de ouder wordende cliënt. (1)
- Meer gericht op zowel jong als oud. (1)
- Specifiek geschoold personeel; zodat er beter kan worden ingespeeld op de behoeften en wensen van de cliënten. De zorg door eigen personeel verleend kan worden in plaats van zorg die uitgevoerd wordt door een thuiszorg instelling. (1)
- Ze vinden het belangrijk dat de ouder wordende cliënt zolang mogelijk op dezelfde plek kan blijven wonen. (1)
- Meer plaatsen voor cliënten. (1)
- Aanvullende scholing van personeel. (1)

Verbeterpunten volgens de familieleden voor Careander Regio Zuid in het algemeen zijn:

- Meer en beter communiceren. Zowel binnen als buiten de instelling. (2)
- De cliënten gezien hun leeftijd zoveel mogelijk bij elkaar laten wonen. (1)
- Meer personeel. (1)
- Betere scholing en cursus aanbod voor het personeel. (1)
- Meer oog voor de ouder wordende cliënt. (1)
- Meer kennis over de ouder wordende cliënt en de daarbij behorende zorgvragen. (1)
- Meer aandacht geven aan de protestants Christelijke identiteit. (1)
- Een grote eigen kamer met douche en wc voor elke bewoner. (1)
- Meer aandacht voor de medische kant van de begeleiding, bijvoorbeeld omgaan met epilepsie. (1)

5.4 Cliënten³⁶

De cliënten vinden het prettig als ze hun hele leven kunnen blijven wonen waar ze nu wonen. Als een cliënt moet verhuizen omdat hij of zij meer zorg nodig heeft en het zou hen zelf betreffen, omschrijven zij dit met 'jammer'. De cliënten zeggen over het verhuizen: "Soms kan het niet anders en dan moet het wel."

³⁶ De gegevens komen uit vragenlijst die tijdens een vergadering van de cliëntenraad is besproken.

Volgens de cliënten is het niet goed als een cliënt moet verhuizen vanwege toenemende verzorgingsvragen. Cliënten: *"De begeleiding moet goed leren omgaan met cliënten die veel zorg nodig hebben."*

Verder gevende cliënten aan rust en veiligheid in huis belangrijk te vinden.

B. De toekomst van Bergveste en Slunterhof.

5.5 Medewerkers³⁷

Alle medewerkers zien over het algemeen de toekomst somber in. 10 van de 24 medewerkers vinden het belangrijk dat de cliënten binnen hun huidige woonvorm oud kunnen worden. Ze zeggen het niet goed te vinden dat de cliënten moeten verhuizen omdat Regio Zuid hen niet de zorg kan bieden die ze nodig hebben. Een klein aantal (4) medewerkers zegt te vinden dat Regio Zuid het huidige beleid aan moet passen.

Opvallend uit de ingevulde interviews is dat medewerkers aangeven dat de zorg meer gericht moet worden op de ouder wordende cliënt, maar dat er ook weerstand is in het willen werken met deze doelgroep.

5.6 Familieleden

Alle familieleden omschrijven de toekomst voor de ouder wordende cliënt binnen Careander Regio Zuid als 'hoopvol' en 'positief'. Als extra opmerkingen geven ze hierover aan:

- Het belangrijk te vinden dat er meer plaatsen komen zodat de cliënt oud kan worden binnen de huidige woning.
- Dat Careander Regio Zuid met de tijd mee moet gaan en dat er binnen de huidige wooncentrum aanpassingen worden gedaan, zodat de cliënt er tot zijn overlijden kan blijven wonen.
- Dat de cliënten die minder zorg nodig hebben hier niet onder moeten gaan lijden.

5.7 Cliënten

De cliënten vinden het prettig dat ze in het huis waar ze nu wonen, kunnen blijven. Cliënten zeggen: "Alleen als het personeel niet weet hoe ze met een cliënt om moeten gaan, willen ze wel verhuizen." Dit ervaren zij als noodzakelijk.

5.8 Conclusie

- De medewerkers vinden het belangrijk dat er een (nieuw) wooncentrum komt voor de ouder wordende cliënt zodat ze daar rustig oud kunnen worden en niet meer hoeven te verhuizen.
- De medewerkers vinden het belangrijk dat ze over voldoende kennis beschikken met betrekking tot de ouder wordende cliënt. Slechts ongeveer de helft is bereid hier een cursus voor te volgen.
- De medewerkers zien de toekomst somber. Ze vinden het niet goed dat de cliënt moet verhuizen omdat de zorg niet meer geboden kan worden. Tevens vinden ze dat de cliënt binnen de huidige woonvorm oud moet kunnen worden.
- De familieleden zijn tevreden over de huidige zorg voor de ouder wordende cliënt (matig tot goed).
- De familieleden vinden dat er een apart wooncentrum gecreëerd kan worden voor de ouder wordende cliënt. De toekomst zien ze over het algemeen hoopvol in. Ze vinden het belangrijk dat er aandacht blijft en nog meer komt voor de ouder wordende cliënt.
- De cliënten vinden het prettig als ze kunnen blijven wonen waar ze nu wonen.

³⁷ Deze gegevens komen uit de vragenlijsten die de medewerkers hebben ingevuld.

5.9 Onze visie

De medewerkers en familieleden kijken verschillende naar de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Regio Zuid; hoopvol, positief en somber. Wij denken dat dit te maken heeft met de onduidelijkheid over hoe de begeleiding aan ouder wordende cliënten in de toekomst vormgegeven zal worden. Careander is bezig met beleidvorming op dit gebied. Hierdoor zal er duidelijkheid komen en zal Regio Zuid meer ingesteld worden op het begeleiden van de ouder wordende cliënt. Dit zal bijdragen aan een positief beeld voor de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Regio Zuid.

Een van de familieleden geeft aan het belangrijk te vinden dat er meer scholing en cursussen komen voor het personeel. Wij zijn het hier gedeeltelijk mee eens. Binnen Careander is het aanbod van scholing erg groot. Dit is waarschijnlijk niet bekend bij de familieleden. Volgens ons is het noodzakelijk dat medewerkers meer kennis en vaardigheden opdoen in het werken met ouder wordende cliënten. Uit de reacties blijkt echter dat hier maar ongeveer de helft voor open staat (figuur 2). Een oplossing lijkt ons om verschillende groepen te maken en het personeel op vaste groepen te laten werken. Zodat de personeelsleden gespecialiseerd zijn in het werken op de groep waar ze zijn geplaatst. Daarnaast vinden wij het ook belangrijk om deze weerstand niet groter te laten worden, maar hier aandacht aan te besteden. Dit wordt verder uitgewerkt bij de aanbevelingen.

Tot slot vinden wij het belangrijk dat de cliënt oud kan worden waar hij of zij dat wil. Het is volgens ons belangrijk om goed aan te sluiten bij de behoefte en wensen van de cliënt. Het zou daarom erg mooi zijn als er bijvoorbeeld een woonvoorziening komt met daarin verschillende groepen, samengesteld op soortgelijke hulpvragen. De begeleiding is per groep specifiek geschoold en kan optimaal inspelen op deze hulpvragen. Als een cliënt de groep 'ontgroeit' kan hij of zij doorstromen naar een andere groep binnen dezelfde woonvorm. Zo kan de cliënt binnen de huidige woonvorm wel een aantal keer van groep wisselen, maar hoeft hij niet te verhuizen naar een andere woonvorm of instelling. Onze ideale wooncentrum zullen wij in hoofdstuk 7 nader toelichten en beschrijven.

6. Aanpassingen Sluntherhof en Bergveste noodzakelijk?

6.1 Inleiding

De vraag die in dit hoofdstuk behandeld wordt is: Kunnen de huidige voorzieningen (Sluntherhof en Bergveste) worden aangepast zodat de cliënten niet overgeplaatst hoeven te worden? Wat zijn de mogelijkheden wat betreft personeel en huisvesting?

Als eerste wordt er informatie gegeven over de huidige situatie van de wooncentra van Bergveste en Sluntherhof. Vervolgens schetsen wij de wenselijke situatie. Tot slot geven wij in een conclusie puntsgewijs aanbevelingen voor aanpassingen zodat beide voorzieningen voldoen aan de wensen, behoeften en zorgvragen ten aanzien van de ouder wordende cliënt. Tevens zal onze visie worden beschreven.

6.2 Huidige situatie

In deze paragraaf zal de huidige situatie van de beide locaties worden geschetst.

6.2.1 *Bergveste*

Bergveste in Ede is een woon- en dienstencentrum voor 44 mensen met een verstandelijke beperking, bestaande uit een hoofdlocatie en meerdere nevenvestigingen. De hoofdlocatie staat aan de Willem Pijperlaan 1 te Ede. De nevenvestigingen zijn; Buitenbergh, Overkant, Regenboog en Willem Pijperlaan 5. Deze bevinden zich eveneens in Ede. In de hoofdlocatie is er een afdeling "Zonnebloem" voor mensen die vanwege hun zorgvragen intensieve begeleiding nodig hebben. Begeleiders die hier werken hebben op dit gebied specifieke ervaring en deskundigheid ontwikkeld door middel van vooropleidingen of cursussen.

De zorgproducten die in Bergveste worden geboden, variëren van volledig wonen met begeleiding tot logeren, begeleiding in de thuissituatie en parttime wonen met eventueel observatiediagnostiek. Er is een medezeggenschapsorgaan voor de cliënten die ondersteund wordt door een aandachtsfunctionaris, dat is een begeleider en een coach. Ook kent Bergveste een actieve familieraad.³⁸

Careander vindt een zinvolle dagbesteding belangrijk. Veel van de cliënten hebben volledige of gedeeltelijke dagbesteding buiten het wooncentrum. Voor degenen die niet (meer) kunnen deelnemen aan het arbeidsproces, is een huiskamer project opgezet. Hieraan nemen ook cliënten van buiten Bergveste deel.

Er werken 45 mensen bij Bergveste. De opleidingen van de medewerkers variëren van SPW niveau 3 en 4, SPH, HBO-V tot de Z opleiding. Wel valt op dat er relatief veel HBO'ers, met name SPH'ers, werken. Verder wordt er gebruik gemaakt van vrijwilligers. Bergveste is nu aan het verbouwen. Het oude Bergveste voldeed niet meer aan de nieuw gestelde eisen. De ruimtes waren niet groot genoeg en de gangen waren erg smal en klein.³⁹

6.2.2 *Sluntherhof*

Sluntherhof is een woon- en dienstencentrum in Ede. Hier krijgen 50 mensen met een verstandelijke beperking zorg- en ondersteuning. Naast de hoofdlocatie heeft Sluntherhof een aantal nevenvestigingen, waar mensen meer zelfstandig wonen. De Sluntherhof biedt ook ambulante begeleiding. De begeleiding die in en vanuit Sluntherhof geboden wordt is afhankelijk van het ZZP en varieert dan ook van enkele uren in de week tot 24/7 zorg.

³⁸ Geraadpleegd op 19 maart 2010 van <http://www.bergveste.nl>

³⁹ Deze informatie is verkregen van de regiomanager van Regio Zuid op 19 maart 2010.

Slunterhof is de hoofdlocatie met ongeveer 20 cliënten en bestaat uit drie groepen. Daarnaast zijn er vier buitenhuizen, elk buitenhuis heeft 4 tot 6 cliënten: Sijpestein 3, Weerdestein 26 en 28, Enkstein 30, Enkstein 24. Naast de buitenhuizen is er vanuit de Slunterhof ook (I)BZW, Begeleid Zelfstandig Wonen, voor 10 personen (per 18 juni 2010).

In de Slunterhof wonen jonge en oudere mensen. Mensen die veel zorg vragen maar ook mensen die redelijk zelfstandig kunnen functioneren. Om de ouder wordende cliënt een goede woonplek te bieden is de hoofdlocatie uitgerust met automatische deuren, een lift, een alarmsysteem op ieder kamer en aangepast sanitair.

Deze verscheidenheid aan mensen betekent ook dat de zorg en ondersteuning precies op maat en vraaggestuurd gegeven moet worden. Er wordt flexibel ingespeeld op de individuele zorgvraag van de cliënten. Voor Slunterhof is het belangrijk dat het begeleiden warmte uitstraalt en dat dit waar mogelijk gepaard gaat met humor.⁴⁰

In de Slunterhof zijn de kamers van de cliënten erg klein. Er kan alleen een bed, een kast en een stoel staan. Ook is er een klein keukenblokje aanwezig. Een eigen douche en wc hebben de cliënten niet. Deze worden met de andere cliënten gedeeld. Daarnaast zijn er geen hoog-laag bedden aanwezig voor elke bewoner. Voor de cliënten die zich zelfstandig aan en uit kunnen kleden is dit ook niet nodig. Voor de cliënten die hulp nodig hebben bij de persoonlijke verzorging is dit juist wel van belang. In de Slunterhof zijn er 2 zorgkamers gecreëerd. Dit houdt in dat hier een hoog-laag bed staat en er een badkamer aanwezig is waar de bewoner zittend verzorgd kan worden. Deze douche wordt gebruikt door 2 cliënten. Deze kamers zijn 2 keer zo groot als de kamers van de andere cliënten. Tot slot zijn er op in de Slunterhof nog een aantal kamers die kleiner zijn dan de zorgkamers, maar groter dan de kleine kamers. In deze kamers is wat meer ruimte voor bijvoorbeeld een tafel en een stoel.

In de Slunterhof is 1 lift. In deze lift kan geen bed of ambulance brancard. Een rolstoel past er net in. Verder zijn de deuren in de gangen te smal voor een bed. De gangen staan vol met kledingkasten en daardoor kan er net een bed door de gangen heen. De cliëntkamers bevinden zich op de begane grond en op de 1^e verdieping. De zorgkamers zijn gelegen op de 1^e verdieping.

De Slunterhof heeft de beschikking over 1 tillift. Deze wordt gebruikt wanneer de zorgvraag van een cliënt zodanig is, dat het gebruik van een tillift noodzakelijk is.

Een deel van het personeel is, net als in Bergveste, voldoende geschoold om het werken met ouder wordende cliënten goed uit te voeren. Wel is het belangrijk dat er voor iedereen een cursus komt met betrekking tot tillen en het maken van transfers met cliënten die dit niet meer zelf kunnen of hierbij ondersteuning nodig hebben. Zoals iedere locatie van Careander, heeft ook Slunterhof een ergocoach. Deze coach is een begeleider, die hiertoe opgeleid is. Hij of zij biedt ondersteuning en geeft adviezen aan de begeleiders bij het maken van transfers en bij het tillen van cliënten. Indien nodig geeft deze coach adviezen aan begeleiders wat betreft de verzorging van een cliënt. Het opleidingsniveau van het personeel van Slunterhof is gelijk aan die van de medewerkers op Bergveste.

⁴⁰ Internet geraadpleegd op 19 maart 2010. <http://www.slunterhof.nl>

Verder is er dit jaar een medicijncursus verplicht gesteld voor de medewerkers van Regio Zuid. Deze cursus is begin mei geweest. Alle medewerkers van beide locaties hebben deze cursus gevolgd.⁴¹

6.3 Gewenste situatie

In deze paragraaf zal de gewenste situatie volgens ons worden beschreven voor beide locaties.

6.3.1 *Bergveste*

Als de verbouwing van Bergveste klaar is (eind augustus 2010), heeft elke bewoner een eigen kamer met een eigen douche en toilet. Ook is er op iedere kamer een klein keukenblokje aanwezig. Binnen het nieuwe Bergveste komen 6 kamers voor cliënten die veel zorg nodig hebben. Deze kamers hebben 3 badkamers. De badkamer moet gedeeld worden met een medebewoner. Er is rekening gehouden met mensen in een rolstoel. Er zijn geen drempels en rechte en overzichtelijke gangen. In het oude Bergveste was dit niet het geval.

In het nieuwe Bergveste wordt er gewerkt met diverse huiskamers en ontmoetingsruimtes. Zo kunnen de cliënten zich aansluiten bij de mensen waar ze zich prettig bij voelen. Het maximale aantal cliënten binnen een groep is zeven. Op de zorgintensieve afdeling wonen zes cliënten⁴². Voor ons is nog niet duidelijk hoe het verbouwde Bergveste er uit zal komen te zien. Wij hebben daarom nog geen wensen voor Bergveste. Nu is nog niet duidelijk waar de medewerkers en cliënten tegen aan gaan lopen.

6.3.2 *Slunterhof*

Wat betreft opleiding zijn er een aantal medewerkers voldoende geschoold om goed met de ouder wordende cliënten en alle zorg die daar bij komt kijken om te gaan. Een aantal medewerkers heeft hier een cursus voor gevolgd die aangeboden werd door Careander Regio Zuid. Een deel van de medewerkers is onvoldoende geschoold en kan in de begeleiding hierdoor waarschijnlijk niet aan de specifieke zorgvraag van ouder wordende cliënten voldoen. Voor dit deel van de medewerkers is het wenselijk dat zij geschoold en getraind gaan worden in het omgaan met ouder wordende cliënten.

Het is ook wenselijk dat het gebouw van de Slunterhof aangepast wordt. Zo kan de ouder wordende cliënt makkelijk en zelfstandig zijn weg vinden zonder dat hij of zij overal tussendoor moet manoeuvreren. Voor onze visie over hoe het ideale gebouw voor de ouder wordende cliënt er uit moet zien verwijzen we u naar hoofdstuk 7.

6.4 Conclusie

In Bergveste en Slunterhof is het wenselijk dat met het oog op de ouder wordende cliënt er een aantal aanpassingen met betrekking tot het gebouw worden gedaan. De aanpassingen gelden vooral voor de Slunterhof. Bergveste wordt nu verbouwd en daarbij worden de onderstaande zaken meegenomen. Dit betreft onder andere:

- De kamers van de cliënten. Het is wenselijk dat elke bewoner een wat grotere kamer heeft zodat er voldoende ruimte is voor een rolstoel. En dat er ook nog voldoende ruimte is om er om heen te kunnen lopen.
- De gangen. Als de kamers van de cliënten groter worden, kunnen de kasten verhuizen naar de cliëntkamers en gaan dan weg uit de gangen. Hierdoor ontstaat een bredere gang.
- De lift. Het is belangrijk dat deze in de toekomst groter gemaakt wordt. Het is van

⁴¹ Deze informatie is verkregen van de regiomanager van Regio Zuid op 19 maart 2010.

⁴² Deze informatie is verkregen van de regiomanager van Regio Zuid op 19 maart 2010.

belang dat er een bed in de lift kan. Het is voor een cliënt die bedlegerig wordt prettig als hij of zij met bed en al in de huiskamer kan staan en zo de regelmaat van de dag kan meemaken. Mits dit meerwaarde heeft voor de cliënt, en deze in staat is om dit lichamelijk te verdragen. Als het bed van de cliënt in de nabijheid van de begeleiding staat, kunnen zij vroegtijdig signalen oppakken en indien nodig preventief handelen. Als de cliënt op zijn kamer ligt die boven is, kan de begeleiding minder snel adequaat reageren. Voor de cliënt is het prettiger als de levendigheid van de groep wat afleiding biedt.

- De deuropeningen. Er kunnen in de huidige situatie geen bedden door de deuropeningen. Het is wenselijk dat deze breder worden gemaakt zodat dit wel mogelijk is.
- De badkamers. Het is voor elke bewoner prettig als hij of zij een eigen badkamer heeft en hier gebruik van kan maken wanneer hij of zij dat wil. Het is niet fijn om vaak op anderen te wachten. Om deze reden zou het wenselijk zijn dat de cliënten een badkamer krijgen die ze voor zichzelf hebben of met z'n tweeën delen.
- Het personeel. Het is belangrijk dat personeel voldoende geschoold is om ouder wordende cliënten goed te kunnen verzorgen.
- Voor de Slunterhof is het wenselijk dat er meer vaste medewerkers op een groep komen. Zo kan de continuïteit van zorg en begeleiding worden gewaarborgd.
- Zorgen voor een betere mix van personeel en opleidingen. Bijvoorbeeld meer mensen met een SPW opleiding aannemen, deze zijn praktischer opgeleid. Medewerkers die een HBO opleiding hebben zijn vaak meer theoretisch ingesteld en gericht op leiding geven. Het voordeel van medewerkers met een HBO (SPH) opleiding is dat ze veel kennis hebben over methodes. Ze hebben meer kennis van het methodisch kunnen werken. Medewerkers met de opleiding SPW hebben echter tijdens hun opleiding een module gehad over het werken met ouder wordende cliënten met een verstandelijke beperking. Daarnaast hebben ze geleerd hoe iemand gewassen moet worden⁴³, in tegenstelling tot een medewerker met een SPH opleiding.

6.5 Onze visie

Wij vinden het belangrijk dat de bovenstaande punten waar mogelijk allemaal gerealiseerd worden, omdat op deze manier het leefklimaat van de ouder wordende cliënt wordt verbeterd en deze meer tot zijn recht komt. De teamleider van Slunterhof gaf aan dat haar ideaal plaatje de opzet van een verzorgingshuis is. De cliënten wonen boven en er zijn bijvoorbeeld winkeltjes beneden. Dit zorgt voor meer levendigheid. Voor de ouder wordende cliënt is het prettig dat hij of zij met de lift naar beneden kan om een kopje koffie te drinken in plaats van eerst met de bus weg te moeten gaan omdat het winkelcentrum te ver lopen is.⁴⁴

Wij zijn het hier voor een deel mee eens. Wij vinden het belangrijk dat de cliënt ook al is hij of zij wat ouder, de mogelijkheden heeft om redelijk zelfstandig naar de winkel te gaan of om even gezellig koffie te drinken met mensen uit de buurt. In plaats van altijd met dezelfde mensen die op de groep wonen koffie te drinken. Aan de andere kant beseffen wij dat dit een mooie maar dure wens is. De winkels die in een verzorgingshuis zitten, blijven er vaak niet lang omdat ze niet genoeg omzet hebben om te blijven bestaan. Wij denken dat het financieel niet haalbaar is om dit idee te realiseren.

⁴³ Benedictus, R. Oppel-Verkade, M. Verhoef, A.C. Hautvast-Haaksma, H. (red) *Begeleiden SPW 4*. (2002) Nijgh Versluys Baarn.

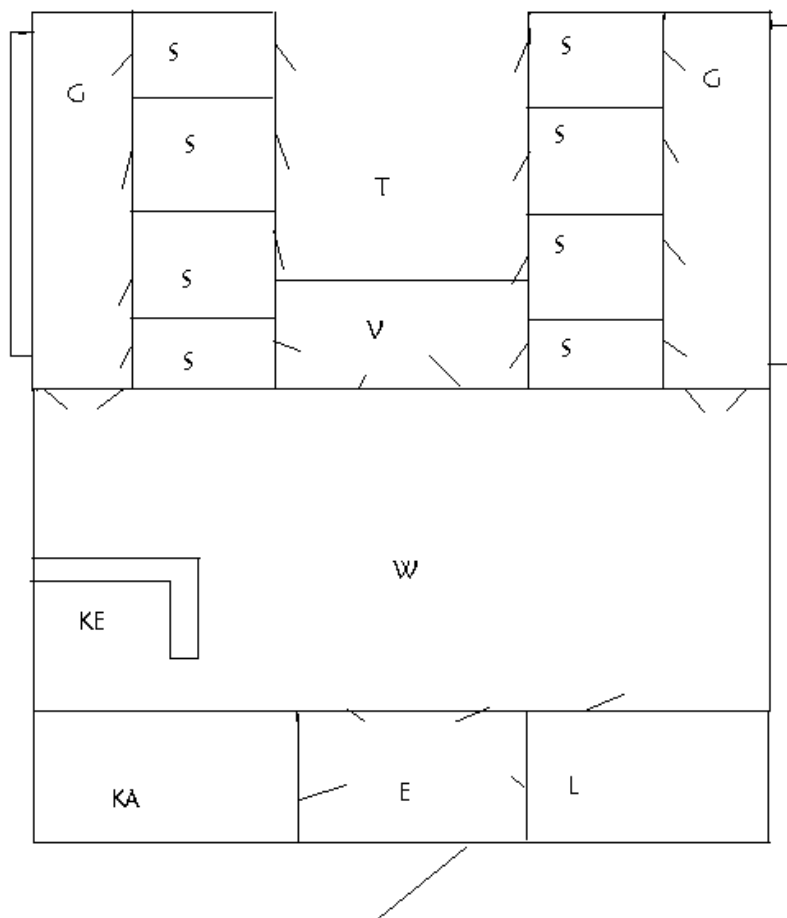
⁴⁴ Visie van I. van Donkelaar, teamleider Slunterhof, 16 april 2010.

7. Ideale woonvorm voor de ouder wordende cliënt volgens Aafke- Marie en Margreet

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen wij wat volgens ons de ideale woonvorm is waarin de ouder wordende cliënt kan wonen en leven. In dit hoofdstuk zijn verschillende onderwerpen verwerkt en samengevoegd uit de voorgaande hoofdstukken. Het begint met een schets van een woning, waarbij we uitleg geven en voorzieningen noemen die volgens ons van belang zijn in een woning met ouder wordende cliënten. Daarna beschrijven we hoe volgens ons het ideale team eruit ziet om begeleiding te bieden aan ouder wordende cliënten. Als vierde onderdeel omschrijven we de ideale omgeving waarin de woning staat. Tenslotte beschrijven we hoe de dagindeling, aansluitend aan de veranderende hulpvraag, volgens ons er het beste uit kan zien voor ouder wordende cliënten.

7.2 Tekening



Uitleg symbolen

G:	Gang
S:	Slaapkamer
T:	Tuin
W:	Woonkamer
KE:	Keuken
KA:	kantoor
E:	Entree
L:	Linnenkamer
/:	Deur
V:	Veranda

7.3 Toelichting tekening

Per ruimte in de woningschets wordt een beschrijving geven hoe het er volgens ons uit zou moeten zien.

7.3.1 *De gang*

De gangen bevinden zich aan de linker en rechter zijde van het huis. Er is voor gekozen om deze vanuit de woonkamer langs de slaapkamers te laten lopen. Zo hebben de cliënten hun kamers dichtbij en is het voor de begeleiding makkelijker om, wanneer dat nodig is, sneller bij de cliënt op zijn of haar kamer te kunnen komen.

De deuren tussen de woonkamer en de gang zijn automatisch. Ze gaan open als er iemand aan komt lopen. Wij vinden het belangrijk dat de deuren automatisch zijn zodat bijvoorbeeld de cliënt die achter de rollator loopt niet eerst de deur open hoeft te doen met als gevolg dat de deur weer dicht valt zonder dat de cliënt er door heen is gelopen. Het is voor het personeel ook prettig dat als ze iemand die in een rolstoel zit vanuit de slaapkamer naar de woonkamer rijden, ze niet eerst de deur open hoeven te doen, maar deze vanzelf open gaat. De gehele woning is drempel vrij.

7.3.2 *De slaapkamer*

De slaapkamers zijn ruim opgezet. Er zitten ramen aan de tuin zijde. Ook bevinden zich aan deze zijde twee openslaande deuren naar het terras. In de slaapkamer bevinden zich ook een douche en een toilet. De deur naar de gang is breed zodat er een bed door heen kan. Er komt geen keukenblokje in de slaapkamer. Op de plek waar het keukenblokje zou kunnen komen kan nu ruimte gemaakt worden voor de badkamer. Zo krijgt de cliënt een grotere badkamer met toilet.

7.3.3 *De tuin*

De tuin is groot en ruim. De cliënten kunnen allemaal vanuit hun slaapkamer naar de tuin. Dit is een voordeel omdat de bewoner vanuit zijn slaapkamer het gebeuren in de tuin kan gadeslaan. Als een bewoner ziek en bedlegerig is kan hij toch zien wat er in de tuin gebeurt. Vanuit de woonkamer kan men in de tuin komen via de openslaande deuren in de woonkamer. Er bevindt zich ook een overdekte veranda in de tuin. Deze loopt vanaf de openslaande deuren naar ongeveer de helft van de tweede slaapkamer gezien vanuit de woonkamer. Als het warm weer is maar het regent dan kunnen er toch buiten activiteiten plaatsvinden.

7.3.4 *De woonkamer*

De woonkamer is net als alle ruimtes binnen deze woning groot en ruim. De cliënten kunnen samen met de begeleiding de ruimte inrichten naar eigen zin en smaak. In de woonkamer bevindt zich ook de keuken. Aan de woonkamer grenzen; het kantoor, de linnenkamer, de entree, de gang en de slaapkamers. Wij hebben voor deze opstelling gekozen omdat de woonkamer zo het centrale punt is waar alles op uit komt. Dit is handig voor de cliënt als hij of zij even de weg niet meer weet. Waar hij of zij ook heen gaat, de cliënt komt altijd weer uit in de woonkamer.

Aan de kant van de keuken en aan de tegenovergestelde kant bevinden zich grote ramen, waardoor er veel licht naar binnen kan komen. Wij vinden het belangrijk dat er veel licht naar binnen komt, zodat de ruimte licht en zonnig wordt. Voor cliënten die een beperkte visus hebben is het prettig als een lichte ruimte is. Dit vergroot bij hen het zicht en onderscheidingsvermogen.

7.3.5 *De keuken*

De keuken bevindt zich in de woonkamer. Hier is bewust voor gekozen omdat de begeleiding zelf kookt of het eten opwarmt. Zo kan de begeleiding de gebeurtenissen in de

woonkamer zien en begeleiding bieden waar nodig. De cliënten die in de woonkamer zijn als er wordt gekookt, kunnen de geur ruiken en zo het koken beleven en ervaren.

7.3.6 *Het kantoor*

Het kantoor bevindt zich aan de linkerkant van de entree en is bedoelt voor overdrachtsmomenten en als werkplek voor de teamleider(s) en medewerkers. Het kantoor kan ook worden gebruikt als vergaderruimte.

7.3.7 *De entree*

De entree bevindt zich tussen het kantoor en de linnenkamer in. De voordeur is voorzien van een automatische schuifdeur zodat de cliënten die achter een rollator lopen of in een rolstoel zitten makkelijk naar binnen kunnen zonder eerst de deur open te hoeven doen.

7.3.8 *De linnenkamer*

De linnenkamer bevindt zich rechts naast de entree. Hier staan de wasmachines en drogers. Ook is hier de gelegenheid om de kleding te strijken. Een linnenkamer is nodig omdat de kleding van de cliënten zelf wordt gewassen. Dit wordt niet uitbesteed.

7.3.9 *De deur*

De deuren zijn breed. De deuren tussen de gang en woonkamer en de deur van de entree naar buiten en van de entree naar de woonkamer zijn automatische schuifdeuren. De deuren van de slaapkamers zijn extra breed gemaakt zodat er een bed door hen kan. De deuren van de linnenkamer en het kantoor zijn normale deuren.

7.3.10 *De veranda*

De veranda bevindt zich in de tuin en grenst aan de woonkamer en aan een aantal slaapkamers. De veranda is overdekt zodat de cliënten bij slecht weer ook buiten kunnen zitten.

7.4 Personeel

Het ideale team dat begeleiding biedt aan ouder wordende cliënten, bestaat uit een bewuste samengestelde mix van medewerkers met verschillende opleidingsachtergronden. Op deze manier heeft het team theoretische kennis en praktische vaardigheden in huis. Deze kennis en vaardigheden worden onderling uitgewisseld door middel van intervisie. Het team bestaat uit medewerkers met de volgende opleidingen:

- MBO Verzorgende
- HBO-V
- SPW
- SPH

Deze vier verschillende opleidingen zorgen voor een diverse input.

De intervisie momenten van dit team bestaan uit het bespreken van problemen waar de verschillende collega's tegenaan lopen in het werken met ouder wordende cliënten én uit het uitwisselen van kennis. In de ideale situatie worden verschillende teamleden verantwoordelijk gemaakt voor een kennisgebied waarbij het hun taak is het team hierin te ontwikkelen. De teamleden krijgen mogelijkheden om zich hier verder in te ontwikkelen door het volgen van cursussen en verdiepen in literatuur dat ze via de organisatie verkrijgen. Door het dragen van verantwoordelijkheden en het aanbieden van ontwikkelmogelijkheden, denken wij dat medewerkers het werken bij deze organisatie als uitdagend ervaren en langer op dezelfde werkplek zullen blijven. Een grote mate van wisselwerking tussen de verschillende teamleden stimuleert de hechtheid van het team, waardoor de visievorming gemakkelijker ontstaat.

Voor de cliënt levert dit duidelijkheid en daarmee veiligheid op. Door de verschillende teamleden zal de cliënt op dezelfde wijze behandeld worden.

- De MBO Verzorgende draagt samen met de HBO-V'er de verantwoordelijkheid dat alle teamleden kennis krijgen hoe ze verzorgende handelingen uit moeten voeren. Hierdoor hoeft er geen gebruik gemaakt te worden van bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerker.
- De HBO-V'er is daarnaast tevens eindverantwoordelijk voor de medicatie en organiseert dit op een manier waarop de andere teamleden hierin mee kunnen werken. Dit teamlid geeft achtergrondkennis waar nodig.
- De HBO-V'er is samen met de SPH'er verantwoordelijk voor de kennis van de verschillende ziektebeelden die op kunnen treden bij ouder wordende cliënten met een verstandelijke beperking. Zij zijn alert op symptomen van verschillende aandoeningen (o.a. dementie) en delen dit in het team.
- De SPW'er is samen met de SPH'er verantwoordelijk voor de overdracht naar de andere teamleden op het gebied van groepswork en hebben oog voor de persoonlijkheid van de cliënt in zijn ouderwordingsproces.
- De SPH'er is daarbij ook verantwoordelijk voor het samenvoegen van al deze kennis en vaardigheden om zo als team methodisch verantwoordelijk te kunnen werken. Daarnaast schrijft hij de hulpverleningsplannen. De SPH'er of de teamleider leidt de intervisie bijeenkomsten.

In de intervisie momenten wordt persoonlijke casuïstiek uit de praktijk besproken. Doordat het team uit medewerkers met verschillende opleidingsachtergronden bestaat kan er veel van elkaar geleerd worden. Naast deze verschillende teamleden met allen een eigen inbreng kan het team een beroep doen op een orthopedagoog, een gedragsdeskundige, een arts, een geestelijk verzorger en een ergocoach. Deze externe deskundigen komen minimaal twee keer per jaar een gedeelte van de intervisie momenten bijwonen. Zij doen dit om advies te geven en komen zelf met onderwerpen die belangrijk zijn in het begeleiden van de ouder wordende cliënt. Onderwerpen die dan aan bod komen zijn onder andere;

- Omgaan met levensvragen.
- Interpreteren van veranderend gedrag.
- Omgaan met dementie en decorumverlies op de groep.
- Fysieke belasting.

Het werken met ouder wordende cliënten vraagt van de begeleider naast verzorgingshandelingen ook oog voor de persoonlijke ervaring van cliënten in hun ouderwordingsproces. Om voor dit laatste ook daadwerkelijk oog te hebben, vinden wij het belangrijk dat er vaste thema's zijn die ieder jaar terug keren op de agenda van de intervisie momenten. Deze thema's kunnen besproken worden onder leiding van de externe deskundigen maar ook met alleen het team.

In het bieden van begeleiding aan ouder wordende cliënten zijn er thema's die dichtbij de medewerker kunnen komen. Daarom is er in de ideale situatie een protocol waarin iedere medewerker na het overlijden van een cliënt een gesprek heeft met de teamleider over hoe de medewerker hierin staat. In het functioneringsgesprek, dat jaarlijks plaats vindt, wordt ook gepraat over hoe de medewerker persoonlijk in het werk staat. Op deze manier wordt er ruimte gecreëerd voor de beleving van de medewerker en kan volgens ons preventief werken tegen ziekteverzuim en het uitvallen van personeel. De medewerker merkt dat hij gezien wordt en kan met zijn moeite ergens terecht. Zo kan er aan een oplossing gewerkt worden voordat moeilijkheden escaleren.

Het team kan uit meerdere medewerkers bestaan, afhankelijk van het aantal cliënten en de grootte van de contracten. Belangrijk is dat er bij sollicitaties gekeken wordt naar wat het team nodig heeft en dat dit mee genomen wordt in de sollicitatieprocedures.

Daarnaast is het, ons inziens, prettig dat er goed contact is tussen de organisatie en het zorgkantoor, wat het aanvragen van ZZP's vergemakkelijkt. En dat er contact is met andere instellingen voor adviesuitwisseling.

7.5 Omgeving

In onze ideaal situatie gaan we uit van een kleinschalige woning in een gewone woonwijk. Door het wonen in een woonwijk hebben de cliënten gemakkelijker deel aan de maatschappij. Vaak is het te zien dat ouder wordende cliënten minder buiten komen en daardoor minder deel nemen aan het 'gewone' leven. Door te wonen in een wijk krijgen ouder wordende cliënten die niet veel meer buiten komen toch zaken van de wijk mee. Er zijn geluiden van de straat hoorbaar en er is vanuit de woning zicht op wat er op straat gebeurt.

In onze ideaal situatie kiezen we er voor dat er geïnvesteerd is en wordt in het contact met de burens. Wanneer cliënten ouder worden en niet gemakkelijk meer mensen op kunnen zoeken die wat verder weg wonen, kan contact met de burens heel waardevol zijn. Onder contact met de burens bedoelen we dat cliënten weten wie er naast hun wonen en dat er gegroet wordt naar elkaar. Op deze manier voelen cliënten zich gezien, wat bijdraagt aan het gevoel dat men leeft. Mogelijkheden om dit contact op te bouwen en te onderhouden, zijn onder andere: een jaarlijkse barbecue, de burens op de hoogte brengen van bijzondere dagen/ feestelijke activiteiten in de woning en koffie drinken aan de straatkant. Dit is iets wat gedragen moet worden door het personeel en buurbewoners. Zij zijn hierin een voorbeeld is voor de cliënt. Wanneer het contact goed tot stand komt, kan dit eventueel leiden tot nieuwe vrijwilligers.

Verder lijkt het ons ideaal wanneer er vanuit de woning uitzicht is op een dierenweide, winkelcentrum, park of iets dergelijks. Dat de ouder wordende cliënt die niet meer de energie heeft om naar buiten te gaan toch wat van de levendigheid kan mee maken door er naar te kijken vanuit zijn woning. Naast de mogelijk van het kijken naar de wereld buiten de woning, vinden wij het belangrijk dat de ouder wordende cliënt geregeld mee genomen wordt naar buiten. Dit kan in een rolstoel, rollator of scootmobiel. Het doel van dit uitstapje is dat de cliënt niet vervreemd van het leven buiten de woning en hier nog weet van heeft. Wat er gedaan wordt tijdens dit uitstapje is minder van belang, het gaat om het naar buiten gaan. Mogelijkheden zijn bijvoorbeeld naar de winkel, een rondje door het park, koffie drinken op een terrasje, een brief posten, etc.

7.6 Dagindeling

Het ouder worden brengt een aantal lichamelijke veranderingen met zich mee. De gezondheid is kwetsbaarder dan in de voorgaande fasen. Hier moet niet alleen medisch naar gekeken worden, maar ook in de dagelijkse praktijk rekening mee gehouden worden en op ingespeeld worden.

7.6.1 *Dagbesteding*

In onze ideaal situatie gaat een cliënt zo lang als mogelijk naar een dagbesteding buitenshuis. Op deze manier komt een cliënt buiten de instelling en houdt het contact met het leven buiten de instelling.

Daarnaast draagt dagbesteding bij aan een gevoel van eigen waarde; De cliënt voelt zich door het verrichten van 'werk' nuttig en van belang. Wij denken dat dit een gevoel is waar ouder wordende cliënten behoefte aan hebben, als tegengewicht voor de gevoelens die opspelen bij het verlies op verschillende terreinen door hun ouder worden.

Tenslotte geeft het bezoeken van dagbesteding op vaste momenten structuur aan de week. Wat deze dagbesteding inhoudt en waar deze plaatsvindt, kan allemaal individueel afgestemd worden op de wensen van de cliënt.

7.6.2 *Dagbesteding in huis*

Daarnaast vinden wij het belangrijk dat er activiteiten binnenshuis georganiseerd worden. Deze activiteiten zijn makkelijker te bezoeken omdat er niet eerst een rit naar de dagbesteding gemaakt hoeft te worden en samen 'iets' doen positief is voor de groepsvorming in huis.⁴⁵

⁴⁵ Remmerswaal, J. (2003, 6^e herziene druk). *Groepswerk*. Soest: Nelissen

Bij deze activiteiten in huis is het van belang dat er gebruik gemaakt wordt van muzisch agogische middelen. Volgens ons kan je door het methodisch inzetten van muzisch agogische middelen de ouder wordende cliënt goed ondersteunen bij zijn veranderende hulpvraag (afname mobiliteit, afname fijne motoriek, verminderd gehoor en gezichtsvermogen en overgewicht tegengaan).

Bij deze activiteiten wordt niet gekeken naar de optimale ontwikkeling van de cliënt, maar centraal staan het zintuiglijk ervaren en het in stand houden van vaardigheden. Deze manier van werken omschrijft Behrend (2008) als receptief en reproductief.⁴⁶ Receptief houdt in dat de rol van de cliënt niet zo actief is zodat de ervaringen hem aangeboden worden. Te denken valt hierbij aan:

- Het aanbieden van snoezelen.
- Muziek luisteren.
- Tastervaringen opdoen.
- Voorlezen.
- Kijken naar een film of poppenkast.
- Geuractiviteit.

Reproductief doet een beroep op de vaardigheden van de cliënt en vraagt om een eigen bijdrage van de cliënt tijdens de activiteit. Mogelijkheden hiervoor zijn bijvoorbeeld:

- Zelf muziek maken.
- Bewegingsactiviteiten.
- Balspelen.
- Woorden imiteren.
- Tekenen.

Bij deze activiteiten moet steeds individueel gekeken worden naar de mogelijkheden van de cliënt.

Bij ouder wordende cliënten treden er vaak lichamelijke klachten op waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens deze activiteiten. Reproductieve activiteiten houden de cliënt in beweging en kunnen lichamelijke achteruitgang (overgewicht, afname mobiliteit en fijne motoriek) voorkomen of uitstellen.

Naast het zintuiglijk ervaren en het in stand houden van vaardigheden vinden wij het ook van belang om cliënten te begeleiden in hun leren omgaan met hun veranderende zorgvraag. Hiervoor kan ook gebruik gemaakt worden van muzisch agogische middelen. Dit moet echter wel gedaan worden op een veilige manier waarin de cliënt deze gevoelens en emoties durft te laten zien. Mogelijkheden voor muzisch agogische activiteiten zijn hierbij bijvoorbeeld

- Een tekening maken van een ziekenhuisbezoek wat de cliënt als spannend heeft ervaren.
- Met poppen een situatie na spelen.
- een toneelstukje opvoeren waarbij de cliënt de rol van begeleider speelt.

Dit vraagt naast een reproductieve rol ook een creatieve rol van de cliënt.

Tenslotte vinden wij het belangrijk om de ouder wordende cliënten bewust te laten zijn van de tijd van het jaar. Dit kan door thema's te kiezen bij de activiteiten die inspelen op de seizoenen en andere actuele dagen (Koninginnedag, Sinterklaas e.d.). Dit voorkomt dat alle dagen of weken hetzelfde over komen op de cliënt en behoudt zijn gevoel voor tijd.

7.6.3 *Dagindeling*

Vanwege de lichamelijke klachten van ouder wordende cliënten vinden wij het noodzakelijk dat de dagindeling in de ideaal situatie uit een vaste structuur bestaat. Hierdoor weten de

⁴⁶ Behrend, D. (2008, vijfde herziende druk). *Muzisch-Agogische Methodiek, een handleiding*. Bussum: Coutinho

cliënten waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten. Grote verrassingen en plotselinge veranderingen vragen volgens ons veel van ouder wordende cliënten. Daarnaast moeten er vaste rust momenten in de dag ingebouwd worden om tijd te hebben voor lichamelijke rust en voor het oud mogen zijn.

8. Conclusies

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek besproken. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 zijn de deelvragen beantwoord. Met behulp van deze antwoorden, wordt in dit hoofdstuk de hoofdvraag beantwoord.

Daarna wordt besproken hoe ons onderzoek bij de probleemstelling aansluit en op welk probleem we nog meer gestuit zijn. Aansluitend wordt de doelstelling geëvalueerd. Als laatste wordt de werkwijze besproken.

In het hierop volgend hoofdstuk zijn de conclusies omgezet in aanbevelingen.

8.2 De hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: 'Wat is er nodig voor Careander Regio Zuid om passende zorg te kunnen bieden aan de ouder wordende cliënten?'

Concluderend uit het onderzoek is het antwoord op de hoofdvraag:

Om passende zorg aan ouder wordende cliënten te kunnen bieden binnen Regio Zuid is het volgende nodig:

- Aanpassingen in het gebouw de Slunterhof
- Scholing personeel

Onder *passende zorg bieden* verstaan wij zorg te bieden die aansluit bij de hulpvraag van de ouder wordende cliënt. De hulpvraag van ouder wordende cliënt bestaat uit:

- Toenemende hulpvraag naar verzorging en verpleging
- Begeleidingsvraag in accepteren van verminderde zelfstandigheid
- Begeleidingsvraag in rouwverwerking

De ideale ketenzorg voor deze ouder wordende cliënten, bestaat uit zorg die gefinancierd wordt vanuit ZZPs en zo veel mogelijk uitgevoerd door eigen personeel van Regio Zuid. Om aan de toenemende vraag naar verzorging en verpleging te kunnen voldoen, zijn er aanpassingen binnen het gebouw de Slunterhof noodzakelijk. Deze aanpassingen hebben betrekking op:

- De kamers van de cliënten
- De gangen
- De lift
- De deuropeningen
- De badkamers

Om aan de zorgvraag en de begeleidingsvragen in acceptatie en rouwverwerking te voldoen, is er verandering in personeel nodig.

Drie opvallende punten over het huidige personeel zijn:

- Personeel weinig geschoold in praktische verzorgingshandelingen
- Medewerkers werken op verschillende groepen
- Relatief veel SPH'ers

Om aan de hulpvraag te voldoen en uit te kunnen laten voeren door eigen personeel zijn de volgende zaken noodzakelijk:

- Scholing
- Medewerkers op vaste groepen laten werken

Deze en andere punten, worden uitgewerkt in aanbevelingen.

8.3 Probleemstelling

In de probleemstelling werd het onderzoeksprobleem geschetst; Er vindt vergrijzing plaats onder de cliënten die wonen binnen Regio Zuid. De gebouwen en het personeel zijn niet op deze vergrijzing berekend.

Ons onderzoek sluit bij de probleemstelling aan. Uit ons onderzoek blijkt dat er inderdaad veranderingen in personeel en gebouwen nodig zijn om optimaal aan te kunnen sluiten bij de veranderende hulpvraag van de ouder wordende cliënt. Wat betreft het gebouw geldt dit echter alleen voor Sluntherhof. Bergveste bleek al aan het verbouwen te zijn tijdens ons onderzoek en nam in deze verbouwing wensen en hulpvraag van de ouder wordende cliënt mee (voor zover als wij hier kennis van hebben genomen). Ons onderzoek betreffende het gebouw is daarom gericht op Sluntherhof.

Het was niet nodig om onderzoek te doen of het probleem daadwerkelijk een probleem is, omdat dit door het management aangegeven werd als probleem en omdat het door iedereen binnen Careander herkend wordt.

Bij het onderzoek doen en het raadplegen van personeel zijn wij echter op nog een bijkomend probleem gestuit. Bij het personeel is er bij sommige medewerkers sprake van weerstand tegen de verschuiving in hun takenpakket. Verschillende medewerkers gaven dit aan in de extra ruimte van de vragenlijst. Dit hadden we niet in de probleemstelling opgenomen, maar is wel een onderwerp wat de noodzakelijke veranderingen tegen kan werken en wat daarom aandacht vraagt binnen de huidige vergrijzingontwikkelingen.

8.4 Doelstelling

In de doelstelling werd de vraag gesteld of het mogelijk is dat ouder wordende cliënten tot hun overlijden kunnen blijven wonen in hun huidige woning. Deze vraag hebben we in ons onderzoek steeds mee genomen. Het doel van het onderzoek is geweest om aanpassingen te onderzoeken die leiden tot aanbevelingen van waaruit de ouder wordende cliënt binnen Regio Zuid kan blijven wonen. Binnen dit doel van het onderzoek hadden we de volgende twee onderzoeksthema's:

- De wenselijke zorg voor ouder wordende cliënten weergeven
- De mogelijkheden binnen Regio Zuid (betreffend gebouw en personeel) weergeven

Het doel 'de wenselijke zorg voor ouder wordende cliënten weergeven' is gerealiseerd door middel van het doen van literatuuronderzoek naar de veranderingen bij ouderen met een verstandelijke beperking en te onderzoeken wat hierbij de gevolgen voor de hulpvraag van de cliënt is.

Het doel 'de mogelijkheden binnen Regio Zuid (betreffend gebouw en personeel) weergeven' hebben we gerealiseerd door uit te zoeken wat de hulpvraag van de ouder wordende cliënt is, en gekeken wat nodig is om aan deze hulpvraag te voldoen wat betreft het personeel en de gebouwen. Dit hebben we vergeleken met de huidige situatie en op deze manier een overzicht gekregen van noodzakelijke veranderingen. Verder onderzoek zou moeten uitwijzen of dit financieel haalbaar is. Het strekt buiten de tijd en de middelen van dit onderzoek om hier nader op in te gaan. Vanuit ons onderzoek hebben wij gekeken naar wat volgens ons de ideale mogelijkheden zijn binnen Regio Zuid.

Als extra mogelijkheid hebben we een aparte woonvoorziening voor deze doelgroep genoemd. Hiervoor hebben we familieleden en medewerkers gevraagd naar hun mening over een nieuwe (aparte) woonvoorziening binnen Careander speciaal gericht op de ouder wordende cliënt.

Ons onderzoeksdoel is grotendeels behaald. We hebben aanbevelingen gevormd, gebaseerd op de twee onderzoeksthema's. In de aanbevelingen wordt genoemd welke veranderingen volgens ons noodzakelijk zijn wat betreft de gebouwen en het personeel.

Bergveste is in dit onderzoek minder meegenomen omdat we van de medewerkers de ingevulde vragenlijsten niet ontvangen en verwerkt hebben. Tevens is er binnen Bergveste een verbouwing gaande. In deze verbouwing is al rekening met de ouder wordende cliënt gehouden en was daarom minder relevant om mee te nemen in ons onderzoek. Hierdoor is het onderzoek meer gericht op de Slunterhof in plaats van op heel Regio Zuid.

8.5 Werkwijze

De werkwijze is onder doelstelling al globaal benoemd. Voor dit onderzoek zijn we begonnen met een opzet met hoofd en deelvragen. Als eerst hebben we door middel van literatuuronderzoek een uitwerking gemaakt van de veranderende zorgvraag van ouder wordende cliënten. Van daaruit hebben we verschillende vragenlijsten samengesteld voor familieleden van cliënten, voor het personeel binnen Regio Zuid en voor de cliënten. De resultaten van deze vragenlijsten hebben we verwerkt. Ondertussen hebben we verder onderzoek gedaan naar wettelijke regelgeving en onderzoek gedaan naar de gebouwen. Van te voren hebben we weinig onderzoek gedaan naar wat Regio Zuid, of Careander in het algemeen, al voor vooronderzoek had gedaan over vergrijzing. Door feedback vanuit de instelling, hebben we dit later als nog verwerkt in ons onderzoeksverslag en een link kunnen leggen tussen ons onderzoek en al eerder gedane beleidsvorming.

Vanuit de hogeschool kregen we feedback om meer onze eigen visie te vormen en te vermelden. Dit hebben we gedaan door onder andere een hoofdstuk te schrijven over wat volgens ons de ideale woonsituatie is voor ouder wordende cliënten en in verschillende hoofdstukken onze visie te noemen. Het op elkaar afstemmen kostte veel tijd, maar heeft uiteindelijk resultaat opgeleverd. Helaas ging tijdens het onderzoek doen niet alles zoals we van te voren gepland hadden. Door het werken met vragenlijsten, is het onderzoek afhankelijk van de respons. Dit duurde langer dan gehoopt en we hebben van minder familieleden en medewerkers de ingevulde vragenlijsten terug gekregen dan verwacht.

9. Aanbevelingen

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden verschillende punten genoemd die we als aanbeveling geven aan Careander Regio Zuid. Deze aanbevelingen zijn volgens ons belangrijk in het vergrijzingproces binnen de organisatie. De aanbevelingen onderbouwen we met onze visie. We staan stil bij de positieve punten die Regio Zuid moet behouden en we noemen verbeterpunten. Het is onze mening dat deze punten bij kunnen dragen aan een betere begeleiding en ondersteuning van de ouder wordende cliënten binnen Regio Zuid.

De aanbevelingen zijn opgebouwd in drie categorieën. Eerst worden er aanbevelingen gedaan die gelden voor het management van Regio Zuid. Daarna wordt er gekeken naar aanbevelingen betreffende de medewerkers. Als laatste geven wij aanbevelingen met betrekking tot het gebouw.

9.2 Aanbevelingen betreffende Management Regio Zuid

9.2.1 *Verder visie/beleid vormen*

Binnen Regio Zuid is er sprake van lichte vergrijzing en dit zal in de toekomst toenemen. Het beleid van Careander Regio Zuid is dat cliënten zolang als mogelijk moeten kunnen blijven wonen in hun huidige woning. De woorden 'zolang als mogelijk' zijn een omschrijving die verschillend geïnterpreteerd kunnen worden en zorgen voor onduidelijkheid bij familie, medewerkers en cliënten. Er wordt door de regiomanager, de teamleider, andere medewerkers, familie en cliënten zelf, over deze kwestie verschillend gedacht (zie hoofdstuk 5).

Hierom adviseren wij het management van Regio Zuid in te spelen op de toekomst en duidelijkheid te scheppen voor iedereen die hier mee te maken heeft door een heldere omschrijving hiervan te formuleren.

Careander is bezig met visie- en beleidsvorming omtrent de ouder wordende cliënten. Dit blijft een dynamisch proces wat daarom een terugkerend punt op de agenda is.

Punten die volgens ons op dit moment belangrijk zijn om in het beleid verwerkt te worden zijn:

- Verwachtingen richting de medewerkers (moeten alle medewerkers met de ouder wordende cliënten werken of is dit een keuze?)
- Groepssamenstelling
- Aanpassing gebouwen

Deze punten worden verderop in dit hoofdstuk nog meer uitgewerkt.

9.2.2 *Contact met andere instellingen onderhouden*

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven staat heeft de Regio Zuid contact met verschillende andere instellingen; Thuiszorg en verpleeghuisarts. Dit is onder andere om gebruik te kunnen maken van elkaars expertise en om advies te kunnen vragen. Dit is een positief punt en wij bevelen dan ook aan om deze contacten te onderhouden en adviezen in te blijven winnen. Wij adviseren deze contacten uit te breiden naar andere instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Binnen dit contact kunnen er ervaringen en adviezen uitgewisseld worden over de veranderingen binnen de instelling door de vergrijzing.

9.2.3 *Communicatieverbetering tussen Bergveste en Slunterhof*

Dit advies sluit aan bij het bovenstaande advies. Bergveste en Slunterhof zijn woonlocaties van dezelfde organisatie die beide te maken hebben met ouder wordende cliënten. Bergveste werkt met een groep speciaal voor ouder wordende cliënten en is bezig met een verbouwing. Op Slunterhof wonen de ouder wordende cliënten op een groep met

verschillende leeftijden en worden er kleine persoonlijke aanpassingen gedaan voor een ouder wordende cliënt.

Het omgaan met deze doelgroep gebeurt in beide woningen op verschillende manieren. Door meer contact tussen teamleiders kan er zowel theoretische als praktische kennis worden uitgewisseld.

9.3 Aanbevelingen betreffende het personeel

9.3.1 *HBO geschoold personeel inzetten bij nieuwe ontwikkelingen*

Regio Zuid beschikt over relatief veel SPH'ers in vergelijking met andere instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze HBO opgeleide werknemers hebben door hun opleiding competenties ontwikkeld die Regio Zuid kan inzetten.

Specifieke SPH competenties die ingezet kunnen worden bij veranderingen zijn onder andere:

- Methodisch hulpverleners.
- Programma's voor hulpverlening ontwerpen in complexe context (zoals muzischagogisch).
- Verantwoorden van handelen.
- Professioneel samenwerken.
- Sturen: leiden en begeleiden.
- Innoveren.
- Onderzoeken.
- Reflecteren.⁴⁷

De toenemende vergrijzing binnen Regio Zuid vraagt om aanpassingen. Om beleid te vertalen naar een werkbare methodiek om deze aanpassingen uit te kunnen voeren adviseren wij de SPH'ers in te zetten. Ook het maken van werkbare programma's voor het begeleiden van de ouder wordende cliënten en het eventueel inzetten van muzischagogische middelen is een taak die door een SPH'er uitgevoerd kan worden. Onderzoek doen, professioneel hierin samenwerken en nieuwe plannen innoveren horen hier ook bij.

9.3.2 *Teamsamenstelling*

Binnen Regio Zuid werken medewerkers met verschillende opleidingen; variërend van SPW niveau 3 en 4, SPH, HBO-V tot de Z opleiding. Deze verschillende medewerkers nemen verschillende kennis en vaardigheden mee in het werk. Wanneer er op deze manier gekeken wordt naar de achtergrond van de verschillende medewerkers bij het samenstellen van de teams, kunnen er teams ontstaan waar de verschillende teamleden veel van elkaar kunnen leren. Wij adviseren binnen deze teams aan intervisie te doen zodat de verschillende kennis en vaardigheden gedeeld kunnen worden.

Daarnaast bevelen wij aan dat bij aannemen van nieuw personeel er gekeken dient te worden naar wat er nodig is in het team. Om in het team een zo compleet mogelijke samenstelling te krijgen die aansluit bij de veranderende zorgvraag van de ouder wordende cliënt. Doordat de vraag meer richting verzorging zal verschuiven, is onze aanbeveling hierbij om bij nieuwe sollicitatieprocedures aan te sturen op MBO-Verzorgenden.

9.3.3 *Weerstand personeel*

Uit de ingevulde vragenlijsten en in gesprekken met werknemers is bij een deel van de werknemers weerstand merkbaar wat betreft het werken met ouder wordende cliënten. Onze aanbeveling is om deze weerstand te proberen weg te nemen. Dit kan het beste zo vroeg mogelijk in het proces omdat een medewerker bij weerstand afstand neemt van het

⁴⁷ LOO SPH (2009) *Creatieve Professional - met afstand het meest nabij*. Amsterdam: SWP

probleem en naarmate het proces verder gaat steeds moeilijker te bereiken is.⁴⁸ Ons advies in het omgaan met weerstand is met een duidelijk beleid te komen wat de onduidelijkheid wegneemt bij medewerkers. Een van de grootste oorzaken van weerstand binnen organisatie is onduidelijkheid over de toekomst. Door helderheid over de toekomst te bieden kan deze onzekerheid en de bijkomende weerstand weggenomen worden. Daarbij is het belangrijk om het voordeel te laten zien, zodat ook door middel van argumentatie de weerstand weggenomen kan worden. Ook het overzichtelijk maken van wat er gaat gebeuren en wat er verwacht wordt van de medewerker helpt weerstand tegengaan of verminderen. Tenslotte is het weerstandverlagend binnen organisaties wanneer het duidelijk is dat de waarden en normen gelijk blijven.⁴⁹

9.3.4 *Medewerkers op vaste groepen*

Binnen Slunterhof worden medewerkers op allerlei groepen ingezet. Om beter bij de veranderende zorgvraag van de cliënt aan te sluiten en deze hulpvraag goed in beeld te krijgen adviseren wij om de medewerkers op vaste groepen te laten werken. (Dit kan ook bijdragen aan het wegnemen van de weerstand, doordat medewerkers kunnen kiezen voor een team dat niet met ouder wordende cliënten werkt.)

9.3.5 *Kennis- en vaardigheidsvergroting personeel*

Voor de veranderende hulpvraag van de ouder wordende cliënt hebben de medewerkers binnen Regio Zuid andere kennis en vaardigheden nodig dan die ze eerdere jaren hebben ingezet bij hun werkzaamheden. Onze aanbeveling is daarom dat er cursussen komen voor het personeel in Regio Zuid. In de cursussen kunnen de volgende onderwerpen behandeld worden:

- Veel voorkomende zorgvragen bij ouder wordende cliënten.
- Ziektebeelden leren herkennen (o.a. dementie).
- Praktische cursus hoe verzorgen + tillen (ergocoach).
- Medische kennis en handelingen.
- Omgaan met gevoelens en emoties van de ouder wordende cliënten (bieden van begeleiding bij levensvragen).⁵⁰

Verschillende van deze onderwerpen komen al aanbod in al aangeboden cursussen. Onze aanbeveling is dan ook om verschillende cursussen samen te voegen of aan te vullen en daarbij het accent te leggen op de begeleiding van de ouder wordende cliënt. Ons advies is om deze cursussen verplicht te stellen voor de mensen die werken met ouder wordende cliënten vóórdat de vergrijzing verder inzet, zodat optimale zorg gewaarborgd blijft.

9.4 Aanbevelingen betreffende het gebouw

In Bergveste en Slunterhof is het wenselijk dat met het oog op de ouder wordende cliënt er een aantal aanpassingen met betrekking tot het gebouw worden gedaan. De aanpassingen gelden vooral voor de Slunterhof. Bergveste wordt nu verbouwd en daarbij worden veel van de onderstaande zaken al meegenomen.

9.4.1 *Slunterhof aanpassen*

Hieronder volgt een lijst met aanbevelingen die gelden voor het hoofdgebouw, de Slunterhof. In paragraaf 9.4.2 geven wij aanbevelingen waarvoor geen verbouwing

⁴⁸ College Management en Financieel Management, 14 sept 2009 'Veranderingsprocessen, hoe geef je sturing aan veranderingen' Ard Vreugdenhil

⁴⁹ College Management en Financieel Management, 14 sept 2009 'Veranderingsprocessen, hoe geef je sturing aan veranderingen' Ard Vreugdenhil

⁵⁰ Aanbeveling: Aanan, T. en Romeijn, C.(2010) *Zo zijn onze manieren*. Afstudeeronderzoek MWD, Careander & Hogeschool Utrecht.

noodzakelijk is, in paragraaf 9.4.3 geven wij aanbevelingen waarvoor wel een verbouwing noodzakelijk is.

9.4.2 *Aanbevelingen zonder verbouwing*

Zorgkamers

Op de eerste verdieping zijn twee zorgkamers ingericht. In de toekomst zal waarschijnlijk behoefte zijn aan meerdere zorgkamers. Onze aanbeveling is om de twee slaapkamers op de benedenverdieping in te richten als zorgkamers. Dit omdat er geen bedden in de lift kunnen en deze kamers dichterbij de woonkamer zijn gelegen. Hierdoor kunnen de cliënten gemakkelijker bij het leven op de groep worden betrokken.

Relingen in de gang

Een handig hulpmiddel voor ouderen zijn relingen in de gangen. Cliënten die bijvoorbeeld slechter ter been worden, hebben hier extra steun aan.

Alarmsysteem uitbreiden

Het huidige alarmsysteem kan voor ouder wordende cliënten moeilijk te bedienen zijn. De knopjes zijn klein en vaak niet vanuit het bed te bedienen. Onze aanbeveling is daarom om dit de huidige kastjes groter te maken en het systeem uit te breiden met losse drukkastjes. Door de huidige kastjes groter te maken, is het voor de cliënt herkenbaar waar hij op moet drukken in geval van nood. De losse kastjes kunnen cliënten bijvoorbeeld bij hun bed hangen of bij zich dragen wanneer zij over de gang lopen.

9.4.3 *Aanbevelingen met verbouwing*

Slaapkamers

De slaapkamers op de Slunterhof zijn niet allemaal gelijk. Er zijn relatief kleine slaapkamers waar een keukenblokje, een bed, een stoel en een kast inpassen. Andere slaapkamers zijn een stuk groter. Wij vinden het gewenst dat voor alle cliënten de slaapkamers even groot zijn als de wat ruimere slaapkamers in de Slunterhof. Voor ouder wordende cliënten biedt dit ruimte aan hulpmiddelen (rollator, rolstoel etc.), maar ook voor de cliënten zonder deze hulpmiddelen is ruimte in de kamer gewenst en sluit aan bij de wensen van deze tijd. Bijvoorbeeld voor het ontvangen van bezoek.

Gangen

De gangen in de Slunterhof zijn wel breed, maar er staan kasten in. Hierdoor lijken de gangen veel smaller dan ze in werkelijkheid zijn en gaat er ruimte verloren. Wij adviseren een gedeelte van de gang bij de kamer te betrekken, waardoor de kasten in de slaapkamers passen. De verloren ruimte voor extra kamer ruimte zorgt ervoor dat de gang overzichtelijker wordt. Hierdoor wordt de gang wel iets smaller, maar blijft er nog voldoende ruimte over om met een bed door de gang te rijden.

Badkamer

Het is voor elke bewoner prettig als hij of zij een eigen badkamer heeft en hier gebruik van kan maken wanneer hij of zij dat wil. Ouder wordende cliënten hebben door hun lichamelijke veranderingen vaker behoefte aan een badkamer (bijvoorbeeld door incontinentie). Ze hebben hulp nodig bij het gebruik maken van toilet en douche waardoor ze meer tijd doorbrengen in de badkamer. Onze aanbeveling is dat cliënten een eigen badkamer krijgen of wanneer nodig deze door maximaal twee cliënten laten delen. Dit sluit ook aan bij de wensen van deze tijd.

Lift

Het is belangrijk dat deze in de toekomst groter gemaakt wordt zodat er een bed in past.

Deze kan gebruikt worden in noodgevallen om een cliënt per brancard of in bed te kunnen verplaatsen van boven naar beneden. Daarnaast is een groter lift van belang bij ouder wordende cliënten zodat er een bed in de lift kan. Het is voor een cliënt die bedlegerig wordt belangrijk dat hij naar beneden kan om bijvoorbeeld met het bed en al in de huiskamer te staan om zo deel te nemen aan het leven op de groep of de regelmaat van de dag mee te maken.

Deuropeningen

Door de deuropeningen in de Slunterhof kunnen geen bedden. Wanneer cliënten meer lichamelijke klachten krijgen en bedlegerig zijn, is het wenselijk dat zij met hun bed naar de woonkamer gereden kunnen worden om op deze manier deel te hebben aan het leven op de groep. (zie ook 'lift'.)

Woonkamer

De woonkamers op de Slunterhof zijn over het algemeen vrij donker ingericht. Er zijn wel voldoende ramen. Als een bewoner de weg kwijt raakt kan hij of zij makkelijk verdwalen. Er zijn veel gangen en trappen naar boven. Het is lastig voor een ouder wordende cliënt met beginnende dementie om de weg naar zijn eigen kamer te vinden en te blijven vinden. Onze aanbevelingen zijn bij een verbouwing de woning overzichtelijk te ontwerpen.

9.5 Groepen

De hulpvraag van de ouder wordende cliënt verandert. Om hier goed op in te kunnen spelen en daarnaast ook begeleiding aan de andere cliënten te kunnen bieden adviseren wij om de verschillende groepen in te delen op niveau van hulpvragen. De ouder wordende cliënten komen dan bij elkaar in een groep te wonen zoals op Bergveste al het geval is met de groep 'de Zonnebloem'. Ouder wordende cliënten in de woning kunnen bij veranderende hulpvraag doorschuiven naar deze groep. Dit voorkomt op de andere groepen dat alle begeleidingstijd van de medewerker naar de ouder wordende cliënt gaat. Daarnaast wordt het personeel wat op deze groep werkt gespecialiseerd in het werken met ouder wordende cliënten en kan daardoor specifiekere zorg bieden, continuïteit in zorg waarborgen en symptomen herkennen.

9.6 Kok

Binnen Slunterhof en Bergveste is een keuken aanwezig waarin iedere doordeweekse dag door een kok het eten gekookt wordt. Dit vinden wij een positieve inbreng binnen de huizen. Wij bevelen aan om dit in stand te houden. Op deze wijze blijven cliënten zintuiglijk geprikkeld; er hangen etensgeuren in huis en er kan gekeken worden hoe het eten wordt bereid in de keuken.

Literatuurlijst

Boeken

Andeweg, B. Elling, R. Jong, J. de, & Swankhuisen, C. (2000). *Rapportagetechniek*. Groningen/ Houten: Wolters Noordhoff bv.

Baarda, D.B. Goede, M.P.M, de, & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek Enquêteeren*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers. Pp 31-81.

Baarda, D. B. Goede, M.P.M, de, de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Wolters Noordhoff bv.

Benedictus, R. Oppel-Verkade, M. Verhoef, A.C. & Hautvast-Haaksma, H. (Red.) (2002). *Begeleiden SPW 4*. Baarn: Nijgh Versluys.

Bleeksma, M. (2001). *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

Bosch, E. (1996). *Dood en sterven in het leven van mensen met een verstandelijke handicap*. Baarn: Nelissen B.V.

College voor zorgverzekeringen. (2010). *Gebruikersgids Zorgzwaartepakketten 2010, Verstandelijke beperking*. Postbus 51.

Coolen, J. (Z.D.). *Ondersteuning ZZP wat kan ik ermee? Een ondersteuning voor cliënten bij de zorgzwaartepakketten*. Haarlem: VaDéHa Communicatie B.V.

Evenhuis, H.M. (2002). *Want ik wil nog lang leven, Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Zoetermeer/Rijswijk: Quantas.

Kroef, M. (2008). Levensverhalen van ouderen, tegen de vluchtigheid in. *Klik*, 2008 (2), 18-20.

Vink, R. (2004). Thema Dementie. Respectvol en methodisch begeleiden. Een goede oude dag voor mensen met dementie. *Klik*, 2004 (12), 12-14.

Internet

<http://www.bergveste.nl>

<http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf> *Vergrijzing binnen de verstandelijke gehandicapten zorg, Op tijd bouwen voor ouderen Signaleringsrapport College bouw ziekenhuisvoorzieningen (rap.nr. 548).*

Intranet bestanden van Careander (alleen toegang met inlog)

<http://www.minfin.nl/dsresource?type=pdf&objectid=minfinbeheer:73760&versionid=&subobjectname>.

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartebekostiging/invoering-zorgzwaartebekostiging>.

<http://www.slunterhof.nl>

http://zorgzwaarte-pakket.nl/images/document/zzp/zzp_handreiking.pdf Coolen, J. & Laterveer, M. (2010), Zorgzwaartepakketten een algemene leidraad.

Bijlage 1**Labelschema**

In figuur 5 zijn alle antwoorden van de medewerkers ingevuld. De getallen achter de antwoorden duiden op het nummer van de vraag. In figuur 6 zijn de samengevoegde thema's weergegeven.

Passende zorg (1)	Beleidsverandering (4)
Eigen omgeving (1)	Thuis oud worden (4)
Sluit niet aan bij visie (2)	Negatief (4)
Vergrijzing (2)	Moet veranderen (4)
Wel handig, we hebben er nu mee te maken (3)	
Is een persoonlijke keus (3)	
Kennis ontbreekt (3)	
Iets voor de toekomst (3)	
Geen interesse in doelgroep (3)	

Figuur 5.

Labels uit figuur 5	Label na samenvoeging
Zorgvraag ouder wordende cliënt	Ouder wordende cliënt
Logisch gevolg	
Vergrijzing	
Thuis oud worden	
Moet veranderen	
Kennis ontbreekt	
Iets voor de toekomst	
Passende zorg	
Eigen omgeving	
Niet willen en wennen	
Sluit niet aan bij visie	Beleidsmatig
Beleidsverandering	

Figuur 6.

Bijlage 2 interviewsPersoneel

1. Mensen met een verstandelijke beperking worden tegenwoordig steeds ouder en krijgen daardoor ook behoefte aan persoonlijke verzorging en aan verpleging. De visie van Careander Regio Zuid is dat haar cliënten zolang als mogelijk is, in de wooncentra kunnen blijven wonen.
Vindt u dat de huidige wooncentra voldoende zijn ingericht om aan deze groep cliënten verantwoorde zorg en begeleiding te bieden?
2. Vindt u dat Regio Zuid een wooncentrum zou moeten creëren voor ouder wordende cliënten en voor de (ernstig) meervoudig gehandicapte cliënten?
 - ☐ Ja (ga naar vraag 2a)
 - ☐ Nee (ga naar vraag 2b)
 - ☐ Anders nl.....
- 2a. Waarom vindt u dat wel?
- 2b. Waarom vindt u dat niet?
3. Bent u bereid om een opleiding of cursus te gaan volgen zodat u ook kunt werken met cliënten met een (ernstige) meervoudige handicap?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
 - ☐ Anders nl.....
- 3a. Zo ja waarom wel?
- 3b. Zo nee waarom niet?
4. Hoe ziet u de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Sluntherhof en Bergveste?

Familieleden

1. Mensen met een verstandelijke beperking worden tegenwoordig steeds ouder en hebben daardoor ook behoefte aan persoonlijke verzorging en aan verpleging. De visie van Careander Regio Zuid is dat haar cliënten zolang als mogelijk is, in de wooncentra kunnen blijven wonen.
Vindt u dat de huidige wooncentra voldoende zijn ingericht om aan deze groep cliënten verantwoorde zorg en begeleiding te bieden?
2. Vindt u dat Regio Zuid een wooncentrum zou moeten creëren voor ouder wordende cliënten en voor de (ernstig) meervoudig gehandicapte mensen?
 - ☐ Ja (ga naar vraag 2a)
 - ☐ Nee (ga naar vraag 2b)
 - ☐ Anders nl.....
- 2a. Waarom vindt u dat wel?
- 2b. Waarom vindt u dat niet?
- 3a. Wat vindt u van de huidige zorg die Careander Regio Zuid aan de ouder wordende cliënt biedt?
 - ☐ Zeer goed
 - ☐ Goed
 - ☐ Voldoende
 - ☐ Matig
 - ☐ Slecht
 - ☐ Anders nl.....
- 3b. Wilt u uw antwoord gegeven bij vraag 3a toelichten?
4. Hoe ziet u de toekomst van de ouder wordende cliënt binnen Careander Regio Zuid?
5. Wat zou u graag verbeterd willen zien rondom de zorg voor de ouder wordende cliënt t.o.v. de begeleiding?
6. Wat zou u graag verbeterd willen zien binnen Careander Regio Zuid in het algemeen?

Clëntenraad

1. Vinden jullie het fijn als je altijd in het huis kan blijven wonen waar je nu in woont?
2. Wat vinden jullie ervan om te verhuizen naar een ander huis? (van een buitenhuis naar de hoofdlocatie bijvoorbeeld)?
3. Wat vinden jullie ervan als iemand moet verhuizen. Omdat de begeleiding niet voor hem of haar kan zorgen? Bijvoorbeeld iemand kan zich niet meer zelf aankleden. De begeleiding moet dit doen. Maar weet niet hoe dat moet.
4. Wat vinden jullie fijn in het huis waar je woont? Bijvoorbeeld een eigen kamer, gezelligheid, de begeleiding snapt goed wat je bedoelt.
5. Wat vinden jullie niet fijn in het huis waar je woont? Bijvoorbeeld teveel mensen in 1 huis, of begeleiding die niet altijd begrijpt wat je wilt en bedoelt.

Bijlage 3

Aan : Directie

Van : Jacqueline Arts

Datum : 23-6-2009

Betreft : Eindrapportage stand van zaken doelgroep ouderen

Deelnemers werkgroep	1. Frans van Hoorn 2. Jenneke Hakstege 3. Egbert van de Hoek 4. Netty van Middendorp 5. Gert Jan van Doorn	6. Marieke Holsappel 7. Jacqueline Arts 8. Steefjan Jansen 9. Alice Lenting 10. Klaas Kopinga
Opdracht	Uitgangspunt is geweest de beleidsnotitie ouderenbeleid van 2007. Het beleid is nader uitgewerkt aan de hand van een aantal items: 1. Doelgroepdefiniëring 2. Accommodatie 3. Samenwerking verpleeghuis 4. Palliatieve zorg 5. Professionalisering/functiegebouw 6. Grenzen aan de zorg 7. Dagbesteding	
Doelgroep definiëring	Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen er – globaal genomen – vanaf de leeftijd van 50 jaar verouderingsverschijnselen optreden. Of en wanneer ze zich manifesteren is echter afhankelijk van het niveau van functioneren. - Licht verstandelijk gehandicapten verouderen vanaf ongeveer 60 jaar, net als normaal begaafde leeftijdgenoten. - Matig verstandelijk gehandicapten verouderen over het algemeen rond de leeftijd van 50 jaar - Ernstig- en meervoudig gehandicapten en zieke verstandelijk gehandicapten kunnen vanaf 30-35 jaar al een achteruitgang in hun functioneren vertonen - Mensen met Downsyndroom verouderen – mede afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking – vanaf 35-40 jaar Daarnaast is er een indeling naar zorgbehoefte: - Normaal verouderende verstandelijk beperkten - Ouder wordende verstandelijk beperkten met verzorgings/verpleegbehoefte - Normaal verouderende mensen met Downsyndroom - Ouder wordende mensen met Downsyndroom met verzorgings/verpleegbehoefte - Dementerenden	
Accommodatie	De werkgroep is van mening dat de bebouwde omgeving van ouder wordende verstandelijk gehandicapten een andere is als de regulier bouw	

	voor mensen met een verstandelijke handicap. Aandachtspunten hierbij zijn; - Tijdig opstellen van een uitgebreid programma van eisen, laten adviseren door deskundigen (maatgeving, kleuren, verwarming, koeling, ventilatie, logistiek, veiligheid, enz. enz. enz.) - Situering van het complex in de nabijheid van het maatschappelijk gebeuren en diensten bij voorkeur in de nabijheid van een V en V organisatie t.b.v. professionele ondersteuning - Bijzondere aandacht besteden aan de aankleding en inrichting van het complex, wanden, vloeren, verlichting, meubels, enz. - Optimale voorzieningen aanbrengen in het complex, geen transfer van cliënten m.b.v. plafondlift door verkeersruimten - Domotica niet als doel op zich (laten) stellen maar afstemmen op cliënt en organisatie
Samenwerking met het verpleeghuis	Bij Careander wordt nadrukkelijk gestreefd naar een transmurale aanpak. In de praktijk blijkt dit niet gemakkelijk te zijn. Careander heeft zelf gezorgd voor aangepaste locaties om zorg aan ouderen te bieden. Toch blijft samenwerking noodzakelijk. Voordelen: - werken in een multidisciplinair team - delen van deskundigheid - soepele doorstroming Aandachtspunten: - financiële stromen - samenwerking hangt af van personen Aanbeveling: De regiomanager zorgt voor contacten met verpleegzorg in de regio.
Palliatieve zorg	Een subwerkgroep heeft onderzocht hoe palliatieve zorg binnen Careander gerealiseerd kan worden. Conclusie is dat de term palliatieve zorg verwachtingen wekt die Careander niet kan waarmaken. Het is raadzaam te spreken van zeer zorgintensieve cliënten. Ook bieden we zorg rond het levenseinde aan cliënten die geen gespecialiseerde medische zorg nodig hebben. De handreiking “medische beslissingen rond het levenseinde” Aanbevelingen: - Samenwerking zoeken en onderhouden met gespecialiseerde zorgverleners in de regio (verpleeghuisartsen; palliatief zorgconsulent) - Vrijwilligers uit de palliatieve zorg inschakelen. - Specialisatie brengen naar agogisch medewerkers. In de toekomst kunnen vanuit het team van de Zevenakkers deskundigen ingeschakeld worden door andere locaties
Professionalisering/functiegebouw	Naast de competenties beroepskrachten zoals genoemd in het landelijk competentieprofiel vraagt de ouderenzorg vooral empathisch vermogen van begeleiders. Men moet steeds rekening houden met de vaak sterk wisselende lichamelijke en psychische toestand van de cliënt. Er is geen

	sprake meer van ontwikkeling of vooruitgang. Naast agogisch medewerkers zullen ook zorgmedewerkers deel uitmaken van het team.
Grenzen aan de zorg	Dit onderwerp is binnen de werkgroep voortdurend aan de orde geweest. Er is geen objectief meetinstrument en het is niet mogelijk om hier eenduidige uitspraken over te doen. Het is van belang om met elkaar in gesprek te gaan wanneer een cliënt tot de doelgroep ouderen gaat behoren. Begeleiders letten extra op kenmerken van het verouderingsproces. De agoog doet een basismeting m.b.v. observatieschalen. De OSP bespreking is een goed moment om hier bij stil te staan. Het doel is om de zorgbehoefte vast te stellen en vervolgens te onderzoeken waar de beste zorg geboden kan worden. Op deze manier hebben alle partijen tijd en gelegenheid om aan het idee te wennen dat de zorg voor de cliënt zal gaan veranderen. Als de gangbare zorg niet meer voldoet zal het gemakkelijker zijn om de alternatieven te bespreken: - gespecialiseerde zorg naar de cliënt toebrengen - verhuizen naar een aangepaste locatie van Careander in de regio - verhuizen naar een zorginstelling buiten Careander Verhuizen kan een ingrijpende beslissing zijn voor direct betrokkenen, vooral als er zich acute problemen voordoen. In die gevallen wordt een kernteam samengesteld die gemachtigd is om beslissingen te nemen. Het kernteam bestaat tenminste uit: persoonlijk begeleider, teamleider, agoog, contactpersoon namens de familie.
Dagbesteding	'De Schuilplaats' (locatie van Careander) heeft veel expertise op het gebied van ouderen. Hier is een werkgroep bezig beleid te schrijven over vraaggerichte dagbesteding voor ouderen.