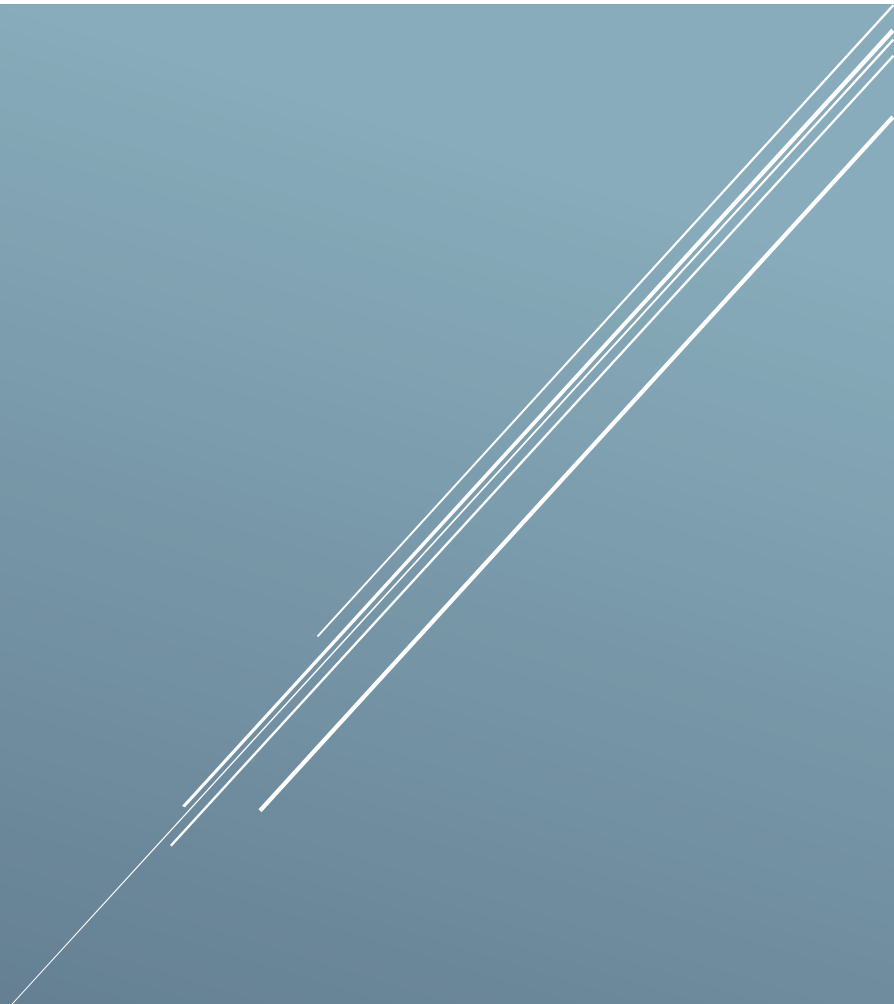




ONDERZOEKSVERSLAG

Aansluiten bij de veranderende zorgvraag van de
ouder wordende VG-cliënt

Cijfer: 8

Onderzoeksvraag

“Welke vorm van ondersteuning kunnen ergotherapeuten van ASVZ aan woon- en activiteitenbegeleiders bieden om de ouder wordende VG-cliënt te ondersteunen in de veranderende zorgvragen, waarmee de kwaliteit van zorg wordt verbeterd?”

Student

Naam: Lina Neira Guecha
Instituut: Instituut voor Gezondheidszorg (IvG)
Opleiding: Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam
Schooljaar: 2020-2021
Inleverdatum: 11 juni 2021
Aantal woorden: 6686

Opdrachtgever

Naam: A. Steijns
Functie: Ergotherapeut
Instelling: ASVZ

Begeleider

Naam: N. Snijders-Kunto
Functie: Docente ergotherapie

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt een onderzoeksverslag waarbij de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking centraal staat. Mijn onderzoek richt zich op wat voor ondersteuning de ergotherapeut aan de begeleiders kan bieden zodat er juist aangesloten kan worden op de veranderende zorgbehoeftes.

Eerder mocht ik bij ASVZ mijn afstudeerstage voor de opleiding Ergotherapie succesvol afronden. Hierbij heb ik met alle doelgroepen gewerkt en tijdens mijn stage ben ik tegen dit praktijkprobleem aangelopen. Ook heb ik ervaring opgedaan in de ouderenzorg, Toen deze vraag bij mij kwam als mogelijke afstudeeronderwerp ging ik hier met enthousiasme mee aan de slag.

Dit onderzoeksverslag is bestemd voor de ergotherapeuten van ASVZ. Maar voor betrokkenen of medewerkers van andere organisaties is het zeker de moeite waard om dit verslag te lezen wegens de relevante en actuele informatie die in dit verslag te lezen is.

Tijdens het schrijven van mijn verslag en met name tijdens het afnemen van de interviews viel mij heel erg op hoe betrokken de werknemers zijn bij het welbevinden van de cliënt, en het harde werken wat wordt uitgevoerd om op te komen voor de belangen van de cliënt en om een stem voor hen te zijn.

Allereerst wil ik mijn dank betuigen aan Anne Steijns, opdrachtgever en ergotherapeut bij ASVZ. Bedankt voor de wekelijkse overleggen, dat je mij hielp met de focus houden op de kern van dit onderzoek en voor al je tijd, moeite, en acties om dit product tot werkelijkheid te brengen. Mijn dank is groot.

Aan alle personen die ik heb mogen interviewen of met wie ik heb kunnen sparren: hartelijk dank voor jullie tijd, ideeën, suggesties, en jullie passie voor het leveren van kwaliteit van zorg.

Ook mijn docent Nikki Snijders wil ik bedanken voor de fijne begeleiding en om mij de juiste kant op te sturen in de verschillende processen.

Tot slot wil ik mijn studiegenoten Aicha, Cora en Kim bedanken. Zij hebben mij veel steun en inspiratie geboden tijdens het schrijven van dit onderzoeksverslag.

Ik wens u veel leesplezier toe,

Lina Neira Güecha

Rilland, 11 juni 2021

Samenvatting

Dit onderzoeksverslag heb ik geschreven in opdracht van ASVZ, een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking (VG-cliënten). Dit onderzoek gaat over het juist aansluiten bij de veranderende zorgvraag van de ouder wordende VG-cliënt.

Probleemstelling: In ASVZ wonen er ouder wordende cliënten met vaak een complexe hulpvraag. De zorgbehoeften van deze cliënten verschuiven van begeleiding naar verzorging. De begeleiders die dagelijks zorg verlenen zijn hier niet voor geschoold. Betrokken disciplines zien de achteruitgang vaak aankomen maar toch worden begeleiders er toch door overvallen wanneer die zich effectief aandient bij een bewoner. De juiste kennis en middelen worden te laat ingezet bij nieuwe zorgvragen

Doelstelling: het doel van dit onderzoek is om vanuit ergotherapeutische expertise een bijdrage te leveren aan de dagelijkse zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking.

Onderzoeksvraag: Welke vorm van ondersteuning kunnen ergotherapeuten van ASVZ aan woon- en activiteitenbegeleiders bieden om de ouder wordende VG-cliënt te ondersteunen in de veranderende zorgvragen, waarmee de kwaliteit van zorg wordt verbeterd?

Methoden: artikelen zijn gezocht in de databanken NIVEL, Medline via Pubmed en Cochrane. Voor het praktijkonderzoek zijn zeven responden geïnterviewd, werkzaam op verschillende locaties: twee persoonlijke begeleiders, twee teamleiders, een verpleegkundige, een ouderenadviseur en de manager van Kwaliteit. Een semigestructureerd interview is afgenomen aan de hand van een topiclijst en aan de hand van deze lijst is een thematische analyse uitgevoerd.

Belangrijkste resultaten: Literatuurstudie: zorgmedewerkers zouden getraind of opgeleid zouden moeten worden in de te verwachten veranderingen bij een ouder wordende cliënt, er zouden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld moeten worden, er moet een goede samenwerking plaats vinden tussen disciplines en directe zorgverleners, duidelijke communicatie tussen alle betrokken dient te worden onderhouden, preventieve screening dient te worden uitgevoerd om zorg voor de cliënt te plannen en om te voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt. Praktijkonderzoek: signaleren wordt belemmerd door praktische zaken (tijdsdruk, weinig personeel of ze merken de geleidelijke veranderingen niet op). Begeleiders zijn "doeners" en willen het graag eerst proberen zelf op te lossen. Een richtlijn opstellen en een aanspreekpunt hebben/meerdere mensen die goed kunnen signaleren zou helpen. Woningen hebben baat bij dat de ergotherapeut regelmatig langskomt en zichtbaar blijft, persoonlijk contact onderhoudt en zijn professionele frisse blik werpt op de casussen.

Conclusie: aanbevelingen worden gedaan aan de ergotherapeuten over welke vorm van ondersteuning zij kunnen bieden aan de begeleider. Vormen van ondersteuning is een spreekuur houden, aansluiten bij scholingen en/of Individueel Plan besprekingen en een themamiddag houden. Daarnaast is het voordoen van handelingen als gewenst aangegeven en wordt een open houding van de ergotherapeut, wederzijds vertrouwen en een goede samenwerking als belangrijke factoren aangekaart om goede zorg te leveren.

Discussie: beperkingen zijn het ontbreken van fulltext artikelen en het ontbreken van een interview met een orthopedagoog. Het belang van juist signaleren door de begeleider wordt in zowel praktijk- als literatuuronderzoek benadrukt, evenals het belang van effectieve communicatie en samenwerking van de behandelaar (ergotherapeut) .

Inhoud

Inleiding	4
1 Probleemanalyse	5
1.1 Huidige situatie.....	5
1.2 Achtergrond.....	6
1.3 Afbakening en relevantie	6
2 Probleemstelling.....	7
3 Doelstelling.....	7
4 Vraagstelling	7
5 Onderzoeksmethode	8
5.1 Literatuurstudie.....	8
5.1.1 PICO-vraag.....	8
5.1.2 Zoektermen	8
5.1.3 Selectiecriteria.....	9
5.1.4 Zoekstrategie	9
5.2 Praktijkonderzoek.....	10
5.2.1 Plan van aanpak.....	10
5.2.2 Onderzoeksdesign	10
6 Resultaten.....	11
6.1 Literatuuronderzoek.....	11
6.2 Samenvatting literatuuronderzoek	13
6.3 Praktijkonderzoek.....	13
6.4 Samenvatting praktijk onderzoek	19
7 Discussie	20
7.1 Inhoudelijk.....	20
7.2 Methodologisch.....	21
8 Conclusie	21
9 Aanbevelingen	22
Literatuurlijst	23
Bijlagen	26
I. Literatuursearch	26
II. Topiclijst	31
III. Interviews	32
IV. Eindproduct aanbevelingen.....	110

Inleiding

Mensen met een verstandelijke beperking worden ouder, net als mensen zonder een verstandelijke beperking (VG-cliënten). Maar het verloop van het ouder worden en de veranderende zorgvragen van deze doelgroep ziet er anders uit. Uit onderzoek blijkt dat vijftigplussers met een verstandelijke beperking wat betreft de combinatie van aandoeningen en het medicijngebruik, te vergelijken zijn met Nederlandse verpleeghuisbewoners, die gemiddeld 25 tot 30 jaar ouder zijn. 47% van de groep vijftigplussers met een verstandelijke beperking heeft vier of meer chronische ziekten en 40% gebruikt permanent vijf tot meer medicijnen, dit maakt hen kwetsbaar. De specifieke combinatie van ouderdomsaandoeningen en verstandelijke beperking vraagt om zorg op maat en aandacht voor preventie (VGN, z.d.). Vereniging Gehandicapten Zorg pleit voor het goed inspelen op deze kwetsbaarheid door passende ondersteuning en zorg, dit is cruciaal voor de kwaliteit van leven. Door een ander onderzoek wordt het belang naar voren gebracht van het bedacht zijn op de achteruitgang van deze doelgroep (Oppewal, A., Schoufour, J. D., Evenhuis, H. M., 2016).

De zorgorganisatie ASVZ (Algemene Stichting Voor Zorg) heeft meerdere locaties waar ouder wordende cliënten met een verstandelijke beperking wonen, Anne Steijns is de ergotherapeute op deze locatie en tevens de opdrachtgever. ASVZ biedt duurzame zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, die voor korte of langere tijd van deze dienstverlening gebruik maakt (ASVZ, z.d.). De visie van ASVZ is dat cliënten zo lang mogelijk op hun woning blijven wonen, dit is een aspect van duurzame zorg. Duurzame zorg wordt door het Kenniscentrum Duurzame Zorg (2018) beschreven als zorg die: goed is voor de mens; geen schade berokkent, maar ook een zorg(organisatie) die geen onevenredige lasten bij de volgende generatie neerlegt; betaalbaar blijft, een stelsel waarbinnen (zorg)professionals een zinvolle taak hebben en zich in hun professionaliteit kunnen ontwikkelen

De locatie Vincentius was voorheen een klooster waar nonnen woonden. 40 à 50 jaar geleden gaven deze nonnen zorg aan meisjes uit rijke gezinnen met het syndroom van Down. Op deze locatie wonen deze meisjes nog steeds onder begeleiding, zij worden ouder en hier komen nieuwe zorgvragen bij. Sinds ASVZ de zorgaanbieder is geworden is de doelgroep ook veranderd, de cliënten die nu opgenomen worden op deze en andere locaties binnen ASVZ hebben een complexere hulpvraag. Ook bij deze doelgroepen komen nieuwe zorgvragen bij wegens de achteruitgang in de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking. Op verschillende locaties van ASVZ, zijn er woningen waar veel woon- en activiteiten begeleiders werken, deze zullen in het verslag als 'begeleiders' worden omschreven. Deze begeleiders zijn veelal opgeleid als (woon)begeleider, niet als verpleegkundige of verzorgende (IG). Cliënten worden ouder waardoor de zorg verandert van begeleiding naar verzorging, begeleiders dienen nieuwe vaardigheden te leren om in de veranderende zorgbehoefte te voorzien. Men ziet deze transitie aankomen maar wordt er toch door overvallen als die zich effectief aandient bij een bewoner. Op deze manier wordt geen duurzame zorg en kwaliteit van zorg geleverd.

Het onderzoeksverslag richt zich op de begeleiders van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking. Vragen van de afdeling ergotherapie zijn: "Wat kunnen wij als ergotherapeuten doen om de begeleiders te ondersteunen met het aanbieden van zorg op maat aan de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking? Wat wordt al gedaan door ASVZ? Waar liggen de kansen voor ergotherapie? Hoe moet dit eruit zien? Wat kunnen de ergotherapeuten doen aan preventie?"

1 Probleemanalyse

1.1 Huidige situatie

Op de woningen van ASVZ, zoals op de locatie Vincentius, zijn veelal woon- en activiteitenbegeleiders werkzaam en geen verpleegkundigen of verzorgenden (IG). Deze begeleiders zijn niet geschoold in het gebruik van til- en transferhulpmiddelen, steunkousen ergonomisch aantrekken en ADL zorg verlenen aan cliënten die zwaarder te verzorgen zijn door achteruitgang in mobiliteit. De begeleiders op de woningen zijn hier oorspronkelijk niet voor ingezet en bezitten hier geen kennis of ervaring over. In de organisatie ASVZ werkt de ergotherapeut vraaggestuurd. Wanneer een cliënt achteruit gaat en de woning vragen heeft om hierop aan te sluiten wordt de ergotherapeut ingeschakeld op verwijzing van de arts.

Aanwezige hulpbronnen rondom de ouder wordende cliënt is het paramedisch team, VOM (Verpleegkundige Ondersteuning Medische dienst) en de begeleiders die opkomen voor de belangen van de cliënt. Begeleiders werken vaak jarenlang op woningen met vaste cliënten, met wie zij een sterke band mee hebben opgebouwd. Ook is er een ouderenteam binnen ASVZ die op vraag kan worden ingeschakeld, de ergotherapeut maakt hier geen onderdeel van uit. Dit team bestaat uit twee sectormanagers, één arts verstandelijk gehandicapten (AVG), een teamleider, twee orthopedagogen en een kwaliteitsfunctionaris. Het ouderenteam ontwikkelt beleid voor de ouderensector binnen ASVZ, draagt bij aan scholing voor begeleiders en geeft advies in het geval van individuele begeleidingsvragen (ASVZ, z.d.).

Wanneer een cliënt achteruit gaat en deze cliënt bekend is bij een behandelaar, wordt er door deze behandelaar gesignaleerd en geïnformeerd bij de teamleider dat er nieuwe zorgvragen aankomen. In de praktijk zijn er bijna altijd andere zaken op de woningen die prioriteit hebben waardoor het anticiperen op de nieuwe zorgvragen niet aan bod komt.

In de praktijk wordt de ergotherapeut in ASVZ te vaak te laat ingeschakeld, wanneer de situatie zo problematisch is dat het niet meer gaat. De ergotherapeut heeft vaak het idee “achter de feiten aan te lopen” omdat er vaak verschillende zaken (snel) geregeld moeten worden. Denk aan uitleg en voorlichting geven over het gebruik en inzetten van til- en transferhulpmiddelen, maar ook het uitwerken van allerlei instructies op papier. Ook begeleiders worden overvallen met het moeten leren van nieuwe vaardigheden en manier van handelen. Deze situaties spelen zich vaker af op de locatie Vincentius. Hier zijn de paramedici erg betrokken, maar er zijn ook locaties binnen ASVZ waarbij de omvang van dit probleem niet bekend is, omdat de ergotherapeut hier minder bij betrokken is.

1.2 Achtergrond

Uit een onderzoek, gericht op de impact van de kwetsbaarheid van de ouder wordende VG-cliënt op de toenemende zorgbehoefte, komt naar voren dat deze groep al vroeg tekenen van broosheid laat zien (Schoufour et al., 2014). Deze groep heeft in een span van drie jaar een grotere behoefte aan zorg, dit hangt samen met comorbiditeit.

In het onderzoek van Cardol en Meulenkamp (2013) wordt gesteld dat ouderenbeleid gezien moet worden als levensloopbeleid. Aandacht voor veranderingen zou een plaats moeten krijgen, ook op jongere leeftijd en ook bij een lichte en matige verstandelijke beperking. In een ander onderzoek (Service & Hahn, 2003) wordt het belang van de rol van de verpleegkundige (of woonbegeleider) naar voren gebracht. Hierin staat dat de verpleegkundige ruim van te voren collega's en familie ondersteunt met het thema *ouder worden*.

Het niet juist kunnen aansluiten op de veranderende zorgvraag speelt zich niet alleen af binnen de organisatie ASVZ, maar ook op grotere schaal. Een ergotherapeute van de zorgorganisatie SDW herkent dit probleem. SDW heeft 'ergocoaches' in dienst, deze zijn begeleiders met als aandachtsgebied het ergonomisch werken. De ergocoach signaleert wanneer een cliënt baat heeft bij (andere) hulpmiddelen of technieken en kan hiervoor de ergotherapeut inschakelen. ASVZ heeft geen ergocoaches in dienst.

1.3 Afbakening en relevantie

De focus van dit onderzoek ligt op de begeleiders binnen ASVZ. Het onderzoek zal zich niet richten op ergotherapeutische interventies gericht op de ouder wordende VG-cliënt, maar de cliënt staat wel centraal. Dit past bij de visie van ASVZ en bij het cliëntgecentreerd werken van de ergotherapeut. Door in de praktijk nieuwe zorgvragen tijdig in kaart te brengen kan de ergotherapeut tijdig de woonbegeleiders voorzien van de nodige kennis en hulpmiddelen. Hierdoor verbetert de kwaliteit van zorg ten opzichte van de huidige werkwijze: de juiste kennis en middelen worden op tijd ingezet bij de nieuwe zorgvragen van de cliënt, in plaats van te laat. Ergotherapeuten zullen aanbevelingen ontvangen om kwalitatieve en duurzame zorg te kunnen leveren die beter aansluit op de veranderende zorgvraag.

2 Probleemstelling

Ouder wordende cliënten met vaak een complexe hulpvraag hebben zorgbehoeften die veranderen van begeleiding naar verzorging. De betrokken disciplines ziet dit aankomen maar de begeleiders worden er toch door overvallen als die zich effectief aandient bij een bewoner. De juiste kennis en middelen worden te laat ingezet bij de nieuwe zorgvragen van de ouder wordende VG-cliënt.

3 Doelstelling

Het onderzoek heeft tot doel om vanuit ergotherapeutische expertise een bijdrage te leveren aan de dagelijkse zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking.

4 Vraagstelling

Welke vorm van ondersteuning kunnen ergotherapeuten van ASVZ aan woon- en activiteitenbegeleiders bieden om de ouder wordende VG-cliënt te ondersteunen in de veranderende zorgvragen, waarmee de kwaliteit van zorg wordt verbeterd?

Hoofdvraag literatuuronderzoek

Welke effectieve ondersteuning en versterking/interventies kunnen ergotherapeuten leveren aan de woonbegeleiders van ASVZ om juist aan te sluiten bij veranderende zorgvragen van ouder wordende VG-cliënten, waar zij zorgverantwoordelijk voor zijn?

Deelvragen

1. Wat is het belang van wel dan niet tijdig aansluiten op de veranderende zorgbehoefte van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking?
2. Welke belangrijke kenmerken van de ouder wordende cliënt met verstandelijke beperking moeten in de gaten gehouden worden?
3. Welke aanbevelingen zijn er om tijdig en juist aan te sluiten op nieuwe zorgvragen?
4. Wat is de meerwaarde van ergotherapie bij de ouder wordende VG-cliënt?

Hoofdvraag praktijkonderzoek

Welke behoeftes hebben de woonbegeleiders binnen ASVZ om beter te kunnen aansluiten op de veranderende zorgvraag van de ouder wordende VG-cliënt?

Deelvragen

1. Hoe gaan de betrokken begeleiders, teamleiders en managers om met de veranderende zorgbehoeftes van de ouder wordende VG-cliënt?
2. Wat kan de ergotherapeut betekenen en bieden aan de begeleiders om aan te sluiten bij de veranderende zorgbehoeftes van de ouder wordende VG-cliënt?

5 Onderzoeksmethode

5.1 Literatuurstudie

5.1.1 PICO-vraag

Welke effectieve ondersteuning en versterking/interventies kunnen ergotherapeuten leveren aan de woonbegeleiders van ASVZ (I) om juist aan te sluiten bij veranderende zorgvragen (O) van ouder wordende VG-cliënten (P), waar zij zorgverantwoordelijk voor zijn?

5.1.2 Zoektermen

De gebruikte nederlandse en engelse zoektermen zijn als volgt:

		NEDERLANDSE ZOEKTERMEN	ENGELSE ZOEKTERMEN
P	Ouder wordende VG-cliënt	Ouder wordende persoon Verstandelijke beperking Achteruitgang Kwetsbaarheid	Ageing Elderly Intellectual disability Deterioration Decline Frailty
I	Effectieve ondersteuning versterking en interventies van ergotherapeuten	Ondersteuning Methode Middelen Interventies Handvatten Aanbevelingen Ergotherapie Interventies Methodes	Support Method Resources Interventions Handles Recommendations Detection Occupational therapy Interventions Methods
	Woonbegeleiders van ASVZ	Woonbegeleiders Activiteitenbegeleiders Woning VG	Caregivers IDD home
C			
O	Juist aansluiten bij veranderende zorgvragen	Juist aansluiten Veranderende zorgvragen Anticiperen Meerwaarde Toegevoegde waarde	Connect Joint Adjust Adapt Changing Care demand Anticipate Added value

5.1.3 Selectiecriteria

Voor het vinden van relevante literatuur zijn onderstaande selectiecriteria opgesteld (Verhoef et al., 2019):

- Het dient antwoord te geven op de vraag;
- Het artikel moet gepubliceerd zijn in de Nederlandse of Engelse taal;
- Het artikel mag maximaal 10 jaar oud zijn;
- Het artikel moet het hoogst beschikbare niveau van bewijs hebben (systematic review, RCT, CCT, kwalitatief onderzoek);
- Het artikel moet fulltext te downloaden zijn.

5.1.4 Zoekstrategie

De term 'intellectual disability' is in iedere zoekactie gebruikt omdat het onderzoek zich richt op de cliënt met verstandelijke beperking. 'NOT' is gebruikt wanneer er voornamelijk artikelen gericht op Down Syndrome tevoorschijn kwamen. Door 'NOT' te gebruiken werd een kleinere lijst van artikelen verkregen die nog wel gericht was op mensen met verstandelijke beperking. De literatuurstudie richt zich op de veranderende zorgbehoefte en de meerwaarde van de ergotherapie, hierom is er veelal focus geplaatst op de veranderende zorgbehoefte.

Aan de hand van de verkregen resultaten is tussentijds de zoekstrategie aangepast m.b.v. de booleaanse operatoren en de andere zoektermen. Zie bijlage I voor de zoekhistorie.

Literatuur is in de volgende databanken gezocht: NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Deze bevat artikelen over de gezondheidszorg in Nederland en hier was interesse voor. Er is gezocht in Medline via Pubmed, dit is de meest uitgebreide database voor biomedische literatuur en werd verwacht veel artikelen te kunnen vinden. Daarnaast is er in de databank Cochrane gezocht. Dit is een databank waarin systematic reviews zijn opgenomen van gerandomiseerde onderzoeken naar het effect van interventies en de waarde van diagnostische tests. Voor deze databank is gekozen omdat het artikelen van hoge kwaliteit weergeeft.

5.2 Praktijkonderzoek

5.2.1 Plan van aanpak

Om antwoord te geven op de vraagstelling zal er praktijkonderzoek uitgevoerd worden. Interviews worden afgenomen bij medewerkers van verschillende functies en verschillende locaties binnen ASVZ. De groep respondenten die benaderd zullen worden zal bestaan uit twee persoonlijke begeleiders (pb'er), een verpleegkundige, twee teamleiders, een ouderenadviseur en de manager van Kwaliteit. Allen zijn werkzaam met de ouder wordende VG-cliënt.

5.2.2 Onderzoeksdesign

De interviews zullen telefonisch of via Teams worden afgenomen, met toestemming om spraakopnames te maken. De interviews zullen 20 à 40 minuten duren en ze worden afgenomen op volgorde van werknemers op de woning naar de betrokkenen die verder weg staan. Op deze manier wordt gestart met het verzamelen van informatie vanuit de plek waar het praktijkprobleem zich voordoet en vervolgens wordt er “uitgezoomd”.

Een topiclijst zal worden gebruikt, zie bijlage II. De interviews zijn semigestructureerd, hierdoor is er ruimte voor de ervaringen en meningen van de respondenten. Het doel is om tot de kern te komen van het probleem vanuit het perspectief van de respondent, en om vanuit deze plek te komen tot bruikbare informatie die om te zetten is naar aanbevelingen. De aanbevelingen die voort zijn komen uit het literatuuronderzoek zal worden aangeboden ter inspiratie en/of discussie.

De interviews zullen worden getranscribeerd en gecodeerd worden aan de hand van de thema's uit de topiclijst. Dataverzameling en analyse zullen elkaar afwisselen, zodat de besluiten over dataverzameling gestuurd worden door de analyse. De verwachting is dat er niet snel 'verzadiging' zal optreden omdat alle respondenten vanuit andere rollen en functies informatie zullen aanleveren. Maar dit proces zal continu geëvalueerd worden en zo nodig wordt het plan bijgesteld wat betreft de hoeveelheid en/of de inhoud van de interviews.

6 Resultaten

6.1 Literatuuronderzoek

1. Wat is het belang van wel dan niet tijdig aansluiten op de veranderende zorgbehoefte van de ouder wordende cliënt met een verstandelijke beperking

Zoals eerder beschreven, wordt in het onderzoek van Cardol en Meulenkamp (2013) gesteld dat ouderenbeleid gezien moet worden als een levensloopbeleid. Dit houdt in dat er aandacht voor veranderingen een plaats zou moeten krijgen, ook op jongere leeftijd en ook bij een lichte en matige verstandelijke beperking. Ook huisartsen maken zich zorgen om de ontwikkeling van het meer aanspraak maken op huisartsenzorg door mensen met een verstandelijke beperking (Bekkema, N., de Veer, A. & Francke, A. 2014). Een grootschalige studie (Oppewal, A., Schoufour, J.D., Evenhuis, H.M. 2016) laat een duidelijke achteruitgang zien in de zelfredzaamheid van ouderen met een verstandelijke beperking in drie jaar tijd. Dit onderzoek benadrukt dat de partijen verantwoordelijk voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bedacht moeten zijn op achteruitgang van deze doelgroep en zoveel mogelijk moeten inzetten op behoud van de zelfredzaamheid.

2. Op welke belangrijke kenmerken van de ouder wordende cliënt met verstandelijke beperking dient men te letten?

In Hongkong is er onderzoek verricht naar de problemen en de zorgen over ouder wordende personen met een verstandelijke beperking (Tse, Kwan & Lau, 2018). Dit onderzoek benadrukt het belang van het beoordelen van cognitie en functie over lange termijn bij mensen met een verstandelijke beperking om achteruitgang op tijd te signaleren. Dit zou ruimte bieden om therapeutische interventies te plegen voordat er grote schade zou worden gebracht aan het brein.

Wanneer zorgverleners de juiste kennis en vaardigheden bezitten om kenmerken van het ouder worden te identificeren, dan kan men accurater mogelijke problemen tijdig signaleren en er actie op ondernemen. In een onderzoek staan 32 specifieke kenmerken van het ouder worden beschreven, waaronder mentale gezondheidsproblemen en agressie (Wark, Hussain & Edwards, 2016).

Zorgmedewerkers zouden getraind of opgeleid moeten worden in de te verwachten veranderingen bij een ouder wordende cliënt, en het observeren en het rapporteren van klachten welke de cliënt niet zelf kan uitspreken (Bishop et al., 2013, p. 17). De verpleegkundige of begeleider speelt een actieve rol bij het betrekken van de familie en zorgverleners bij het complexe proces van het ouder worden, zodat juiste diagnostiek en interventies plaats vinden. Voor de zorgmedewerker met weinig ervaring met deze doelgroep is het raadzaam om contact op te nemen met de betrokken zorgverleners en arts. De verpleegkundige (of begeleider) dient zich bewust te zijn van het belang van de stem van de cliënt, en deze laten horen op verschillende niveaus van de organisatie (Bishop et al., 2013, p. 17). Uit interviews komt naar voren dat de langdurige band tussen de zorgverlener en cliënt erg belangrijk is voor het signaleren van zorg-gerelateerde veranderingen bij de cliënt (Northway, Holland—Hart & Jenkins, 2016, p. 924). Het belang van een verpleegkundige (of begeleider) komt ook naar voren in een ander onderzoek (Service & Hahn, 2003). Hierin staat dat de verpleegkundige ruim van te voren collega's en familie ondersteunt met het thema ouder worden.

3. Welke aanbevelingen zijn er om tijdig en juist aan te sluiten op nieuwe zorgvragen?

Om goed aan te sluiten bij de zorgvragen van de doelgroep moet er een samenwerking zijn tussen de disciplines die gespecialiseerd zijn in deze doelgroep en de directe zorgverleners van de cliënt (McGhee & Dorsett, 2011). Dit multidisciplinaire team vormt een belangrijk element in het identificeren en voorzien in de individuele zorgbehoeftes, en voorzien van kwaliteit van zorg. Hierbij neemt de verpleegkundige een leidende rol in deze samenwerking en planning van de zorg. Hiernaast is het opleiden van de werknemers op de vloer een effectieve strategie om de capaciteit in een organisatie te verhogen om bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven van de cliënt. Het onderzoek van McGhee & Dorsett (2011) raadt aan om meer onderzoek en ontwikkeling te laten plaats vinden naar training voor de directe zorgverleners. Om de gezondheid en zelfstandigheid van mensen met een verstandelijke beperkingen voor langere tijd te behouden dient er volgens het onderzoek van Evenhuis (2012) verbetering te komen in de opleiding voor verzorgers. Er zouden multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld moeten worden en verbetering plaats vinden van de kwaliteit en beschikbaarheid van poliklinieken met specialisten op het gebied van verstandelijke beperkingen.

In het Australische onderzoek van Northway, Holland-Hart & Jenkins (2016) is onderzocht hoe woonbegeleiders om gaan met de complexe vragen van de cliënt. Uit interviews met teamleiders van woningen zijn drie thema's aan bod gekomen: aansluiten op zorgvragen, de gevolgen van ouder worden en relaties. Bevindingen laten zien dat woonbegeleiders de cliënten ondersteunt met het monitoren van de gezondheidstoestand, toegang tot gezondheidszorg, voorziet in bijkomende ondersteuning en het aanvragen van zorg indien nodig. Wat blijkt is dat de rol van de woonbegeleiders vaak niet begrepen wordt door zorgprofessionals. De woonbegeleiders geven aan het belangrijk te vinden om een langdurige band te hebben met de cliënten om veranderingen in de zorgvraag te signaleren. Ook de behoefte aan effectieve samenwerking met andere disciplines is aangekaart. De woonbegeleiders in dit onderzoek willen dat andere disciplines hun rol als woonbegeleider begrijpen. Ook is er vraag naar verder onderzoek wat betreft communicatie omtrent de gezondheid van de cliënten. In een onderzoek van Wark, Hussain & Edwards (2014) met dezelfde vraag is er gekeken naar welke soort training nodig zou zijn voor de zorgmedewerkers om aan te sluiten op de veranderende zorgvragen van de ouder wordende cliënt. Hieruit zijn 26 identieke belangrijke thema's naar voren gekomen, in vijf grote thema's in te delen, waaronder algemene training zaken, medische problemen, nieuwe zorgvragen t.g.v. ouder worden, mentale gezondheidsproblemen en kwaliteit van leven.

4. Wat is de meerwaarde van ergotherapie bij de ouder wordende VG-cliënt?

Er is een systematische review uitgevoerd over het effect van de bestaande ondersteuningsstrategieën op de kwaliteit van leven van de doelgroep (Schepens et al., 2018, p.515). Hier komen geen ergotherapeutische interventies naar voren, wel algemene aanbevelingen voor behandelaars: duidelijke communicatie tussen alle betrokken onderhouden, preventieve screening om zorg voor de cliënt te plannen, en voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt. Een ander artikel (Nelson & Carey, 2016, p. 22) benadrukt het belang van de rol van de verpleegkundige / begeleider in het beoordelen van mobiliteit en als onderdeel van de holistische benadering van de cliënt. Het artikel beschrijft tools die behandelaars kunnen gebruiken.

6.2 Samenvatting literatuuronderzoek

Aandacht voor veranderingen bij ouder wordende VG-cliënten zou een plaats moeten krijgen in de gezondheidszorg. Een grootschalige Nederlandse studie laat een duidelijke achteruitgang zien in de zelfredzaamheid van ouderen met een verstandelijke beperking in drie jaar tijd. De cognitie en functie van de ouder wordende cliënt dienen in de gaten gehouden worden over een lange termijn. In een onderzoek staan 32 specifieke kenmerken van het ouder worden beschreven, er was geen toegang mogelijk tot de volledige tekst. Wanneer zorgverleners de juiste kennis en vaardigheden bezitten om kenmerken van het ouder worden te identificeren, kan men accurater mogelijke problemen tijdig signaleren en er actie op ondernemen. Ook in een ander onderzoek wordt benadrukt dat zorgmedewerkers getraind of opgeleid zouden moeten worden in de te verwachten veranderingen bij een ouder wordende cliënt, en het observeren en het rapporteren van klachten welke de cliënt niet zelf kan uitspreken. De langdurige band tussen de zorgverlener en cliënt is erg belangrijk voor het signaleren van zorg-gerelateerde veranderingen bij de cliënt. In een ander onderzoek wordt dit ook door begeleiders aangekaart als belangrijke factor om zorgvragen te signaleren. Hiernaast is het opleiden van de werknemers op de vloer een effectieve strategie om de capaciteit in een organisatie te verhogen om bij te dragen aan een betere kwaliteit van leven van de cliënt. Ook een ander onderzoek raadt aan om meer onderzoek te laten plaats vinden naar training voor de directe zorgverleners. Multidisciplinaire richtlijnen moeten ontwikkeld worden. Om goed aan te sluiten bij de zorgvragen van de doelgroep moet er een samenwerking zijn tussen de disciplines die gespecialiseerd zijn in deze doelgroep en de directe zorgverleners van de cliënt. De behoefte aan effectieve samenwerking is in een ander onderzoek ook aangekaart. Uit een systematic review worden de volgende aanbevelingen beschreven voor behandelaren: duidelijke communicatie tussen alle betrokken onderhouden, preventieve screening om zorg voor de cliënt te plannen, en voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt.

6.3 Praktijkonderzoek

Zeven respondenten zijn geïnterviewed, allen werkzaam bij ASVZ in verschillende functies op verschillende locaties. Zie bijlage III voor een overzicht van de respondenten en de transcripties.

Hoofdvraag: Welke behoeftes hebben de woonbegeleiders binnen ASVZ om beter te kunnen aansluiten op de veranderende zorgvraag van de ouder wordende VG-client?

Deelvragen:

- *Hoe gaan de betrokken begeleiders, teamleiders en managers om met de veranderende zorgbehoeftes van de ouder wordende VG-cliënt?*
- *Wat kan de ergotherapeut betekenen en bieden aan de begeleiders om aan te sluiten bij de veranderende zorgbehoeftes van de ouder wordende VG-cliënt?*

Hieronder volgt een korte beschrijving per thema, afgeleid van de topiclijst. Voor overige opvallendheden is er tijdens het coderen een extra label aangemaakt, “opvallendheden”. Informatie hierover zal hieronder benoemd worden en verder in de discussie besproken worden.

Huidige situatie; hoe wordt er nu omgegaan met de veranderende zorgvraag?

Functie	Taken	Huidige werkwijze
Persoonlijke begeleider	Signaleren Rapporteren Vragen verzamelen Geven van eigen regie Positieve ervaring geven aan de cliënt Inspelen op de behoeftes van de cliënt	“We proberen eerst te kijken wat prioriteit heeft, en van daaruit te handelen.” “Eigenlijk zorg je ervoor dat alle betrokkenen wel betrokken zijn bij dit proces, maar allereerst gaan we uit van de begeleiders, want die zien de cliënten op het dagelijks gebied.” Bij veranderingen proberen begeleiders in de rapportages alert op elkaar te zijn en in teamsvergaderingen elkaar vragen te stellen. In een woning in Rotterdam verloopt het signaleren snel en is er nauw contact met de ergotherapeut. “Waarom zou je het zelf willen proberen? Daar hebben wij geen tijd voor.”
Teamleider	Signaleren Vragen verzamelen Op basis van prioriteit een MDO inplannen Werknemers aannemen	Kleine vragen kunnen blijven liggen of uitgesteld omdat het niet de eerste prioriteit is. Een woning in Udenhout zoekt eerst zelf naar een oplossing alvorens hulp in te schakelen. Aan kennis wordt gebouwd door mensen te scholen. “Door te groep te wapenen met kennis en materialen kan de woning alle soorten zorg bieden.” Ook de orthopedagoog geeft een stuk scholing aan het team, door mee te kijken en uitleg te geven.
Verpleegkundige	Regelmatig op visite komen Signaleren Behandelen en begeleiden Scholing geven	De verpleegkundige ziet dat mensen op bed en in de rolstoel komen, dit zijn aanpassingen waarvoor het personeel niet geschoold is of gewend om mee te werken. “Voorheen lag het stuk meer op begeleiden dan verzorgen. Dan zie je inderdaad dat dingen niet zo snel worden opgemerkt, omdat dingen gewoon nieuw zijn”. Doordat de verpleegkundige meeloopt signaleert zij sneller problemen waar zij vervolgens op kan inspelen. De verpleegkundige stelt gerichte vragen om de begeleiders zelf te laten nadenken of om ze een bepaalde kant op te sturen in het denkproces.
Ouderenadviseur	Begeleiden, trainen en adviseren van de woning	Aanvragen voor het ouderenadviesteam komen uit het overleg wat plaats vindt tussen de teamleider, manager en orthopedagoog. Het idee bestaat om de ouder wordende cliënt tijdens de Individueel Plan besprekingen standaard te bespreken. Wegens covid-19 is dat idee stil gelegen. Verder biedt ASVZ e-learnings aan, cursussen en is er een specialistische leergang over het onderwerp ‘ouderen’.
Manager Kwaliteit	Zorg dragen voor kwaliteit	De manager van Kwaliteit vertelt dat het een zoektocht blijft om met deze veranderende zorgvragen op een goede manier mee om te gaan, en om het aanbod hiervoor, denk aan

		scholingen, efficiënt in te richten. Zij stelt dat de orthopedagoog een belangrijke poortwachter is om zorgvragen tijdig te signaleren. Binnen ASVZ heeft de orthopedagoog meer betrokkenheid en drive voor een woning dan de arts.
--	--	---

Belemmeringen; waar loopt de respondent het meest tegenaan in deze situatie?

<i>Belemmering</i>	<i>Respondenten</i>	<i>Citaten</i>
Kennis en kunde van de begeleider	Pb'er Dordrecht Ouderenadviseur	"Soms doe je als team zijnde dingen omdat je ze zo doet" "Medewerkers zijn doeners, ze willen het graag zelf oplossen". "We gaan het wel even zo proberen, werkt dat niet dan pas ga je hulp inschakelen". "Hulp vragen is niet altijd makkelijk, soms hebben ze het niet in de gaten dat hulp nodig is." "De mate van betrokkenheid en verantwoordelijkheid kan er ook voor zorgen dat een begeleider zich minder verantwoordelijk voelt voor wat er op de werkvloer gebeurt." "Je kunt niet verwachten dat iemand die kapper is geweest als een verpleegkundige zijn werk doet." De begeleider vertelt dat er verschil zit tussen de manier van denken van begeleiders. Het is waardevol om in zo'n situatie te sparren over de achterliggende denkwijzes. "Ook al sta je met iedereen 100 procent op scherp staat, is het écht wel lastig om alle signaleren op te vangen, en daar heb je een hele team voor nodig". "Maar als iemand niet weet wie hij moet vragen om hulp, wordt hulp veel te laat ingeschakeld."
Signaleren van zorgbehoeftes	Pb'er Dordrecht Pb'er Rotterdam Teamleider Verpleegkundige	"Groepen zitten zo op het begeleiden en denken niet aan het medische, die zien wellicht niet dat cliënten ouder worden en de behoeftes misschien ergens anders liggen." "Geleidelijke veranderingen worden niet direct opgemerkt." "Op een gegeven moment worden dingen ook normaal, en door de tijdsdruk af en toe zie je die dingen ook niet altijd". "Vaste mensen kunnen signaleren, maar soms ben je zo hard aan het rondrennen en dan zie je het niet, al zou je het willen".
Scholingen volgen	Pb'er Dordrecht Pb'er Rotterdam Verpleegkundige	"Medewerkers lopen tegen nieuwe handelingen aan en ze missen kennis en inzicht." "We hebben geen scholing over het vak van ergotherapie". "Scholingen volgen is lastig wegens tijd of personeelstekort." "In de praktijk gebeurt het weleens anders dan hoe het is aangeleerd in een scholing."
Praktische zaken	Pb'er Rotterdam	"Verre afstanden naar externe locaties maakt het lastig om deze woningen in de gaten te hebben of om te scholen."

	Verpleegkundige Teamleider Manager	“De ergotherapeut ziet ook niet altijd alles en werkt op basis van consult waardoor de ergotherapeut niet alle woningen in de gaten heeft.” “Woningen zijn niet ingespeeld op de ouder wordende cliënt”. “Geld en genoeg personeel zijn belemmerende factoren.” “Soms gaan de cliënten zo hard achteruit dat je niet altijd de tijd hebt om daar tijdig op in te zoomen.” “Teams wisselen, wanneer iedereen geschoold is zijn er alweer een paar mensen weg.” “Doordat er geen verpleegkundigen op de groep zijn, gaat de kennis achteruit.” “Er is te weinig aandacht voor dit onderwerp.”
Standaard richtlijnen / lijsten	Manager	“Standaard richtlijnen voor ouderen zijn niet altijd toepasbaar voor deze complexe doelgroep.” “Als men het niet in de gaten heeft, zullen zij deze lijst ook niet gaan invullen”.

Gewenste situatie; wat is de gewenste situatie en welke suggesties / oplossingen heeft de respondent hiervoor?

<i>Gewenste situatie</i>	<i>Respondenten</i>	<i>Uitleg en citaten</i>
Werknemers die goed kunnen signaleren	Pb'er Dordrecht Teamleiders	“Een aanspreekpunt hebben binnen het team.” “..dan neem je de rest van het team mee in die verantwoordingen.”
Medewerkers scholen	Pb'ers Teamleiders Manager Kwaliteit	Medewerkers scholen is belangrijk, zodat zij ook hun verantwoording pakken, zich betrokken voelen bij de processen die op de werkvloer gebeuren. “Ervoor zorgen dat je het écht met elkaar doet en het met elkaar draagt, want je hebt elkaar nodig.” “Hoe meer ze blijven scholen hoe meer ze dingen gaan herkennen. Begeleiding moet er ook voor open staan er er moeite voor willen doen.”. “...Want als het onderwerp meer leeft bij mensen, is er meer begrip.” De manager van Kwaliteit is van mening dat de orthopedagogen goed geschoold moeten worden, “dat is misschien een makkelijker invalshoek dan alle begeleiders willen trainen en scholen.”
Richtlijnen / lijsten	Verpleegkundige Ouderenadviseur	Voor woningen met ouder wordende cliënten moet je specifiek gaan kijken dat er een misschien een richtlijn voor komt, aldus de verpleegkundige. Het Oudere team heeft een signaleringslijst opgesteld om af te nemen bij oudere cliënten, wegens covid-19 uitgesteld. Maar zij denkt aan signaleringslijsten met vragen die gesteld moeten worden aan de woning.

Bekendheid ergotherapie; is ergotherapie bekend en weet de respondent deze in te schakelen?

Voor de begeleiders is het duidelijk wie de ergotherapeut is, het verschil tussen ergotherapie en andere diensten is nog lastig te onderscheiden. “Het is heel waardevol dat het duidelijk is dat als er iets aan de hand is, je ze kunt benaderen.” “Bij een goede band is het wat makkelijker, durf je sneller wat te vragen, andersom ook. “De verpleegkundige stelt dat als de woningen de ergotherapeut weten te vinden, ze toch eerder aan de bel trekken en gaan ze minder snel acties uitzetten die niet altijd de juiste acties zijn.

Ondersteuning vanuit ergotherapie: welke behoeftes en/of vragen liggen er voor ergotherapie? (gericht op de begeleiders)

<i>Behoeftes / vragen</i>	<i>Respondenten</i>	<i>Uitleg en citaten</i>
Regelmatig langskomen van de ergotherapeut	Pb’er Dordrecht Pb’er Rotterdam	“Zonder tijdsdwang, zou het mooi zijn als er één keer in de drie weken iemand langskomt en dat we van te voren een lijstje hebben gemaakt met zaken die we kunnen bespreken. Op deze manier wordt de betrokkenheid naar de woning gehaald”.
Persoonlijk contact	Pb’er Rotterdam Teamleider	Persoonlijk contact heeft de voorkeur boven mailen. Op tijd reageren is belangrijk.
Professionele blik frisse blik	Pb’er Dordrecht	
Zichtbaar blijven voor de woning	Pb’er Dordrecht	“Ook al loopt het een periode goed op een woning, is het misschien leuk om op die woning te gaan kijken om een thema te pakken vanuit het vakgebied van ergotherapie en dat bespreekbaar te maken”.
Spreekuur houden	Pb’er Rotterdam Pb’er Dordrecht	“Een spreekuur waarbij de ergotherapeut komt zitten, rondje lopen, meekijken en observeren”.
Aansluiten bij scholingen en/of Individueel Plan besprekingen	Pb’er Rotterdam	“...om te kijken waar de ergotherapeut iets mee kan”.
Voordoen van de ergotherapeut	Pb’er Rotterdam	“Dat begeleiders de kans krijgen om te leren door het de ergotherapeut te zien doen. Plan als therapeut een observatiemoment in, kijk mee, wie heb je daar, wat kan er nog meer en wat kun je als ergotherapeut betekenen, en wat kun je de begeleiders leren zodat zij het bij een volgende keer wel eerder zien. Leg het uit en laat het zien in persoon. Leren van doen en leren van wat er gebeurt, en vanuit daar leer je steeds meer”. “Zeg wie je bent. Laat je zien en laat weten wat je kan doen.”

Open houding, vertrouwen in elkaar en samenwerking	Teamleiders	De teamleiders stellen dat een open houding van de ergotherapeut belangrijk is, evenals het vertrouwen in elkaar hebben, ook accepteren dat soms dingen zijn hoe ze zijn en dat de ergotherapeut veel moet communiceren en overleggen. Weten wat de visies zijn van de woning en ergotherapeut is belangrijk. "De samenwerking is erg belangrijk wil je goede zorg kunnen bieden." Communicatief aansluiten bij het team en de medewerkers is belangrijk. Ook ervoor zorgen dat de kennis landt bij begeleiding, live trainingen hebben hierbij de voorkeur. Soms kunnen begeleiders moeilijk zeggen wat hun vraag is. Dan kun je als therapeut benoemen: "dit is de vraag die je stelt, zullen we samen erover gaan nadenken over hoe we dat kunnen oplossen?" Ik denk dat daar heel veel in zit. Als je ervoor zorgt dat dit soort dingen loopt, kun je heel snel op vragen van cliënten antwoorden, dan kun je er snel op schakelen".
Themamiddag met de ergotherapeut	Pb' er Rotterdam	Een middag waarbij het team een lijst maakt van punten die de ergotherapeut kan bespreken.

Aanbevelingen: uit literatuurstudie komt naar voren dat...wat vindt u hiervan?

Er wordt gesteld dat deze EVMB cliënten een lastige doelgroep zijn omdat ze niets aan kunnen geven. De begeleider gaat uit van alle signaleren, dit is erg lastig omdat signalen tegenstrijdig kunnen zijn. "Wat ook lastig is in de praktijk is dat er vaak personeelstekort is, dan staat het mooi op papier maar in de praktijk is het niet werkbaar". De verpleegkundige stelt dat er een richtlijn zou moeten komen voor woningen met ouder wordende cliënten, waarbij de begeleiding getraind wordt in verzorging op bed, incontinentezorg en dergelijke. Een richtlijn om een woning voor te bereiden met wat er gaat komen.

6.4 Samenvatting praktijk onderzoek

De begeleiders zien de cliënten dagelijks, zij signaleren nieuwe zorgvragen en zorgen ervoor dat dit besproken wordt met het team, in een MDO en/of met een discipline. Er wordt eerst gekeken wat prioriteit heeft, van daaruit handelen de begeleiders. Echter geeft een teamleider aan dat zo (kleine) vragen blijven liggen of uitgesteld worden. Waar de woning in Udenhout eerst graag alles zelf probeert op te lossen, gaat een woning in Rotterdam direct over naar contact met de ergotherapeut. Een woning in Dordrecht benoemt dat begeleiders "doeners" zijn en het ook graag zelf willen uitproberen. Het ouderenteam begeleidt, adviseert en coacht de woning over ouder wordende cliënten. Dit team heeft signaleringslijsten opgesteld voor woningen met ouder wordende cliënten, dit ligt stil wegens covid-19. Een nadeel van de lijsten is dat als men het niet in de gaten heeft, zij deze lijst ook niet zullen invullen. De groep wapenen met kennis en materialen zorgt ervoor dat de woning alle soorten zorg kan bieden. ASVZ biedt kennis aan middels diverse scholingen, een specialistische leergang over ouderen, en door regelmatige visites door de arts en verpleegkundige.

Belemmeringen zijn onder andere de goed bedoelde bereidwilligheid van de begeleider om zelf allerlei oplossingen uit te proberen alvorens de ergotherapeut in te schakelen. Gebrek aan kennis en vaardigheden bij nieuwe zorgvragen ontbreken, begeleiders en zij-instromers zijn hier vaak niet voldoende op geschoold. Begeleiders op de woning zien niet altijd veranderende zorgbehoeftes door tijdsdruk, weinig personeel op de vloer of omdat zij de cliënt dagelijks zien en geleidelijke veranderingen niet opmerken. Praktische zaken (zoals, tijdsdruk, personeelstekort, afstanden tussen locaties) maakt scholing volgen lastig. Woningen op verre afstanden zijn moeilijk in de gaten te houden.

Suggesties om beter te kunnen aansluiten bij de veranderende zorgbehoeftes zijn een richtlijn opstellen en een aanspreekpunt hebben binnen het team of meerdere mensen die goed kunnen signaleren. Waar de respondenten behoefte aan hebben is dat de ergotherapeut regelmatig langkomt, zichtbaar blijft voor de woning, persoonlijk contact onderhoudt, een professionele frisse blik werpt op de casussen. Voorbeelden hiervan zijn spreekuren houden, aansluiten bij scholingen en/of Individueel Plan besprekingen en een themamiddag houden. Daarnaast is het voordoen van handelingen als gewenst aangegeven en wordt een open houding van de ergotherapeut, wederzijds vertrouwen en een goede samenwerking als belangrijke factoren aangekaart om goede zorg te leveren.

7 Discussie

7.1 Inhoudelijk

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat de langdurige band tussen de zorgverleners en cliënt belangrijk is voor het signaleren van nieuwe zorgbehoeftes van de ouder wordende cliënt. Uit praktijkonderzoek blijkt dat het dagelijks zien van de cliënt het signaleren van geleidelijke veranderingen bemoeilijkt. Met betrekking tot scholing wordt vanuit de literatuur geadviseerd om te investeren in scholing en training van de zorgmedewerkers, omdat kennis en kunde van de begeleiders erg belangrijk is. Het praktijkonderzoek vertelt dat er veel aanbod is vanuit ASVZ, maar toch is er niet voldoende aandacht voor dit onderwerp terwijl de behoefte naar meer scholing wel bestaat.

Het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen wordt vanuit de literatuur aanbevolen, maar in de praktijk blijkt de toepassing van richtlijnen niet passend te zijn in verband met de complexe doelgroep. Hiernaast worden signaleringslijsten gesuggereerd als oplossing, terwijl er respondenten zijn die deze lijsten juist als belemmering zien. Effectieve samenwerking wordt zowel door literatuur- en praktijkonderzoek als belangrijk beschreven. De literatuur zegt dat de rol van de begeleider niet begrepen wordt terwijl binnen ASVZ deze rol juist wel goed wordt begrepen. De verschillende disciplines en artsen stimuleren begeleiders juist om mee te denken en informatie met elkaar uit te wisselen.

Een systematic review geeft aanbevelingen voor behandelaren: onderhoud duidelijke communicatie tussen alle betrokkenen, voer preventieve screening uit om zorg te plannen en om te voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt. De aanbevelingen omtrent het onderhouden van duidelijke communicatie en preventie screening uitvoeren komt overeen met het praktijkonderzoek, waar als voorbeeld het aansluiten bij Individueel Plan besprekingen wordt genoemd. Wat verder uit het praktijkonderzoek naar voren is gekomen is dat er behoefte is dat de ergotherapeut regelmatig langkomt, zichtbaar blijft voor de woning, persoonlijk contact onderhoudt en een professionele frisse blik werpt op de casussen. Voorbeelden hiervan zijn spreekuren houden, aansluiten bij scholingen en/of Individueel Plan besprekingen en een themamiddag houden. Daarnaast is het voordoen van handelingen als gewenst aangegeven en wordt een open houding van de ergotherapeut, wederzijds vertrouwen en een goede samenwerking als belangrijke factoren aangekaart om goede zorg te leveren.

Aan het begin van dit onderzoeksverslag staat het volgende beschreven: “De betrokkenen disciplines ziet dit (achteruitgang) aankomen maar de begeleiders worden er toch door overvallen als die zich effectief aandient bij een bewoner.” Dit blijkt complexer te zijn in de praktijk, factoren die meespelen hierbij zijn: praktische zaken, kennis en kunde over signaleren van nieuwe zorgvragen, bekendheid van ergotherapie en de samenwerking en vertrouwen tussen de ergotherapeut en de woning.

Dit onderzoek heeft tot doel om vanuit ergotherapeutische expertise een bijdrage te leveren aan de dagelijkse zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de ouder wordende client met een verstandelijke beperking. Dit heeft als gevolg dat de kwaliteit van zorg verbetert ten opzichte van de huidige werkwijze.

7.2 Methodologisch

In het literatuuronderzoek zijn artikelen opgenomen die niet voldoen aan alle selectiecriteria, sommige artikelen zijn niet full-tekst beschikbaar. Ook zijn niet op alle deelvragen concreet antwoord gegeven, dit is een zwak punt in het onderzoek. maar er is gebruik gemaakt van artikelen van hoge kwaliteit die wel antwoord geven op de hoofdvraag.

Het had de voorkeur om middels een membercheck de validiteit en betrouwbaarheid van het praktijkonderzoek te verhogen. Echter is dit achterwege gebleven in de uitvoering van het praktijkonderzoek. Gebruik maken van een topic lijst en thematische analyse voor de analyse was een passende keuze omdat het hielp antwoord te geven op de vraag. Doordat er semigestructureerde interviews zijn afgenomen was er ruimte voor de respondent om meer informatie te geven. De beperkingen in het praktijkonderzoek was dat er geen orthopedagoog is geïnterviewed, zij vormen een belangrijke schakel in het zorgproces van de ouder wordende VG-cliënt. Een sterke kant van het praktijkonderzoek was dat mijn groep respondent representatief was voor de organisatie ASVZ: de respondenten zijn werkzaam in verschillende functies en op verschillende locaties.

8 Conclusie

Vraagstelling van het onderzoek: *“Welke vorm van ondersteuning kunnen ergotherapeuten van ASVZ aan woon- en activiteitenbegeleiders bieden om de ouder wordende VG-cliënt te ondersteunen in de veranderende zorgvragen, waarmee de kwaliteit van zorg wordt verbeterd?”*

Om deze vraag te beantwoorden zijn deelvragen voor literatuur- en praktijkonderzoek opgesteld en is er onderzoek verricht. De vorm van ondersteuning die ergotherapeuten kunnen bieden aan begeleiders is een combinatie van effectief bewezen interventies en suggesties die herhaaldelijk terug komen uit het praktijkonderzoek. Deze zullen onder “9 Aanbevelingen” worden beschreven.

Hierbij dient gelet te worden op de beperkingen van het onderzoek, er is namelijk geen orthopedagoog geïnterviewed en de gebruikte bronnen zijn niet allemaal fulltext beschikbaar en er is niet op alle deelvragen van het literatuuronderzoek antwoord gegeven.

Ergotherapeuten ontvangen de aanbevelingen om kwalitatieve en duurzame zorg te kunnen leveren die beter aansluit op de veranderende zorgvraag. Hierin zal de visie van ASVZ ondersteund worden:

De cliënt staat centraal en wordt ondersteund in zo lang mogelijk op zijn of haar woning blijven wonen.

9 Aanbevelingen

Vanuit de nieuwe kennis die het onderzoek oplevert, kunnen aanbevelingen gedaan worden die antwoord geven op de vraag van de opdrachtgever:

- Onderhoudt duidelijke communicatie tussen alle betrokkenen.
- Voer preventieve screening uit om zorg te plannen en om te voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt. Een voorbeeld van preventie screening is het aansluiten bij een Individueel Plan bespreking en een themamiddag organiseren.
- Wees meer zichtbaar op de werkvloer, kom regelmatig langs, onderhoudt persoonlijk contact met de begeleiders. Voorbeelden hiervan om dit vorm te geven is het houden van spreekuren, aansluiten bij een scholing en/of individueel plan bespreking en het organiseren van een themamiddag.
- De praktijk geeft tevens aan dat factoren als het voordoen van handelingen, een open houding van de ergotherapeut, wederzijds vertrouwen en een goede samenwerking als belangrijk worden aangekaart om goede zorg te kunnen leveren.
- Verder onderzoek is nodig naar het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen voor deze doelgroep.

Zie bijlage IV, hierin staan de aanbevelingen voor de ergotherapeuten van ASVZ beschreven met voorbeelden.

Literatuurlijst

ASVZ. (Z.D.-a). *Kwaliteit* - ASVZ. Geraadpleegd op 12 april 2020, van <https://www.asvz.nl/kwaliteit/>

ASVZ. (z.d.). *Ouderdom* - ASVZ. asvz.nl. Geraadpleegd op 18 maart 2021, van <https://www.asvz.nl/ondersteuning/diagnostiek-en-behandeling/specialistische-teams/ouderdom/>

ASVZ. (Z.D.). *Zorgorganisatie voor mensen met verstandelijke beperking* - ASVZ. Geraadpleegd op 12 april 2020, van <https://www.asvz.nl/over-ons/>

Bekkema, N., de Veer, A. & Francke, A. *Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking*. HUISARTS WETENSCHAP 57, 259 (2014). <https://doi.org/10.1007/s12445-014-0129-3>

Bishop, K. M., Robinson, J. M., & VanLare, S. (2013). Healthy Aging for Older Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(1), 15–18. <https://doi.org/10.3928/02793695-20121218-02>

Cardol, M., Meulenkamp, T. M. (2013). Ouder worden met een verstandelijke beperking, volgens mensen zelf en hun familie. NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2013(39(3)), 1. Geraadpleegd van https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/ouder_worden_met_een_verstandelijke_beperking.pdf ‘

Doody, C., Markey, K., & Doody, O. (2012). Health of ageing people with intellectual disability and the role of the nurse in Ireland. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(4), 275–286. <https://doi.org/10.1177/1744629512462181>

Evenhuis, H. (2012). Frailty in older people with intellectual disabilities. *European Geriatric Medicine*, 3, S61. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2012.07.095>

- Kenniscentrum Duurzame Zorg - HAN. (2018). *Kenniscentrum Duurzame Zorg*. Geraadpleegd op 11 mei 2020, van <https://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/duurzame-zorg/>
- McGhee, A. and Dorsett, P., 2011. Ageing of people with an intellectual disability: Effective training for frontline workers. *Journal of Social Inclusion*, 2(1), pp.65–82.
DOI: <http://doi.org/10.36251/josi.25>
- Nelson, S., & Carey, E. (2016). The role of the nurse in assessing mobility decline in older people with intellectual disabilities. *Learning Disability Practice*, 19(9), 19–24.
<https://doi.org/10.7748/ldp.2016.e1776>
- Northway, R., Holland-Hart, D., & Jenkins, R. (2016). Meeting the health needs of older people with intellectual disabilities: exploring the experiences of residential social care staff. *Health & social Care in the Community*, 25(3), 923–931. <https://doi.org/10.1111/hsc.12380>
- Oppewal, A., Schoufour, J. D., Evenhuis, H. M., Festen, D. A. M., & Hilgenkamp, T. I. M. (2016). Ouderen met een verstandelijke beperking verliezen veel zelfredzaamheid gedurende drie jaar: resultaten van de Gezond Ouder studie (GOUD). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47(6), 258–271. <https://doi.org/10.1007/s12439-016-0198-9>
- Schepens, H. R. M. M., Van Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2018). How to improve the quality of life of elderly people with intellectual disability: A systematic literature review of support strategies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 483–521.
<https://doi.org/10.1111/jar.12559>
- Schoufour, J. D., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2014). The impact of frailty on care intensity in older people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3455–3461. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.08.006>
- Service, K. P., & Hahn, J. E. (2003). Issues in aging. *Nursing Clinics of North America*, 38(2), 291–312.
[https://doi.org/10.1016/s0029-6465\(02\)00055-5](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(02)00055-5)

- Tse, M.M., Kwan, R Y., & Lau, J.L. (2018). Ageing in individuals with intellectual disability: issues and concerns in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 2–3.
<https://doi.org/10.12809/hkmj166302>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *Praktijkgericht onderzoek* (Tweede druk). Boom. <https://boeken-vakgebieden-boomportaal-nl.ezproxy.hro.nl/boeken/boek/9789024408405/1gC5kPqYXqtV4ht83TOfJOiibOZTeU0xEteX7YHusLY1/>
- Wark, S., Hussain, R., & Edwards, H. (2014). The Training Needs of Staff Supporting Individuals Ageing with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(3), 273–288. <https://doi.org/10.1111/jar.12087>
- Wark, S., Hussain, R., & Edwards, H. (2016). The main signs of ageing in people with intellectual disability. *Australian Journal of Rural Health*, 24(6), 357–362.
<https://doi.org/10.1111/ajr.12282>

Bijlagen

I. Literatuursearch

Nivel

Zoekstrategie	Resultaten
Ouder wordende	2
Veranderende zorgvraag	2
aansluiten veranderende zorgvraag	1
Zorgvraag	145
Andere zorgvraag	54
andere zorgvraag verstandelijke beperking	2
Verstandelijke beperking	150
oudere verstandelijke beperking	20
achteruitgang verstandelijke beperking	0
verstandelijke beperking zorgbehoefte	1
verstandelijke beperking zorgvraag	2
verstandelijke beperking ouderen	20
Ouderen	432
Ouder worden	361
instellingen verstandelijke beperking	9
Kwetsbaarheid	19
Kwetsbaarheid verstandelijke beperking	2
Begeleiders	119
Begeleiders en verstandelijke beperking	58
woonbegeleiders en verstandelijke beperking	0
begeleiders en verstandelijke beperking en ouder	17
Woning en verstandelijke beperking en ouder	1

Medline

Zoekstrategie	Resultaten
intellectual disability AND aging	845
intellectual disability AND aging AND care demand	2
intellectual disability AND aging AND anticipate	1
intellectual disability AND aging AND decline	67
intellectual disability AND aging AND decline AND adjust	0
intellectual disability AND aging AND decline AND anticipate	1
intellectual disability AND aging AND decline AND mobility	5
intellectual disability AND aging AND decline AND change	20
intellectual disability AND aging AND decline NOT Down	36
intellectual disability AND aging AND decline AND care	21
intellectual disability AND aging AND decline AND intervention	12
intellectual disability AND aging AND decline AND method	3
intellectual disability AND aging AND decline AND care demand	1
intellectual disability AND aging AND detection	12
intellectual disability AND aging issues	9
intellectual disability AND elderly	31
intellectual disability AND deterioration	327
intellectual disability AND deterioration NOT down	300
intellectual disability AND age AND deterioration NOT down	118
intellectual disability AND (age OR elder OR elderly OR ageing) AND deterioration NOT down	121
intellectual disability AND (age OR elder OR elderly OR ageing) AND deterioration AND healthcare NOT down	2
(disability OR disabilities OR disabled) AND healthcare AND demand	684
(disability OR disabilities OR disabled) AND interventions	37404
(disability OR disabilities OR disabled) AND interventions AND anticipate	65
(disability OR disabilities OR disabled) AND interventions AND anticipate AND deterioration	1
(disability OR disabilities OR disabled) AND interventions AND anticipate AND care demand	-
(disability OR disabilities OR disabled) AND anticipate AND care demand	1
(disability OR disabilities OR disabled) AND anticipate AND care	123
(intellectual disability OR disabilities OR disabled) AND anticipate AND care	123
intellectual disability AND anticipate AND care	6
intellectual disability AND deterioration	2
intellectual disability AND aging	845
intellectual disability AND aging AND recommendations	29
intellectual disability AND ageing AND recommendations	17
intellectual disability AND frailty	36
intellectual disability AND frailty AND age	22
intellectual disability AND frailty AND ageing	15

intellectual disability AND occupational therapy	434
intellectual disability AND occupational therapy AND care	114
intellectual disability AND occupational therapy AND care demand	1
intellectual disability AND occupational therapy AND change AND care demand	-
intellectual disability AND occupational therapy AND deterioration	1
intellectual disability AND occupational therapy AND interventions	113
intellectual disability AND occupational therapy AND interventions AND age	35
intellectual disability AND occupational therapy AND recommendations AND age	2
intellectual disability AND occupational therapy AND suggestions AND age	-
intellectual disability AND occupational therapy AND handles AND age	-
intellectual disability AND occupational therapy AND ageing	3
intellectual disability AND occupational therapy AND detection	3
intellectual disability AND occupational therapy AND prevention	14
IDD home	16
IDD home AND caregivers	5
(IDD home OR residence) AND caregivers	1287
Caregivers and IDD	894
Caregivers and IDD AND meet demand	108
Caregivers and intellectual disability	1389
(Caregivers OR healthcare worker) and intellectual disability	1389
(Caregivers OR healthcare worker) and intellectual disability AND health care demand	2
(Caregivers OR healthcare worker) and intellectual disability AND aging	88
(Caregivers OR healthcare worker) and intellectual disability AND aging NOT family	43
(Caregivers OR healthcare worker) and intellectual disability AND aging NOT family AND adapt	0

Cinahl

Zoekstrategie	Resultaten
intellectual disability AND aging	528
intellectual disability AND aging AND consequences	14
intellectual disability AND aging AND decline	32
intellectual disability AND aging AND deterioration	6
intellectual disability AND aging AND support	165
intellectual disability AND aging AND signs	6
intellectual disability AND aging AND method	154
intellectual disability AND aging AND methods AND prevention	12
intellectual disability AND aging AND methods AND detection	1
intellectual disability AND aging AND detection	5
intellectual disability AND aging AND interventions	38
intellectual disability AND aging AND handles	0
intellectual disability AND aging AND recommendations	21
intellectual disability AND aging AND detection	5
intellectual disability AND aging AND connect	1
intellectual disability AND aging AND adapt	9
intellectual disability AND aging AND joint	4
intellectual disability AND aging AND adjust	3
intellectual disability AND aging AND changing	20
intellectual disability AND aging AND care demand	-
intellectual disability AND aging AND anticipate	2
intellectual disability AND aging AND frailty	14
intellectual disability AND aging AND occupational therapy	1
intellectual disability AND aging AND added value	-
intellectual disability AND occupational therapy	332
intellectual disability AND occupational therapy AND added value	-
intellectual disability AND occupational therapy AND benefit	11
intellectual disability AND occupational therapy AND elderly	3
intellectual disability AND occupational therapy AND ageing	1
intellectual disability AND occupational therapy AND prevention	9
intellectual disability AND occupational therapy AND interventions	72
intellectual disability AND occupational therapy AND interventions AND (elderly OR aged OR ageing)	16
intellectual disability AND occupational therapy AND methods AND (elderly OR aged OR ageing)	18
intellectual disability AND occupational therapy AND support AND (elderly OR aged OR ageing)	7
intellectual disability AND occupational therapy AND handles AND (elderly OR aged OR ageing)	-

intellectual disability AND occupational therapy AND recommendations AND (elderly OR aged OR ageing)	1
intellectual disability AND occupational therapy AND detection AND (elderly OR aged OR ageing)	-
intellectual disability AND occupational therapy AND anticipate AND (elderly OR aged OR ageing)	-
Caregiver AND intellectual disability	1335
Caregiver AND intellectual disability NOT family	762
Caregiver AND intellectual disability AND aging NOT family	43
Caregiver AND intellectual disability AND aging AND meet NOT family	-

II. Topiclijst

Thema's

- 1 Huidige situatie; hoe wordt er nu omgegaan met de veranderende zorgvraag?
- 2 Belemmeringen; waar loopt de respondent het meest tegenaan in deze situatie?
- 3 Gewenste situatie; wat is de gewenste situatie en welke suggesties / oplossingen heeft de respondent hiervoor?
- 4 Bekendheid ergotherapie; is ergotherapie bekend en weet de respondent deze in te schakelen?
- 5 Ondersteuning ergotherapie: welke behoeftes en/of vragen liggen er voor ergotherapie? (gericht op de begeleiders)
- 6 Aanbevelingen: uit literatuurstudie komt naar voren dat...wat vindt u hiervan?
 - *“partijen verantwoordelijk voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking bedacht moeten zijn op achteruitgang van deze doelgroep en zoveel mogelijk moeten inzetten op behoud van de zelfredzaamheid.”*
 - Zorgmedewerkers zouden getraind of opgeleid moeten worden in de te verwachten veranderingen bij een ouder wordende cliënt, en het observeren en het rapporteren van klachten welke de cliënt niet zelf kan uitspreken.
 - De verpleegkundige of begeleider speelt een actieve rol bij het betrekken van de familie en zorgverleners bij het complexe proces van het ouder worden, zodat juiste diagnostiek en interventies plaats vinden.
 - Voor de zorgmedewerker met weinig ervaring met deze doelgroep is het raadzaam om contact op te nemen met de betrokken zorgverleners en arts.
 - De verpleegkundige (of begeleider) dient zich bewust te zijn van het belang van de stem van de cliënt, en deze laten horen op verschillende niveaus van de organisatie.

III. Interviews

In onderstaand overzicht vindt u de lijst van de functies van de respondenten, de locatie waar zij werkzaam zijn en de duur van het interview. De lijst is op volgorde van afname van de interviews.

	FUNCTIE	LOCATIE	DUUR INTERVIEW
1	Persoonlijke begeleider	Dordrecht	44 minuten
2	Verpleegkundige	Udenhout	28 minuten
3	Teamleider	Udenhout	38 minuten
4	Manager Kwaliteit	Sliedrecht (hoofdlocatie)	47 minuten
5	Ouderenadviseur	Sliedrecht (hoofdlocatie)	71 minuten
6	Teamleider	Udenhout	50 minuten
7	Persoonlijke begeleider	Rotterdam	46 minuten
	Totale duur		324 minuten, 5,4 uur
	Gemiddelde duur		46 minuten

Labels

<i>Oranje</i>	Huidige situatie; hoe wordt er nu omgegaan met de veranderende zorgvraag?
<i>Rood</i>	Belemmeringen; waar loopt de respondent het meest tegenaan in deze situatie?
<i>Groen</i>	Gewenste situatie; wat is de gewenste situatie en welke suggesties / oplossingen heeft de respondent hiervoor?
<i>Paars</i>	Bekendheid ergotherapie; is ergotherapie bekend en weet de respondent deze in te schakelen?
<i>Blauw</i>	Ondersteuning ergotherapie: welke behoeftes en/of vragen liggen er voor ergotherapie? (gericht op de begeleiders)
<i>Roze</i>	Aanbevelingen: uit literatuurstudie komt naar voren dat...wat vindt u hiervan?
<i>Geel</i>	Opvallendheden

Teksten onder de bijhorende label

1. Huidige situatie

Oranje	Huidige situatie; hoe wordt er nu omgegaan met de veranderende zorgvraag?
--------	---

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Allereerst kijken we natuurlijk per cliënt naar de medische achteruitgang. Vaak heeft een ouder wordende cliënt in onze doelgroep verschillende facetten uit de medische aspecten waar hij eigenlijk op achteruit gaat. Dat merken we ook met de cliënten waar jij betrokken bij bent geweest. We proberen eerst te kijken wat prioriteit heeft, en van daaruit te handelen. En ik denk dat voor sommige mensen niet altijd 100% duidelijk is wie betrokken is bij welk aspect. Als we het hebben over bijvoorbeeld cliënt G. waar jij betrokken bij bent geweest, daar was natuurlijk op medisch gebied zowel voor logopedie, als voor fysiotherapie eigenlijk voor alle betrokken disciplines, die heb je nodig. En ik denk dat daar soms de onduidelijkheid is voor sommige mensen om te kijken van oké wie moeten we waarbij betrekken.

In principe gaat de pb'er en de rest van het team is natuurlijk signalerend in dit geval, en wij signaleren de dingen die we zien. Met die dingen gaan wij naar een arts, of naar een orthopedagoog en dan maken we het eigenlijk bespreekbaar in een multidisciplinair overleg. Eigenlijk zorg je ervoor dat alle betrokkenen wel betrokken zijn bij dit proces, maar allereerst gaan we uit van de begeleiders, want die zien de cliënten op het dagelijks gebied. In principe staan de MDO's ieder jaar gepland. Eigenlijk kijkt de teamleider samen met de pb'er welke cliënt prioriteit heeft. Het kan zo zijn dat een cliënt voor een langere tijd stabiel is en er weinig veranderingen afspelen. Dan ga je die cliënt niet als eerste inplannen voor een MDO. Dan ga je kijken welke cliënt voorrang heeft. Eigenlijk doet de pb'er dat met de teamleider bespreken. En eigenlijk is bij een MDO de arts betrokken en zijn de kleine dingen tussendoor die echt met betrekking tot het team zijn, dan kun je dat gewoon samen met het team in de teamsvergadering oplossen. Maar vaak is het zo dat als je het echt over achteruitgang hebt over de cliënt, dat daar disciplines aan verbonden zijn.

In principe ga je kijken wat je aan kunt passen in een dagprogramma. Soms gaat het om iets kleins, bijvoorbeeld cliënt heeft moeite met uit bed komen. Dat kan verschillende redenen hebben. Normaal gesproken zijn wij als begeleider heel erg van de cliënt zoveel mogelijk eigen regie geven waar het kan. Altijd samen honderd procent je taken halen. Als een cliënt bepaalde dingen niet meer lukt vanwege redenen, soms weet je de reden niet, ga je gewoon kijken hoe kun je een stapje terug en hoe kunnen we ervoor zorgen dat het in ieder geval een positieve ervaring wordt. Je gaat gewoon kijken, je probeert zoveel mogelijk in te spelen op de behoefte op dat moment. Dat is je doel voor alles

Ik heb het gemerkt in een gesprek met iemand [andere begeleider] van een andere woning, dat ging over slikproblematiek bij een cliënt met EVMB. In dat gesprek kwam ik er eigenlijk achter dat die medewerkers helemaal niet op de hoogte waren over wat de logopedie kan doen en welke handvatten zijn kunnen bieden aan ons als begeleiders. En waar het precies aan ligt waarom het onduidelijk is dat durf ik niet te vertellen

Als ik dat vergelijk met hoe het bij ons gaat zijn wij heel strikt op "oke we zien een veranderingen, we proberen daar in de rapportage met elkaar alert op te zijn, lukt het niet dan weten wij in ieder geval de wegen naar wie we moeten gaan". En dat wil niet zeggen dat het heel lastig is om gelijk actie te

ondernemen, want dat heb ik ook wel gemerkt, dat je vrij gauw gaat in de houding van "we gaan het wel even zo proberen, werkt dat niet dan pas ga je hulp inschakelen".

Ja want je komt terug op wat prioriteit heeft, wat heeft dan prioriteit? Als je een kleine vraag hebt over bijvoorbeeld makkelijker kantelen in bed, dat zijn dingen die je door de dagelijkse druk waarbij je denkt "joh, dat vraag ik een volgende keer wel, of ik breng het in bij een teamsvergadering zodat ik kan zien hoe andere collega's dat doen". De huisarts doet ook één keer in de twee maanden een rondje. Je merkt wel dat er best wat vragen uitrollen, soms zijn het hele kleine vragen maar het kan wat opleveren op lange termijnen. Juist omdat natuurlijk cliënten ook gewoon achteruit gang, dat gaat minimaal.

Dus dan zie je ook dat mensen heel snel geneigd zijn om iets in eigen handen te nemen. Maar in de goede zin van het woord, mensen proberen juist tot oplossingen te komen, maar we weten niet van het vakgebied van ergotherapie, anders waren we al ergotherapeut. Dus het is wel belangrijk om daar een professional voor in te schakelen.

Interview met verpleegkundige

Ik plan één keer om de week een visite in op de woning en daar ga ik ook langs. Dat doe ik met name omdat er één specifieke woning is waarbij voorheen de nadruk lag op begeleiden, maar nu de cliënten ouder worden wordt de zorg steeds zwaarder en groter. Mensen komen op bed, of in de rolstoel, en dit zijn aanpassingen waarvoor het personeel niet op geschoold is of niet gewend om mee te werken. Voorheen lag het stuk meer op begeleiden dan verzorgen. Dan zie je inderdaad dat dingen niet zo snel worden opgemerkt, omdat dingen gewoon nieuw zijn.

Vaak komen vragen bij jou terecht ookal is het niet altijd voor mij, maar ik kan het wel doorspelen naar een arts, fysiotherapeut of ergotherapeut of waar deze moet weten.

Op de locatie Udenhout hebben we één ergo, elke dag één fysiotherapeut, mij en één of twee artsen en we zitten allemaal bij elkaar in de gang. Dus het is veel minder goed vergelijkbaar met locatie Sliedrecht waarbij je een team ergotherapeuten en een team fysiotherapeuten hebt. Daar leef je meer in een clubje, en hier zijn wij als één medisch team een clubje. Dus je hebt sneller overleg, je vraagt sneller "ik ga zo bij een cliënt kijken, kijk je even mee?" Dus je trekt sneller elkaar bij een casus om samen je hoofd erover te buigen en om te kijken wat de mogelijkheden zijn. Als ik het dat zie op andere locaties denk ik dat het wel echt een voordeel van de locatie Udenhout, dat je echt veel nauwer contact hebt en eerder bij elkaar even aan de bel trekt.

Je investeert hier veel tijd in met name door langs te lopen, mee te kijken in de zorgsituatie, waar lopen ze tegenaan? En omdat ik één keer in de twee weken langs loop kan je sneller even meekijken bij een zorgsituatie, kun je ook sneller problemen signaleren waar je dan weer op in kunt spelen. Maar ook daarin hebben we geïnvesteerd in het team om die te scholen.

Dat is lastig inderdaad, wat ik probeer te doen op zo'n woning is wel langs te gaan en gerichte vragen te stellen zodat ik ze ook zelf aan dingen laat nadenken of ze in ieder geval wel een bepaalde kant op te sturen, zodat ze ook over dingen gaan nadenken? Dit zijn wel de dingen waar ik op probeer te sturen.

Want vaak heb je op een groep dat een fysio of ergo betrokken is bij een cliënt en dan maak je misschien wel sneller de stap van "oh misschien kan ik hier de ergo voor vragen". Maar dat is ook een vraag die bij ons leeft: "hebben we iedereen voldoende in beeld?" Aan de hand van die overleggen die we toen hebben gehad, deze zijn een beetje dood gebloed, hebben we een aantal keer bij elkaar gezeten omdat we zoiets hadden van "moeten we langsgaan, of de cliënt in kaart brengen, of hoe kunnen we dat..?" Toen zei de orthopedagoog en arts dat we misschien tijdens een IP-bespreking het

stukje 'ouder wordende cliënt' als puntje standaard op de agenda zetten. Want we dachten anders gaan we allemaal weer lijsten en dingen invullen terwijl we al heel veel verschillende lijstjes hebben die de orthopedagoog ingevuld wil hebben. Dus toen hebben we soort van afgesproken dat we het als een vast punt op een IP bespreking terugkomen. Dat is één of twee keer per jaar.

Ik heb er eigenlijk verder niets meer over gehoord. Er zijn twee lijsten, DSVHW en ADVZR, die hun al één keer in de zoveel tijd invullen, zo'n dementieschaal is dat. Dus daarin proberen we ook wel in kaart te brengen hoe het gaat met de ouder wordende cliënt. Maar ik moet eerlijk zeggen dat ik niet vanuit een orthopedagoog niet iets terug gehad van "joh ik heb een ouder wordende cliënt, wil je hier naar kijken?" Maar misschien komt dit bij de AVG arts terecht dat die dan met de woning kijkt naar wat er nodig is. Maar in ieder geval niet dat ik daarvoor ingeschakeld ben.

Interview met Teamleider 1

Om een voorbeeld te geven: we hebben een client opgenomen van 75 jaar, van een andere instelling. Vanwege de kennis die wij hebben, van ouder wordende cliënten zagen wij vrij vlug "hey daar moeten wij andere dingen voor regelen, vreemd dat het nog niet is geregeld". En dat is dus het stuk ervaring wat er in het team zit. Bij bijvoorbeeld als mensen hele dikke benen krijgen, de schoenafdruk staan heel erg in de voeten, dan zul je iets met steunkousen moeten gaan doen. Dat is dus een stuk kennis dat je dan in je eigen woning gaat opbouwen. En dat is dan wel belangrijk, daar ben ik al twee jaar mee bezig. En dan kun je vrij snel de fysiotherapeuten hiervoor inschakelen en die gaan dat inzetten en regelen, met goedkeuring van de arts.

Ja, en ik denk dat ervaring belangrijk is, ik ben hier twee jaar geleden begonnen op een groep met bijna alleen ongeschoolde mensen, mensen die hier niet in thuis waren. We hebben hierin geïnvesteerd om op te bouwen. En je gaat kennis opbouwen. Je laat mensen cursussen volgen. En waar ik ook heel duidelijk mee bezig ben, ik ben zelf verpleegkundige, als ik de kans heb om meer verpleegkundige aan te trekken, dat je ook echt de goede opgeleide mensen daarbij hebt, want die heb je daarbij ook vooral nodig.

Dat zie je vooral. En nu is het een specifieke doelgroep. We hebben heel veel dames met het syndroom van Down die heel vlug en ernstig kunnen dementeren. De doelgroep vraagt het ook van ons. Maar we moeten er ook in mee willen bewegen. Je kunt wel zeggen je hebt de doelgroep, maar goed als je niet meebeweegt...Maar goed dat is de inzet wel daar zijn we ook naar aan het kijken. Sommige mensen hebben daar de feeling niet voor en daar zijn we mee gestopt want daar hebben wij niets aan. Dus je moet ook een stukje selecteren op welke mensen het niveau hebben, het kunnen zien, gaan erin mee.

En dat doe je steeds met deze specifieke doelgroep met de verwanten van de cliënten.

Dus zo probeer ik steeds meer aan te sluiten op de zorgvraag, en niet alleen op het stukje verzorgen en het eten geven. Daar ondersteunt de pedagoog heel erg in. Maar vooral van "wat hebben mensen dan nodig bij het ouder worden, in het proces van achteruit gaan, in het kwaliteit van leven?". En daar kijkt de pedagoog heel erg in mee. En die heb je nodig in dit proces van ouder worden nodig, dat hij steeds de vertaling doet van "wat gebeurt er nou, wat is er nu aan de hand, hoe moeten wij het nu aanpakken...". Die geeft op die manier ook een stukje scholing aan het team, dat we dat blijven zien, vanuit die meerzorg aanvraag gaan wij ook een stuk scholing geven over deze doelgroep. Omdat dat toch iets anders is dan zij weten. Dat ze bijvoorbeeld hun tempo moeten aanpassen, dat cliënten niet direct reageren. Dus we proberen dat iedereen die met deze doelgroep te maken krijgt heeft, proberen we ook erin te betrekken, maar ook als het nodig is vanuit onze verantwoordelijkheid....we gaan ook vanuit de arts en pedagoog een stuk scholing geven.

En ik heb zoiets laten we de groep ervoor wapenen, en dan hebben we straks niet meer het probleem dat iemand naar een groep moet en er is geen plaats. Dus nu hebben we méér volume om deze zorg te kunnen geven.

De leeftijdsopbouw binnen deze locatie is het snel ouder zijn. 35 Jaar terug waren ze achttien, nu zijn ze bijna allemaal gemiddeld tegen de zestig en je ziet heel veel mensen oud worden. En die echte intensievere medische zorg, daar zijn maar een bepaald aantal groepen op ingericht. Hier zijn we nu op kennis ingericht, we zijn op bezetting ingericht, we hebben apparaturen, tilliften, bedboxen, douchebrancards. Wij hebben hier eigenlijk bijna alles in huis, dus we kunnen ook alle soorten zorg geven en dat is nu op meerdere locaties.

Interview met Manager Kwaliteit

Met 'vallen' hebben ze een periode gehad dat ze aan de hand van incidenten nog weleens gingen kijken, dus als een cliënt twee keer gevallen was dan kwam de fysiotherapeut en dan ging hij een inventarisatie doen en adviezen geven aan primaire zorg: hoe kun je ermee omgaan en wat is handig in deze situatie? Dus dat is ook mijn zoektocht, want je kunt ook alles over iedereen uitstrooien maar hoe kun je het gericht doen?

Ergotherapeuten en fysiotherapeuten zijn veelal op consultbasis op advies betrokken bij woningen. Artsen hebben net iets meer, maar die zijn ook op basis van vraag bezig. En de orthopedagoog, dat is een andere invalshoek, dat is bij ons iemand die inhoudelijk verantwoordelijk is voor de zorg op die woningen en die is structureel aanwezig bij zorgoverleggen, in tegenstelling tot de arts of andere medische disciplines. Dus die orthopedagoog is een belangrijke poortwachter, ook naar andere disciplines, om dingen te signaleren tijdig. Samen natuurlijk met de begeleiders van de werkvloer, maar de orthopedagoog heeft daar ook een belangrijke taak in. Die zijn veel minder in aantal.

Klopt, dat is het beleid van ASVZ, alleen de betrokkenheid van de arts is minder, de orthopedagoog heeft meer betrokkenheid en drive voor een woning dan de arts. En we hebben bij de artsen een tekort. De orthopedagogen zitten structureel bij zorgoverleggen, de arts niet, tenzij het bepaalde doelgroepen zijn, dan kan het zijn dat ze er wel bij zitten. Maar als je zeg dat je vroeg wil signaleren, dan zitten ze er niet standaard bij op dat moment. Dus zij staan op iets meer afstand, dan de orthopedagoog.

Interview met Ouderenadviseur

Meestal komen de aanvraag vanuit de 'driehoek' binnen, het overleg wat plaats vindt tussen de teamleider, manager en orthopedagoog. Meestal wordt de vraag gesteld door de orthopedagoog of een teamleider, van daar uit komt een intake waar dan de teamleider, orthopedagoog en vaak ook persoonlijke begeleider aanwezig is. En van daaruit wordt een heel traject uitgezet. Gewoon kijkend naar waar ligt de behoefte, waar liggen de vragen en hoe gaan we daarmee aan de slag. Heel vaak is het observatie.

We hebben ook specialistische leergangen 'ouderen'.

Als ik denk dat een groep baat heeft bij ergotherapie dan zet ik dat in mijn advies. Ik zoek niet zelf contact op met de ergotherapeut van "je moet naar die woning". Het staat in het adviesverslag en dit verslag wordt besproken met de orthopedagoog, teamleider en vaak pb'er, of vaak het hele team.

Interview met Teamleider 2

Wat ik zie vooral en wat ik zelf ook doe, is dat wij zelf initiatief nemen als wij iets nodig hebben en dan gaan wij het op internet opzoeken. En dat heeft ook een historie, wanneer je soms tegen...aan het begin moesten fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten leren los te laten in het dementieproces, dan ging het steeds van "maar je moet ze stimuleren". En in het dementieproces is het vooral loslaten en niet blijven vasthouden aan wat mensen kunnen, maar gaan overnemen. Dus daar liepen we daar met enige regelmaat tegenaan. Dat resulteerde soms ook in dat we zelf op zoek gingen naar het product wat we nodig hadden, en dat cliënten soms ook producten zelf aanschaffen. En die producten zien we ook nu terug in de zorg, door de ergotherapeut aangeschaft. Dus dat is een deel wat gespeeld heeft. We hebben heel wat verschillende mensen gezien en we moesten steeds opnieuw beginnen, een nieuwe fysiotherapeut, opnieuw onze visie doorgeven dat het bij ons niet gaat over vaardigheden behouden. In feite gaat het erover dat je vaardigheden behoudt en weer terug krijgt als je ze bij mensen met dementie werkt dat averechts. Dus steeds opnieuw moesten we bij deze mensen aan de slag, van zo werkt het niet bij dementerenden want dan gaat het mis. Mensen gaan in de weerstand. Dus op een gegeven moment baal je daar van als medewerker en ga je zelf aan de slag want het schiet niet op als je steeds tegen die weerstand moet vechten. En nu hebben we zelf producten op het internet gevonden, en ik heb ook medewerkers uit verpleeghuizen die daar de hulpmiddelen kenden en hier ook geïntroduceerd hebben waar de ergotherapeuten bijvoorbeeld niet aan wilden.

Nu doen we het wel, als we iets zien gaan we in overleg met de ergotherapeut over het idee en of zij andere ideeën heeft. Soms gaat het over de vergoedingen van producten, en als producten niet worden vergoed heb je helemaal de vrijheid over wat aangeschaft wordt, maar daarin kun je wel advies vragen.

En we zijn vaak bezig met mensen op te leiden in het dementie proces. Dat is nog vrij ingewikkeld, want hoe doe je dat nu? Want we zeggen we moeten de dementerende cliënt volgen in zijn proces, en is makkelijk gezegd maar dat is niet altijd makkelijk want er komt ook je eigen emotie bij. En daar zijn we wel mee bezig.

In principe met de ervaring die mensen hebben wordt een probleem gesignaleerd en wordt er overlegd "wat kunnen we daarmee en wat kunnen we eraan doen?". En als de ergotherapeut of fysiotherapeut nodig is omdat daar de oplossing gezocht in moet worden gaan we eerst het rijtje af: kunnen we eerst zelf de oplossing voor het probleem vinden en moeten we daarna deskundigen inschakelen? Dus dat is niet ingewikkeld. En we werken ook altijd met z'n tweeën en hebben we overleg van "hoe doe jij dit, hoe zie jij dat, wat moeten we hiermee?"

Er komen ook steeds nieuwe medewerkers, ondanks het feit dat we een stabiel team hebben. Deze medewerkers moeten ook worden meegenomen in het hele proces, dus dat doe je samen, het inwerken in dementieproces. Maar we krijgen nu ook een training PDL, dus een heel team wordt geschoold, en dat is fantastisch. Naast het feit dat ik het leuk vindt om nieuwe dingen te leren, vind ik het ook fijn dat het voor de cliënten ten goede komt. We zijn ook een keer met het hele team naar Rotterdam gegaan voor palliatieve sedatie, en dat doen we ook in overleg met de arts, maar toch "hoe werkt dat, en wanneer doe je dat?" En als je tot de conclusie komt dat het hier binnen de ASVZ goed geregeld wordt dan vind ik dat fijn.

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

Ik zit er al zo diep in dat het signaleren veel sneller verloopt.

...maar ik heb heel snel contact waardoor we er heel snel bij zijn.

We zijn een ouder wordende groep en we zijn ons heel erg bewust van wat kunnen we doen. We trekken heel snel aan bellen met "wil je eens even kijken, want dit werkt niet", of "waar kun jij ons mee helpen?" We hebben nu een dementerende vrouw met Down, die durft niet meer te douchen. Plotseling is de douche doodeng. Dus dan gaan we kijken wat kunnen we eraan doen. We kunnen haar erdoor heen zetten, want dan is ze er door heen. Dan hebben we een ouderencoach die zegt doe maar een washandje erover heen, en dan betrekken we de ergotherapeut erbij met "is een douchestoel niets, want dan zit ze op de douchestoel op de wc en dan rijden we haar naar de douche en kan ze niet omvallen. Zo werkt het bij ons.

Eigenlijk rommelen wij er niet aan, door eerst te kijken...misschien pakken we een keer een andere douchestoel, maar eigenlijk bij die dame hebben we gezegd de ergotherapeut wat heb je voor ons, het is een klein mensje, wat kunnen we hiermee?

Dus eigenlijk is de lijn bij ons dat er één persoon alle vragen voor ergo verzamelt, en die doorstuurt naar de ergotherapeut. Maar in de praktijk zijn dat zo weinig vragen dat de pb'er dat of zelf regelt of dat als ze haar zien het haar vragen.

2. Belemmeringen

Rood Belemmeringen; waar loopt de respondent het meest tegenaan in deze situatie?

Transcriptie Interview persoonlijke begeleider Dordrecht

En dat wil niet zeggen dat het heel lastig is om gelijk actie te ondernemen, want dat heb ik ook wel gemerkt, dat je vrij gauw gaat in de houding van "we gaan het wel even zo proberen, werkt dat niet dan pas ga je hulp inschakelen". Het is ook moeilijk om verandering te brengen. Ik denk dat het ook een beetje in de mensheid zelf zit, dat we het lastig vinden om een verandering aan te gaan. Ik denk dat het niet erg uit te leggen is.

Soms doe je als team zijnde dingen omdat je ze zo doet. Dat hoor je ook vaak terug in de zorg: "waarom doe je dingen zo?", "ja omdat we het al jaren zo doen". En ik denk dat dat het stukje zorgbrede is wat we af en toe vergeten, we hebben het wel over mensen, en mensen zijn elke dag anders en dingen kunnen ook elke dag anders gaan. Zo werkt het wel.

Maar blijkbaar is dat niet altijd het geval, en ik denk dat het daar stagneert, want als iemand niet weet wie hij moet vragen om hulp dan wordt hulp veel te laat ingeschakeld. Zoals jij net vertelde, ergotherapie wordt vaak veel te laat ingeschakeld, maar dan ligt het al bij het stukje signaleren van iemand op de vloer. Dus een begeleider moet signaleren wat het probleem is en die moet wel gelijk op dat moment lijntjes gaan uitzetten en niet te lang op die manier laten aanmodderen zeg maar. En waar dat precies aan ligt dat durf ik niet te zeggen. Ik denk dat het een stukje betrokkenheid misschien. Misschien speelt een teamleider hierin een rol. Dat durf ik niet te zeggen.

Eigenlijk zijn alle medewerkers op de vloer doeners, over het algemeen, en dat maakt het denk ik ook wel een beetje dat dat medewerkers denken "we lossen het zelf op, dat lukt allemaal wel". Soms vergeten we een stukje van we kunnen het niet allemaal zelf, en we hebben ook hulp nodig van de professionals om ons heen. Alleen denk ik dat we gauw geneigd zijn van "nou we zien een probleem, laten we het zo proberen". Ik denk dat dat gewoon een beetje in ons zit. Ik kan niet goed bewoorden wat daar mis gaat, omdat ik het zelf ook niet zo ervaar. Misschien is dat ook een dingetje.

En als je een ondersteunende begeleider, soms hoor je ze ook zeggen "ik vind het fijner om een ondersteunende begeleider te zijn, omdat ik geen verantwoordelijke functie heb". Daar kies je bewust voor, maar dat zorgt er ook wel voor onbewust, denk ik, dat je je minder verantwoordelijk voelt voor de dingen die op de werkvloer gebeuren. Want uiteindelijk is het de pb'er of de teamleider de eindverantwoordelijke.

En dat sluipt ook gewoon in en op een gegeven moment worden dingen ook normaal. en door de tijdsdruk af en toe zie je die dingen ook niet altijd.

Op het moment dat wij cliënten hebben die een bepaalde medische handeling moeten krijgen zijn wij als medewerker verplicht om te scholen, maar waarom hebben we dan geen verplichte scholing voor bijvoorbeeld het vakgebied van ergotherapie of fysiotherapie wanneer we een cliënt hebben hiermee te maken heeft? In ons dagelijks leven komen we het zo vaak tegen.

Ook tijdsdruk speelt een rol, sommige dingen staan op papier of in de theorie heel mooi maar is het niet haalbaar in de realiteit door de tijdsdruk.

Interview met verpleegkundige

Mensen komen op bed, of in de rolstoel, en dit zijn aanpassingen waarvoor het personeel niet op geschoold is of niet gewend om mee te werken. Voorheen lag het stuk meer op begeleiden dan verzorgen. Dan zie je inderdaad dat dingen niet zo snel worden opgemerkt, omdat dingen gewoon nieuw zijn. In de gehandicaptenzorg hebben we een beperkt aantal verpleegkundigen want met name is het altijd begeleiden. Op andere woningen zoals de Touwbaanwoningen (zorgintensieve woning op de hoofdlocatie) zie je wel dat daar meer zorgpersoneel staat, maar op andere woningen is dat niet, en als je merkt dat cliënten ouder worden is dat een gemis. Dan valt het wel op.

We zien een cliënt, een ouder wordende dame en gaat ze lichamelijk achteruit door het ziektebeeld wat ze heeft, en dan zie je wel dat je er tegen aan loopt van hoe kun je ervoor zorgen dat deze dame de beste zorg krijgt. Want het is eigenlijk een VIC-woning (Very Intensive Care), maar nu opeens komt iemand die ze lichamelijk moeten verzorgen en daar is een woning helemaal niet op ingespeeld en dat geeft problemen. Ook wij denken "hoe kunnen wij dit het best oplossen?".

Je kunt ze uitleggen je kunt ze zuss en zo wassen, maar kijken ze verder? Omdat ze die medische kennis en basis niet hebben is dat best wel een uitdaging. Het beste zou zijn als die cliënt ergens anders gaat wonen maar een plek is ook niet voor de hand. We hebben ook wachtlijsten, maar hoe kun je de situatie zo goed mogelijk maken voor de cliënten? We moeten er nú een oplossing voor bedenken, want de meest ideale oplossing is het verplaatsen naar een nieuwe woning

Halsteren is 80km van Udenhout vandaan, je rijdt niet even langs om te gaan staan en te zeggen "we scholen even bij". Dat maakt het ook lastig in dat geval, de afstand dat het niet om de hoek is.

Ja, en dat is aan de ene kant logisch omdat ze dat niet in hun opleiding hebben gehad. Ik kom veel mensen tegen die bijvoorbeeld hiervoor kapster waren, en die staan wel op een woning en die moeten wel voor de cliënten zorgen. En de ene begeleider is bijdehande dan de ander. Net zo hadden we ook een cliënt met een catheter en toen ging de teamleider zelf de scholing doen rondom die catheter, en dat team had die scholing ook allemaal gedaan, maar het team kwam erachter toen de teamleider het deed dat er allemaal dingen in stonden die zij helemaal niet doen of anders doen. Dan denk ik zo'n team heeft al een hele scholing doorlopen, die mogen die handelingen ook doen, en niemand van uit dat team heeft opgemerkt "goh maar wij doen dat anders". Dus dat is ook best wel lastig, dat je denkt dat ontbreekt dus. Je kunt ze dan wel scholen maar als ze dan verder niet opmerken "goh, bij ons gaat het anders", dan is dat best wel lastig want anders komen dingen ook niet aan het licht, en we kunnen niet bij alle cliënten ernaast gaan staan natuurlijk om te kijken of iedereen het op de goede manier doet. Ik ga er wel een beetje vanuit dat als een online scholing en een training bij de BIG-trainer doen dat zij op de juiste manier hun handeling verrichten. Maar toch werkt dat niet zo in de praktijk. Ik zeg niet dat het overal zo is, maar dit was nou net een situatie waarvan ik zeg "hé dat is toch jammer". En dan ben ik blij dat zo'n teamleider wel alert is en denkt "moeten we iets anders doen of klopt die scholing niet?"

sommige begeleiders denken "oh hier staat dat we het zo moeten doen, maar wij doen dat anders. Een ander denkt ik doe het zo, of wij doen het altijd zo, die denkt er verder niet over na". Daar ben je ook van afhankelijk natuurlijk, van iemand die iets opmerkt. En dat is precies zo in de zorg, de één zal denken "er zit hier een rood plekje of wondje", en een ander zal er helemaal niet naar kijken of dat niet opvallen, en dan komt er iemand met een grote wond aan of dat iemand mank liep omdat hij een open been had. Dat is niet van de één op de andere dag. Maar dat wordt gewoon niet gesignaleerd. En ik denk dat dat allemaal door gebrek aan kennis komt.

We hebben toen met elkaar gezeten met de vraagstelling "zijn er in die intensieve sector cliënten die we eigenlijk niet tekort doen doordat ze ouder worden?" We hebben één keer iemand gehad die

blauw aangelopen was, en die werd voortgetrokken om het tempo van de rest van de groep bij te houden en die ging op een gegeven moment zitten op de grond en de begeleiders zeiden van "kom op, door in je dagritme". De arts kwam naar buiten en zei "ze is blauw aangelopen, wil je alsjeblieft een rolstoel halen?" Dat zijn wel van de groepen die verder niet denken aan het medische, dit zitten zo op het begeleiden, we moeten door in triple C (methodiek) en dagritme. Die zien denk ik ook niet dat cliënten daadwerkelijk ouder worden en de behoeftes misschien ergens anders liggen. Dit zijn de groepen die minder snel aan de ergo of een fysio zouden denken, maar puur omdat ze denk ik zelf niet zien dat er een andere hulpvraag is. Ik denk dat het ook daar mee te maken heeft. Ik hoop dat als ze iets anders opmerken dat ze aan de bel trekken of een afspraak maken met de arts omdat die ze dan weer de goede kant opsturen. Maar ik kan mij wel voorstellen dat bij de groepen met hoge niveau cliënten of de wat intensievere groepen cliënten die begeleid worden, dat het daar minder speelt of minder is.

Maar aan de andere kant denk ik dat het ook lastig is, zij zien de cliënten dagelijks natuurlijk, elke dag. Ik zie een cliënt niet, hij komt een halfuur op mijn spreekuur, dan denk ik nou die is achteruit gegaan in de dementieproces. Mij valt het op omdat ik ze een lange tijd niet heb gezien en ik denk dat daar ook de moeilijkheid in zit voor begeleiders, dat ze het daarom ook niet altijd opmerken, omdat dingen geleidelijk gaan. Dus dat dat misschien ook meespeelt in de rol van de begeleiding.

De moeilijkheid bij ons is dan altijd dat de teams die wisselen negen van de tien keer. Dan heb je net iedereen geschoold maar dan is de helft van het team alweer gevlogen, dan kun je weer opnieuw beginnen.

Interview met Teamleider 1

"het is goed als er meer personeel komt, maar er moet ook geld bijkomen".

Die lopen er soms tegen aan dat er niet genoeg bezetting is, of mensen moeten bedverzorging doen en dat hebben ze nog nooit gedaan. Of inzicht in decubitus mist. Ze lopen dan tegen een hele hoop dingen aan. En soms gaan de cliënten zo hard achteruit dat je niet altijd de tijd hebt om daar tijdig op in te zoomen. Je hebt de tijd niet om twee jaar scholing te geven.

Ja, en vooral omdat we maar op deze locatie een beperkte groep hadden voor mensen die aan het dementeren zijn.

Dat merk je wel, en als je merk dat het een steeds terugkerende vraag is bij een medewerker, dan ga je daarnaar kijken en daar een stukje op scholen want als het al drie keer is uitgelegd dan landt het ergens niet.

als je een teamleider hebt die er niet voor open staat dan wordt het ook soms erg lastig.

Je hebt ook niet altijd álle kennis en de arts zegt ook "ik heb jullie vooral nodig om aan te geven wat het is en ik kan wel de vertaling doen". Maar goed je wilt er van beide kanten in willen investeren.

Interview met Manager Kwaliteit

Wat ik lastig vind, en dat heb ik met meer onderwerpen, want we hebben het eerder over vallen gehad dat we daar te weinig aandacht voor hebben of andere onderwerpen.

En hoe kan ergotherapie daarin ondersteunen? Dat vind ik een legitieme vraag. En het probleem of het lastige is, zij zien natuurlijk maar een heel klein stukje, als mensen bij hun komen met vragen of opmerkingen dan gaat ze het pas meekrijgen. Zij zullen niet, vermoed ik, weet ik niet zeker, op alle

groepen komen. Of misschien binnen de groepen die binnen 'the range' vallen. Ik verwacht dat ze voornamelijk op consultbasis werken. Dus zij zien ook maar het topje van de ijsberg, en dat is het topje wat zichzelf meldt. Dus dat vind ik ook altijd een zoektocht: hoe kun je goede signalen krijgen waar eventueel de ergotherapie daar proactief mee aan de gang kan in plaats van achteraf. En hoe kun je eventueel vanuit ergotherapie met mensen in de primaire zorg daar proactiever mee aan de gang zetten, dat ze zelf denken we moeten iets, want we weten hier te weinig vanaf af of we hebben niet voldoende kennis en deskundigheid. Dat is een zoektocht.

om hulp vragen is ook niet altijd makkelijk. Soms hebben ze het ook niet in de gaten dat hulp nodig is, dan denken ze onze familie of ouders worden ook ouder en die blijven langer thuis wonen, en dan proberen ze het ook zelf eerst op te lossen. en als het écht niet meer gaat gaan ze aan de bel trekken. en de één zal dat sneller doen dan de ander, afhankelijk natuurlijk ook van de ouder en van jezelf.

Dat is denk ik wel een belangrijk inzicht, dat is iets wat je zou hopen dat mensen meekrijgen, op de opleiding of later maar dat is niet gegarandeerd. En zeker niet bij onze groep, wij hebben veel zij-instromers dus zij komen uit een ander werkveld. Dus ik geloof dat dat onvoldoende bekend is.

Er zijn hier ook echt standaard richtlijnen voor: "ouderen moeten dit, of over het algemeen is dit de richtlijn...". Maar als we dat leggen naast wat de cliënten bij ons doen, zit daar een heel groot gat, dan kun je zeggen daar zitten hele grote gaten in. Vraag is of het dan allemaal grote individuele verschillen en wensen en behoeftes zijn, of er dan toch niet iets anders onder ligt. Maar ik weet niet of het zo is, of wel?

Dat is het volgende punt, als je denkt dat er niets aan de hand is, ga je deze lijst ook niet invullen. Maar als mensen het niet in de gaten hebben gaan ze de lijst ook niet invullen.

Dat heeft een reden, we hebben vroeger wel 'aandachtspersonen' gehad, niet voor ergo, maar wel voor medicatie of seksualiteit. En op een gegeven moment hadden we heel veel van dit soort mensen. Iedere discipline of onderwerp had wel een aandachtspersoon: seksualiteit, medicatie, veiligheid, netwerk enzovoort. En dan werd het daarop afgezet, het systeem werkte op een gegeven moment vonden we niet goed. Dan wordt het afgeschoven op die ene persoon binnen het team, dat is helemaal niet handig. Dus toen is er door ASVZ een besluit genomen om niet alleen maar te werken met die aandachtspersonen.

Want met die aandachtspersonen werd gezegd "ja ik heb geen aandachtspersoon, dus er gebeurt niets". Dus daar is geen aandacht voor en dat kan niet meer.

Interview met Ouderenadviseur

Tijd misschien, het is erg druk. Ieder team en iedere woning heeft zijn eigen dingetje. Ik denk dat de grootste uitdaging is dat een team bij elkaar kan komen, dat daar ruimte voor is. En dat er een teamdag bij komt. En het ene team smúlt als er een teamdag komt met trainingen en die zuigt je bij wijze als een spons leeg. En de andere vindt een teamdag verschrikkelijk want dan moeten ze gaan zitten en dat vinden ze niet zo fijn.

Je ziet dat als je eenmaal betrokken bent bij een woning, dan wordt je ook makkelijker gebeld. Maar dan zie je als buitenstaander, dan kijk je éven en dan zie je veel meer de achteruitgang dan de begeleider die zoveel uur in de week werkt. Soms gaat het zo geleidelijk dat het je bijna niet opvalt. En als jij dan één of twee maanden niet bent geweest dan moet ik wel zeggen van "wauw, die is achteruit gegaan", "is dat zo?" Ja. Ik snap ook heel goed dat dat kan, want je zit altijd met je neus er boven op. Dus die hele kleine minimale veranderingen die val je bijna niet meer op. Pas als je gaat zeggen "de laatste keer dat ik hier was zag ik dit en dat..." Dan krijg je terug "oja..".

Precies, heel veel inval. Inval van andere woningen of uitzendbureau. Dan kun je net zo hard proberen iets op te starten, maar je hebt gewoon een vast team nodig. En dan heb je teams die al langer met elkaar werkt, maar met een nieuwe teamleider.

Interview met Teamleider 2

A: En je weet ook niet hoe cliënten op dingen reageren. Het is wel stukken beter. We hebben ook weleens bedboxen snel nodig gehad en dan hoorden we dat het er niet was, wellicht was het een financieel plaatje maar we liepen er wel tegen aan: wat we nodig hadden was er niet. Dat maakt wel dat je andere routes gaat lopen.

Nieuwe mensen weten dat zij langer in dienst is, en zij gaan haar gedrag of functioneren of begeleidingsstijl soort van nadoen. Omdat dat wel goed zou zijn. Dus daarmee moet je mee aan de slag. Dus die expertise en deskundigheid moet je wel bijhouden.

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

Bij sommigen zit dat er niet in en dat blijft ook gewoon zo zal ik maar zeggen. Maar ik heb ook heel veel dingen van "kom op jongens, dit hadden we eerder kunnen signaleren", maar van jezelf ook.

Waar wij tegenaan lopen is dat wij in the middle of nowhere zitten, dus dat je niet snel even iemand te pakken kan. Op de hoofdlocatie loop je even langs, je vraagt "heb je even een seconde om te komen kijken?" Of "kun je dit even maken". Dat is bij ons niet zo, er zijn dagen dat wij nieteens een dokter in Rotterdam hebben. Op vrijdag moet je niet een afspraak maken want er is geen arts in Rotterdam. Heel ingewikkeld maar daar lopen wij tegenaan. Dus dat is bij ons, waar zitten wij en dat je daardoor afgezonderd bent en minder contact zou hebben. Ik denk dat als je daar een heel nieuw team gaat neerzetten dat je daar dan tegen dingen aan gaat lopen dat ze niet zouden weten waar ze iets vandaan zouden halen.

Dat vind ik ingewikkeld, want daar lopen wij ook nog soms tegenaan : wanneer vragen wij, wanneer vragen hun?

En wij proberen al jaren lang verpleegkundigen op de groep te krijgen en die komen maar niet, die hebben er geen zin in. Dus daarvan gaat je kennis achteruit, het is niet dat je het niet wil, maar je krijgt ze gewoon niet.

Ja vaak ja, en vooral in deze tijd zijn alle bijscholingen gestopt. En de verpleegkundigen liggen niet voor het oprapen. En ik ben het ermee eens hoor, ik vind ook zoveel mogelijk scholen en graag en ASVZ biedt dat ook heel goed aan, je kunt hartstikke veel dingen doen. Maar helaas is het toch helaas de tijd, of personeelstekort of je mag geen extra personeel om het te doen, dan loopt het weer in de weg. Dus ja het hoort, maar het lukt niet.

En weet je vaste mensen kunnen het zien, ik ook, maar soms ben je zo gestrest aan het rondrennen en dan zie je het niet. Maar ook in de zin van, al zou je het willen, het valt weer weg. Bij de ouderenleergang zaten wij met 25 man, dat is gisteren weer opgepakt via Teams, over zingeving en stukje geloof, dan zitten er 7 mensen op Teams. En een heel belangrijk onderwerp zoals 'zingeving in het leven en hoe richt je dat in', dan ben je er zo 18 mensen kwijt die dat niet hebben meegekregen. Dus dat is ook jammer, maar dat gebeurt ook gewoon, dan wordt het aangeboden maar dan komen mensen niet meer, ze hebben het druk of iets anders... Dus dan is je scholing ook weer weg.

3. Gewenste situatie

Groen Gewenste situatie; wat is de gewenste situatie en welke suggesties / oplossingen heeft de respondent hiervoor?

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Ik denk dat als je een aantal mensen in je team hebt die goed dingen kunnen signaleren dan heb je sowieso al voordeel, want dan neem je de rest van het team ook mee in die verantwoording. Het zou denk ik heel erg goed zijn, wat jij ook zelf eerder aangaf, soms zijn medewerkers niet geschoold, ik denk dat daar ook stap één ligt: zorgen dat alle medewerkers geschoold zijn. Want dat betekent ook dat medewerkers dus ook hun verantwoording pakken, zich betrokken voelen bij de processen die op de werkvloer gebeuren. Ik denk dat als dat stukje gegarandeerd is, je al een stap dichterbij bent dat mensen weten hoe de wegen binnen ASVZ lopen.

Maar ik denk dat het heel belangrijk is dat dat onderscheid juist zo minimaal is en dat je zorgt dat je écht met elkaar het gevoel hebt dat je het ook met elkaar draagt, want je hebt allemaal elkaar nodig. Wij hebben het niet, maar ik denk dat het goed zou zijn dat je als pb'er zijnde een aantal 'schaduw-pb'ers' hebt, één of twee, omdat je op die manier wel de draagvlak groter maakt. En je zorgt ervoor dat iedereen op scherp staan, iedereen is betrokken, dan wordt het signaleren ook makkelijker. Omdat je ook het gevoel draagt van "hey ik ben wel degelijk een schakel in die grote ketting om te zorgen dat alles lukt".

En dat stukje kennis verbreden dat zou ik best waardevol kunnen zijn. We hebben een training ergonomie gehad, de training steunkousen...Gewoon om het team op scherp te houden. Ook kunnen e-learnings hierbij helpen. Ik zeg maar wat gek is, in een jaar plan je vijf dagen in waarbij je in die vijf dagen soort van thema middagen organiseert, over ergotherapie, dan logopedie en dat je bijvoorbeeld je team van te voren een lijst laat maken van punten die je in die middag kunt bespreken. Dan houd je het ook een beetje scherp, dan heb je een gezicht bij de disciplines, "die hoort bij ergo, die bij logo". Dan heb je er ook een beeld bij, sommigen weten niet welke disciplines er aan een sector gekoppeld is.

Soms heb je andere ogen nodig om de situatie te leren beoordelen. Je zou een aanspreekpunt kunnen hebben. Als er niets aan de hand is, hoeft je ook niet langs natuurlijk. En wat je ook benoemt, de gevolgen en de risico's leren kennen. Ik denk dat als het onderwerp wat meer leeft bij de mensen, dat er ook meer begrip is.

Een betrokken teamleider speelt ook een hele belangrijke rol hierin. Als een teamleider niet meewerkt op de vloer, dan heb je ook geen helder beeld van hoe iets loopt. Persoonlijk vind ik dat teamleiders op de werkvloer moeten staan, want alleen op die manier kun je echt zien wat er speelt, dan kun je je ook verplaatsen in wat het team zegt. Een teamleider is uiteindelijk leidend in wat er nou wel of niet gebeurt. Dus ik denk dat dat erg belangrijk is, maar ook dat is een luxe positie, dat is niet overal vanzelfsprekend.

Interview met verpleegkundige

Maar ik denk dat het ook scheelt dat je daar sneller zelf langs kunt lopen om mee te kijken in de situatie. Dan zie je dat het fijn is als je naar binnen loopt op een groep want dan zie je zelf ook dingen en dan kun je ook op dingen gaan sturen of naar dingen vragen omdat de begeleiding het zelf niet

opmerkt. Ik werk nu een jaar of zes op Udenhout, dus dat ik heb in de loop der tijd dat ik dat doe. Ik ben begonnen op andere woningen om dat te doen, inmiddels zijn die woningen helemaal ingespeeld op de ouder wordende cliënt en dat loopt. Die weten op een gegeven moment ook de weg naar mij te vinden. Dat stelt dus ook gerust, die woning trekt aan de bel als er iets is. Maar met andere woningen heb je dat nog niet altijd. Of ik loop langs, en doordat ze je gezicht zien weten ze ook dat je er bent.

Maar dan vind ik het wel een meerwaarde dat ik het af en toe wel blijf doen (langskomen), zeker op de groepen waarbij je ziet dat de populatie gaat veranderen of dat de cliënten écht ouder gaan worden waardoor er andere behoeftes zijn vanuit de cliënten, dus dan kan je het team erin toch erin sturen. Sowieso geldt dat denk ik als je ergens werkt en je hebt goed contact met iemand dat je sneller bij iemand aan de bel trekt, maar dat gaat makkelijker als je kleinere teams hebt en elkaar ziet en spreek op de wandelgang.

Ik denk dat we allemaal een gewenste situatie hebben, maar dat is niet haalbaar natuurlijk. Want je kunt niet verwachten dat iemand die kapster is geweest dat die als een verpleegkundige zijn werk doet en aan het bed staat. Ik denk niet dat dat een reële gedachte is, al zou je dat het liefst willen op de groepen waar het nodig is. Ik zou het wel belangrijk vinden als mensen gewoon dingen signaleren, en dat ze nog geen eens weten wat er mee moet, maar als ze zij al zouden mailen met "verpleegkundige, ik zie hier een rood plekje of wondje zitten, wat moet ik ermee of wil jij ernaar kijken?" Want dan kunnen wij inspringen en dan kan ik zeggen smeer een crème, of het is een drukplek en ik roep de fysiotherapeut erbij omdat de rolstoel of schoenen aangepast moeten worden. Ik denk op het gebied van signaleren, dat het daarmee moet beginnen.

Ja misschien valt het minder op. Ik zeg niet dat het goed is, want opzich zou je aan de hand van rapportages ook dingen moeten opmerken. Als de cliënt opeens zijn drinken vaak mee morst of dat soort dingen. Maar dan kom je weer uiteindelijk op het signaleren uit, want je collega's moeten wel signaleren dat een cliënt drinken er vaak naast schenkt. Want dan kan je als pb'er pas eind van de maand pas uit de rapportages halen dat een cliënt vaak morst met drinken, bijvoorbeeld. Dan kom je toch denk ik weer bij het signaleren uit.

Ik denk dat wanneer je een ouderenwoning hebt met dat je specifiek moet gaan kijken van goh het is een woning met ouder wordende cliënten, als dat zo'n woning is, moet er dan misschien een richtlijn voor komen? De woning wordt dan getraind in verzorging op bed, de woning krijgt een training rondom incontinentiezorg, misschien moeten we daar wel iets aan gaan hangen. Dat we zeggen als we zo'n woning op orde willen krijgen of voorbereid willen krijgen op wat er gaat komen, met de cliënten, dan moet je ze gaan scholen als je merkt dat het de doelgroep is. Dat zou ook een optie kunnen zijn, het personeel een beetje up to date krijgen.

Aan de andere kant denk ik dat als de basis er wel zit in de helft van het team, die kunnen dat dan misschien overdragen aan hun collega's dan weer. Dan kun je misschien nog een keer een scholing doen om op te frissen voor de degenen die het nog wel weten of wel gehad hebben. Maar goed ik denk inderdaad dat daar winst te behalen is hoor.

Interview met Teamleider 1

Dat is ook belangrijk, dat mensen die hier werken moeten vooral ook die signaalfunctie kunnen hebben: we zien iets, dat voelt niet goed en daar moeten we iets mee. Maar daar moet je wel actief mee bezig blijven en daar blijven wij ook actief mee. Hoe meer ze blijven scholen hoe meer ze dingen gaan herkennen.

En dat is ook een bepaalde houding die je team moet hebben. Op een gegeven moment wordt een deskundig advies gegeven, dat volgen wij op. Die mensen hebben er juist meer verstand van, we zijn er wel kritisch op, maar daar kunnen wij ons voordeel van doen. Dat geheel maakt het dat je steeds de zorgvraag van de ouder wordende cliënt kunt beantwoorden.

Q: Dus ik hoor nu lobbyen voor de vergoedingen voor meer personeel op de vloer, en ook het betrekken van de juiste mensen?

A: Ja, heel erg de juiste mensen, en die hebben we ook gelukkig binnen ASVZ heel erg in dienst, en je moet ervoor zorgen dat je met deze mensen goed contact mee hebt. Neem als voorbeeld Anne, ik weet dat zij op maandag vrij is, maar ik weet dat als ik een voicemail inspreek dat ik op dinsdag altijd een reactie heb. Dat werkt wel fijn, dat die lijntjes kort zijn en dat we mekaar snel krijgen. Maar het is echt van belang op een ouder wordende groep dat je kennis hebt, ervaring hebt maar ook gebruik wil maken van wat rondom je heen hebt. En binnen ASVZ, als je wil is dat er veel. De begeleiding moet er ook voor open staan en er moeite voor willen doen.

Interview met Manager Kwaliteit

Dus als je zorgt dat je de orthopedagogen goed geschoold hebt, of goed de aandacht op hebt, dan is het misschien een makkelijker invalshoek dan alle begeleiders te willen trainen en bijscholen. Omdat zij inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorg samen met de persoonlijke begeleider, dus zij kijken ook en zij kunnen ook denken van "hey je hebt misschien iets meer nodig, laten we meer dingen inzetten". Ja, en dat is ook een kleinere groep, dus die is wat makkelijker te benaderen zeg maar als je dingen wil uitzetten of scholen. Wil niet zeggen dat je de medewerkers niet zou moeten scholen maar ik denk dat die groep orthopedagogen, dat is wel een andere invalshoek om de aandacht voor iets te hebben.

Interview met Ouderenadviseur

Maar ik vind wel dat die vragen in de signaleringslijsten gesteld moeten worden.

Interview met Teamleider 2

En dan is het fijn als je mensen hebt met wie je samen moet werken die je goed kent, de visie deelt. En als er in een team mensen zijn die een zorgvraag niet herkennen dan blijkt er dat er in het team mensen moeten zijn die de zorgvraag wél herkennen die tegen hun collega's zeggen dit is niet normaal en hier moeten wij iets mee. Dan kan er wel een ergotherapeut komen en zeggen "dit is niet normaal", krijg dan maar een team eens mee.

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

Leren uit doen. Ik heb nog de ouderen leergang gedaan, en andere begeleiders ook. Dus zo zijn ze erin gerold.

Het is meer doorgeven en doorgeven, alles opschrijven en vertellen.

4. Bekendheid ergotherapie

Paars

Bekendheid ergotherapie; is ergotherapie bekend en weet de respondent deze in te schakelen?

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Ik weet in ieder geval dat het op de Regulushof gewoon heel duidelijk is voor iedereen welke disciplines er aangesloten zijn op de woning. In ons team geloof ik niet dat we heel erg er tegen aan lopen dat we niet weten welke wegen we moeten pakken bijvoorbeeld.

Ik denk dat het bij ons aardig leeft. Dat komt denk ik wel omdat we in het verleden hebben gehad waarbij ergotherapie betrokken is. Dus ik denk wel dat het verschil van moeten we bij de ergotherapeut of fysiotherapeut zijn wel lastig om uit te zoeken. Zeker als het gaat om aangepaste schoenen en dat soort dingen. Verder weten we wel wie er betrokken zijn bij ons als disciplines en weten we wel jullie te vinden.

Als wij dingen signaleren bij cliënten dan weten wij, ik ga ervan uit eigenlijk alle medewerker op de woning waar ik werk, dit is voor de ergo en hier kunnen wij hen voor benaderen. Ik vind het contact heel erg positief. Ik had de ergotherapeut ergens voor nodig en zij reageerde binnen een dag. Dat vind ik heel erg prettig. Het is heel waardevol dat het duidelijkheid is dat als er iets aan de hand is, dan kun je ze benaderen.

Interview met verpleegkundige

Ik denk dat de groepen waar er zorg is dat het daar wel bekend is, als je echt meer op VIC-woningen komt en intensievere begeleidingsgroepen, dan gaat het met name om begeleiding, dat het minder bekend is.

Interview met Teamleider 1

Ja, rondom de bedverzorging bijvoorbeeld. Wanneer wij scholingen organiseren neem ik contact met ze op, "denk eens mee van wat er nodig zou zijn". Want het is hun expertise en samen met de ergo en fysio gaan we zitten van "wat zullen we doen".

Op de woning wel, degenen die hier al twee jaar werken wel, diegenen die hier korter werken die weten dat nog niet maar worden wel door hun collega's ingelicht.

Ja, en eigenlijk is het een continu proces, je moet ze continu meenemen in die doet dit, die doet dat.

Interview met Manager Kwaliteit

Nvt.

Interview met Ouderenadviseur

Er is denk ik niet voldoende contact, maar we weten elkaar wel te vinden

Ik denk dat ze wel weten wat een ergotherapeut is, maar ik denk dat mensen er niet zo bewust van zijn dat het niet zo moeilijk is om ergotherapeuten te bereiken. "Die mag je gewoon bellen, ga ze bellen". Dus dat kan ik mij voorstellen, dat mensen niet helemaal bekwaam zijn met wat ze waar kunnen halen. Wel dat het aanwezig is, ik denk wel dat woningen buiten de instelling niet weten dat het aanwezig is. Want als je altijd buiten de instelling hebt gewerkt en niet zo vaak er komt (op het hoofdterrein), dan kan ik mij voorstellen dat zij niet weten dat er ergotherapie is, hoeft niet.

Dus iedereen weet het dan ook en waar ze jullie kunnen vinden. Maar zeker als de locaties buiten de terreinen niet zo goed weten wie jullie zijn of wat jullie doen dan zou ik daar mijn aandacht op richten, dat het goed veel meer bekend wordt waarvoor kun je een ergotherapeut beroep op doen? Dat het voor de mensen ook makkelijker wordt om naar jullie toe te gaan: "oh kun je daar ook voor naar de ergotherapeut?"

Interview met Teamleider 2

Ik heb eigenlijk de laatste tijd wanneer er vragen lagen, deze bij de ergotherapie neergelegd heb ik bevredigende oplossingen gekregen. De samenwerking met de ergotherapeut is wat mij betreft heel erg verbeterd met het begin, toen kende ik de ergotherapeut niet zo goed en had ik het idee dat we de visie niet heel erg deelde en dat is anders geworden.

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

We hebben een leuk team en de ergotherapeut is er ook zo bij ons. de ergotherapeut is twee keer per week bij ons op de woning omdat ze aan het oefenen is met een cliënt, dan heb je sneller contact omdat ze er is en je loopt dingen na. Het mailcontact is goed. Ja, soms is het pluizen van waar moet ik zijn. Meestal beginnen we bij de fysio en die vertellen ons waar we heen moeten.

Dus ik ken de ergotherapeut uit een andere locatie nog, dan heb je een goede band, dus dan is het ook weer wat makkelijk, je spreekt haar wat makkelijker aan, je durft wat sneller te vragen. Andersom ook, dus dat scheelt ook wel. Dan krijg je meteen een mail, dus eigenlijk is er goed contact. En dat heeft een tijd geduurd om die band op te bouwen, maar dat zijn wij opzich wel van elkaar gewend.

Maar dat je iemand kunt observeren op zijn prikkelverwerking, nooit geweten.

5. Ondersteuning vanuit ergotherapie

Blauw	Ondersteuning ergotherapie: welke behoeftes en/of vragen liggen er voor ergotherapie? (gericht op de begeleiders)
--------------	---

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Ik denk dat het wel waardevol kan zijn is dat je een soort, zonder tijdskwesties, zou het mooi zijn als er één keer in de drie weken iemand langskomt en dat we van te voren een lijstje hebben gemaakt. Want in het dagelijks leven loop je tegen kleine dingetjes aan van "hoe zit het met dit, hoe zit het met dat..?". Dan krijg je dat stukje dus weer van we lopen het zelf op. Maar als we bijvoorbeeld hebben die één keer in de vier weken langs kan komen, een week van te voren hebben wij een lijstje klaar met de vragen die we in de afgelopen weken hebben gehad, dan kunnen we dat op die ochtend bespreken. Ik denk dat je op die manier weer dat stukje betrokkenheid weer naar de woning haalt. En als ik kijk naar mijzelf dan zou ik denken "oh hoe zit dit nou eigenlijk"? Soms gaat het over iets klein, maar het zou wel het begin zijn van een probleem wat telkens groter wordt. Als je dat kleine probleem gelijk aan kan pakken. Je kunt het mailen, maar als je toch persoonlijk met elkaar kunt sparren over waar je tegenaan loopt, ik denk dat dat het grootste zou zijn wat ik persoonlijk wel mooi zou vinden voor op de woning.

Een professionele frisse blik, jullie kennen de cliënten alleen vanuit professioneel oogpunt vanuit jullie beroep. En jullie kunnen heel objectief kijken van dit is de situatie en dit zou een oplossing kunnen zijn zonder dat jullie de cliënt kennen. Want wij gaan vaak denken "oke, het kan wel, maar past het wel hierin, en in zijn dagprogramma, maar wat doet het dan met dat". Dan is soms een frisse blik nodig om even te kijken waar hij nu staat.

het is dus natuurlijk best belangrijk dat er op tijd gereageerd wordt. En dat is in het verleden niet altijd gebeurd, niet met ergo, maar dat je dan best wel lang op een antwoord wacht, dan stagneren dingen weer. Dan kijk je naar het stukje prioriteit, dan gaat een begeleider er ook voor kiezen om iets te parkeren en doorgaan met iets anders. Maar dan krijg je wel dat dingen gaat versloffen. En ik geloof dat het voor alle woningen best belangrijk is als ergotherapeuten zichbaar blijven voor de woning. Ookal loopt het een periode wel, misschien is het leuk om toch op die woning te gaan kijken om een thema te pakken vanuit jullie vakgebied en dat bespreekbaar te maken. Ik denk dat een stukje zichtbaarheid heel erg belangrijk is. Als ik kijk naar de woning waar ik gister was, daar zijn jullie [de ergotherapeuten] blijikbaar niet zichtbaar genoeg.

Interview met verpleegkundige

Ik denk dat het een goede combinatie kan zijn. De vorige keer heb ik ook met de ergotherapeut samengewerkt: zij heeft de mevrouw van de glijzeilen uitgenodigd, ik de meneer van de luiers uitgenodigd en zo hebben we het samen georganiseerd en geregeld. Dus ik denk dat dat op andere gebieden misschien ook zo dat je een aanvullig op elkaar kunt zijn op dat gebied. Misschien kunnen we fysio op bepaalde punten betrekken.

Interview met Teamleider 1

Bijvoorbeeld rondom epilepsie was het een e-learning, rondom tiltechnieken was het een e-learning en live. We kijken wat er mogelijk is. Wat we merken bij deze doelgroep is dat het belangrijk is om zoveel mogelijk live te doen.

En dat hebben we vooral de laatste twee jaar gedaan: we constateren een probleem, we halen daar een deskundige bij en dan kijken we, die doen uitleg of hebben we meer uitleg nodig en we doen een stuk scholing geven. En zodoende vergroten we de kennis en zodoende is bijvoorbeeld die cliënt van 75 die bij ons kwam wonen, daar worden veel makkelijker dingen herkend en veel makkelijker dingen meteen in gang gezet.

Daarnaast het stukje medici wat je eromheen nodig hebt dat is ook belangrijk. En daarin is ook de houding belangrijk, je moet ervoor open willen staan, ook er open voor willen staan dat hun - klinkt stom maar een vinger in de pap krijgen (= invloed hebben).

Het gaat om de wisselwerking tussen het team en de paramedici erom heen.

Q: Ik hoor dat het belangrijk is, een open samenwerking.

A: Ja, héél belangrijk, en ook héél belangrijk het vertrouwen in mekaar hebben, ook accepteren.

Soms zijn dingen en meningen gewoon zo en je zult veel moeten communiceren en overleggen.

A: Als wij vragen hebben, stellen wij die aan Anne. Iemand die spastisch is moesten wij wassen, dat was voor onze rug niet fijn omdat we op onze hurken moesten zitten, en daar gaf zij adviezen in. Dus op het moment dat wij zelf er tegenaan lopen van "dit is niet handig, of hier krijgen we veel last van", daarvan is de live-scholing ook geweest, omdat ik merkte dat veel mensen last kregen van hun rug. Dus daar hebben we de ergotherapeut voor ingezet, om mee te kijken "wat doen we verkeerd? Wat kunnen we anders doen?" En eigenlijk de vragen die wij hebben, wij wel de korte lijntjes naar Anne, die heeft laatst meegekeken naar goede meubels voor cliënten. Je moet er voor open willen staan en je moet ook weten dat ergotherapeuten dit kunnen leveren en meedenken.

Wat mij nu te binnen schiet, wat ook belangrijk is is de houding van de ergotherapeut zelf. Ik zal uitleggen waarom: de ergotherapeut moet ook communicatief voldoende vaardig zijn om een klik te krijgen met zijn cliënt. Ze hoeven elkaar niet aardig vinden maar de cliënt moet wel gehoord worden.

En dat is het belang van de ergotherapeut, die moet proberen communicatief aan te sluiten bij het team en de medewerkers, en daarwel laten zien dat ze kennis heeft, maar ook ervoor zorgen dat het land bij die mensen. En als het niet meteen landt, via iemand anders laten landen. Want anders is je advies heel leuk, maar dan werkt het niet.

Dat ze proberen in te schatten 'wat bedoel je nu precies, wat is je vraag precies'? Soms kunnen woonbegeleiders dat moeilijk zeggen. Dan kun je als therapeut benoemen: "dit is de vraag die je stelt, zullen we samen erover gaan nadenken over hoe we dat kunnen oplossen?" Ik denk dat daar heel veel in zit. Als je ervoor zorgt dat dit soort dingen loopt, kun je heel snel op vragen van cliënten antwoorden, dan kun je er snel op schakelen.

Mocht je dat als ergotherapeut opmerken kun je dat met de arts bespreken en de arts dan weer met overleg manager en teamleider. Dus je hebt wel verschillende mogelijkheden om daarin te sturen. Maar goed de samenwerking is erg belangrijk wil je goede zorg kunnen bieden.

Maar daar heb je een medisch team rondom nodig, want die zitten meer op afstand en die houden een frisse blik en ze stellen ook de vragen.

Interview met Manager Kwaliteit

Dus dat vind ik ook altijd een zoektocht: hoe kun je goede signalen krijgen waar eventueel de ergotherapie daar proactief mee aan de gang kan in plaats van achteraf. En hoe kun je eventueel vanuit ergotherapie met mensen in de primaire zorg daar proactiever mee aan de gang zetten, dat ze zelf denken we moeten iets, want we weten hier te weinig vanaf af of we hebben niet voldoende kennis en deskundigheid. Dat is een zoektocht.

Interview met Ouderenadviseur

We zijn één grote organisatie met heel veel mogelijkheden, maar dat we naar de juiste persoon kunnen wijzen van "ga die eens contacten, want die kan je ermee helpen".

Interview met Teamleider 2

Maar je ziet ook met regelmaat dat andere producten nodig zijn, dan zie ik ook dat de ergotherapeut ideeën aandraagt waarvan ik denk "dat is fijn".

Maar als je mensen hebt die langer in dienst zijn, waar de samenwerking mee intensief is, zoals Anne, dan is het prettig om van elkaar te weten wat de visie is van onze doelgroep. We hadden laatst een cliënt die s'morgens altijd bloot lag en altijd koud had, dan ga ik de ergotherapeut mailen van "denk eens mee", en dan komt zij met een aantal oplossingen en gaan wij kijken wat het fijnste is. En zo zou het moeten.

Precies, en je moet proberen te voorkomen dat dan zo'n team zegt "de ergotherapeut denkt dat ze het weet".

Interview met persoonlijke begeleider

Dan zou ik inderdaad zeggen: laten wij een spreekuur doen, van een uur. Laat ik daar gaan zitten, laat ik daar een rondje lopen, laat ik zelf even observeren. We hebben ook dagbesteding op de woning bij ons, "laat ik even een rondje lopen, meekijken, observeren". Dat zou ik dan doen als wij daar een nieuw team hebben want als ze het zelf niet weten, dat ze dan disciplines laten meekijken. Dat zou niet haalbaar zijn waarschijnlijk. Wij hebben heel vaak dat wij pas leren nadat iemand het ons heeft uitgelegd, dat is natuurlijk altijd zo, maar iemand die heeft bijvoorbeeld een doorligplek en TIA, en dan denken wij "wat doet ze raar". En dan horen wij "ze had een TIA en dan moet je dit dit en dit doen". En de volgende keer signaleren wij hem. Dat is jammer en dat hebben we nog vaak. Dat je dat voor kan zijn, dat je met een nieuw team wel een studiedag hebt of aansluit bij een zorgoverleg of iets van. Net zoals bij de Ouderenleergang, dan komt de ergotherapeut en anderen een middag, en dat is fenomenaal. Dus dat zou ook mooi zijn, dat een therapeut eens in de drie maanden komt aansluiten bij het zorgoverleg om te luisteren van "volgens mij kan ik daar wat uithalen, volgens mij kan ik daar van hulp zijn". Of aansluiten bij een IP. Nu vragen we het, "is het handig als je aansluit want we hebben dit en dit voor je", dat het een standaard dingetje wordt. Dus dat als de begeleider het niet weet of er gewoon niet van af weet, dat hij het leert doordat iemand anders het ziet, en dan leert. Dus als iemand komt observeren, en een halfuurtje op de dagbesteding komt zitten, en die denkt bijvoorbeeld die persoon kan een schuine lepel gebruiken, en wij zien dat niet, dan kun je dat wel leren. Dat je bij een volgende denkt "hey die doet het wel raar, pak ik dan een lepel, zo heb ik het geleerd". Dus als er een nieuw team zou zijn zou ik zeggen laat iemand (een therapeut) meelopen, laat iemand observeren met een expertisen en die dan doorgeven. Dat deze persoon misschien zegt "als deze persoon verder achteruit gaat, ik heb een zeiltje, die ligt eronder, trek die aan en draai het om", ik zeg even een voorbeeld. Of "ik heb slofjes voor onder de voeten, daar krijg je geen decubitus plekken, let daarop want ze gaat langer op bed liggen". Helaas hebben wij dat soort dingen ook moet leren nadat er wonden zijn ontstaan, nu zeggen we "cliënt ligt langer op bed, mag ik van die sloffen", dus helaas leer je veel doordat het te laat is, dan zou ik zeggen dat als er iemand nieuw is of iemand gaat opstarten: plan als therapeut een observatiemoment in, kijk mee, wie heb je daar, wat kan er nog meer en wat kan ik doen, en wat kan ik ze leren zodat ze het bij de volgende wel eerder zien".

Ja, deel je kundigheid. Super leuk, het is ook leerzaam. En zeg wat je doet. Heel cru, maar ik zeg tegen de ergotherapeut dat zij van de po-stoel en de bedden is. Maar dan leer ik naderhand bij een situatie bij mijn dochtertje dat een ergotherapeut helpt bij de prikkelverwerking.

Deel je expertise. Wij lopen goed mee en voorop. Maar ik denk bij andere woningen, en ook bij ons, de nieuwelingen dat als je het deelt: wat kan ik, wat doe ik...dat je daardoor nog meer doelen gaat halen, en dus sneller signaleert en dus sneller mensen helpt. Zeg wie je bent. Laat je zien en laat weten wat je kan doen.

Ik ben van face to face: leg het uit, laat het zien, dan heb je meteen je vragen. Je hoor het: ik ratel nogal snel, ik raak nogal snel afgeleid, dus als je voor mij staat en je gaat dan met mij in gesprek, dan heb je mij op mijn best. Dan laat je meteen zien hoe het werkt, en je gaat het uitleggen meteen van "ik heb hier een glijzeil, hier hup we schuiven het eronder, je trekt eraan en kijk..", even als voorbeeldje.

Ja, maar ik ben het er ook gewoon mee eens: scholing en communicatie..dat je daar het allerbest van leert, van doen en leert van wat er gebeurt. En vanuit daar leer je steeds meer. En helaas leer je ook steeds van te laat.

6. Aanbevelingen: reactie erop

Roze Aanbevelingen: uit literatuurstudie komt naar voren dat...wat vindt u hiervan?

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Zijn jij en jouw collega's bewust van wat de cliënt aangeeft en kun je dit laten horen op andere niveaus?

A: Ik denk het wel. En het sluit ook aan op waar mijn eigen onderzoek over ging, EVMB cliënten zijn een lastige doelgroep omdat ze verbaal niets aangeven. Dus als begeleiders moeten wij uitgaan van alle signaleren, en dat is soms erg moeilijk omdat sommige signaleren erg tegenstrijdig kunnen zijn. Dus we moeten kijken met elkaar naar wat de cliënt aangeeft, niet alleen in gedrag maar soms kunnen kleine veranderingen een grote oorzaak hebben

Bij de vraag is de Regulushof in staat alle signalen aan de hogere disciplines door te geven: ja dat denk ik wel. Ik denk dat wij als medewerkers allemaal de stem van de cliënt proberen te vertalen. Dat is hoe ik het zie. Iedereen in ons team is daar toe in staat, ook om te onderbouwen wat er gebeurt en waarom de cliënt iets doet en wat er dan verandert.

Interview verpleegkundige

Ik denk dat wanneer je een ouderenwoning hebt met dat je specifiek moet gaan kijken van goh het is een woning met ouder wordende cliënten, als dat zo'n woning is, moet er dan misschien een richtlijn voor komen? De woning wordt dan getraind in verzorging op bed, de woning krijgt een training rondom incontinentiezorg, misschien moeten we daar wel iets aan gaan hangen. Dat we zeggen als we zo'n woning op orde willen krijgen of voorbereid willen krijgen op wat er gaat komen, met de cliënten, dan moet je ze gaan scholen als je merkt dat het de doelgroep is. Dat zou ook een optie kunnen zijn, het personeel een beetje up to date krijgen.

Interview met Teamleider 1

Interview met Manager Kwaliteit

Ik zit ook te denken, ooit hadden wij een document, een beleid gehad over de ouder wordende cliënt. De ouderenadviseur weet hiervan.

Interview met Ouderenadviseur

Interview met Teamleider 2

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

Het probleem is, op papier staat het mooi, maar als je drie mensen hebt die met corona thuis werken, en je moet voor zestien cliënten zorgen...dan gaat het heel snel weg. Het is soms zo anders in de praktijk, op papier is het zo prachtig, we willen allemaal het beste. Maar uiteindelijk moet ik s'ochtends zes cliënten uit bed halen met tilliften en dingen en dan gaat dat stukje kwaliteit ook weg.

7. Opvallendheden

Geel Opvallendheden over begeleiders

Interview met persoonlijke begeleider Dordrecht

Normaal gesproken zijn wij als begeleider heel erg van de cliënt zoveel mogelijk eigen regie geven waar het kan. Altijd samen honderd procent je taken halen. Ik denk dat het belangrijkste is dat als wij als begeleider kijken wat kan de cliënt vandaag aan.

Ik heb gewoon gemerkt dat het verschil tussen de woning waar ik gisteren was, daar waren de medewerkers echt van goede wil, alleen vonden zij het wel lastig om bepaalde punten te signaleren. Ik ervaar dat ik het niet lastig vind om iemand in te schakelen bij de ouder wordende cliënt. En zo zie je maar weer het verschil van woning en van hoe gauw men aan dingen kan wennen.

Je komt er toch achter dat ookal werk je met dezelfde doelgroep, dat er echt verschil tussen hoe zij en hoe wij denken over bepaalde situaties. En wat ik waardevol vind is dat je zonder dat je elkaar kent of je hebt elkaar niet gezien, je kent elkaar cliënten nauwelijks, dat je toch met elkaar kunt gaan sparren in zo'n situatie van "he maar wij doen het zó, en waarom doen jullie het zó?" En vooral die vraag "waarom doen jullie het zo" vind ik meestal een hele belangrijke omdat je ook zelf aan het denken gezet wordt van "oke maar waarom doen we dat dan?". Omdat wij juist zo geneigd zijn om te zeggen "we doen dat omdat we het al jaren zo doen", of "gewoon, omdat het erbij hoort". Daar ben ik zelf schuldig aan, maar het zelf je wel aan het denken, waarom doen we dingen dan? Dat is bijvoorbeeld ook bij stagiaires of leerlingen of nieuwe mensen op een woning die jou de vraag stellen "waarom haal je die cliënt op deze manier uit bed, waarom doe je het niet anders? En is er een reden voor? Heb je dat besproken?". Dat vond ik ook opvallend, dat medewerkers daar zelf bepaalde begeleidingsmanieren hebben gevonden om deze cliënt eten te geven. En ik vroeg "waarom doen jullie dat zo?". "Ja, nee, dat is beter voor zijn houding om te slikken." "Oké, maar heb je dat ook besproken met de disciplines?" "Nee, dat niet".

En ook al sta je met iedereen 100 procent op scherp staat, dat het écht wel lastig is om alle signaleren op te vangen, en daar heb je een hele team voor nodig. En ik denk dat wij als teamzijnde allemaal heel erg betrokken zijn. Ik denk dat dat ook wel de kracht is van ons team, we zijn allemaal erg betrokken en we proberen allemaal het beste ervan te maken voor de cliënten en ons 100% in te zetten voor de cliënten. Als je een team hebt met dat uitgangspunt, ik geloof dat dat wel erg belangrijk is.

Precies, ik vind dat ook mooi om te zien. Ik vind dat alle medewerkers een positieve bijdrage hebben aan het groepsklimaat, en dat merken we ook weer aan de cliënten. Als ik het vergelijk met de woning waar ik gister was, vind ik wel dat wij het goed voor elkaar hebben in de zin dat iedereen wel alert is. We zeggen niet gauw "ja, nou, ik weet het niet". Iedereen heeft wel ergens over nagedacht, we handelen niet uit impulsen, het is voorbedacht.

Interview met verpleegkundige

Ja, als ze je weten te vinden trekken ze toch eerder aan de bel, gaan ze minder snel acties uitzetten die niet altijd de juiste acties zijn, die wel goed bedoeld zijn maar niet altijd oplossend zijn. Soms is er

een achterliggende reden waarom iets is, dan kun je daar op inspringen of je kunt inderdaad de juiste acties uitzetten of ze daarin begeleiden.

We hebben laatst een hele scholing gedaan met glijzeilen en gecombineerd met incontinentiemateriaal. En dan denk je eigenlijk dat een woning daar aardig op geschoold is omdat ze er veel mee werken, maar dan blijkt dat het zinvol is om een training te geven omdat er veel vragen zijn.

Interview met Teamleider 1

Je moet er ook voor open staan, wij kunnen wel als team denken we kunnen alles, maar we moeten ook van deskundigen gebruik maken als we iets willen aannemen.

Interview met Manager Kwaliteit

Interview met Ouderenadviseur

Dus als je dat vertelt gaan mensen al met een andere blik kijken naar die oudere cliënt, want dat is gewoon zo.

En als je dan bijvoorbeeld aan het eind aan de begeleiders vraagt "wat missen jullie nog", dan krijgen we stevast nog terug "er zou nog eigenlijk een derde dag over dementie bij kunnen, maar dan hebben we al twee dagen verteld over dementie, maar dat is zó groot dus er valt veel over te vertellen.

Interview met Teamleider 2

En dan is het fijn als je mensen hebt met wie je samen moet werken die je goed kent, de visie deelt. En als er in een team mensen zijn die een zorgvraag niet herkennen dan blijkt er dat er in het team mensen moeten zijn die de zorgvraag wél herkennen die tegen hun collega's zeggen dit is niet normaal en hier moeten wij iets mee. Dan kan er wel een ergotherapeut komen en zeggen "dit is niet normaal", krijg dan maar een team eens mee.

Interview met persoonlijke begeleider Rotterdam

Bij ons gaat dat goed, we zijn een geoliede machine, we zijn niet bang om te vragen, we zijn niet bang voor niets.

Waarom zou je het zelf willen proberen? Daar hebben wij geen tijd voor.

Dus wij zijn ook een woning die gewend zijn om te vechten. We willen iets, we willen het beste. Die mensen zitten in een oud zorghotel waar je bij wijze van spreken geen schilderijtje aan de muur mag hangen met een spijkertje want dat moet aan een touwtje dus dan doe je het beste op verschillende manieren. En het is gewoon comfort, comfort, comfort. En dat zoeken wij op, en wij weten dat het er is dus daar gaan wij voor. Dus waarom 'kloten' als je weet dat je het kan krijgen.

Transcripties

Transcriptie 1: persoonlijke begeleider

Transcriptie Interview persoonlijke begeleider Dordrecht

Datum: 13 april 2021

Functie: persoonlijke begeleider, woning te Dordrecht

Q: [uitleg over onderzoek]. Hoe wordt er nu omgegaan wanneer de client ouder wordt en er nieuwe zorgvragen spelen?

A: Allereerst kijken we natuurlijk per cliënt naar de medische achteruitgang. Vaak heeft een ouder wordende cliënt in onze doelgroep verschillende facetten uit de medische aspecten waar hij eigenlijk op achteruit gaat. Dat merken we ook met de cliënten waar jij betrokken bij bent geweest. We proberen eerst te kijken wat prioriteit heeft, en van daaruit te handelen. En ik denk dat voor sommige mensen niet altijd 100% duidelijk is wie betrokken is bij welk aspect. Als we het hebben over bijvoorbeeld cliënt G. waar jij betrokken bij bent geweest, daar was natuurlijk op medisch gebied zowel voor logopedie, als voor fysiotherapie eigenlijk voor alle betrokken disciplines, die heb je nodig. En ik denk dat daar soms de onduidelijkheid is voor sommige mensen om te kijken van oké wie moeten we waarbij betrekken.

Q: Je hebt het over het kijken naar wat prioriteit heeft prioriteit, wie bepaalt dat?

A: In principe gaat de pb'er en de rest van het team is natuurlijk signalerend in dit geval, en wij signaleren de dingen die we zien. Met die dingen gaan wij naar een arts, of naar een orthopedagoog en dan maken we het eigenlijk bespreekbaar in een multidisciplinair overleg. Eigenlijk zorg je ervoor dat alle betrokkenen wel betrokken zijn bij dit proces, maar allereerst gaan we uit van de begeleiders, want die zien de cliënten op het dagelijks gebied.

Q: Dan wordt het besproken met de pb'er en in een MDO.

A: Als dat nodig is ja, zeker.

Q: Wie bepaalt of dat nodig is?

A: in principe staan de MDO's ieder jaar gepland. Eigenlijk kijkt de teamleider samen met de pb'er welke cliënt prioriteit heeft. Het kan zo zijn dat een cliënt voor een langere tijd stabiel is en er weinig veranderingen afspelen. Dan ga je die cliënt niet als eerste inplannen voor een MDO. Dan ga je kijken welke cliënt voorrang heeft. Eigenlijk doet de pb'er dat met de teamleider bespreken. En eigenlijk is bij een MDO de arts betrokken en zijn de kleine dingen tussendoor die echt met betrekking tot het team zijn, dan kun je dat gewoon samen met het team in de teamsvergadering oplossen. Maar vaak is het zo dat als je het echt over achteruitgang hebt over de cliënt, dat daar disciplines aan verbonden zijn.

Q: Bij een cliënt waar er wel achteruitgang plaats vindt, maar dit geen prioriteit is, hoe ziet dat [proces] eruit?

A: In principe ga je kijken wat je aan kunt passen in een dagprogramma. Soms gaat het om iets kleins, bijvoorbeeld cliënt heeft moeite met uit bed komen. Dat kan verschillende redenen hebben. Normaal gesproken zijn wij als begeleider heel erg van de cliënt zoveel mogelijk eigen regie geven waar het kan. Altijd samen honderd procent je taken halen. Als een cliënt bepaalde dingen niet meer lukt vanwege redenen, soms weet je de reden niet, ga je gewoon kijken hoe kun je een stapje terug en hoe kunnen we ervoor zorgen dat het in ieder geval een positieve ervaring wordt. Je gaat gewoon kijken, je probeert zoveel mogelijk in te spelen op de behoefte op dat moment. Dat is je doel voor alles

Q: Ja, dat is jullie rol als begeleider natuurlijk.

A: Ja, eigenlijk wel, wij moeten meeveren met wat de cliënten aangeven. En dat kan heel erg wisselend zijn. Soms zijn het hele lastige dingen om te achterhalen waarom een cliënt in een bepaalde situatie reageert zoals hij dat doet. Soms is dat medische achteruitgang, soms is het een stukje gedrag, het kan verandering zijn van het team...Het is zó breed, soms kom je er niet achter. Ik denk dat het belangrijkste is dat als wij als begeleider kijken wat kan de cliënt vandaag aan. Dat is vooral de doelgroep waar mee wij werken. Elke dag is anders en daar moeten wij op inspelen.

Q: Je had het eerder over dat het soms onduidelijk is wie de betrokkenen zijn. Wil je dat verder uitleggen? Voor wie is wat onduidelijk?

A: Ik heb het gemerkt in een gesprek met iemand [andere begeleider] van een andere woning, dat ging over slikproblematiek bij een cliënt met EVMB. In dat gesprek kwam ik er eigenlijk achter dat die medewerkers helemaal niet op de hoogte waren over wat de logopedie kan doen en welke handvatten zijn kunnen bieden aan ons als begeleiders. En waar het precies aan ligt waarom het onduidelijk is dat durf ik niet te vertellen. Ik weet in ieder geval dat het op de Regulushof gewoon heel duidelijk is voor iedereen welke disciplines er aangesloten zijn op de woning. Maar blijkbaar is dat niet altijd het geval, en ik denk dat het daar stagneert, want als iemand niet weet wie hij moet vragen om hulp dan wordt hulp veel te laat ingeschakeld. Zoals jij net vertelde, ergotherapie wordt vaak veel te laat ingeschakeld, maar dan ligt het al bij het stukje signaleren van iemand op de vloer. Dus een begeleider moet signaleren wat het probleem is en die moet wel gelijk op dat moment lijntjes gaan uitzetten en niet te lang op die manier laten aanmodderen zeg maar. En waar dat precies aan ligt dat durf ik niet te zeggen. Ik denk dat het een stukje betrokkenheid misschien. Misschien speelt een teamleider hierin een rol. Dat durf ik niet te zeggen.

Q: Soms is het ook zoeken...

A: Ik heb gewoon gemerkt dat het verschil tussen de woning waar ik gisteren was, daar waren de medewerkers echt van goede wil, alleen vonden zij het wel lastig om bepaalde punten te signaleren. Als ik dat vergelijk met hoe het bij ons gaat zijn wij heel strikt op "oke we zien een veranderingen, we proberen daar in de rapportage met elkaar alert op te zijn, lukt het niet dan weten wij in ieder geval de wegen naar wie we moeten gaan". En dat wil niet zeggen dat het heel lastig is om gelijk actie te ondernemen, want dat heb ik ook wel gemerkt, dat je vrij gauw gaat in de houding van "we gaan het wel even zo proberen, werkt dat niet dan pas ga je hulp inschakelen". Eigenlijk zijn alle medewerkers op de vloer doeners, over het algemeen, en dat maakt het denk ik ook wel een beetje dat dat medewerkers denken "we lossen het zelf op, dat lukt allemaal wel". Soms vergeten we een stukje van we kunnen het niet allemaal zelf, en we hebben ook hulp nodig van de professionals om ons heen.

Q: Waar loop jij of jouw collega's hier het meest tegenaan?

A: Ik weet niet zozeer waar dat aan ligt, ik vind zelf als ik kijk naar ons team dan proberen wij het gewoon wel op te lossen omdat we de cliënt kennen. Het is ook moeilijk om verandering te brengen. Ik denk dat het ook een beetje in de mensheid zelf zit, dat we het lastig vinden om een verandering aan te gaan. Ik denk dat het niet erg uit te leggen is. In ons team geloof ik niet dat we heel erg er tegen aan lopen dat we niet weten welke wegen we moeten pakken bijvoorbeeld. Alleen denk ik dat we gauw geneigd zijn van "nou we zien een probleem, laten we het zo proberen". Ik denk dat dat gewoon een beetje in ons zit. Ik kan niet goed bewoorden wat daar mis gaat, omdat ik het zelf ook niet zo ervaar. Misschien is dat ook een dingetje. Ik ervaar dat ik het niet lastig vind om iemand in te schakelen bij de ouder wordende cliënt. Ik probeer te bedenken wat de andere woning lastig zou vinden. Wat ik merkte is dat daar medewerkers werken op een andere manier. Ik denk dat de medewerker met wie ik sprak, zij werkt er pas sinds september, misschien heeft dat er ook iets mee te maken, de ervaring met collega's. Ik denk dat als je een aantal mensen in je team hebt die goed dingen kunnen signaleren dan heb je sowieso al voordeel, want dan neem je de rest van het team ook mee in die verantwoording. Het zou denk ik heel erg goed zijn, wat jij ook zelf eerder aangaf, soms zijn medewerkers niet geschoold, ik denk dat daar ook stap één ligt: zorgen dat alle medewerkers geschoold zijn. Want dat betekent ook dat medewerkers dus ook hun verantwoording pakken, zich betrokken voelen bij de processen die op de werkvloer gebeuren. Ik denk dat als dat stukje gegarandeerd is, je al een stap dichterbij bent dat mensen weten hoe de wegen binnen ASVZ lopen.

Q: Dat was precies mijn volgende vraag, heb je suggesties?

A: Ja, dat eigenlijk. Want ik denk ook al dat het heel erg belangrijk is dat... Kijk in een team heb je natuurlijk ondersteunende begeleiders, begeleiders, pb'ers, teamleider. Maar ik denk dat het heel belangrijk is dat dat onderscheid juist zo minimaal is en dat je zorgt dat je écht met elkaar het gevoel hebt dat je het ook met elkaar draagt, want je hebt allemaal elkaar nodig. Wij hebben het niet, maar ik denk dat het goed zou zijn dat je als pb'er zijnde een aantal 'schaduw-pb'ers' hebt, één of twee, omdat je op die manier wel de draagvlak groter maakt. En je zorgt ervoor dat iedereen op scherp staan, iedereen is betrokken, dan wordt het signaleren ook makkelijker. Omdat je ook het gevoel draagt van "hey ik ben wel degelijk een schakel in die grote ketting om te zorgen dat alles lukt". En als je een ondersteunende begeleider, soms hoor je ze ook zeggen "ik vind het fijner om een ondersteunende begeleider te zijn, omdat ik geen verantwoordelijke functie heb". Daar kies je bewust voor, maar dat zorgt er ook wel voor onbewust, denk ik, dat je je minder verantwoordelijk voelt voor de dingen die op de werkvloer gebeuren. Want uiteindelijk is het de pb'er of de teamleider de eindverantwoordelijke.

Q: Je hebt het nu heel erg over samen die draagvlak dragen.

A: Ja, ik denk dat dat een heel mooi uitgangspunt is voor alle teams, maar dat is natuurlijk heel erg moeilijk. En dat stukje kennis verbreden dat zou ik best waardevol kunnen zijn. We hebben een training ergonomie gehad, de training steunkousen...Gewoon om het team op scherp te houden. Ook kunnen e-learning's hierbij helpen. Ik zeg maar wat gek is, in een jaar plan je vijf dagen in waarbij je in die vijf dagen soort van thema middagen organiseert, over ergotherapie, dan logopedie en dat je bijvoorbeeld je team van tevoren een lijst laat maken van punten die je in die middag kunt bespreken. Dan houd je het ook een beetje scherp, dan heb je een gezicht bij de disciplines, "die

hoort bij ergo, die bij logo". Dan heb je er ook een beeld bij, sommigen weten niet welke disciplines er aan een sector gekoppeld is.

Q: Dat was ook mijn volgende vraag: is de ergotherapie bekend bij jouw collega's?

A: Ik denk dat het bij ons aardig leeft. Dat komt denk ik wel omdat we in het verleden hebben gehad waarbij ergotherapie betrokken is. Dus ik denk wel dat het verschil van moeten we bij de ergotherapeut of fysiotherapeut zijn wel lastig om uit te zoeken. Zeker als het gaat om aangepaste schoenen en dat soort dingen. Verder weten we wel wie er betrokken zijn bij ons als disciplines en weten we wel jullie te vinden. En dan vind ik juist weer die opening juist heel fijn, dat er altijd snel reactie is op een mail of een telefoon. Dat contact vind ik persoonlijk heel prettig, en ik vind dat de disciplines ook betrokken zijn als je om hulp vraagt.

Q: Dus je hebt een positieve ervaring?

A: Ja absoluut, zeker! Bij cliënt G. was ik ook erg dankbaar voor iedereen die op scherp stond op dat moment en ik heb ook het idee gehad dat we het met elkaar hebben gedaan. Dat we samen tot een plan zijn gekomen en dat we het samen gedragen hebben. Dat vind ik het meest waardevol van dit werk, dat je dingen met elkaar naar een groot succes haalt.

Q: Je weet waar je de ergotherapeut voor kunt inschakelen, maar heb je ook vragen of behoeftes van/voor de ergotherapie? Welke ondersteuning zou jij van de ergotherapie willen? Gericht op jou en jouw collega's?

A: Ik denk dat het wel waardevol kan zijn is dat je een soort , zonder tijdskwesties, zou het mooi zijn als er één keer in de drie weken iemand langskomt en dat we van te voren een lijstje hebben gemaakt. Want in het dagelijks leven loop je tegen kleine dingetjes aan van "hoe zit het met dit, hoe zit het met dat..?". Dan krijg je dat stukje dus weer van we lopen het zelf op. Maar als we bijvoorbeeld hebben die één keer in de vier weken langs kan komen, een week van te voren hebben wij een lijstje klaar met de vragen die we in de afgelopen weken hebben gehad, dan kunnen we dat op die ochtend bespreken. Ik denk dat je op die manier weer dat stukje betrokkenheid weer naar de woning haalt. En als ik kijk naar mijzelf dan zou ik denken "oh hoe zit dit nou eigenlijk"? Soms gaat het over iets klein, maar het zou wel het begin zijn van een probleem wat telkens groter wordt. Als je dat kleine probleem gelijk aan kan pakken. Je kunt het mailen, maar als je toch persoonlijk met elkaar kunt sparren over waar je tegenaan loopt, ik denk dat dat het grootste zou zijn wat ik persoonlijk wel mooi zou vinden voor op de woning.

Q: Dan hebben we het over de persoonlijke betrokkenheid van de ergotherapeut, maar ook het stukje waarborgen dat de liggende vragen gesteld worden.

A: Ja want je komt terug op wat prioriteit heeft, wat heeft dan prioriteit? Als je een kleine vraag hebt over bijvoorbeeld makkelijker kantelen in bed, dat zijn dingen die je door de dagelijkse druk waarbij je denkt "joh, dat vraag ik een volgende keer wel, of ik breng het in bij een teamsvergadering zodat ik kan zien hoe andere collega's dat doen". De huisarts doet ook één keer in de twee maanden een rondje. Je merkt wel dat er best wat vragen uitrollen, soms zijn het hele kleine vragen maar het kan wat opleveren op lange termijnen. Juist omdat natuurlijk cliënten ook gewoon achteruit gang, dat gaat minimaal. En dat sluipt ook gewoon in en op een gegeven moment worden dingen ook normaal. Ik hoorde gisteren die collega's van de andere woning zeggen "die cliënt verslikt zich tijdens de maaltijd". Ik vroeg hoe vaak dit gebeurde, "ongeveer twintig keer per maaltijd", ik was helemaal

geschrokken! Voor die collega hoorde dit een beetje bij deze cliënt. en zo zie je maar weer het verschil van woning en van hoe gauw men aan dingen kan wennen.

Q: dus door te sparren kom je erachter wat normaal is voor jou is maar niet normaal hoeft te zijn.

A: Ja, soms heb je andere ogen nodig om de situatie te leren beoordelen. Soms doe je als team zijnde dingen omdat je ze zo doet. Dat hoor je ook vaak terug in de zorg: "waarom doe je dingen zo?", "ja omdat we het al jaren zo doen". En ik denk dat dat het stukje zorgbrede is wat we af en toe vergeten, we hebben het wel over mensen, en mensen zijn elke dag anders en dingen kunnen ook elke dag anders gaan. Zo werkt het wel, en door de tijdsdruk af en toe zie je die dingen ook niet altijd.

Q: Hoe een ergotherapeut kan ondersteunen is door een kritische blik te werpen?

A: Ja! Zeker. Een professionele frisse blik, jullie kennen de cliënten alleen vanuit professioneel oogpunt vanuit jullie beroep. En jullie kunnen heel objectief kijken van dit is de situatie en dit zou een oplossing kunnen zijn zonder dat jullie de cliënt kennen. Want wij gaan vaak denken "oke, het kan wel, maar past het wel hierin, en in zijn dagprogramma, maar wat doet het dan met dat". Dan is soms een frisse blik nodig om even te kijken waar hij nu staat.

Q: Ter voorbeeld, er zijn woningen op de hoofdlocatie genaamd Touwbaan-woningen met EVMB cliënten waarbij de ergotherapeut om de zoveel weken gaat zitten met de teamleider om af te gaan wat er nu allemaal afspeelt. Wat denk je hier van?

A: Je zou een aanspreekpunt kunnen hebben. Als er niets aan de hand is, hoef je ook niet langs natuurlijk. Ik moet eerlijk zeggen ik heb een hele goede ervaring dus ik ben nu ook dingen aan het verzinnen wat waardevol zou kunnen zijn. Maar ik vind dat ergo best wel betrokken is. Als dingen goed lopen hoef je er ook geen energie in te steken. Als dingen gaan zoals ze gaan dan gaat het oké.

Q: En wat werkt nu wel? Wat zijn de positieve ervaringen? Wat wordt nu gedaan wat goed werkt?

A: Als wij dingen signaleren bij cliënten dan weten wij, ik ga ervan uit eigenlijk alle medewerker op de woning waar ik werk, dit is voor de ergo en hier kunnen wij hen voor benaderen. Ik vind het contact heel erg positief. Ik had de ergotherapeut ergens voor nodig en zij reageerde binnen een dag. Dat vind ik heel erg prettig. Het is heel waardevol dat er duidelijkheid is dat als er iets aan de hand is, dan kun je ze benaderen.

Q: Dus het stukje weten wie je moet benaderen gaat goed, jullie weten wie jullie ergo is. Dus benaderheid en ook snelle reactietijd op jullie vragen wat goed werkt.

A: Ja, het is dus natuurlijk best belangrijk dat er op tijd gereageerd wordt. En dat is in het verleden niet altijd gebeurd, niet met ergo, maar dat je dan best wel lang op een antwoord wacht, dan stagneren dingen weer. Dan kijk je naar het stukje prioriteit, dan gaat een begeleider er ook voor kiezen om iets te parkeren en doorgaan met iets anders. Maar dan krijg je wel dat dingen gaat versloffen. En ik geloof dat het voor alle woningen best belangrijk is als ergotherapeuten zichbaar blijven voor de woning. Ookal loopt het een periode wel, misschien is het leuk om toch op die woning te gaan kijken om een thema te pakken vanuit jullie vakgebied en dat bespreekbaar te maken. Ik denk dat een stukje zichtbaarheid heel erg belangrijk is. Als ik kijk naar de woning waar ik gister was, daar zijn jullie [de ergotherapeuten] blijkbaar niet zichtbaar genoeg.

Q: Wat was de reden dat je op die woning was?

A: het was voor een opdracht van mijn eigen woning over slikproblematie. Ik heb daar een interview gehouden over hoe er wordt omgegaan met cliënten met EVMB en slikproblematiek omdat we dat op onze woning dat ook meemaken. En ik was erg benieuwd hoe een andere woning er tegen aan kijkt om te kijken welke tips je eruit kunt halen, hoe kun je elkaar ondersteunen in ook weer die frisse nieuwe blik. Je komt er toch achter dat ookal werk je met dezelfde doelgroep, dat er echt verschil tussen hoe zij en hoe wij denken over bepaalde situaties. En wat ik waardevol vind is dat je zonder dat je elkaar kent of je hebt elkaar niet gezien, je kent elkaar cliënten nauwelijks, dat je toch met elkaar kunt gaan sparren in zo'n situatie van "he maar wij doen het zó, en waarom doen jullie het zó?" En vooral die vraag "waarom doen jullie het zo" vind ik meestal een hele belangrijke omdat je ook zelf aan het denken gezet wordt van "oke maar waarom doen we dat dan?". Omdat wij juist zo geneigd zijn om te zeggen "we doen dat omdat we het al jaren zo doen", of "gewoon, omdat het erbij hoort". Daar ben ik zelf schuldig aan, maar het zelf je wel aan het denken, waarom doen we dingen dan? Dat is bijvoorbeeld ook bij stagiaires of leerlingen of nieuwe mensen op een woning die jou de vraag stellen "waarom haal je die cliënt op deze manier uit bed, waarom doe je het niet anders? En is er een reden voor? Heb je dat besproken?". Dat vond ik ook opvallend, dat medewerkers daar zelf bepaalde begeleidingsmanieren hebben gevonden om deze cliënt eten te geven. En ik vroeg "waarom doen jullie dat zo?". "Ja, nee, dat is beter voor zijn houding om te slikken." "Oké, maar heb je dat ook besproken met de disciplines?" "Nee, dat niet". Dus dan zie je ook dat mensen heel snel geneigd zijn om iets in eigen handen te nemen. Maar in de goede zin van het woord, mensen proberen juist tot oplossingen te komen, maar we weten niet van het vakgebied van ergotherapie, anders waren we al ergotherapeut. Dus het is wel belangrijk om daar een professional voor in te schakelen.

Q: Dus die nood of behoefte om een therapeut in te schakelen wordt wel erkend?

A: Ja zeker, we kunnen zelf gaan dokteren en vogelen, maar dat werkt niet.

Q: In mijn literatuurstudie heb ik onderzocht wat literatuur zegt over wat wel of niet belangrijk is, of handig is. Één van die dingen heb je toevallig zelf gezegd: medewerkers zouden moeten worden getraind of opgeleid worden in wat er geobserveerd en signaleerd kan worden, en wat de veranderingen zijn die optreden bij de ouder wordende cliënt. Dus het stukje wat gaat er anders en wat verandert er eigenlijk bij deze doelgroep, ik vond het wel bijzonder dat je dat eerder benoemde. Ik las ook dat iedereen die verantwoordelijk is voor de zorg moet bedacht zijn op de achteruitgang, dus kennis over wat er gebeurt. Een 50-jarige persoon met een verstandelijke beperking is te vergelijken met een 80-jarige persoon zonder verstandelijke beperking.

A: Ik weet het, deze kennis, over het ouder worden, heb ik ook ergens gelezen. Het is heel heftig, maar dan is er ook meer begrip voor waarom sommige cliënten opeens iets niet meer kunnen. Als je bijvoorbeeld gaat kijken naar cliënten die op de Regulushof wonen dan denk je oja, het is op zich wel logisch waarom cliënt G. opeens achteruitgang laat zien. Je ziet dat terug in wat hij kan eigenlijk. En dat geldt ook voor andere cliënten.

Q: Dus zou je trainingen wel zien zitten?

A: Ja, zeker. En wat je ook benoemt, de gevolgen en de risico's leren kennen. Ik denk dat als het onderwerp wat meer leeft bij de mensen, dat er ook meer begrip is.

Q: Ik heb ook andere aanbevelingen gevonden, zoals "de begeleider speelt een actieve rol bij het betrekken van de familie en zorgverleners bij het complexe proces van het ouder worden, zodat de juiste diagnostiek en interventies plaats vinden". Hier hebben we het ook over gehad, dat ieder zijn of haar verantwoordelijk neemt en hier heb je over verteld.

A: Ja.

Q: Ergens anders stond dat "voor de zorgmedewerker met weinig ervaring met deze doelgroep, is het raadzaam contact op te nemen met de betrokken zorgverleners of arts". Hier hebben we het kort over gehad, wanneer je iets niet zo goed weet, dan is het wel handig dat een ergotherapeut of iemand anders een vorm van training of iets anders geeft.

A: Ik denk dat het sowieso helpt op het moment dat je een cliënt hebt die in aanmerking komt voor ergotherapie of iets anders, dat je zeker moet zijn dat die medewerkers - het zou een verplicht onderdeel moeten zijn. Op Slim (e-learning programma) bijvoorbeeld, als wij een sondevoeding moeten doen, een voorbehouden handeling, moeten wij ons daar eerst voor scholen. Op het moment dat wij cliënten hebben die een bepaalde medische handeling moeten krijgen zijn wij als medewerker verplicht om te scholen, maar waarom hebben we dan geen verplichte scholing voor bijvoorbeeld het vakgebied van ergotherapie of fysiotherapie wanneer we een cliënt hebben hiermee te maken heeft. In ons dagelijks leven komen we het zo vaak tegen.

Q: Je komt het constant tegen, en niet iedereen weet ervan?

A: Nee, precies.

Q: Als laatste wat ik heb gevonden aan aanbeveling is "een begeleider dient zich bewust te zijn van het belang van de stem van de cliënt en deze laten horen op verschillende niveau's van de organisatie". In jouw rol als pb'er draag je verantwoordelijkheid om de stem van de cliënt te laten horen, wat zie jij gebeuren om je heen? Zijn jij en jouw collega's bewust van wat de cliënt aangeeft en kun je dit laten horen op andere niveaus?

A: Ik denk het wel. En het sluit ook aan op waar mijn eigen onderzoek over ging, EVMB cliënten zijn een lastige doelgroep omdat ze verbaal niets aangeven. Dus als begeleiders moeten wij uitgaan van alle signaleren, en dat is soms erg moeilijk omdat sommige signaleren erg tegenstrijdig kunnen zijn. Dus we moeten kijken met elkaar naar wat de cliënt aangeeft, niet alleen in gedrag maar soms kunnen kleine veranderingen een grote oorzaak hebben. Als we bijvoorbeeld kijken naar cliënt G., hij heeft in het ziekenhuis gelegen door allemaal medische oorzaken, die waren niet allemaal bekend. Maar in het ziekenhuis kwamen we er wel achter dat cliënt G. een vochttekort heeft. Maar dat vochttekort kan ook een gevolg of aanleiding zijn van waarom cliënt G. minder alert was de afgelopen periode. En vanaf daar zie je, we staan toch allemaal op scherp, maar toch had cliënt G. vochttekort. Hoe kan dat komen? Cliënt G. drinkt zelf maar, we proberen hem zoveel mogelijk eigen regie te geven, maar in dat stukje zelfredzaamheid wat we zo groot mogelijk proberen te maken vergeten we wel dat zijn slikfunctie niet optimaal was. Dus wat er gebeurde was hij dronk een beker zelf, maar de helft van deze beker van 200cc viel eruit, dus hij dronk 100cc. En als dat een hele lange periode aanhoudt op die manier, krijgt iemand op lange termijn inderdaad vochttekort. Zo zie je wel dat uiteindelijk dingen toch een verband met elkaar kunnen hebben. En ook al sta je met iedereen 100 procent op scherp staat, dat het écht wel lastig is om alle signaleren op te vangen, en daar heb je een hele team voor nodig. En ik denk dat wij als teamzijnde allemaal heel erg betrokken zijn. Ik denk dat dat ook wel de kracht is van ons team, we zijn allemaal erg betrokken en we proberen allemaal

het beste ervan te maken voor de cliënten en ons 100% in te zetten voor de cliënten. Als je een team hebt met dat uitgangspunt, ik geloof dat dat wel erg belangrijk is. Bij de vraag is de Regulushof in staat alle signalen aan de hogere disciplines door te geven: ja dat denk ik wel. Ik denk dat wij als medewerkers allemaal de stem van de cliënt proberen te vertalen. Dat is hoe ik het zie. Iedereen in ons team is daar toe in staat, ook om te onderbouwen wat er gebeurt en waarom de cliënt iets doet en wat er dan verandert.

Q: Ik heb dat ook gemerkt op jullie woning, op het moment dat ik een vraag stelde heeft iedereen wel ergens over nagedacht.

A: Precies, ik vind dat ook mooi om te zien. Ik vind dat alle medewerkers een positieve bijdrage hebben aan het groepsklimaat, en dat merken we ook weer aan de cliënten. Als ik het vergelijk met de woning waar ik gister was, vind ik wel dat wij het goed voor elkaar hebben in de zin dat iedereen wel alert is. We zeggen niet gauw "ja, nou, ik weet het niet". Iedereen heeft wel ergens over nagedacht, we handelen niet uit impulsen, het is voorbedacht.

Een betrokken teamleider speelt ook een hele belangrijke rol hierin. Als een teamleider niet meewerkt op de vloer, dan heb je ook geen helder beeld van hoe iets loopt. Persoonlijk vind ik dat teamleiders op de werkvloer moeten staan, want alleen op die manier kun je echt zien wat er speelt, dan kun je je ook verplaatsen in wat het team zegt. Een teamleider is uiteindelijk leidend in wat er nou wel of niet gebeurt. Dus ik denk dat dat erg belangrijk is, maar ook dat is een luxe positie, dat is niet overal vanzelfsprekend.

Ook tijdsdruk speelt een rol, sommige dingen staan op papier of in de theorie heel mooi maar is het niet haalbaar in de realiteit door de tijdsdruk.

[Respondent is bedankt. Afsluiting van het interview]

Transcriptie 2: Verpleegkundige

Transcriptie interview verpleegkundige

Datum: 20 april 2021

[uitleg over het onderzoek]

Ik werk als verpleegkundige en ik heb mensen met chronische zorg onder mij, dus dan moet je denken aan astma, COPD, de diabetische mensen, de cardiovasculaire risicomanagement, maar ook een stukje mondzorg. Als er problemen komen rondom incontinentie komen ze bij mij terecht. Voor de rest wordt ik hier en daar ingevlogen als ze denken dat ze iets aan mij hebben, dan kom ik meekijken en kijken wie ik dan in moet schakelen, de ergotherapeut bijvoorbeeld. Dat is een beetje wat ik in de organisatie doe. Locatie Udenhout is van oorsprong een klooster, de nonnen vingen de meisjes met down syndroom op. Inmiddels is het klooster dicht, daar heeft nog dagbesteding gezeten, maar de nonnen zijn er uiteraard niet meer. Maar we hebben dan nog wel een grote groep Down-syndroom dames wonen die beginnen te dementeren. Dus we hebben een soort populatiegroep zitten daar met ouder wordende cliënten. Dat is wel een beetje specifiek voor deze locatie, omdat deze meisjes van oudsher daar hebben gewoon en zijn blijven wonen, wat inhoudt dat men een club demenderende dames met Down-syndroom hebt of gaat krijgen. Dus dat zien we daar in ieder geval wel van ouder wordende cliënten.

Q: Bent u daar ook veel bij betrokken? Ziet u veel van deze groep?

A: Ja ik heb wel daar een aantal woningen en daar ga ik regelmatig naar toe. Ik plan één keer om de week een visite in op de woning en daar ga ik ook langs. Dat doe ik met name omdat er één specifieke woning is waarbij voorheen de nadruk lag op begeleiden, maar nu de cliënten ouder worden wordt de zorg steeds zwaarder en groter. Mensen komen op bed, of in de rolstoel, en dit zijn aanpassingen waarvoor het personeel niet op geschoold is of niet gewend om mee te werken. Voorheen lag het stuk meer op begeleiden dan verzorgen. Dan zie je inderdaad dat dingen niet zo snel worden opgemerkt, omdat dingen gewoon nieuw zijn. Dan zie je dat het fijn is als je naar binnen loopt op een groep want dan zie je zelf ook dingen en dan kun je ook op dingen gaan sturen of naar dingen vragen omdat de begeleiding het zelf niet opmerkt. Ik werk nu een jaar of zes op Udenhout, dus dat ik heb in de loop der tijd dat ik dat doe. Ik ben begonnen op andere woningen om dat te doen, inmiddels zijn die woningen helemaal ingespeeld op de ouder wordende cliënt en dat loopt. Die weten op een gegeven moment ook de weg naar mij te vinden. Dat stelt dus ook gerust, die woning trekt aan de bel als er iets is. Maar met andere woningen heb je dat nog niet altijd. Of ik loop langs, en doordat ze je gezicht zien weten ze ook dat je er bent. Vaak komen vragen bij jou terecht ookal is het niet altijd voor mij, maar ik kan het wel doorspelen naar een arts, fysiotherapeut of ergotherapeut of waar deze moet weten. Maar dan vind ik het wel een meerwaarde dat ik het af en toe wel blijf doen (langskomen), zeker op de groepen waarbij je ziet dat de populatie gaat veranderen of dat de cliënten écht ouder gaan worden waardoor er andere behoeftes zijn vanuit de cliënten, dus dan kan je het team erin toch erin sturen. In de gehandicaptenzorg hebben we een beperkt aantal verpleegkundigen want met name is het altijd begeleiden. Op andere woningen zoals de Touwbaanwoningen (zorgintensieve woning op de hoofdlocatie) zie je wel dat daar meer

zorgpersoneel staat, maar op andere woningen is dat niet, en als je merkt dat cliënten ouder worden is dat een gemis. Dan valt het wel op.

Q: Jij komt langs bij de woningen en je bent bekend bij de woningen, je signaleert nieuwe vragen en je geeft dat eventueel door of ze geven het zelf aan of ze vragen hebben. Dat is dus hoe dat verloopt?

A: Ja, als ze je weten te vinden trekken ze toch eerder aan de bel, gaan ze minder snel acties uitzetten die niet altijd de juiste acties zijn, die wel goed bedoeld zijn maar niet altijd oplossend zijn. Soms is er een achterliggende reden waarom iets is, dan kun je daar op inspringen of je kunt inderdaad de juiste acties uitzetten of ze daarin begeleiden.

Q: En als het gaat om het inschakelen van de juiste persoon, bijvoorbeeld de ergotherapeut, loop je ergens tegenaan in dit proces?

A: Op de locatie Udenhout hebben we één ergo, elke dag één fysiotherapeut, mij en één of twee artsen en we zitten allemaal bij elkaar in de gang. Dus het is veel minder goed vergelijkbaar met locatie Sliedrecht waarbij je een team ergotherapeuten en een team fysiotherapeuten hebt. Daar leef je meer in een clubje, en hier zijn wij als één medisch team een clubje. Dus je hebt sneller overleg, je vraagt sneller "ik ga zo bij een cliënt kijken, kijk je even mee?" Dus je trekt sneller elkaar bij een casus om samen je hoofd erover te buigen en om te kijken wat de mogelijkheden zijn.

Q: Dus de fysieke context van jullie locatie bevordert jullie samenwerking?

A: Ja dat denk ik wel. Als ik het dat zie op andere locaties denk ik dat het wel echt een voordeel van de locatie Udenhout, dat je echt veel nauwer contact hebt en eerder bij elkaar even aan de bel trekt. Sowieso geldt dat denk ik als je ergens werkt en je hebt goed contact met iemand dat je sneller bij iemand aan de bel trekt, maar dat gaat makkelijker als je kleinere teams hebt en elkaar ziet en spreekt op de wandelgang.

Q: Op welke locaties ben je werkzaam?

A: Ik werk voornamelijk op locatie Udenhout maar er komen ook zorgvragen vanuit de omgeving. Zo hebben wij bijvoorbeeld in Halsteren een locatie zitten, daar zijn zowel fysio als de ergotherapeut en ik ook wel betrokken met elkaar, want we hebben een casus. We zien een cliënt, een ouder wordende dame en gaat ze lichamelijk achteruit door het ziektebeeld wat ze heeft, en dan zie je wel dat je er tegen aan loopt van hoe kun je ervoor zorgen dat deze dame de beste zorg krijgt. Want het is eigenlijk een VIC-woning (Very Intensive Care), maar nu opeens komt iemand die ze lichamelijk moeten verzorgen en daar is een woning helemaal niet op ingespeeld en dat geeft problemen. Ook wij denken "hoe kunnen wij dit het best oplossen?". Morgen hebben wij dan ook overleg, dan is de fysiotherapeut komen kijken, moeten we dan over naar passieve transfer? Wat houdt het dan allemaal in? Dan moet iemand eigenlijk ook incontinentiemateriaal gaan gebruiken? En ze moeten haar constant passief tillen, en ze gaan met de bus op stap daar. Hoe gaat het dan als ze in de bus moet? Is het haalbaar? Moeten ze haar op het douchebrancard wassen? Gaan ze dan letten op doorligplekken als iemand heel de dag zit en weinig beweging heeft? Zien ze dat wel? Je kunt ze uitleggen je kunt ze zus en zo wassen, maar kijken ze verder? Omdat ze die medische kennis en basis niet hebben is dat best wel een uitdaging. Het beste zou zijn als die cliënt ergens anders gaat wonen maar een plek is ook niet voor de hand. We hebben ook wachtlijsten, maar hoe kun je de situatie zo

goed mogelijk maken voor de cliënten? We moeten er nú een oplossing voor bedenken, want de meest ideale oplossing is het verplaatsen naar een nieuwe woning

Q: En hoe gaat het nu in zijn werk? Dit is één situatie die je benoemt, maar gebeurt dit vaker en hoe wordt ermee om gegaan?

A: Dit is dus één situatie die aan de hand is. Op de woningen waar de ouder wordende cliënten zitten hebben we natuurlijk wel op een gegeven moment één cliënt die als eerste minder mobiel wordt, of op bed gewassen moet gaan worden. Maar ik denk dat het ook scheelt dat je daar sneller zelf langs kunt lopen om mee te kijken in de situatie. Halsteren is 80km van Udenhout vandaan, je rijdt niet even langs om te gaan staan en te zeggen "we scholen even bij". Dat maakt het ook lastig in dat geval, de afstand dat het niet om de hoek is. In de woningen hebben we dat ook aan de hand gehad. Op een gegeven moment hadden we eerste die achteruit ging en in de rolstoel kwam en op bed kwam. Je investeert hier veel tijd in met name door langs te lopen, mee te kijken in de zorgsituatie, waar lopen ze tegenaan? En omdat ik één keer in de twee weken langs loop kan je sneller even meekijken bij een zorgsituatie, kun je ook sneller problemen signaleren waar je dan weer op in kunt spelen. Maar ook daarin hebben we geïnvesteerd in het team om die te scholen. We hebben laatst een hele scholing gedaan met glijzeilen en gecombineerd met incontinentiemateriaal. En dan denk je eigenlijk dat een woning daar aardig op geschoold is omdat ze er veel mee werken, maar dan blijkt dat het zinvol is om een training te geven omdat er veel vragen zijn.

Q: Dus dat kom je tegen, dat kennis ontbreekt omdat er veel vragen worden gesteld

A: Ja, en dat is aan de ene kant logisch omdat ze dat niet in hun opleiding hebben gehad. Ik kom veel mensen tegen die bijvoorbeeld hiervoor kapster waren, en die staan wel op een woning en die moeten wel voor de cliënten zorgen. En de ene begeleider is bijdehander dan de ander. Net zo hadden we ook een cliënt met een catheter en toen ging de teamleider zelf de scholing doen rondom die catheter, en dat team had die scholing ook allemaal gedaan, maar het team kwam erachter toen de teamleider het deed dat er allemaal dingen in stonden die zij helemaal niet doen of anders doen. Dan denk ik zo'n team heeft al een hele scholing doorlopen, die mogen die handelingen ook doen, en niemand van uit dat team heeft opgemerkt "goh maar wij doen dat anders". Dus dat is ook best wel lastig, dat je denkt dat ontbreekt dus. Je kunt ze dan wel scholen maar als ze dan verder niet opmerken "goh, bij ons gaat het anders", dan is dat best wel lastig want anders komen dingen ook niet aan het licht, en we kunnen niet bij alle cliënten ernaast gaan staan natuurlijk om te kijken of iedereen het op de goede manier doet. Ik ga er wel een beetje vanuit dat als een online scholing en een training bij de BIG-trainer doen dat zij op de juiste manier hun handeling verrichten. Maar toch werkt dat niet zo in de praktijk. Ik zeg niet dat het overal zo is, maar dit was nou net een situatie waarvan ik zeg "hé dat is toch jammer". En dan ben ik blij dat zo'n teamleider wel alert is en denkt "moeten we iets anders doen of klopt die scholing niet?"

Q: Daar heb je wat aan, aan zo'n teamleider.

A: Zeker, dat is ook met begeleiders, sommige begeleiders denken "oh hier staat dat we het zo moeten doen, maar wij doen dat anders. Een ander denkt ik doe het zo, of wij doen het altijd zo, die denkt er verder niet over na". Daar ben je ook van afhankelijk natuurlijk, van iemand die iets opmerkt. En dat is precies zo in de zorg, de één zal denken "er zit hier een rood plekje of wondje", en een ander zal er helemaal niet naar kijken of dat niet opvallen, en dan komt er iemand met een grote wond aan of dat iemand mank liep omdat hij een open been had. Dat is niet van de één op de andere dag. Maar dat wordt gewoon niet gesignaleerd. En ik denk dat dat allemaal door gebrek aan kennis komt.

Q: Dus wat ik nu hoor is gebrek aan medische kennis, een adequate persoon aan bed hebben van een cliënt en op tijd hulp vragen. Heb je suggesties, of oplossingen, of een gewenste situatie voor ogen?

A: Ik denk dat we allemaal een gewenste situatie hebben, maar dat is niet haalbaar natuurlijk. Want je kunt niet verwachten dat iemand die kapster is geweest dat die als een verpleegkundige zijn werk doet en aan het bed staat. Ik denk niet dat dat een reële gedachte is, al zou je dat het liefst willen op de groepen waar het nodig is. Ik zou het wel belangrijk vinden als mensen gewoon dingen signaleren, en dat ze nog geen eens weten wat er mee moet, maar als ze zij al zouden mailen met "verpleegkundige, ik zie hier een rood plekje of wondje zitten, wat moet ik ermee of wil jij ernaar kijken?" Want dan kunnen wij inspringen en dan kan ik zeggen smeer een crème, of het is een drukplek en ik roep de fysiotherapeut erbij omdat de rolstoel of schoenen aangepast moeten worden. Ik denk op het gebied van signaleren, dat het daarmee moet beginnen. Maar aan de andere kant denk ik dat het ook lastig is, zij zien de cliënten dagelijks natuurlijk, elke dag. Ik zie een cliënt niet, hij komt een halfuur op mijn spreekuur, dan denk ik nou die is achteruit gegaan in de dementieproces. Mij valt het op omdat ik ze een lange tijd niet heb gezien en ik denk dat daar ook de moeilijkheid in zit voor begeleiders, dat ze het daarom ook niet altijd opmerken, omdat dingen geleidelijk gaan. Dus dat dat misschien ook meespeelt in de rol van de begeleiding.

Q: Ja, ik kan mij voorstellen dat als je iemand dagelijks ziet dat veranderingen je minder snel opvallen.

A: Ja misschien valt het minder op. Ik zeg niet dat het goed is, want opzich zou je aan de hand van rapportages ook dingen moeten opmerken. Als de cliënt opeens zijn drinken vaak mee morst of dat soort dingen. Maar dan kom je weer uiteindelijk op het signaleren uit, want je collega's moeten wel signaleren dat een cliënt drinken er vaak naast schenkt. Want dan kan je als pb'er pas eind van de maand pas uit de rapportages halen dat een cliënt vaak morst met drinken, bijvoorbeeld. Dan kom je toch denk ik weer bij het signaleren uit.

Q: heb je vanuit je ervaring dat je zegt "oh dit en dit helpt om te signaleren"?

A: Dat is lastig inderdaad, wat ik probeer te doen op zo'n woning is wel langs te gaan en gerichte vragen te stellen zodat ik ze ook zelf aan dingen laat nadenken of ze in ieder geval wel een bepaalde kant op te sturen, zodat ze ook over dingen gaan nadenken? Dit zijn wel de dingen waar ik op probeer te sturen.

Q: Je hebt eerder verteld dat je langskomt, begeleiders geven vragen of situaties aan jou door, en jij kan vervolgens iemand anders inschakelen. Heb jij het idee of ergotherapie bekend is en of mensen de ergotherapeut weet in te schakelen?

A: Ik denk dat de groepen waar er zorg is dat het daar wel bekend is, als je echt meer op VIC-woningen komt en intensievere begeleidingsgroepen, dan gaat het met name om begeleiding, dat het minder bekend is.. We hebben toen met elkaar gezeten met de vraagstelling "zijn er in die intensieve sector cliënten die we eigenlijk niet tekort doen doordat ze ouder worden?" We hebben één keer iemand gehad die blauw aangelopen was, en die werd voortgetrokken om het tempo van de rest van de groep bij te houden en die ging op een gegeven moment zitten op de grond en de begeleiders zeiden van "kom op, door in je dagritme". De arts kwam naar buiten en zei "ze is blauw aangelopen, wil je alsjeblieft een rolstoel halen?" Dat zijn wel van de groepen die verder niet denken aan het medische, dit zitten zo op het begeleiden, we moeten door in triple C (methodiek) en dagritme. Die zien denk ik ook niet dat cliënten daadwerkelijk ouder worden en de behoeftes misschien ergens anders liggen. Dit zijn de groepen die minder snel aan de ergo of een fysio zouden denken, maar puur omdat ze denk ik zelf niet zien dat er een andere hulpvraag is. Ik denk dat het ook daar mee te maken heeft. Ik hoop dat als ze iets anders opmerken dat ze aan de bel trekken of een afspraak maken met de arts omdat die ze dan weer de goede kant opsturen. Maar ik kan mij wel voorstellen dat bij de groepen met hoge niveau cliënten of de wat intensievere groepen cliënten die begeleid worden, dat het daar minder speelt of minder is. Want vaak heb je op een groep dat een fysio of ergo betrokken is bij een cliënt en dan maak je misschien wel sneller de stap van "oh misschien kan ik hier de ergo voor vragen". Maar dat is ook een vraag die bij ons leeft: "hebben we iedereen voldoende in beeld?" Aan de hand van die overleggen die we toen hebben gehad, deze zijn een beetje dood gebloed, hebben we een aantal keer bij elkaar gezeten omdat we zoiets hadden van "moeten we langsgaan, of de cliënt in kaart brengen, of hoe kunnen we dat..?" Toen zei de orthopedagoog en arts dat we misschien tijdens een IP-bespreking het stukje 'ouder wordende cliënt' als puntje standaard op de agenda zetten. Want we dachten anders gaan we allemaal weer lijsten en dingen invullen terwijl we al heel veel verschillende lijstjes hebben die de orthopedagoog ingevuld wil hebben. Sowieso de dementieschaal van Down syndroom. Die wordt sowieso al één keer in de zoveel tijd ingevuld, dan zijn er volgens mij ook nog één of twee van dat soort lijsten die ze invullen. Dus toen hebben we soort van afgesproken dat we het als een vast punt op een IP bespreking terugkomen. Dat is één of twee keer per jaar.

Q: En hoe gaat dat tot nu nu?

A: Dat zeg ik, dat is een beetje dood gebloed, ik heb er eigenlijk verder niets meer over gehoord. Er zijn twee lijsten, DSVHW en ADVZR, die hun al één keer in de zoveel tijd invullen, zo'n dementieschaal is dat. Dus daarin proberen we ook wel in kaart te brengen hoe het gaat met de ouder wordende cliënt. Maar ik moet eerlijk zeggen dat ik niet vanuit een orthopedagoog niet iets terug gehad van "joh ik heb een ouder wordende cliënt, wil je hier naar kijken?" Maar misschien komt dit bij de AVG arts terecht dat die dan met de woning kijkt naar wat er nodig is. Maar in ieder geval niet dat ik daarvoor ingeschakeld ben.

Q: Dus het idee is gebracht dat ze het gaan bespreken, maar het is ergens blijven hangen?

A: Ja, dat denk ik, ik vraag mij inderdaad af of het daadwerkelijk door [onverstaanbaar] orthopedagogen of niet.

Q: Ja, want zij gaan over de IP besprekingen.

A: Klopt, zij gaan over de IP besprekingen.

Q: Dus het was een leuk idee, misschien interessant voor mij om na te vragen.

A: Het idee was er soort van, maar of ze ermee aan de slag gegaan zijn is voor mij een vraag. Want op een gegeven moment kwam corona omhoog en we liggen sowieso al een jaar stil met alles. En ik zie inderdaad, we zien hier dat we begin vorig jaar een overleg hierover hebben gehad, en die lijsten die ik heb doorgekregen zijn van juli 2019. Daarna hebben wij misschien wel een keer overleg gehad, in 2020. Daarna is het stil gelopen. Dus dat was wel een beetje het idee, om de ouderwordende cliënten in beeld te krijgen. Dus we zijn er mee bezig geweest, maar eigenlijk was het stilgelopen.

Q: Maar het is van start gegaan, het probleem wordt erkend, het wordt gezien, nu kom ik erbij met mijn scriptie. Ik heb uit de literatuur veel aanbevelingen gelezen zoals (opsomming van de aanbevelingen worden genoemd).

A: Ik denk dat wanneer je een ouderenwoning hebt met dat je specifiek moet gaan kijken van goh het is een woning met ouder wordende cliënten, als dat zo'n woning is, moet er dan misschien een richtlijn voor komen? De woning wordt dan getraind in verzorging op bed, de woning krijgt een training rondom incontinentiezorg, misschien moeten we daar wel iets aan gaan hangen. Dat we zeggen als we zo'n woning op orde willen krijgen of voorbereid willen krijgen op wat er gaat komen, met de cliënten, dan moet je ze gaan scholen als je merkt dat het de doelgroep is. Dat zou ook een optie kunnen zijn, het personeel een beetje up to date krijgen.

Q: Dus dat zou jouw suggestie zijn? Grote aanpak op de woning en gerichte trainingen geven of scholing?

A: Dat denk ik inderdaad, dat dat kan bijdragen. De moeilijkheid bij ons is dan altijd dat de teams die wisselen negen van de tien keer. Dan heb je net iedereen geschoold maar dan is de helft van het team alweer gevlogen, dan kun je weer opnieuw beginnen. Aan de andere kant denk ik dat als de basis er wel zit in de helft van het team, die kunnen dat dan misschien overdragen aan hun collega's dan weer. Dan kun je misschien nog een keer een scholing doen om op te frissen voor de degenen die het nog wel weten of wel gehad hebben. Maar goed ik denk inderdaad dat daar winst te behalen is hoor.

Q: En het gaat over scholingen, ik weet dat jij als verpleegkundige veel weet over de zorg, en wij als ergotherapeuten weten ook het één en ander over transfers en alles omtrent ADL. Hoe zie jij zo'n scholing voor je? Door wie zou deze gegeven worden denk je?

A: Ik denk dat het een goede combinatie kan zijn. De vorige keer heb ik ook met de ergotherapeut samengewerkt: zij heeft de mevrouw van de glijzeilen uitgenodigd, ik de meneer van de luiers uitgenodigd en zo hebben we het samen georganiseerd en geregeld. Dus ik denk dat dat op andere gebieden misschien ook zo dat je een aanvulling op elkaar kunt zijn op dat gebied. Misschien kunnen we fysio op bepaalde punten betrekken.

[Afsluiting interview]

Transcriptie 3: Teamleider

Interview met Teamleider 1

Datum 30 april 2021

[Uitleg over onderzoek]

Q: Ik ben benieuwd naar uw ervaringen, wat heeft u gezien? Wat heeft u niet gezien? Wat gebeurt er wanneer een client ouder wordt en er nieuwe zorgvragen komen? Wat ziet u?

A: Het eerste wat je ziet is dat je met je team heel attent zijn om te kijken wanneer herken je zorgvragen? Het eerste is dus het observeren wanneer zie je de zorgvraag? En daaraan gekoppeld ben je vooral afhankelijk van je kunt de zorgvragen zien, maar wat doe je ermee? Welke weg bewandel je dan? En dat merk ik bij deze groepen, het is heel fijn als je een team rondom je hebt wat je daarin kan ondersteunen. En dat is een andere team dan een team op de woning. Dat is vooral het team van paramedici en een AVG arts. Want die kun je op zulke momenten heel erg ondersteunen.

Om een voorbeeld te geven: we hebben een client opgenomen van 75 jaar, van een andere instelling. Vanwege de kennis die wij hebben, van ouder wordende cliënten zagen wij vrij vlug "hey daar moeten wij andere dingen voor regelen, vreemd dat het nog niet is geregeld". En dat is dus het stuk ervaring wat er in het team zit. Bij bijvoorbeeld als mensen hele dikke benen krijgen, de schoenafdruk staan heel erg in de voeten, dan zul je iets met steunkousen moeten gaan doen. Dat is dus een stuk kennis dat je dan in je eigen woning gaat opbouwen. En dat is dan wel belangrijk, daar ben ik al twee jaar mee bezig. En dan kun je vrij snel de fysiotherapeuten hiervoor inschakelen en die gaan dat inzetten en regelen, met goedkeuring van de arts.

Q: Dus wat u benoemt is een stukje kennis en ervaring met deze doelgroep. Dat er wordt signaleerd wat de nieuwe zorgvragen zijn en dat het in gang wordt gezet.

A: Ja, en ik denk dat ervaring belangrijk is, ik ben hier twee jaar geleden begonnen op een groep met bijna alleen ongeschoolde mensen, mensen die hier niet in thuis waren. We hebben hierin geïnvesteerd om op te bouwen. En je gaat kennis opbouwen. Je laat mensen cursussen volgen. En waar ik ook heel duidelijk mee bezig ben, ik ben zelf verpleegkundige, als ik de kans heb om meer verpleegkundige aan te trekken, dat je ook echt de goede opgeleide mensen daarbij hebt, want die heb je daarbij ook vooral nodig.

Q: Je bent dan bezig met ongeschoolde mensen, zijn dit mensen die helemaal niets aan opleiding hebben gedaan?

A: Het zijn mensen die de opleiding MMZ (Persoonlijk Begeleider Specifieke Doelgroepen) hebben gedaan, MMZ3 of MMZ4. Maar we hebben ook personeel binnen beide groepen, toch 40% die hadden nog helemaal geen opleiding gedaan. Maar we hebben ze vooral gekozen op competenties die ze wel hadden, en bereidheid om met de doelgroep te werken, maar ook al het niveau hebben dat ze bepaalde dingen kunnen zien en opmerken, en kunnen beredeneren. Dat is ook belangrijk, dat mensen die hier werken moeten vooral ook die signaalfunctie kunnen hebben: we zien iets, dat voelt

niet goed en daar moeten we iets mee. En die zijn we dan wel steeds door cursussen- we hebben onlangs online een cursus gehouden door de AVG arts omtrent epilepsie. We geven zelf in deze tijd de scholingen. Een paar maanden terug hebben we een cursus live gedaan omtrent bedverzorging en werken met glijzeilen. Maar daar moet je wel actief mee bezig blijven en daar blijven wij ook actief mee. Hoe meer ze blijven scholen hoe meer ze dingen gaan herkennen. Wat in het proces ook belangrijk is, als het gaat om scholen, onze AVG arts komt elke twee weken komt zij een uur visite lopen op elke twee groepen. En dat is meer om met de begeleiding te praten: wat zien jullie, tegen welke problemen lopen jullie aan, en op deze manier ook de begeleiding mee te nemen in het stuk meer kennis opbouwen. En dat is eigenlijk wat er heel veel gebeurt. De logopedist komt kijken, die komt vragen omtrent slikproblemen, en als dat nodig is komt ze dat uitleggen en bespreken. En dat hebben we vooral de laatste twee jaar gedaan: we constateren een probleem, we halen daar een deskundige bij en dan kijken we, die doen uitleg of hebben we meer uitleg nodig en we doen een stuk scholing geven. En zodoende vergroten we de kennis en zodoende is bijvoorbeeld die cliënt van 75 die bij ons kwam wonen, daar worden veel makkelijker dingen herkend en veel makkelijker dingen meteen in gang gezet.

Q: Dus u ziet ook de resultaten van het geven van deze scholingen, als ik het zo hoor?

A: Dat zie je vooral. En nu is het een specifieke doelgroep. We hebben heel veel dames met het syndroom van Down die heel vlug en ernstig kunnen dementeren. De doelgroep vraagt het ook van ons. Maar we moeten er ook in mee willen bewegen. Je kunt wel zeggen je hebt de doelgroep, maar goed als je niet meebeweegt... Maar goed dat is de inzet wel daar zijn we ook naar aan het kijken. Sommige mensen hebben daar de feeling niet voor en daar zijn we mee gestopt want daar hebben wij niets aan. Dus je moet ook een stukje selecteren op welke mensen het niveau hebben, het kunnen zien, gaan erin mee. Daarnaast het stukje medici wat je eromheen nodig hebt dat is ook belangrijk. En daarin is ook de houding belangrijk, je moet ervoor open willen staan, ook er open voor willen staan dat hun - klinkt stom maar een de vinger in de pap krijgen (= invloed hebben).

Q: Wat bedoel je daarmee?

A: Bij een vorige teamleider had de paramedici dienst weinig voet aan de grond, kreeg weinig invloed op de groep en toen ze hoorden dat ik kwam, ik werkte er al langer, hebben ze het gelijk aangegeven: "we gaan meteen de teamleider ook benaderen, dat wij ook in dingen mee willen dingen". Je moet er ook voor open staan, wij kunnen wel als team denken we kunnen alles, maar we moeten ook van deskundigen gebruik maken als we iets willen aannemen. En dat is ook een bepaalde houding die je team moet hebben. Op een gegeven moment wordt een deskundig advies gegeven, dat volgen wij op. Die mensen hebben er juist meer verstand van, we zijn er wel kritisch op, maar goed daar kunnen wij ons voordeel van doen. Dat geheel maakt het dat je steeds de zorgvraag van de ouder wordende cliënt kunt beantwoorden.

Q: Dus het gaat om de samenwerking tussen jou en jouw team?

A: Ja, maar ook om de samenwerking tussen het team en de paramedici erom heen.

Q: Ik hoor dat het belangrijk is, een open samenwerking.

A: Ja, héél belangrijk, en ook héél belangrijk het vertrouwen in mekaar hebben, ook accepteren.

Soms zijn dingen en meningen gewoon zo en je zult veel moeten communiceren en overleggen. En

dat doe je steeds met deze specifieke doelgroep met de verwanten van de cliënten. Soms gaat de achteruitgang heel snel, dan moet je tijdig dat meenemen, en daar moet je ook geduld mee hebben, dat het soms wat langer duurt. We hebben bijvoorbeeld een cliënt die is heel erg hard gaan dementeren, lag helemaal op bed, die hebben we al een aantal keer écht in het bloed 's nachts gevonden. Alleen wij kunnen niet zomaar zeggen dat wij daar iets voor regelen. Daar hebben wij een proces van driekwart jaar over moeten doen om familie zover te krijgen dat wij nu de cliënt in een afgeschermd bed laten slapen. Maar eerder was de familie er niet aan toe. Maar daar is de arts bij betrokken, de pb'er is erbij betrokken, ik ben erbij betrokken. Dat is steeds een wisselwerking, dan proberen we de familie ook mee te trekken in dat traject, en soms zijn zij niet zo ver. Dan bespreken we "jullie maken nu de keuze om het niet te doen, die respecteren we, maar we wijzen wel op de risico's die wij gaan lopen". En uiteindelijk lukt het bij alle cliënten wel, áls je families tijdig meeneemt, om te komen waar je denkt dat het goed is voor de cliënt. Maar goed dan begin je ook heel tijdig met uitspreken wanneer mensen daar juist lopen, om te benoemen wát de consequenties zullen zijn wanneer de cliënt niet gaat lopen. Wat zijn de consequenties rondom incontinentie. Dus je benoemt echt de dingen die er komen kijken.

Q: Dus van te voren licht u al familie hoe het proces van ouder worden eruit ziet?

A: Ja, die nemen wij in een vrij vroeg stadium al mee. En vooral met het syndroom van down, vooral daarmee. Maar als wij zien dat iemand met syndroom van Down écht gaat verouderen, doen wij dat ook gewoon vlug in samenspraak met familie. Bijvoorbeeld de cliënt van 75, daarbij zagen we dat hij moeilijk uit bed kon komen en die lag niet goed in bed. Dus we hebben met de familie kortgesloten, we hebben de ergotherapeut laten kijken en die gaf écht het advies dat ze beter in bed kon leggen, dat ze beter ondersteund kon worden door een hoog-laagbed te hebben. En familie zei dat als er goed naar gekeken is dat je het gewoon moet doen. En natuurlijk vraag je daarnaast de cliënt ook. Dat is eigenlijk bij deze doelgroep ook belangrijk, je hebt een wettelijke vertegenwoordiger, die moet je in alle stappen meenemen, want wij gaan er ook van uit, wij gaan dingen niet doen als we er geen toestemming voor hebben gekregen: bijvoorbeeld, aangepast eten, malen van eten, dat is ook een start of voorverwant...als je ze gewoon meeneemt dan krijg je ze wel zover, dan duurt het niet zo lang. Maar je moet ze niet overvallen, en dus echt laten meedenken dat ze een keuze hebben.

Q: Dus draagvlak en vertrouwen hebben?

A: Ja, draagvlak en korte lijntjes, dat ze weten dat als er iets is dan zijn wij er. Maar als zij vragen hebben kunnen zij ons vrij makkelijk bereiken.

Q: Als we een stukje teruggaan, naar de zorgvraag die verandert, wat zijn de belemmeringen? Waar lopen jij en jouw team tegenaan?

A: Om een voorbeeld te geven: toen ik hier twee jaar terug kwam werken, toen stond een medewerker alleen op de woning te werken. Toen moest men de mensen een stuk bedverzorging geven, heel veel helpen en ik zag dat mensen heel erg hard aan het werken waren. Toen waren ze

om elf uur klaar en dat iedereen gegeten had. Daar ben ik vrij vlug met de manager mee aan de slag gegaan, van dit is leuk en aardig maar dit werkt gewoon niet. Ik heb toen met de manager besproken en vanuit mijn kant gekeken, "het is goed als er meer personeel komt, maar er moet ook geld bijkomen". Toen ben ik heel erg gaan inzoomen op de indicaties. En daarnaast ben ik gaan inzoomen op meerzorg-aanvragen, en van de doelgroep met het syndroom van Down hebben ze altijd gezegd dat daar wij geen meerzorg van binnen krijgen. Verleden jaar hebben we twee aanvragen goedgekeurd gekregen, dit jaar een verlenging. En op een andere groep krijgen wij groepsmeerzorg. Dus zo probeer ik steeds meer aan te sluiten op de zorgvraag, en niet alleen op het stukje verzorgen en het eten geven. Daar ondersteunt de pedagoog heel erg in. Maar vooral van "wat hebben mensen dan nodig bij het ouder worden, in het proces van achteruit gaan, in het kwaliteit van leven?". En daar kijkt de pedagoog heel erg in mee. En die heb je nodig in dit proces van ouder worden nodig, dat hij steeds de vertaling doet van "wat gebeurt er nou, wat is er nu aan de hand, hoe moeten wij het nu aanpakken...". Die geeft op die manier ook een stukje scholing aan het team, dat we dat blijven zien, vanuit die meerzorg aanvraag gaan wij ook een stuk scholing geven over deze doelgroep. Omdat dat toch iets anders is dan zij weten. Dat ze bijvoorbeeld hun tempo moeten aanpassen, dat cliënten niet direct reageren. Dus we proberen dat iedereen die met deze doelgroep te maken krijgt heeft, proberen we ook erin te betrekken, maar ook als het nodig is vanuit onze verantwoordelijkheid....we gaan ook vanuit de arts en pedagoog een stuk scholing geven.

Q: Dus ik hoor nu lobbyen voor de vergoedingen voor meer personeel op de vloer, en ook het betrekken van de juiste mensen?

A: Ja, heel erg de juiste mensen, en die hebben we ook gelukkig binnen ASVZ heel erg in dienst, en je moet ervoor zorgen dat je met deze mensen goed contact mee hebt. Neem als voorbeeld Anne, ik weet dat zij op maandag vrij is, maar ik weet dat als ik een voicemail inspreek dat ik op dinsdag altijd een reactie heb. Dat werkt wel fijn, dat die lijntjes kort zijn en dat we mekaar snel krijgen. Maar het is echt van belang op een ouder wordende groep dat je kennis hebt, ervaring hebt maar ook gebruik wil maken van wat rondom je heen hebt. En binnen ASVZ, als je wil is dat er veel. De begeleiding moet er ook voor open staan en er moeite voor willen doen.

Q: Dus dat is een vereiste, het ervoor open staan en het willen?

A: Inderdaad, en ook de manier...het is veel werk om erin te duiken. Maar aan de andere kant levert het ook veel op. Dit jaar levert dat op de hele groep heel veel budget op, hier gaat wel een stuk van af. Maar een aanzienelijk deel gaat naar de woning toe.

Q: Over ergotherapie, je benoemt het belang van korte lijntjes, je weet de ergotherapeut in te schakelen, is de ergotherapie betrokken bij de scholingen die gegeven worden?

A: Ja, rondom de bedverzorging bijvoorbeeld. Wanneer wij scholingen organiseren neem ik contact met ze op, "denk eens mee van wat er nodig zou zijn". Want het is hun expertise en samen met de ergo en fysio gaan we zitten van "wat zullen we doen". Arts ondersteuner wordt er ook vaak bij betrokken. Dus het medisch team en de verschillende combinaties, samen kijken we wat nu nodig is. Een stukje van mijn visie daarachter is ook - we krijgen op deze locatie steeds meer ouder wordende bewoners. We hadden eigenlijk maar voor twee en een halve groep plek waar ouderen terecht konden, en vooral bewoners die zo hard achteruit gingen hier. En ik heb zo iets laten we de groep

ervoor wapenen, en dan hebben we straks niet meer het probleem dat iemand naar een groep moet en er is geen plaats. Dus nu hebben we méér volume om deze zorg te kunnen geven.

Q: Dus je ziet al nog meer mensen binnen komen en je wilt er nu op voorbereiden?1

A: De leeftijdsopbouw binnen deze locatie is het snel ouder zijn. 35 Jaar terug waren ze achttien, nu zijn ze bijna allemaal gemiddeld tegen de zestig en je ziet heel veel mensen oud worden. En die echte intensievere medische zorg, daar zijn maar een bepaald aantal groepen op ingericht. Hier zijn we nu op kennis ingericht, we zijn op bezetting ingericht, we hebben apparaturen, tilliften, bedboxen, douchebrancards. Wij hebben hier eigenlijk bijna alles in huis, dus we kunnen ook alle soorten zorg geven en dat is nu op meerdere locaties. We hebben een cliënt van 72 en 75 opgenomen en dat kun je ook want daar ben je ook op ingericht. En op deze groepen zijn die soort cliënten meer aanwezig, die op een gegeven moment op die groep, die kunnen die zorg niet meer krijgen, dat lukt dan niet meer.

Q: Lukt dat niet meer op de andere groepen, of wat bedoel je?

A: Die lopen er soms tegen aan dat er niet genoeg bezetting is, of mensen moeten bedverzorging doen en dat hebben ze nog nooit gedaan. Of inzicht in decubitus mist. Ze lopen dan tegen een hele hoop dingen aan. En soms gaan de cliënten zo hard achteruit dat je niet altijd de tijd hebt om daar tijdig op in te zoomen. Je hebt de tijd niet om twee jaar scholing te geven.

Q: Het is direct handelen.

A: Ja, en vooral omdat we maar op deze locatie een beperkte groep hadden voor mensen die aan het dementeren zijn. Mijn twee groepen zijn er toevallig veel cliënten met het syndroom van Down waarvan we weten dat ze allemaal dementie hebben. We dachten twee jaar terug dat we ons beter konden gaan inrichten op dat ze gaan dementeren, dan kunnen wij ze écht gepaste zorg leveren, en dat zien we nu ook wel. Twee jaar terug sliepen ze allemaal nog in een bed, nu slapen er drie cliënten in een hoog-laag bed en vier in een bed-box, dus zó hard is het gegaan. En in corona-tijd zijn er twee cliënten overleden, bij de ene is de dementie zó snel gegaan. Maar goed, met familie zijn alle stappen doorgenomen en alle aanpassingen kunnen maken.

Q: Over ergotherapie, zijn er nog vragen en/of behoeftes wat de ergotherapeuten kunnen doen voor de begeleiders?

A: Als wij vragen hebben, stellen wij die aan Anne. Iemand die spastisch is moesten wij wassen, dat was voor onze rug niet fijn omdat we op onze hurken moesten zitten, en daar gaf zij adviezen in. Dus op het moment dat wij zelf er tegenaan lopen van "dit is niet handig, of hier krijgen we veel last van", daarvan is de live-scholing ook geweest, omdat ik merkte dat veel mensen last kregen van hun rug. Dus daar hebben we de ergotherapeut voor ingezet, om mee te kijken "wat doen we verkeerd? Wat kunnen we anders doen?" En eigenlijk de vragen die wij hebben, wij wel de korte lijntjes naar Anne, die heeft laatst meegekeken naar goede meubels voor cliënten. Je moet er voor open willen staan en je moet ook weten dat ergotherapeuten dit kunnen leveren en meedenken.

Q: Dus een stukje van het gebied van ergotherapie, dat helpt?

A: Dat helpt zeker.

Q: Als teamleider ken je Anne, hebben de begeleiders een idee wat ergotherapie is?

A: Op de woning wel, degenen die hier al twee jaar werken wel, diegenen die hier korter werken die weten dat nog niet maar worden wel door hun collega's ingelicht.

Q: Die worden dan ook weer meegenomen.

A: Ja, en eigenlijk is het een continu proces, je moet ze continu meenemen in die doet dit, die doet dat.

Q: Het is een continu proces van kennis en kunde opdoen, hoe wordt in de gaten gehouden en/of gemeten?

A: Ik merk het zelf, maar ik denk de AVG arts en ik denk de ergotherapeut ook, aan de hand van de vragen die er komen. Leren mensen ons te vinden, is het een steeds terugkerende vraag? Dat merk je wel, en als je merk dat het een steeds terugkerende vraag is bij een medewerker, dan ga je daarnaar kijken en daar een stukje op scholen want als het al drie keer is uitgelegd dan landt het ergens niet.

Q: Ik heb literatuuronderzoek gedaan over dit onderwerp. Ik heb jou een aantal aanbevelingen horen zeggen zoals het trainen van zorgmedewerkers in de te verwachten veranderingen bij een ouder wordende cliënte en bij het observeren en rapporteren. Dan denk ik hé dat is waar jullie mee bezig zijn. Een stukje bedacht zijn op de achteruitgang van de cliënt en inzetten op behoud van zelfredzaamheid. De rol is van de begeleider is een actieve rol spelen bij het betrekken van de familie en zorgverleners.

A: Wat mij nu te binnen schiet, wat ook belangrijk is is de houding van de ergotherapeut zelf. Ik zal uitleggen waarom: de ergotherapeut moet ook communicatief voldoende vaardig zijn om een klik te krijgen met zijn cliënt. Ze hoeven elkaar niet aardig vinden maar de cliënt moet wel gehoord worden. Ik zal een voorbeeld geven: mijn vrouw heeft een spierziekte en die heeft daarvoor wat aanpassingen in huis. Die vroeg opeen gegeven moment "ik slaap 's nachts slecht, kun je mij adviseren wat voor bed ik kan nemen?". Ze kreeg als antwoord van de ergotherapeut (niet van ASVZ): "jij wilt zeker een gratis van de ziekenfondsverzekering hebben?". Mijn vrouw zei "nee, ik wil advies over een goed bed zodat ik weer lekker kan slapen". Dit is een extreem voorbeeld, maar deze ergotherapeut sloeg volledig de plank mis, je zou denken je kunt traagschuim pakken, of die pakken, of een hoog-laag bed...daar vroeg zij eigenlijk om maar zij kreeg géén advies. En dat is het belang van de ergotherapeut, die moet proberen communicatief aan te sluiten bij het team en de medewerkers, en daarwel laten zien dat ze kennis heeft, maar ook ervoor zorgen dat het land bij die mensen. En als het niet meteen landt, via iemand anders laten landen. Want anders is je advies heel leuk, maar dan werkt het niet. Het voorbeeld van mijn vrouw is een vrouw waar het echt niet werkte.

Q: Dus een stukje van de professional. Dat las ik ook uit de literatuur, dat begeleiders zich niet altijd begrepen voelden door zorgprofessionals.

A: Dat ze proberen in te schatten 'wat bedoel je nu precies, wat is je vraag precies'? Soms kunnen woonbegeleiders dat moeilijk zeggen. Dan kun je als therapeut benoemen: "dit is de vraag die je stelt, zullen we samen erover gaan nadenken over hoe we dat kunnen oplossen?" Ik denk dat daar

heel veel in zit. Als je ervoor zorgt dat dit soort dingen loopt, kun je heel snel op vragen van cliënten antwoorden, dan kun je er snel op schakelen.

Q: Dan kan je op het moment dat er een goede link is tussen begeleiders en therapeuten, dan komt er veel meer naar boven?

A: Ja. Binnen ASVZ hebben wij duidelijk team: teamleider, persoonlijke begeleider, begeleider. Dan heb je altijd binnen die verschillende rollen nog mogelijkheden om te kijken "kunnen we dat op een andere manier aanvliegen?" Dat zie je ook bijvoorbeeld bij andere groepen, als je een teamleider hebt die er niet voor open staat dan wordt het ook soms erg lastig. Mocht je dat als ergotherapeut opmerken kun je dat met de arts bespreken en de arts dan weer met overleg manager en teamleider. Dus je hebt wel verschillende mogelijkheden om daarin te sturen. Maar goed de samenwerking is erg belangrijk wil je goede zorg kunnen bieden. Je hebt ook niet altijd álle kennis en de arts zegt ook "ik heb jullie vooral nodig om aan te geven wat het is en ik kan wel de vertaling doen". Maar goed je wilt er van beide kanten in willen investeren.

Q: Ik heb nog een laatste vraag; hoe zien de aanwezige trainingen en scholingen eruit?

A: Bijvoorbeeld rondom epilepsie was het een e-learning, rondom tiltechnieken was het een e-learning en live. We kijken wat er mogelijk is. Wat we merken bij deze doelgroep is dat het belangrijk is om zoveel mogelijk live te doen. Bij sommige dingen die ik wil bespreken wil ik écht mensen aan tafel zien om te zien hoe ze reageren. Als ik iets zeg hoe ze het dan oppakken. Dus we gebruiken alle mogelijkheden en we hebben zelfs in de hoogte van corona gezegd we gaan het toch een keertje live omdat het toen een keertje nodig is. Dus we hebben eigenlijk ook vanaf het begin af aan twee maanden geen Teams-overleg gehad, maar toen in augustus zijn wij alweer begonnen met overleggen, want je hebt continu in je eigen team afstemming nodig: wat is belangrijk? Hoe is het nu? Hoe moet je de volgorde van verzorging nu doen? Omdat je nu met z'n tweeën staat, maar hoe kun je steeds meer optimaliseren? In het ene team gaat het makkelijker, ik heb twee teams, in het ene team hebben we wat volwassener pb'ers. In het andere team gaat de samenwerking tussen pb'ers moeilijk, dus daar ga ik elke twee weken een uur zitten: "hoe loopt het nu, waar lopen we tegenaan, zijn er nog dingen die moeten veranderen?" Want hun moeten vooral samen met mij het team aansturen. Deze samenwerking levert eenheid en uiteindelijk duidelijkheid naar de cliënt op en betere zorg.

Q: En dat is het einddoel, kwaliteit van zorg leveren.

A: Ja, en in mijn ervaring moet je daarin investeren, dat gaan niet vanzelf. Er zijn bepaalde voorwaarden hiervoor. En soms moet je tegen de stroom in gaan en niet alles accepteren, als voorbeeld meer personeel inzetten op de groep. Je moet soms eigenwijs zijn. Lukt het linksom niet, gaan we het rechtsom proberen. Maar je hebt er wel tijd voor nodig, ik heb er twee jaar lang aan gewerkt - nu wordt het meer rustig en nu kan ik het meer overlaten. En ik merk ook dat ik het nog continu moeten blijven bijsturen: wat zijn we aan het doen, wat gaan we doen, laten we de cliënt centraal stellen. Maar daar heb je een medisch team rondom nodig, want die zitten meer op afstand en die houden een frisse blik en ze stellen ook de vragen.

[afsluiting interview]

Transcriptie 4: Manager Kwaliteit

Datum: 3 mei 2021

[Uitleg over onderzoek]

Q: Mijn eerste vraag is wat u van dit onderwerp, deze vraag?

A: Wat ik weet, op zich wat jij zegt heb ik vaker gehoord dus dat is ansich niets nieuws. Wat ik lastig vind, want wij hebben een ouderen advies team, en die zijn er dus ook druk mee bezig om daarin te ondersteunen. Wat ik lastig vind, en dat heb ik met meer onderwerpen, want we hebben het eerder over vallen gehad dat we daar te weinig aandacht voor hebben of andere onderwerpen. En wat mijn zoektocht altijd wel is, ook met de ondersteunende dienst is hoe kun je het gericht doen? Want onze groep begeleiders is heel groot, hoe kan je gericht ervoor zorgen dat je die mensen bereikt die je móet bereiken? Maar dat je niet alles over de hele groep begeleiders uitstrooit. Want A: dan denk ik dat het minder effectief is omdat heel veel van die kennis toch niet gebruikt wordt. En dat vraagt enorme investeringen, en dat zal niet alleen op dit onderwerp zijn, maar dat is op allerlei onderwerpen. En je moet eigenlijk meer focus gaan brengen, en dat vind ik altijd wel zoektocht. Met 'vallen' hebben ze een periode gehad dat ze aan de hand van incidenten nog weleens gingen kijken, dus als een cliënt twee keer gevallen was dan kwam de fysiotherapeut en dan ging hij een inventarisatie doen en adviezen geven aan primaire zorg: hoe kun je ermee omgaan en wat is handig in deze situatie? Dus dat is ook mijn zoektocht, want je kunt ook alles over iedereen uitstrooien maar hoe kun je het gericht doen? Dus dat vind ik wel een zoektocht. En hoe kan ergotherapie daarin ondersteunen? Dat vind ik een legitieme vraag. En het probleem of het lastige is, zij zien natuurlijk maar een heel klein stukje, als mensen bij hun komen met vragen of opmerkingen dan gaat ze het pas meekrijgen. Zij zullen niet, vermoed ik, weet ik niet zeker, op alle groepen komen. Of misschien binnen de groepen die binnen 'the range' vallen. Ik verwacht dat ze voornamelijk op consultbasis werken. Dus zij zien ook maar het topje van de ijsberg, en dat is het topje wat zichzelf meldt. Dus dat vind ik ook altijd een zoektocht: hoe kun je goede signalen krijgen waar eventueel de ergotherapie daar proactief mee aan de gang kan in plaats van achteraf. En hoe kun je eventueel vanuit ergotherapie met mensen in de primaire zorg daar proactiever mee aan de gang zetten, dat ze zelf denken we moeten iets, want we weten hier te weinig vanaf af of we hebben niet voldoende kennis en deskundigheid. Dat is een zoektocht.

Q: Ik heb gemerkt dat in mijn interviews vaak is aangegeven dat woonbegeleiders het vaak zelf eerst willen oplossen maar dan mogen zij bij een discipline aankloppen.

A: Klopt, om hulp vragen is ook niet altijd makkelijk. Soms hebben ze het ook niet in de gaten dat hulp nodig is, dan denken ze onze familie of ouders worden ook ouder en die blijven langer thuis wonen, en dan proberen ze het ook zelf eerst op te lossen. en als het écht niet meer gaat gaan ze aan de bel trekken. en de één zal dat sneller doen dan de ander, afhankelijk natuurlijk ook van de ouder en van jezelf. Dus dat is ook een beetje.. Zit daar nog een verschil in? Als je kijkt naar onze zorg en

naar mensen zonder een verstandelijke beperking? Gaat het ze slechter af in vergelijking met ouderen zonder verstandelijke beperking?

Q: Ja, er zit een groot verschil in, op het moment dat een VG cliënt 50 is, is dat te vergelijken met een 80 jarige zónder verstandelijke beperking. Uit onderzoek komt ook dat vanaf deze leeftijd meer problemen zich voordoen, comorbidity en gebruik van medicijnen.

A: Ik wist niet het exacte getal, maar ik ben ook wel benieuwd: is onze zorgverlening daarop zoveel, zijn wij met deze 50-jarigen die eigenlijk 80-jarigen zijn [onverstaanbaar] bijvoorbeeld.

Q: Ik heb een gesprek gehad hierover met verschillende mensen en de vergelijking tussen een 50 jarige en 80 jarige zonder VG was niet bekend, maar hielp wel om te begrijpen dat iemand achteruit gaat.

A: Dat is denk ik wel een belangrijk inzicht, dat is iets wat je zou hopen dat mensen meekrijgen, op de opleiding of later maar dat is niet gegarandeerd. En zeker niet bij onze groep, wij hebben veel zij-instromers dus zij komen uit een ander werkveld. Dus ik geloof dat dat onvoldoende bekend is.

Q: U heeft zonet verteld over de zoektocht, hoe ziet dat er nu uit, met wie werkt u samen? Is dit een proces of traject waar u mee bezig bent?

A: Binnen ASVZ zijn er verschillende mensen, onder andere het Ouderen Advies team. Daar heb ik weleens contact mee, dan hebben zij een voorstel. Een tijdje geleden hadden ze iets wat we wilden gaan doen. Zij waren bezig met een soort vragenlijst, soort inventarisatie die je na je 50e zou moeten afnemen. En daarom hadden we ook contact, om het eventueel te koppelen aan Plancare (Elektronische Patiënten Dossier).

Q: Een soort van signaleringslijst, als ik het zo hoor?

A: Ja. Ze waren er toen mee bezig. En dat was een idee, om boven de 50 te laten inventariseren, eigenlijk die onderlinge zorgvragen in beeld te krijgen. Maar in algemeenheid geldt dat het Ouderen Advies Team zich voornamelijk richt op met name op de ondersteuning van cliënten die ouder worden, en hoe gaan wij ermee om? Dus zij zijn een soort ondersteuning, adviesteam wat kennis en kunde verspreidt binnen de organisatie. Dus zij doen daar eventueel ook initiatieven of ideeën, als ze ideeën hebben kunnen zij je ook voordragen aan de bestuursgroepen kwaliteit en veiligheid. Stel je voor dat ze zeggen "we moeten dit doen of we moeten dat doen", dan zouden zij hiervoor voorstellen voor kunnen doen. Als het kleine dingen zijn kunnen zij dat prima doen. Als zij grote dingen willen doen of implementeren dan kunnen ze naar Kwaliteit en Veiligheid. En daar zit een samenstelling van managers in en ondersteunende diensten. En dat zou tot iets kunnen leiden. En dat is hoe het een beetje werkt binnen ASVZ. Maar over het algemeen hebben die experts van het Ouderen Advies Team best wel veel eigen regelruimte om dingen te doen en te ontwikkelen etcetera.

Q: Bij dit Ouderenteam wordt veel ingebracht en veel uitgewerkt als ik het zo hoor.

A: Ja, daar zit de expertise in, daar zit een orthopedagoog in, teamleiders. Want zijn allemaal een belangrijke link voor de medische invalshoek. Ergotherapeuten en fysiotherapeuten zijn veelal op consultbasis op advies betrokken bij woningen. Artsen hebben net iets meer, maar die zijn ook op basis van vraag bezig. En de orthopedagoog, dat is een andere invalshoek, dat is bij ons iemand die inhoudelijk verantwoordelijk is voor de zorg op die woningen en die is structureel aanwezig bij zorgoverleggen, in tegenstelling tot de arts of andere medische disciplines. Dus die orthopedagoog is een belangrijke poortwachter, ook naar andere disciplines, om dingen te signaleren tijdig. Samen natuurlijk met de begeleiders van de werkvloer, maar de orthopedagoog heeft daar ook een belangrijke taak in. Die zijn A: veel minder in aantal. Dus als je zorgt dat je de orthopedagogen goed geschoold hebt, of goed de aandacht op hebt, dan is het misschien een makkelijker invalshoek dan alle begeleiders te willen trainen en bijscholen. Omdat zij inhoudelijk verantwoordelijk voor de zorg samen met de persoonlijke begeleider, dus zij kijken ook en zij kunnen ook denken van "hey je hebt misschien iets meer nodig, laten we meer dingen inzetten".

Q: Dus dat zou uw suggestie zijn, kijken naar de orthopedagoog?

A: Ja, en dat is ook een kleinere groep, dus die is wat makkelijker te benaderen zeg maar als je dingen wil uitzetten of scholen. Wil niet zeggen dat je de medewerkers niet zou moeten scholen maar ik denk dat die groep orthopedagogen, dat is wel een andere invalshoek om de aandacht voor iets te hebben.

Q: Dus dat zou een manier kunnen zijn, en wat ik nu hoor is het beleid over de samenwerking met orthopedagogen.

A: Klopt, dat is het beleid van ASVZ, alleen de betrokkenheid van de arts is minder, de orthopedagoog heeft meer betrokkenheid en drive voor een woning dan de arts. En we hebben bij de artsen een tekort. De orthopedagogen zitten structureel bij zorgoverleggen, de arts niet, tenzij het bepaalde doelgroepen zijn, dan kan het zijn dat ze er wel bij zitten. Maar als je zeg dat je vroeg wil signaleren, dan zitten ze er niet standaard bij op dat moment. Dus zij staan op iets meer afstand, dan de orthopedagoog.

Q: En als het gaat over beleid, ik begrijp nu dat dit het beleid is van ASVZ, hoe wordt kwaliteit gemeten? Hoe ziet dat eruit?

A: Kwaliteit van zorg meten wij aan de hand van een aantal... We hebben een aantal invalshoeken, aan de ene kant de cliënt en ouderenvertegenwoordigers zelf. Dat is heel belangrijk: hoe ervaren cliënten en ouders het zelf? Dus daar doen wij tevredenheidsonderzoeken naar. Aan de andere kant zijn er kaders, professionele normen waar je aan moet en wil voldoen. Soms kan dit op gespannen

voet staan door wat ouders of cliënten vinden. en dat meet je doordat er audits zijn, er zijn quickscans, er zijn allerlei meetinstrumenten en we hebben jaarlijks externe audits, dan komt er iemand van extern kijken naar een aantal elementen. Dus dat zijn de toetsingsinstrumenten.

Q: En als het gaat om het aansluiten bij de zorgvraag, valt dat onder een instrument?

A: Nee, want aansluiten bij de zorgvraag is natuurlijk een standaard iets wat je ongeacht de cliënt doet. De vraag is alleen bij het ouder worden: "herkennen we het"? Herkennen wij dat de cliënt ouder wordt en herkennen wij bepaalde behoeftes? En zeker als de cliënten niet zelf duidelijk kan uitspreken of als de omgeving niet duidelijk benoemt, dan moet je er als professional goed naar kijken, een scherpe blik hebben. Dus dat speelt ongeacht welke leeftijd. Het is wel een element. Ik kan nu niet zeggen dat als ik nu een gesprek aanga met een persoonlijke begeleider, is het feit dat de persoonlijke begeleider de cliënt aanspoort om te lopen: is dat passend qua leeftijd en etcetera? Of is het niet passend? Dat kan je niet beoordelen want dat hangt van heel veel dingen af. Voor hetzelfde geldt is het een cliënt die altijd aansporing nodig heeft dan is het allemaal niet zo raar. Of hij heeft juist heel veel beweging nodig omdat hij anders dichtslipt. Er kan een legio aan redenen zijn, dus je kunt niet altijd zeggen van "oké, een cliënt die ouder is dan 50 en die moet nog elke dag lopen dan kijken we niet naar de zorgvraag, want dat is individueel". Dus daar kan je geen meetinstrument op leggen, denk ik.

Q: Dus het ligt in de basis van zorg verlenen?

A: Juist, het ligt in de basis van wat heeft de cliënt nodig. Als wij kijken naar deze cliënt: hoe staat het ervoor? Wat wil de cliënt zelf? Welke behoeftes heeft ie? Wat denken wij? Wat denkt de familie wat goed voor hem of haar is? En hoe stem je dat dan af? Dan is het wel belangrijk dat je goed in de gaten hebt op een gegeven moment als een cliënt meer moeite krijgt met lopen, gaan we de cliënt toch blijven vragen om te lopen omdat dat goed is voor zijn fysieke gesteldheid. Of zeggen we "we vragen nu teveel van hem, dus een tandje lager mag ook wel". Dat zijn hele individuele afwegingen, daar kun je geen richtlijn op hebben. En als je dan vraagt "hoe toets je dat dan?" Dat toets je dus niet direct. Het enige onderwerp wat je kunt toetsen is "heb je aandacht voor de ouder wordende cliënt?" En je zou inderdaad bijvoorbeeld als het Ouderen Advies Team die vragenlijst heeft, kun je vragen aan groepen met ouder wordende cliënten "heb je die vragenlijsten gebruikt? Zijn jullie daarvan op de hoogte? Kennen jullie die vragenlijst?" Dat zijn altijd procesvragen. Dat er ergens aandacht voor is zegt niets over de uitkomst.

Q: Het gaat meer om de implementatie en het effect daarvan.

A: Het gaat meer dat je aandacht voor het onderwerp hebt, dat kun je dan meten. Ik vind het lastig hoe je het zou moeten meten.

Q: Ik was ook meer benieuwd naar hoe het eruit ziet.

A: Er zijn hier ook echt standaard richtlijnen voor: "ouderen moeten dit, of over het algemeen is dit de richtlijn...". Maar als we dat leggen naast wat de cliënten bij ons doen, zit daar een heel groot gat, dan kun je zeggen daar zitten hele grote gaten in. Vraag is of het dan allemaal grote individuele verschillen en wensen en behoeftes zijn, of er dan toch niet iets anders onder ligt. Maar ik weet niet of het zo is, of wel?

Q: Uit onderzoek heb ik gelezen dat er wordt gepleit voor een multidisciplinaire richtlijn voor deze doelgroep, en weten waar je op móet signaleren. Een stukje kennis over de gevolgen van het ouder worden omdat het toch onbekend is. Daarnaast weten te signaleren en dat de medewerkers op de vloer geschoold zijn. En ik had dan toevallig een teamleider van ASVZ gesproken die proactief bezig was met dingen die ook uit de aanbevelingen komt. En vanuit de ergotherapie is kwaliteit van zorg erg belangrijk. Maar hoe ziet dat eruit als het gaat om implementatie van aanbevelingen, hoe kun je dat meten en heeft dat effect?

A: Ik zit ook te denken, ooit hadden wij een document, een beleid gehad over de ouder wordende cliënt. De ouderenadviseur weet hiervan. Zij hadden al een vragenlijst, er zit ook een vragenlijst in Plancare. Daar zit een vragenlijst is voor ouderen, deze stuur ik naar je op samen met een andere aanwezige vragenlijst. Maar dan moet je wel als begeleider of orthopedagoog denken aan de lijst, dus je moet zelf besluiten of je deze vragenlijst gaat invullen. Dat is het volgende punt, als je denkt dat er niets aan de hand is, ga je deze lijst ook niet invullen. Maar als mensen het niet in de gaten hebben gaan ze de lijst ook niet invullen. Er staat ook een criterium over wanneer deze ingevuld moesten worden. Ze wilden bij een lijst van cliënten deze lijst afnemen.

Wellicht is het een idee om bij andere organisaties te kijken wat zij doen met dit onderwerp?

Q: [uitleg over het opzet van mijn onderzoek]. Een andere zorgorganisatie heeft ergocoaches in dienst.

A: Dat heeft een reden, we hebben vroeger wel 'aandachtspersonen' gehad, niet voor ergo, maar wel voor medicatie of sexualiteit. En op een gegeven moment hadden we heel veel van dit soort mensen. Iedere discipline of onderwerp had wel een aandachtspersoon: seksualiteit, medicatie, veiligheid, netwerk enzovoort. En dan werd het daarop afgezet, het systeem werkte op een gegeven moment vonden we niet goed. Dan wordt het afgeschoven op die ene persoon binnen het team, dat is helemaal niet handig. Dus toen is er door ASVZ een besluit genomen om niet alleen maar te werken met die aandachtspersonen.

Q: Dus dit is een doelbewuste keuze?

A: Ja, wel een doelbewuste keuze, of het zo slim is weet ik niet, kun je ook wel een keer ter discussie stellen. Uiteindelijk hebben wij teamleiders die zijn inderdaad verantwoordelijk, die zijn meewerkend teamleiders, dus dat is anders dan bij andere organisaties. Die zijn mede verantwoordelijk om dit soort dingen goed onder de aandacht te hebben en te houden. En als zij vinden dat in hun team één persoon iets gaat bijhouden, is dat prima omdat een teamleider kan delegeren. Maar uiteindelijk is de teamleider verantwoordelijk. **Want met die aandachtspersonen werd gezegd "ja ik heb geen aandachtspersoon, dus er gebeurt niets". Dus daar is geen aandacht voor en dat kan niet meer.** En nu ben je als teamleider integraal verantwoordelijk, samen met de orthopedagoog en de manager. En dat je kijkt in je team wie welk aandachtsgebied op zich neemt is prima, maar als die weg is moet je ervoor zorgen dat je het anders verdeelt. Je kunt niet zeggen "ik heb geen aandachtspersoon op dit moment dus het onderwerp wordt niet besproken..."

Q: Dus door die teamleiders blijven mensen wel verantwoordelijk én betrokken.

A: Daarom, anders werd het hier een instituut. Wat niet wil zeggen dat het niet werkt, want het is voor mensen ondersteunende diensten, zoals ergo, die kennis willen uitwisselen is het heel makkelijk als je een aandachtspersoon hebt, in plaats van dat je elke keer moet gaan zoeken met wie je nu je kennis gaat delen. En de ene keer doe je het persoon X, de andere keer met persoon Y. Dus vanuit de ondersteunende diensten snap ik wel dat het fijn zou zijn. Toen is er voor gekozen om er voorlopig mee te stoppen.

Q: En het stukje kennis delen en met elkaar betrokken zijn heb ik ook teruggehoord van iemand van de werkvloer. Zij had het over een 'schaduw pb'er', iemand die ook nog betrokken is en alert. Dat is wat ik terug kreeg van zowel een teamleider als medewerker, de mate waarin men zich verantwoordelijk voelt speelt ook een rol met het signaleren en betrekken van de juiste personen.

A: Er is ook een leergang over ouder wordende cliënten. Ook een leergang van negen maanden.

Q: Van wat ik begrijp wordt het één en ander al aangeboden vanuit ASVZ. En er zijn initiatieven en ouderenteam...

A: Er zijn e-learnings over de ouder wordende cliënt. Van zes dagen, sommige zijn voor begeleiders en assistent begeleiders en anderen voor persoonlijke begeleiders. Er is dus wel het één en ander. Of het veel wordt gebruikt is de vraag.

Q: Worden de ergotherapeuten ook betrokken bij het opstellen van de signaleringslijsten?

A: Miranda was de manager die daar toen verantwoordelijk voor was, als documenthouder en de afspraak is dat er een referentiegroep voor in elkaar gezet wordt, met verschillende disciplines. Nou weet ik niet of de ergotherapeut bij is geweest. Ik kan mij wel voorstellen dat iemand van de paramedici bij is geweest, maar dat weet ik niet. Miranda heeft het met de referentiegroep gedaan.

[afsluiting interview]

Transcriptie 5: ouderenadviseur

Functie: ouderenadviseur, lid van het Ouderen AdviesTeam

Datum: 4 mei 2021

[uitleg over onderzoek]

A: Voorheen kwam ik veel in Udenhout, maar sinds drie jaar heb ik een collega ouderenadviseur en hebben wij de regio's verdeeld. Monique werkt vooral in Udenhout en in een grote gedeelte van Rotterdam, en ik heb Waardeland, Leerdam en een stukje Rotterdam.

Q: Wat houdt uw functie in?

A: Wij zijn onderdeel van het Ouderen Advies Team, en Nick en ik zijn Ouderen Adviseurs. In het kort gezegd wij coachen, trainen, begeleiden, ondersteunen, adviseren op het gebied van ouderenzorg. En dan niet zozeer het medische, dat komt er wel bij, maar ik zeg altijd wij hebben een mooie medische dienst, dus ik hoef geen arts of VOM'er te zijn zoals Daisy is. Maar veel meer in het gedrag, en wij worden het allermeeft gevraagd bij woningen met beginnend wordende ouderen, die ineens geconfronteerd worden met cliënten die ouder gaan worden. En dementie is een groot onderdeel. Daarnaast doen wij producten ontwerpen die te maken hebben met oudere cliënte, we maken het, bedenken het. En als het weer mag, doen wij evenementen organiseren voor de ouder wordende cliënt. Dat hebben we wel in de drie verschillende regio's gedaan, anders wordt het heel erg groot. Dus ongeveer ééns in de anderhalf jaar wordt een evenement georganiseerd, dat staat nu even stil. Maar dan bedenken we een dag speciaal voor die oudere cliënten. De eerste keer dat we dat hebben gedaan hebben we verschillende workshops georganiseerd voor hun. Dan moet je aan diverse niveau's denken, daar hebben we geprobeerd ons naar aan te passen. En de laatste was met toneel, acties en muziek, een hele leuke dag voor de ouderen. Het adviseren is naar aanleiding dat we gevraagd worden. Dan hebben we eerst een intake en vervolgens maken we afspraken wat meestal uitkomt op observaties, dat we dan een aantal keer op de woning komen meekijken. En van daar uit komt een advies, en vanuit dat advies is er soms ook een coaching, van hoe doe je dat in de praktijk. En ook vaak een training, van vertelt iets meer over dit onderwerp en hoe moeten wij hiermee omgaan. Dat is in het kort wat wij allemaal doen. Het is druk.

Q: Dat kan ik mij goed voorstellen, want het zijn veel woningen en begeleiders. Werken jullie op aanbod, of vraaggestuurd?

A: Meestal komen de aanvraag vanuit de 'driehoek' binnen, het overleg wat plaats vindt tussen de teamleider, manager en orthopedagoog. Meestal wordt de vraag gesteld door de orthopedagoog of een teamleider, van daar uit komt een intake waar dan de teamleider, orthopedagoog en vaak ook persoonlijke begeleider aanwezig is. En van daaruit wordt een heel traject uitgezet. Gewoon kijkend

naar waar ligt de behoefte, waar liggen de vragen en hoe gaan we daarmee aan de slag. Heel vaak is het observatie. Sowieso ga ik, als het niet nodig is omdat een bepaald gedrag bekeken moet worden, wel een keer op de woning kijken omdat het voor mij belangrijk is om te kijken hoe is de sfeer, hoe is de woning ingericht, waar houdt men rekening mee enzovoorts. Dus niet om te veroordelen maar meer kijken naar wat is er allemaal aanwezig. Dan komen er vaak trainingen, afhankelijk van wat er speelt op de woning. Meestal bijna altijd is de training 'ouder worden'. Dus dat betekent dat wij gaan vertellen "wat betekent dat nou dat ouder worden?" En dat ouder worden hebben wij verdeeld in de lichamelijke veranderingen die een cliënt kan laten zien of wat er gaat gebeuren, psychische veranderingen maar ook de sociaal maatschappelijke veranderingen. Want verlies van vaardigheden en van familieleden gaat een belangrijke rol spelen. Heel vaak tegenwoordig doe ik ook 'wonen' erbij, want dat staat stil. Men zegt heel vaak "we hebben een beugel in de badkamer", maar er is altijd veel meer dan een beugel in een badkamer. Dus dan vertel ik ook hoe ze vanuit ogen van ouderen kunnen kijken naar het wonen, wat gebeurt er dan als je slechtziend wordt of slechthorend wordt. Daarin stuur ik ze meestal aan het werk: 'ga kritisch je woning bekijken, wat zie je, wat is eigenlijk niet zo goed'. Dan gaat het over kleuren, contrasten, eetkamerstoelen die niet te verschuiven zijn. contrast tussen tafel en vloer. Maar ook de natte ruimtes worden gebruikt. Ik was pas ergens en toen bleek die cliënt heel lang te zijn, behoorlijk op leeftijd en bleek een heel laag bed te hebben. Dus die had wat problemen om uit bed te komen. Dat soort dingen kom je dan tegen. Vaak komt er dan nog afhankelijk of er een dementievraag is, dat er een training komt over dementie, soms ook een training over palliatieve zorg, rouw, verlies van vaardigheden, het levensverhaal. Heel vaak over de daginvulling; hoe doe je dat dan. Ik vertel altijd dat mensen meer balans moeten hebben van rust en activiteit, en dat rusten niet bestaat uit slapen, maar dat rusten een passieve activiteit kan zijn, dus daar wordt dan naar gekeken, naar de dagprogramma's. Vaak is het dan nog kennismaken met de cliënt. En heel af en toe heb ik ook voor de cliënten een dag 'wat betekent het nou om ouder te worden'. Dat geef ik wel als optie omdat het leuk is om de begeleiders te trainen, maar ook de cliënten worden geconfronteerd met ouder worden. Waarom wel een teamdag over het ouder worden bij de begeleiders maar niet voor de cliënten zelf? Dus dan maken we ook een dag voor de cliënten. Heel af en toe komt ook een vraag vanuit familieleden. Ik heb ook een aantal keer een training gegeven, het zij over dementie want het is een heel ingewikkeld proces. Maar ik heb ook een keer training gegeven aan vrijwilligers en verwanten over wat betekent het nou, ouder worden? Met wat oefeningen. Dus dat is eigenlijk wat ik allemaal doe, een hele leuke afwisselende baan.

Q: Hoe bent u een ouderenadviseur geworden?

A: Ik ben ooit begonnen met de opleiding Z-verpleegkundige? Dat was ooit een interne opleiding binnen de ASVZ. En ik ben na mijn diplomering vrij snel teamleider geworden en ik heb heel veel verschillende woningen gehad, ik ben nieuwsgierig en leergierig. En ik kwam toen als teamleider in de ouderensector terecht, een hele leuke doelgroep vond ik dat. En toen werd op een gegeven moment vanuit de manager gezegd, dan praat ik over heel wat jaren terug, "er is veel aandacht voor autisten, werkgroepen en de intensieve zorg, maar voor ouderen daar was eigenlijk niets voor, behalve de normale zorg". We moesten bij elkaar zitten, dus we hebben toen een hele groep mensen vanuit heel veel verschillende disciplines gezocht en met elkaar zijn wij gaan zitten: "wat betekent het, ouder worden? En hoe ziet dat eruit? Wat hebben we sowieso in huis waar we eigenlijk ons niet

helemaal van bewust zijn misschien, of niet weten hoe we dat moeten gebruiken, of waar we het kunnen vinden. En daar is toen een beleid uit gekomen, en toen na een aantal jaren zat ik met mijn toenmalige manager en ik wilde na achttien jaar teamleider zijn iets anders doen. Ouderen had wel mijn interesse, omdat ik al teamleider 'ouderen' was had ik bij NAM een training gevolgd over psychiatrische stoornissen bij ouderen. Ik was bij Annek van de plaats, een geriater heeft de woonomgeving van mensen met dementie voor ontwikkeld, het brein. Daar heb ik een opleiding bij gevolgd, en toen had ik bedacht wat we niet hebben is dat er een soort van specialisatie van ouderen is. Dus toen heb ik dat voorgesteld en heb ik een opleiding tot Ouderen Adviseur gedaan, dat bestaat nu niet meer. Wat heel ingewikkeld was omdat het niet toegespitst was op instellingen en op mensen met een verstandelijke beperking. Dus ik heb eigenlijk al mijn opdrachten opnieuw moeten vertalen naar ASVZ. En toen ben ik voor 50% ouderen adviseur geworden en 50% nog teamleider op een woning, wat heel ingewikkeld was omdat ik op dat moment teamleider was op een jonge mannengroep. Dus dat was heel erg switchen van hele jong volwassen mannen naar ouderen. Dus dat was ingewikkeld. Maar na een paar jaar mocht ik fulltime ouderen adviseur worden. Er werd wel bewezen dat er veel vraag was want ik kon het echt niet meer aan. Het werd teveel en toen kreeg ik na een paar jaar een collega erbij omdat er veel vragen zijn, dus de behoefte is er gewoon echt wel.

Q: Ik begrijp dat er veel vragen binnen komen, wat voor vragen komen er allemaal binnen bij jullie, het ouderenteam?

A: Heel vaak over dementie, of vermoeden van "iemand laat heel ander gedrag zien, kijk eens met ons mee". Zou het kunnen dat het dementie is, of moeten we ergens anders aan denken? Dat soort vragen krijgen wij ook wel. Maar ook wel dat tijdens een 'driehoek' naar boven tafel komt 'we hebben eigenlijk wel te maken met wat ouderen, maar houden we daar rekening mee'? Dus vanuit die driehoek komen ze bij ons terecht van "joh ga eens wat vertellen over het ouder worden. Daar is het nu dus ook druk mee, ik heb daar ook een aantal trainingen voor gegeven, inmiddels al. Die waren toen eigenlijk voor corona bedoeld, maar die hebben we nu even kunnen doen. En dan heb je nog kleinere vragen, dat het eten een beetje moeilijk gaat, dat iemand niet wil gaan slapen...soms gebeurt het ook dat je door een begeleider gebeld wordt. Ik zelf ben ik een voorstander van dat onze drempel heel laag is. Dat mensen gewoon bij ons binnen kunnen komen, zonder de driehoek, en vragen "joh wil je eens meekijken?" Ik heb ook een aantal cliënten met wie ik zelf in gesprek ga, die heel veel moeite hebben met het aspect van ouder worden, dus dat doe ik ook nog, gesprekjes met cliënten, wat betekent het ouder worden. Dus dat is heel divers.

Q: Welke woningen komen bij jullie? Allemaal? De licht verstandelijke beperkten?

A: Alle woningen, het niveau maakt niet uit. Met het slikken meestal - als wij het hebben over ouder worden en ik ga vertellen wat wij zien bij het ouder worden, of wat een leeftijd is waar we aan móéten denken bij het ouder worden, dan zeg ik dat en vraag ik "hoe oud zijn jullie cliënten?" Dan is het vaak "huuh we hebben dus eigenlijk een ouderen woning". Dan denk ik "ja jullie hebben niet een ouder wordende woning, jullie hebben een ouderenwoning.

Q: Bijzonder om te horen, want ik las inderdaad ook dat iemand van vijftig jaar met een VB te vergelijken is met een 80-jarige zonder VB.

A: Ja, vooral de matig en ernstig verstandelijke beperkten zijn met 50. En als je dan ook nog zegt dat Syndroom van Down al bij 40 is, soms is het nog van "onzin, want hij doet alles nog". Maar wij gaan meestal vertellen van "ja het is de structuur van de cliënt om dit zo te doen, en ook vaak de structuur van de begeleiders, dat je doorgaat in wat altijd bekend is. Maar voelt het persé hetzelfde voor zo'n cliënt?" Een cliënt kan moeilijk zeggen "jongens rustig aan want ik voel dat ik wat ouder wordt, ik heb wat meer moeite ermee, en het kost mij meer tijd om wakker te worden, of het kost mij meer tijd om uit bed te komen en te douchen, dan ben ik bekaf." Dat zal een cliënt niet gauw zeggen, dan moet je vaak wat hoger van niveau zijn en ook die zitten vaak vast in hun eigen structuur. **Dus als je dat vertelt gaan mensen al met een andere blik kijken naar die oudere cliënt, want dat is gewoon zo.** Kijk de cliënt gaat gewoon door: als ik om half tien op de dagbesteding moet zijn ben ik om half tien op de dagbesteding en dan is het rennen en vliegen, maar wat het doet...Van "ja hij is in het weekend heel veel aan het slapen", ja misschien is toch de dagindeling toch niet heel goed voor hem, en teveel en kost het veel tijd en energie.

Q: Met alle gevolgen van dien.

A: Precies.

Q: En als u komt voor gesprekken en adviezen geven, doet u dat alleen of met een orthopedagoog...?

A: Wij zorgen er wel voor - de trainingen worden door ons gegeven. Het lukt niet altijd, want een orthopedagoog heeft het verschrikkelijk druk, maar het is wel de bedoeling dat de orthopedagoog daar bij aanwezig is. Het moet natuurlijk handen en voeten gaan krijgen met de tips die jij geeft over ouder worden. Het contact met de orthopedagoog is er altijd wel, soms lukt het iemand écht niet omdat hij zo vol zit en niet te plannen is om een teamdag te organiseren maar die is wel zijwaarts bij aanwezig en weet wat wij aan het doen zijn en weet hoe het neergezet moet worden. Dus het contact met de orthopedagoog blijft wel altijd bestaan, dus dat is wel vrij intensief.

Q: Zijn er ook andere disciplines met wie deze trainingen zijn gedaan?

A: **We hebben ook specialistische leergangen 'ouderen'.** Daar zijn er meer van, maar we hebben speciaal eentje voor ouderen ontwikkeld, en een specialistische leertraject voor ouderen. De leergang is voor persoonlijke begeleiders en teamleiders en de leertraject is voor de ondersteunende begeleider. Het is een negendaagse training en daarin komen ook andere disciplines aan bod. De eerste drie dagen doen wij, en dan zit er bijvoorbeeld een arts een middag erbij, ergotherapeuten een dagje, fysiotherapeuten en de logopedie zit er ook een dag voor bij. Ook het team voor palliatieve zorg zit er een dag bij. Dus zo breed mogelijk hebben wij geprobeerd die te maken.

Q: En worden deze trainingen continu gegeven aan woningen, of is het vrijblijvend?

A: Mensen kunnen via Zlim zich inschrijven hiervoor. Als wij een advies moeten brengen zal ik die altijd erbij zetten. Ik heb natuurlijk mijn eigen expertise, maar ik weet ook dat als ik zie dat een ergo of logo moet bijkomen...Ik had bijvoorbeeld laatst iemand met slikproblemen, ik kan er wel iets over vertellen, maar het is niet mijn expertise. Dan ga ik heb doorverwijzen naar een logopediste, als er aanpassingen nodig zijn stuur ik ze door naar de ergotherapeuten. Net zoals de laatste specialistische leergangen die we laatst hadden, als er een training is dat de ergo fysio of logo daar is dan blijf ik daar ook, omdat ik het ook belangrijk vindt dat we onderling contact houden, we hebben elkaar hard nodig.

Q: Ik heb van Manager Kwaliteit begrepen dat er een beleid is en er verschillende leergangen zijn, ook via Zlim dat er leergangen zijn, ook van elf maanden.

A: Ja dat is de specialistische leergang, maar die is verspreid over elf maanden, want één keer in de maand wordt die gegeven en voor persoonlijke begeleiders is deze negen dagen lang. Dus negen dagen gaan we het hebben over ouder worden, of ouderen. Dus er valt veel te vertellen. Er zit al twee dagen over dementie binnen in. En als je dan bijvoorbeeld aan het eind aan de begeleiders vraagt "wat missen jullie nog", dan krijgen we stevast nog terug "er zou nog eigenlijk een derde dag over dementie bij kunnen, maar dan hebben we al twee dagen verteld over dementie, maar dat is zó groot dus er valt veel over te vertellen."

Q: Heeft u een beeld hoeveel mensen hier aan deelnemen?

A: We zijn nu bezig met de afronding van de laatste groep, die heeft door corona helaas heel erg stil gelegen. Dit was een groep van twintig mensen en dat is best groot. In september waren we gestart in Udenhout, en die hebben we na dag één moeten stoppen want toen ging alles weer op slot. We gaan dit weer opnieuw opstarten in het najaar. Als er voldoende zich aanmelden, kunnen we starten, dat is het. En als ik een advies moet geven omdat dat mij gevraagd is, zal ik er altijd op zetten "ga de specialistische leergang volgen, want het is zó leerzaam en er zit zoveel in. Mensen zien er een beetje tegen het huiswerk op, want het is niet alleen "ga zitten en volg wat er verteld wordt", maar we geven ook opdracht mee, en ze moeten een heel portfolio gaan aanleggen, dus er zit een soort diploma aan vast, het is niet zomaar een training. Daar zien mensen weleens tegen op. Dus we zijn ook aan het onderzoeken of we het in blokjes kunnen hakken, als dementie een grote vraag is, dat zij alleen dementie kunnen volgen, maar dat zit in een onderzoekende fase, of het mogelijk is. Maar dan zullen ze niet een diploma krijgen want een diploma hoort bij het gehele plaatje.

Q: Ik heb ook begrepen dat er een ouderenbeleid is?

A: We hebben dat ooit gemaakt, de visie op ouderen en die hebben we ook uiteindelijk opzij gelegd omdat wij vinden 'de huidige visie van ASVZ die lag ernaast, en die wijkt niet af, maar eigenlijk zou die vanuit de huidige visie vertaald kunnen worden'. Dus dat doen wij tijdens de leergang ook, dus de visie van de ASVZ wordt daar besproken en hoe vertaal je die dan naar je eigen woning. Er is veel te

vertellen over ouderen, en we kunnen veel vertellen en we doen heel veel, denk ik. Maar het blijft altijd woning gericht. De specialistische leergang wordt wel gemodernaliseerd en weer aangepast aan de nieuwe dingen die binnen komen, maar het thema blijft altijd hetzelfde. En wat we op woningen doen is heel erg individueel. Dus je hebt een intake voor een woning, en dan ga je kijken 'hoe ga ik het invullen?', want geen woning is hetzelfde.

Q: Eigenlijk is de visie nog steeds individueel aansluiten op de aanwezige mogelijkheden en niet een ander beleid ernaast hanteren.

A: Een teamleider uit Udenhout is in nauw contact met een ouderenadviseur, die heeft een heel traject gevolgd met deze adviseur en hij zoekt nogal met regelmaat overleg even met haar om te kijken "waar staan we, hoe gaan we en wat kunnen we doen?".

Q: Ik heb van hem inderdaad begrepen dat hij heel veel contact zoekt.

A: Ja, dat werkt gewoon fantastisch, dat is een heel mooi voorbeeld, dat werkt goed. En dat hoop je ook en meestal lukt dat ook wel gewoon goed.

Q: Dat is mooi, hij had het ook over openheid, en laagdrempelig blijven. Dit hoor ik nu ook terugkomen.

A: We hebben een kantoortje, en je merkt ook wel dat als je daar zit, mensen ook wel durven binnen te stappen. Maar in deze tijd gaan mensen bellen, in het begin was dat lastiger, ze gaan mailen "heb je even", dan doe we via Teams daar een gesprekje over. Maar gewoon een klein vraagje van "joh wil jij even meekijken", dat mensen daarvoor komen en je kunnen vinden, dat vind ik wel belangrijk.

Q: Waar zit jullie kantoor?

A: Op de Merwebolder, tweede verdieping, het leukste kantoortje wat je daar kunt vinden, daar zijn wij. Niet om op te scheppen, maar wij doen ook aan producten ontwikkelen dus we hebben bijvoorbeeld een hele kast met oude spullen staan waar wij 'mijmerkoffers' van maken, levensverhaal koffers. Dus het staat helemaal vol met oude spullen. En de meeste kantoren zijn tegenwoordig heel erg leeg gehaald en ze zijn sober. En in die van ons staat een poppenwagen in, dus hij staat erg vol maar ook erg gezellig. Mensen vinden het ook helemaal niet erg om mee te gaan in dat kantoor. Ik heb ook nog zo'n bak satellieten telefoon. De oudere cliënten pakken die telefoon en die staat met de hoorn tegen de hoorn en het nummer wordt gedraaid, En ook al is er geen verbinding gaan ze wel in gesprek op de manier waarop zij zijn groot gebracht. Het staat met puzzeltjes en dingen uit hún tijd.

Q: Dat is zeker leuk, dan ga je terug in de tijd.

A: Ja, en ook gewoon voor ouderen, als ik een training mag geven over 'mijmeren', dat is iets waar wij heel erg mee bezig zijn, als wij in gesprek gaan over bepaalde voorwerpen, geuren, muziek, boeken...en ik vraag jou wat was jouw lievelingsboek toen je een jaar of zeven of acht was, dat brengt iets bij mensen, dat maakt wat los bij mensen. Al die verhalen komen naar boven, en niet alleen bij mij, maar ook bij jou. Je hoeft niet oud te zijn om mijmeren heel leuk te vinden. Mijmeren hoeft niet alleen bij dementie, maar ook bij cliënten die gewoon ouder zijn is het ontzettend leuk. Ik zeg altijd 'géén traumatische dingen naar boven halen'. Want mijmeren of reminiscentie is juist om prettige dingen naar boven te halen, want we gaan geen therapie opzetten. Dus we hebben ook contacten met de dagbesteding die dat ook doen. Ook soms bedenken wij iets en vragen wij aan de dagbesteding om het uit te proberen. Dat is super leuk.

Q: Ik heb van Manager Kwaliteit vragenlijsten ontvangen die waren opgesteld.

A: Die zijn in de try-out fase op dit moment. We hebben op dit moment een "Bol", een vragenlijst of signaleringslijst die bedoeld is om langs woningen te gaan, of op te sturen, en deze lijst in te laten vullen. En dat is meer, het is een hele brede lijst, het heeft niet alleen te maken met het ouder worden, maar ook met het ouder worden en de inrichting van de woning enzovoort. Heel veel vragen, meer een 'eye-opener' voor de woning van "oh maar dit hebben wij niet, of dit is een tekortkoming", en daar zouden wij iets mee moeten doen. Dus ik denk dat woningen die beginnend ouderwordende cliënten hebben zullen denken "oké dus dit staat ons te wachten of dit gaat dus gebeuren".

Q: Het eerste stuk van de lijst vind ik mooi, het gaat om de omgeving, wat is er wel, hulpmiddelen, veiligheid domotica, En dat is ook ergotherapie: wat is er praktisch nodig? Zijn hier ook ergotherapeuten bij betrokken?

A: **Er is denk ik niet voldoende contact, maar we weten elkaar wel te vinden.** En de signaleringslijst is dus bedoeld voor de teamleiders om te weten "we moeten contact opnemen". Als aangevinkt moet worden "dat hebben wij niet", dan moeten ze niet bij ons zijn, **dan verwijzen wij door naar de ergotherapeuten. Iedereen heeft zijn expertise, en wij moeten heel goed samenwerken. Dus we zien elkaar niet, maar ik weet zeker dat we elkaar kunnen vinden, dat gebeurt wel.** Als er vragen zijn kunnen wij wel aan elkaar doorverwijzen. Dus er zullen ook middelen zijn. Als het gaat om domotica, stuur ik ze door naar Eureka, als mensen problemen hebben om hun cliënten gedurende de dag te vermaken omdat je ook veel zorg moet leveren stuur ik ze ook door naar Eureka. "Ga met hun in overleg want zij hebben veel middelen om cliënten op een leuke manier bezig te houden". En wij weten natuurlijk wel wat er is, maar zij hebben de expertise, dus op die manier doen wij dat ook wel. **Maar ik vind wel dat die vragen in de signaleringslijsten gesteld moeten worden.** We willen ook een brug zijn naar alles en iedereen, heel veel mensen weten niet wat er allemaal te halen is binnen de organisatie. En dat is niet zozeer op de instellingsterreinen, dat is best wel bekend. Als je de Merwebolder (hoofdlocatie) neemt en je loopt in die gang, dan weet je precies waar de ergotherapie zit, iedereen kent zijn weg wel. Maar als je verblijfstatus hebt, die zijn daar veel minder bekend mee. Dus aan ons wel om aan te kaarten "ga naar de ergotherapie, logopedie Eureka..". dus wij verwijzen wel door.

Q: Ziet u dat vaak dat men niet weet wat ergotherapie is en weet te vinden?

A: Ik denk dat ze wel weten wat een ergotherapeut is, maar ik denk dat mensen er niet zo bewust van zijn dat het niet zo moeilijk is om ergotherapeuten te bereiken. "Die mag je gewoon bellen, ga ze bellen".

Q: Wat ik nu hoor herken ik uit de praktijk, dat men niet wist waar de ergotherapeuten zijn.

A: En wat ik ook zeg, je komt vaak genoeg in een hoofdterrein, en ik durf niet te vertellen of ze weten waar jullie voor zijn. Ik kan mij voorstellen dat ze bij de ergotherapeuten denken "die zijn er voor de hulpmiddelen, punt". Dus dat kan ik mij voorstellen, dat mensen niet helemaal bekwaam zijn met wat ze waar kunnen halen. Wel dat het aanwezig is, ik denk wel dat woningen buiten de instelling niet weten dat het aanwezig is. Want als je altijd buiten de instelling hebt gewerkt en niet zo vaak er komt (op het hoofdterrein), dan kan ik mij voorstellen dat zij niet weten dat er ergotherapie is, hoeft niet.

Q: Heb ik ook gezien, dat als ze ver van de hoofdlocatie zijn dat er een verbinding mist, dat herken ik. U heeft mij net verteld hoe men bij jullie terecht komt, wat er in gang wordt gezet en wat de uitwerking daarvan is. Om aan te sluiten bij de nieuwe zorgvraag, in dit geval ouder worden en alle gevolgen, zijn er belemmeringen of dingen waar jullie tegenaan lopen wat dit proces bemoeilijkt?

A: Tijd misschien, het is erg druk. Ieder team en iedere woning heeft zijn eigen dingetje. Ik denk dat de grootste uitdaging is dat een team bij elkaar kan komen, dat daar ruimte voor is. En dat er een teamdag bij komt. En het ene team smùlt als er een teamdag komt met trainingen en die zuigt je bij wijze als een spons leeg. En de andere vindt een teamdag verschrikkelijk want dan moeten ze gaan zitten en dat vinden ze niet zo fijn. Ik kom er zelf ook uit en ik weet dat zitten niet je sterkste kant is. Ik zeg altijd "ga maar op je handen en blijf eens zitten en kijk in je woning naar wat er gebeurt, omdat ze heel erg in beweging zijn". Maar echt weerstand nee, dat denk ik niet.

Q: Als het gaat om het proces van signaleren en aansluiten op nieuwe zorgvragen, heeft u andere ideeën, inzichten op oplossingen?

A: Er is zoveel gebeurd in de afgelopen tien of twaalf jaar dat ik dit doe, er zijn zoveel veranderingen geweest of vinden nog steeds plaats. Ik vind het ook heel erg leuk om nieuwe ideeën uit te werken en te doen, daar maak je mij alleen maar blij mee. Ik ben op een ontzettend leuke positie waarin ik dat mag doen en uitwerken. En ook vaak in contact met orthopedagogen en teamleiders die daar ook in open staan en meedoen. Ik ben er écht vanaf het begin af bij, en ik vind dat er zoveel is veranderd en verbeterd in mijn beleving. Maar stilstaan kan niet in deze organisatie. Ik leg altijd uit dat ik als 16-jarige ben begonnen als uitzendkracht, en toen was nog heel erg het medische model van kracht. Als ik je nu vertel hoe dat eruit ziet dan denk je "dat kan niet", maar we leverden toen hele goede zorg vonden we, en we blijven ontwikkelen. En in al de jaren dat ik de zorg heb meegemaakt gaat die ontwikkeling nog steeds veranderen en vooruit, je staat nooit stil. En ieder moment als ik terug kijk op mijn werkbare leven heb ik heel veel veranderingen meegemaakt, en steeds was het goed, en

steeds werd het weer beter. Dus waar we nu staan ben ik enthousiast en denk ik we zijn leuk bezig, we mogen veel en we doen veel. Maar ik weet dat als we elkaar over vijf jaar weer spreken dan zal het zijn van "weet je wat we de afgelopen vijf jaar hebben ontwikkeld...?" Dat staat nooit stil. Ik denk dat als je dát maar voor ogen blijft houden: hoe lang je blijft werken, hoe oud je ook mag werken, als je daar maar voor blijft open staan...dat staat niet stil, dat is goed. Ik vind het ook echt ontzettend leuk - we zijn nu met Villans, die zijn heel erg bezig om met andere organisaties en ASVZ met "(h)erken u dementie?" We zijn een heel traject begonnen over de dementie bij mensen met een verstandelijke beperking, om daar meer oog voor te krijgen: wat gebeurt er nou, wat zijn de signalen? Vervolgens hebben zij dat neergezet en hebben ze acht organisaties gevraagd om mee te denken, doen en te ontwerpen om die aandacht op dementie te krijgen. En dat kwam ook bij ons terecht, dus wij hebben met onze leidinggevende overlegd, en daar hebben wij een product voor bedacht. Het is voor ASVZ maar we hopen dat daar meer mensen plezier van kunnen krijgen, maken, ervaren... Maar dat is weer een stuk vernieuwing, dat je niet alleen in ASVZ werkt, maar ook in contact komt met zeven andere organisaties en met hun overlegt over jouw product. Open staan om steeds verder, breder, en naar jezelf te blijven kijken, en open te staan voor nieuwe dingen en ontwikkelingen. Ik denk dan dat je het verste komt. En soms heb je een product en denk je "dat is het niet helemaal", en bij andere "die is erg leuk". En dat is ook tijdsgebrek, we zijn een aantal jaar geleden begonnen met mijmerkoffers. Daar zitten spullen in van vroeger over een bepaald thema. En we hadden een kerkkoffer, boerderij koffer en een huishoudmand. Daar zitten allemaal producten in van hoe je het vroeger allemaal gebruikte, met praatkaarten erbij. Wij willen eigenlijk veel meer van die koffers maken maar het is erg intensief omdat je op zoek moet gaan naar de spullen, je bedenkt praatkaarten die erbij horen...en daar ontbreekt de tijd voor. We hebben niet zoveel tijd. Ik zou best een week tijd nemen om die koffers te maken. En die koffers zijn positief ontvangen en daar wil je verder mee. De prioriteit ligt bij de cliënten en de trainingen.

Q: Cliënt staat voorop.

A: Zeker, altijd.

Q: [opsomming van aanbevelingen uit literatuuronderzoek]. Maar wat ik ook heb begrepen van respondenten dat het gaat over vindbaarheid, open houding en samenwerking met ergotherapeuten. Dat vind ik meer persoonlijke eigenschappen van de therapeut.

A: Dat ook, maar het is ook locatiegebonden. Je zou iemand van de wijk kunnen interviewen. Op locaties die ver buiten de instelling zijn, daar ben ik benieuwd naar hoe het daar is.

Q: Ik heb onder andere contact gehad met Dordrecht, die zit best ver van de hoofdlocatie maar hebben wel intensief contact met het paramedisch team. Mijn respondent vertelde over een andere groep die moeite hadden met signaleren en hulp vragen. En ook dat je als begeleider 'went' aan de achteruitgang van de ouder wordende cliënt.

A: Er is een groot verschil tussen intramuraal en wonen in de wijk. Zoals de woning de Huik, deze is ver weg van de woning. Je ziet dat als je eenmaal betrokken bent bij een woning, dan wordt je ook

makkelijker gebeld. Maar dan zie je als buitenstaander, dan kijk je éven en dan zie je veel meer de achteruitgang dan de begeleider die zoveel uur in de week werkt. Soms gaat het zo geleidelijk dat het je bijna niet opvalt. En als jij dan één of twee maanden niet bent geweest dan moet ik wel zeggen van "wauw, die is achteruit gegaan", "is dat zo?" Ja. Ik snap ook heel goed dat dat kan, want je zit altijd met je neus er boven op. Dus die hele kleine minimale veranderingen die val je bijna niet meer op. Pas als je gaat zeggen "de laatste keer dat ik hier was zag ik dit en dat..." Dan krijg je terug "oja..".

Q: De pb'er die ik heb geïnterviewed vertelde ook dat wij 'veel meer zien' en het meer zien vanuit professioneel oogpunt, terwijl zij meer gewend zijn de cliënt mee te trekken.

A: En dat heeft vooral mee te maken met dat wij eens in de zoveel tijd binnen stappen. En juist dan veel meer die achteruitgang zien. Door de corona kon ik ook nergens meer naar toe. Ik stapte weer binnen in een woning en het eerste wat ik zeg is "goh wat is deze persoon met dementie achteruit gegaan". En dan zeg ik "de laatste keer dat ik hier was deed ze dit en kon ze dit..". Het is ook goed dat we daar ook komen.

Q: Ja, ASVZ heeft vijf ergotherapeuten en deze werken vraag-gestuurd en ze hebben het ook daarmee druk.

A: Net zoals bij ons, de cliënt staat altijd voorop waardoor veel dingen naar achteren schuiven. Wat wij doen is in de zomermaanden, waarin het rustiger is, proberen het achterstallig werk in te halen. Soms moet je weer gaan schrijven aan trainingen dan werkt het ook niet helemaal.

Q: Heel begrijpelijk. Het team van Regulushof bijvoorbeeld heeft een heel compleet team, maar er zijn woningen die een tekort hebben aan medewerkers.

A: Precies, heel veel inval. Inval van andere woningen of uitzendbureau. Dan kun je net zo hard proberen iets op te starten, maar je hebt gewoon een vast team nodig. En dan heb je teams die al langer met elkaar werkt, maar met een nieuwe teamleider.

Q: Er zijn zoveel factoren die meespelen bij het juist aansluiten bij nieuwe zorgvragen.

A: En dan heb je ook nog te maken, net zoals in de maatschappij, de ene wordt heel vroeg oud, de ander op een andere leeftijd. Maar ze hebben allemaal gemeen dat ze een verstandelijke beperking hebben. Het is een leuke doelgroep om een scriptie over te schrijven.

Q: Ik heb hier ook heel veel literatuuronderzoek over gelezen. Uit de literatuur lees ik ook de kwetsbaarheid van deze groep.

A: Ja, ze zijn nu ook zo kwetsbaar dat we ook niet naar hun op bezoek kunnen. Ik ging op bezoek bij een woning, de eerste die ik weer mocht bezoeken, en dan ga je daar zitten, je probeert de anderhalf

meter te waarborgen. Een cliënt kijkt mij aan en zegt "ik ga je eerst eens even knuffelen", het is zo'n ontzettend leuke doelgroep. Ik wist al heel jong dat ik met deze doelgroep wilde werken.

Q: Ik heb nog een laatste vraag, we hebben het gehad over wat er nodig is en wat er al gedaan wordt...Heeft u suggesties voor wat de ergotherapeuten voor de woonbegeleiders kunnen betekenen? Dat is mijn doel, dat de ergotherapeuten weten welke vorm van ondersteuning zij kunnen bieden.

A: Als ik denk dat een groep baat heeft bij ergotherapie dan zet ik dat in mijn advies. Ik zoek niet zelf contact op met de ergotherapeut van "je moet naar die woning". Het staat in het adviesverslag en dit verslag wordt besproken met de orthopedagoog, teamleider en vaak pb'er, of vaak het hele team. Dus iedereen weet het dan ook en waar ze jullie kunnen vinden. Maar zeker als de locaties buiten de terreinen niet zo goed weten wie jullie zijn of wat jullie doen dan zou ik daar mijn aandacht op richten, dat het goed veel meer bekend wordt waarvoor kun je een ergotherapeut beroep op doen? Dat het voor de mensen ook makkelijker wordt om naar jullie toe te gaan: "oh kun je daar ook voor naar de ergotherapeut?" Voor mijzelf hoop ik dat de verbinding altijd blijft, dat we weten wáár we zijn en waar we elkaar kunnen vinden en dat we weten dat we elkaar nodig hebben. Ik hoop nooit op 'eilandjes'. We hoeven niet eilandjes te zijn. We zijn één grote organisatie met heel veel mogelijkheden, maar dat we naar de juiste persoon kunnen wijzen van "ga die eens contacten, want die kan je ermee helpen", dat.

[Afsluiting interview]

Transcriptie 6: Teamleider 2

Functie: teamleider Udenhout

Datum: 4 mei 2021

[Uitleg over onderzoek]

Q: Wat is uw ervaring omtrent het aansluiten op deze doelgroep?

A: In 2009 ben ik begonnen met voor cliënten omdat ik toen op een woning werkte waar enkele dementerende cliënten woonden en dat ging niet goed. We zaten in het hoofdgebouw en cliënten raakten de weg kwijt, dus vanaf dat moment zijn wij gestart op een woning met mensen met een intensieve fysieke zorgvraag én dementerenden. Dat is al twaalf jaar op weg, in die tussentijd zijn wij een paar keer verhuisd en we hebben inmiddels nu een woning waar achter cliënten wonen met het syndroom van Down, en ze hebben allemaal Alzheimer, daar komt heel wat langs. Ik heb tot vorig jaar nog teamleider geweest van de buurwoning waar ik ook intensieve zorgvragen meemaakte, maar dan zonder dementie. Dus ik ben heel wat tegen gekomen wat betreft zorgvragen. Wat ik zie vooral en wat ik zelf ook doe, is dat wij zelf initiatief nemen als wij iets nodig hebben en dan gaan wij het op internet opzoeken. En dat heeft ook een historie, wanneer je soms tegen...aan het begin moesten fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten leren los te laten in het dementieproces, dan ging het steeds van "maar je moet ze stimuleren". En in het dementieproces is het vooral loslaten en niet blijven vasthouden aan wat mensen kunnen, maar gaan overnemen. Dus daar liepen we daar met enige regelmaat tegenaan. Dat resulteerde soms ook in dat we zelf op zoek gingen naar het product wat we nodig hadden, en dat cliënten soms ook producten zelf aanschaffen. En die producten zien we ook nu terug in de zorg, door de ergotherapeut aangeschaft. Dus dat is een deel wat gespeeld heeft. We hebben heel wat verschillende mensen gezien en we moesten steeds opnieuw beginnen, een nieuwe fysiotherapeut, opnieuw onze visie doorgeven dat het bij ons niet gaat over vaardigheden behouden. In feite gaat het erover dat je vaardigheden behoudt en weer terug krijgt als je ze bij mensen met dementie werkt dat averechts. Dus steeds opnieuw moesten we bij deze mensen aan de slag, van zo werkt het niet bij dementerenden want dan gaat het mis. Mensen gaan in de weerstand. Dus op een gegeven moment baal je daar van als medewerker en ga je zelf aan de slag want het schiet niet op als je steeds tegen die weerstand moet vechten. En nu hebben we zelf producten op het internet gevonden, en ik heb ook medewerkers uit verpleeghuizen die daar de hulpmiddelen kenden en hier ook geïntroduceerd hebben waar de ergotherapeuten bijvoorbeeld niet aan wilden.

Q: Dus ik hoor een stuk geschiedenis over het verschil in visie. Dus als cliënt A wordt ouder en er komt een nieuwe zorgvraag bij, proberen jullie het eerst zelf uit te zoeken.

A: Ja, als wij ergens tegenaan lopen vinden we het leuk om op internet te zoeken wat er allemaal is. Nu doen we het wel, als we iets zien gaan we in overleg met de ergotherapeut over het idee en of zij andere ideeën heeft. Soms gaat het over de vergoedingen van producten, en als producten niet worden vergoed heb je helemaal de vrijheid over wat aangeschaft wordt, maar daarin kun je wel advies vragen. In juni gaan wij verhuizen naar een grote nieuwe woning, en we hebben adviezen bij

de ergotherapeut opgevraagd: waar moeten wij allemaal aan denken? Qua alles, maar in de tussentijd heb ik ook op internet gezocht over wat er te vinden is over dementerenden, ouderen en slechthzienden.

Q: Dus de ergotherapeut vervult meer een ondersteunende en adviserende rol op jullie woning?

A:

A: Wat ook het lastige is, ik weet niet of ik het ego moet noemen, maar de ouderen op dit terrein zijn vaak slechthziend, dus dan geeft de arts aan het is slim als je Visio uitnodigt (instelling voor slechthzienden), eigenlijk heeft de ergotherapeut al adviezen gegeven en dan denk ik "nodig ook Visio uit omdat die erop zijn gespecialiseerd". En ik weet er wel een stukje van maar zij weten natuurlijk veel meer, zij hebben meer deskundigheid. Dat zit ik wel te denken, hoe komt het dat daar niet verder op geadviseerd wordt.

Q: Ik heb ook meegemaakt op mijn stage dat het vaak uitproberen is.

A: En je weet ook niet hoe cliënten op dingen reageren. Het is wel stukken beter. We hebben ook weleens bedboxen snel nodig gehad en dan hoorden we dat het er niet was, wellicht was het een financieel plaatje maar we liepen er wel tegen aan: wat we nodig hadden was er niet. Dat maakt wel dat je andere routes gaat lopen.

Q: Jullie woning is op Udenhout, zijn de medewerkers begeleiders, verpleegkundiges, zij-instromers..? Er zitten verzorgendes tussen, twee Z-verpleegkundiges tussen, ondersteunende begeleiders en begeleiders, dat is alles.

Q: De woning heeft cliënten met syndroom van Down mét dementie en dat kan hard lopen, zijn de werknemers zijn geschoold of weten ze wat er aan komt? Want het is een hele specifieke groep.

A: Het is een hele specifieke groep en bij ons overleden ook veel mensen. We hebben een heel stabiel team waarvan een aantal medewerkers al jaren in dit team werken. Af en toe komt er een nieuweling bij en zeker in de situatie van terminale cliënten wordt die intensief meegenomen in het proces. En we zijn vaak bezig met mensen op te leiden in het dementie proces. Dat is nog vrij ingewikkels, want hoe doe je dat nu? Want we zeggen we moeten de dementerende cliënt volgen in zijn proces, en is makkelijk gezegd maar dat is niet altijd makkelijk want er komt ook je eigen emotie bij. En daar zijn we wel mee bezig. We hebben op dit moment een cliënt die heel hard achteruit gaat en waar ik mensen zie worstelen van "hoe doe je dat nu"? En daar moeten we mee aan de slag, en dan hebben we ook intensief contact met AVG en de orthopedagoog en bedenken we samen een manier om dat proces te ondersteunen.

Q: Als ik hoor emotie, ik begrijp zeker dat als je een jaren lange band hebt met cliënt dat dat moeilijk kan zijn. Als iemand achteruit gaat wordt de AVG arts en orthopedagoog erbij gehaald, zijn er meerdere disciplines aanwezig?

A: Ja zeker, we zijn intensief multidisciplinair bezig met Anne, en de fysiotherapeut, dan komt er een rolstoel. We verzorgen cliënten intensief op bed dan gaat het over ergonomisch werken en dan komt de ergotherapeut in beeld, we komen met slikproblemen, dan komt de logopedist in aanmerking om bij ons te komen kijken. We werken met de pastoor want die begeleidt ook families in het terminale proces, dan wordt iedereen in dit proces betrokken. Maar er is zeker ook oog voor medewerkers. En als je een aantal cliënten hebt gehad die zijn overleden, of je werkt al lang op zo'n woning, dan weet je wel over het algemeen wel welke producten of hulpmiddelen fijn zijn. Maar je ziet ook met regelmaat dat andere producten nodig zijn, dan zie ik ook dat de ergotherapeut ideeën aandraagt waarvan ik denk "dat is fijn". Bij ons komt wekelijks de arts visite doen en dan bespreken we waar we tegenaan lopen en dan schakelt de AVG de ergotherapeut in, en dan komt er iets een oplossing of iets om te proberen en dat is prettig.

Q: Dus het wordt ingezet, de AVG komt erbij en wordt de ergotherapeut ingezet. Hoe gaat dat proces vooraf? Is het makkelijk om te signaleren of iemand iets nodig heeft?

A: In principe met de ervaring die mensen hebben wordt een probleem gesignaleerd en wordt er overlegd "wat kunnen we daarmee en wat kunnen we eraan doen?". En als de ergotherapeut of fysiotherapeut nodig is omdat daar de oplossing gezocht in moet worden gaan we eerst het rijtje af: kunnen we eerst zelf de oplossing voor het probleem vinden en moeten we daarna deskundigen inschakelen? Dus dat is niet ingewikkeld. En we werken ook altijd met z'n tweeën en hebben we overleg van "hoe doe jij dit, hoe zie jij dat, wat moeten we hiermee?"

Q: Je bedoelt op de werkvloer?

A: Ja.

Q: En met het signaleren, hanteren jullie daarvoor een methodiek of iets?

A: Nee dat hebben we niet. In het verleden hebben we het weleens gehad over pijn signaleren. Dat is erg ingewikkeld omdat deze mensen het niet kunnen aangeven op de manier zoals wij dat doen als er iets is. Dat gaat meestal door roepen of schreeuwen of gooi-gedrag, en dan moeten wij gaan uitzoeken wat is er aan de hand. Dus zo'n pijn signaleringslijst is zo lastig, dat is bijna niet te hanteren voor ons. We gaan dan met behulp van een lijstje wat de arts hanteert af: is er pijn? Dan zetten we pijnmedicatie. Is het urineweginfectie? Is het angst? Is het koud of honger? Dat zijn de rijtjes die we afgaan, en soms kom je er niet uit. Soms blijft het en wordt het probleem niet opgelost.

Q: En als het gaat om bijvoorbeeld mobiliteit, lopen of opstaan en zitten gaat moeilijker, zoals ik het nu begrijp proberen jullie het eerst zelf op te lossen en anders iemand erbij te betrekken.

A: Dat is vaak de arts omdat hij wekelijks komt, en het lijntje met de orthopedagoog is ook kort, want als wij angst zien om te staan en te lopen dan wordt de weg naar de rolstoel wordt heel kort want dat is achteruit gaan. En als een cliënt op een dag zes of zeven keer moet staan en lopen naar het toilet en dan verschrikkelijk bang zijn, dat wil je niet. Dan wordt inderdaad in overleg met arts, fysiotherapeut en familie, die wordt intensief betrokken. Dat proces is allang besproken, ook de inzet van de rolstoel maar ook de inzet van incontinentiemateriaal. Want als mensen niet meer durven te staan of te lopen, dat betekent dat inderdaad dat men aan incontinentiemateriaal aan moet. En dat is vaak nogal een grote stap voor cliënten die in principe zindelijk zijn, want die moeten onzindelijk gemaakt worden. We hebben in het verleden cliënten gehad die heel onrustig beginnen te worden omdat ze in de rolstoel zitten en er niet uit worden gehaald en daar moeten ze dan doorheen. Dan komt er inderdaad de fysiotherapeut om de hoek. En de ergotherapeut helpt vaak bij de ondersteuning van bedboxen en de verzorging op bed die bij ons intensief is, want cliënten zijn zo bang voor de douche en badbrancard.

Q: En in het proces van signaleren van nieuwe zorgvragen, het aan de kaak stellen en het werken aan de oplossing, loop jij of jullie team ergens tegaan in deze situatie?

A: Net als ik net zij, in het verleden was dat lastiger omdat we vaker een andere visie hadden dan de fysiotherapeuten en ergotherapeuten omdat als je het bijvoorbeeld hebt over het bang zijn met staan en lopen, dan kwam de fysiotherapeut aan met een stalift. En wij hadden dan van "dat wil de cliënt niet, de cliënt is daar zo bang in". En dat moest wel eerst uitgetest worden, maar dan dachten wij "dat is niet onze visie, dat is geen comfort". En dat betekent wel dat ze door een moeilijke fase heen moeten en in hun broek moeten plassen en poepen, maar die fase komt er toch. Je kunt het wel eventjes rekken, maar die fase komt er toch. Maar als je mensen hebt die langer in dienst zijn, waar de samenwerking mee intensief is, zoals Anne, dan is het prettig om van elkaar te weten wat de visie is van onze doelgroep. We hadden laatst een cliënt die s'morgens altijd bloot lag en altijd koud had, dan ga ik de ergotherapeut mailen van "denk eens mee", en dan komt zij met een aantal oplossingen en gaan wij kijken wat het fijnste is. En zo zou het moeten.

Q: De reden dat ik het vraag is omdat ik van andere respondenten begrepen heb dat het soms lastig is om zorgvragen te herkennen maar ook soms om hulp in te schakelen. Omdat men went aan de achteruitgang. [voorbeeld over verslikking].

A: Dan gaat het denk ik ook over deskundigheid. Bij ons krijgen ze allemaal verdikt drinken omdat we niet willen dat cliënten verslikken.

Q: Dus een stukje deskundigheid kan lastig zijn, ook voor begeleiders die in sommige zorgvragen niet geschoold zijn. Hoe zit het met de scholingen in jullie team?

A: Door de jaren heen zijn we telkens met het dementieproces mee aan de slag geweest. Er komen ook steeds nieuwe medewerkers, ondanks het feit dat we een stabiel team hebben. Deze medewerkers moeten ook worden meegenomen in het hele proces, dus dat doe je samen, het inwerken in dementieproces. Maar we krijgen nu ook een training PDL, dus een heel team wordt

geschoold, en dat is fantastisch. Naast het feit dat ik het leuk vindt om nieuwe dingen te leren, vind ik het ook fijn dat het voor de cliënten ten goede komt. We zijn ook een keer met het hele team naar Rotterdam gegaan voor palliatieve sedatie, en dat doen we ook in overleg met de arts, maar toch "hoe werkt dat, en wanneer doe je dat?" En als je tot de conclusie komt dat het hier binnen de ASVZ goed geregeld wordt dan vind ik dat fijn. Als je hoort in een bijscholing dat mensen ongelooflijk veel moeten vechten voor palliatieve sedatie van een huisarts, dan denk ik ik mag in mijn handjes klappen dat wij zo'n goede AVG hebben die dezelfde visie heeft als ons, en dat wij hier het hebben over kwaliteit van leven maar ook van kwaliteit van sterven want dat is ook belangrijk. En ik vind dat wij dat fantastisch doen. En wij kennen vaak cliënten voor een jaar of minder, en de families zijn allemaal zo verschrikkelijk tevreden over de zorg die ze bij ons hebben gehad en dan denk ik daar gaat het toch over, zij moeten verder. Het gaat natuurlijk over de cliënten dat zij op een kwalitatieve goede manier overlijdt en een goed einde van zijn leven heeft. Maar de families moeten hier ook tevreden van zijn, want die moeten door, en dat doen wij samen met alle disciplines en dat vind ik fijn. En dan is het fijn als je mensen hebt met wie je samen moet werken die je goed kent, de visie deelt. En als er in een team mensen zijn die een zorgvraag niet herkennen dan blijkt er dat er in het team mensen moeten zijn die de zorgvraag wél herkennen die tegen hun collega's zeggen dit is niet normaal en hier moeten wij iets mee. Dan kan er wel een ergotherapeut komen en zeggen "dit is niet normaal", krijg dan maar een team eens mee.

Q: Het begint op de werkvloer.

A: Precies, en je moet proberen te voorkomen dat dan zo'n team zegt "de ergotherapeut denkt dat ze het weet". We hebben een aantal mensen uit verpleeghuizen. Ik vind het frappant want je zou zeggen dat deze mensen zoveel expertise hebben in het begeleiden van mensen met dementie, maar die komen in de verstandelijke gehandicapten zorg kijken. Schijnbaar is de kennis en expertise in de verstandelijke gehandicaptenzorg in dat proces veel groter dan in die verpleeghuis, dus ik snap er niets van, want daar zijn ze veel meer gericht op ouderen en dementie.

Q: Wat ik wel weet is dat men in verpleeghuizen minder tijd hebben voor cliënten.

A: Ja, maar het gaat om een stuk visie toch.

Q: Visie en expertise zijn belangrijk belangrijke aspecten.

A: Ja, wij waren ook twee jaar geleden op een PDL congress met enkele mensen uit het team en daar kon je je inschrijven op een workshop. En toen beamden alle verzorgers dat de bewoners steeds achter die begeleiders aanliepen en dat ze dat zo vervelend vonden. Toen dacht ik "nou, die cliënt zoekt nabijheid en veiligheid....dat kan weleens lastig zijn maar praat daar niet zo over". Die mensen zijn ziek. Bij ons staat ook weleens een cliënt in de slaapkamer van de cliënt die ik aan het verzorgen

ben, terwijl ze er helemaal geen erg in hebben. De ene wordt alleen onrustig als ik de deur dicht doe, dan doe ik de deur op een kier, zodat ze mij nog ziet.

Q: Ik begrijp wel dat als je niet goed kunt samenwerken of je zit niet op één lijn zit dat dat belemmerende factoren zijn.

A: Ja dat zijn belemmerende factoren.

Q: Wat ik zelf niet wist was dat er zoveel aanbod was vanuit het Ouderen Advies Team. E-learnings, dat zij meekijken. Maakt jullie team van dit team?

A: Dit team is eerder bij de woning betrokken geweest. De ouderenadviseur heeft observaties gedaan bij individuele cliënten, maar ook adviezen gegeven over de doelgroep: hoe doe je dat nu. We hebben zelfs een teamdag gedaan waar de ouderenadviseur betrokken bij was, met rollenspellen. Maar het is een hele tijd terug dat we dat hebben gedaan. Dus we hebben in de loop van de jaren gebruik gemaakt van het ouderen advies team, daar is ook een speciale opleiding voor. Je moet het blijven gebruiken en jezelf up to date te houden.

Q: Leuk om het laatste te horen, heb ik ook begrepen uit literatuur, het belang van trainen en opleiden van begeleiders, de actieve rol die de begeleider speelt. [opsomming aanbevelingen uit literatuuronderzoek]. Mijn laatste vraag is welke vragen of behoeftes er liggen voor ergotherapie? Wat zou de ergotherapie kunnen betekenen?

A: Ik heb eigenlijk de laatste tijd wanneer er vragen lagen, deze bij de ergotherapie neergelegd heb ik bevredigende oplossingen gekregen. De samenwerking met de ergotherapeut is wat mij betreft heel erg verbeterd met het begin, toen kende ik de ergotherapeut niet zo goed en had ik het idee dat we de visie niet heel erg deelde en dat is anders geworden. De samenwerking is verbeterd waardoor ik veel eerder bij de ergotherapeut aan de bel trek.

Q: fijn.

A: Ja zeker, ik heb ook het idee dat als ik iets nodig heb, dat zij serieus gaat zoeken naar wat ik nodig heb.

Q: Dus dat het zo blijft.

A: De samenwerking op dit moment vind ik prettig. Heel toevallig sprak ik net een medewerker die al heel lang werkt, dit is een medewerker die eerder heel goed kon meebewegen met de cliënt, en die stagneert daar een beetje in. Dat zie ik omdat ik een cliënt heb die heel hard achteruit en daarin mensen worstelen met hun emoties en dat moet je dus bijhouden. Dus ik ben met haar in gesprek

geweest van "goh hoe komt het dat het lijkt dat je ermee worstelt?" Nieuwe mensen weten dat zij langer in dienst is, en zij gaan haar gedrag of functioneren of begeleidingsstijl soort van nadoen. Omdat dat wel goed zou zijn. Dus daarmee moet je mee aan de slag. Dus die expertise en deskundigheid moet je wel bijhouden. We hebben toevallig net met de AVG besproken dat we met het team gaan oefenen hoe de visiteloop moet worden gedaan. Communicatie met de ouders, hoe doe je dat nu? Naast dat ik het leuk vindt, zijn het thema's die je moet blijven oefenen en op de agenda houden. Want als ik hier niets aan doe zijn er een paar mensen die het gewoon heel lastig vinden en daarmee niet vooruit kunnen als ze daar niet mee aan de slag gaan, dus we moeten het bespreken. Maar dat vinden mensen heel moeilijk, want dat vraagt dan om emoties als een cliënt bijvoorbeeld in een bedbox wordt gelegd en die gaat huilen en die wil eruit...dan moet je even in je tenen knijpen om de cliënt niet uit bed te halen. En dat gebeurt dan toch, dan moet je erover hebben. Het gaat er niet over dat je het niet goed doet, maar je moet het erover hebben en wat het betekent, wat het voor jou betekent aan emoties maar ook wat het voor de cliënt betekent. Dat zijn vaak lastige processen, want dan moeten mensen zich blootgeven en kwetsbaar opstellen.

Q: Dan wordt het kwetsbaar en komt het heel dichtbij.

A: Ja, precies. Ik heb altijd ervaren dat het in een team wel kan, dat mensen in het team wel kwetsbaar durven te zijn. Er zitten weleens mensen te huilen in het team en dat kan gewoon, dat is niet erg. Mensen mogen gewoon huilen.

[Afsluiting van interview]

Transcriptie 7: persoonlijke begeleider

Interview met persoonlijke begeleider

Functie: persoonlijke begeleider woning Arcadia, Rotterdam

Datum: 20 mei 2021

Q: Wat voor woning is Arcadia?

A: ouderen, ernstig en matig verstandelijk beperkt. Men zou zeggen licht maar ze gaan richting matig en ernstig. Het zijn drie groepen op één verdieping. Het is een oud zorghotel tot we een nieuwe woning hebben.

Q: hoelang werk je al binnen ASVZ?

A: Al twaalf jaar. Eerst op de Merwebolder en nu in Rotterdam.

Q: Wat is jouw functie?

A: Ik ben pb'er, eigenlijk heb ik de hele groep onder mij, zes cliënten. En dan heb ik iemand die mijn pb taken overneemt, zij heeft niet het stempeltje dus de eindverantwoording valt op mij, plus ik onderhoud contact met dokters, verpleegkundige ondersteuning enzo. Meer de medische aspecten valt onder mijn controle zodat het strak loopt, maar ik ben overal van op de hoogte.

Q: [Uitleg over onderzoek]

A: Ik zit er al zo diep in dat het signaleren veel sneller verloopt. Daarom zit ik te denken, ik ben het al zo gewend, ik kan wel dingen noemen, maar ik heb heel snel contact waardoor we er heel snel bij zijn. We hebben een leuk team en de ergotherapeut is er ook zo bij ons. De ergotherapeut is twee keer per week bij ons op de woning omdat ze aan het oefenen is met een cliënt, dan heb je sneller contact omdat ze er is en je loopt dingen na. Het mailcontact is goed. Fysio is hier iedere dinsdag bij ons, dus die lijn vind ik wel vaak moeilijk: wat doet ergo, wat doet logo en wat doet fysio. Ik kan mij voorstellen dat als je nieuw bent in het vak dat je géén idee hebt wie wat doet. Fysio doet de oefeningen, maar als een cliënt moeite heeft met slikken moet ik bij ergo zijn voor een lepel maar een logo kijkt hoe hij slikt. Volgens mij is dat wel zo'n lijntje dat je bij ergo moet zijn voor aangepast bestek, en de logo kijkt hoe hij het bestek gebruikt. Dan mail je naar de logo, en die zegt ergo. Je leer naderhand meer over hoog-laag bedden en standaard dingen.

Q: Dus het is nog een beetje onbekend waar de ergo voor dient?

A: Ja, soms is het pluizen van waar moet ik zijn. Meestal beginnen we bij de fysio en die vertellen ons waar we heen moeten. Fysio maakt de tillift, maar de bedden dat is ergo. Dat zijn dingentjes dat vind ik wel grappig. Wat ook heel mooi is, is het meedenken van de ergo van draaisystemen bij cliënten. Ik denk dat daar mensen nog heel erg van kunnen leren: wat voor hulpmiddelen kunnen jullie aanbieden, zodat wij de mensen beter kunnen helpen uit bed. De ergotherapeut was op verlof en wij hebben een nachtdienst uit Hartingsbank en die komt ook op andere woningen en zegt ook van "daar en daar is een bedsysteem die draait". We hebben een cliënt met spierziekte en die heeft veel pijn en vindt alle hulp vervelend. We hebben toen een bed waar je op een knop drukt en de cliënt wordt omhoog getrokken door een laken waardoor hij op zijn zij gaat liggen. Je helpt de man hiermee, dat is nu het systeem wat wij nu hebben. Dat is erg mooi. We zijn nu bezig met een soort cocon met handvatten waardoor je de cliënt makkelijker kunt draaien. Dat zijn hulpmiddelen waar je zelf niet van af weet, maar door te praten en samen te kijken krijg je van die prachtige dingen. Schapenvachtjes voor de cliënten hebben we ook.

Q: Als ik het zo hoor, is het dat wanneer je hoort wat er is dat je na gaat denken van "hey dit kan ik voor cliënt x krijgen.."

A: Zeker. We zijn een ouder wordende groep en we zijn ons heel erg bewust van wat kunnen we doen. We trekken heel snel aan bellen met "wil je eens even kijken, want dit werkt niet", of "waar kun jij ons mee helpen?" We hebben nu een dementerende vrouw met Down, die durft niet meer te douchen. Plotseling is de douche doodeng. Dus dan gaan we kijken wat kunnen we eraan doen. We kunnen haar erdoor heen zetten, want dan is ze er door heen. Dan hebben we een ouderencoach die zegt doe maar een washandje erover heen, en dan betrekken we de ergotherapeut erbij met "is een douchestoel niets, want dan zit ze op de douchestoel op de wc en dan rijden we haar naar de douche en kan ze niet omvallen. Zo werkt het bij ons.

Q: Dus je signaleert wat bij de dementerende cliënt...wat zijn de leeftijden op jullie groep?

A: twee mensen van 90, iemand van 80, iemand die 50 is en stervende is, iemand van 67 die dialyseert en in de rolstoel zit, we hebben 82, 81, 74... We hebben echt de oudjes. Matig en ernstig beperkt, en als ze het niet waren dan worden ze het wel. De verkrampingen, niet meer kunnen lopen, incontinentie. Wij zijn de laatste halte, wij verzorgen de mensen totdat ze komen te overlijden. Dus het is niet dat mensen moeten wij verhuizen omdat wij niet de juiste zorg kunnen bieden. Dus vooral comfort beleid, schuimbedden, ligsystemen met de bedden. Dat is dan volgens mij weer fysio, zie je. Ik ben er slecht in omdat ik goed weet waar die lijnen liggen. Dus eigenlijk zou je iemand anders van mijn team moeten bellen en vragen "wat weet je wat je van de ergo moet en kan krijgen?" Dan denk ik dat je een andere vraagstelling kunt krijgen.

Q: Vaak als je iemand hebt komt de vraag bij de juiste persoon.

A: Bij ons gaat dat goed, we zijn een geoliede machine, we zijn niet bang om te vragen, we zijn niet bang voor niets.

Q: Hoe komt dat? Ik hoor van andere woningen dat ze het eerst zelf willen proberen.

A: Nee, waarom zou je het zelf willen proberen? Daar hebben wij geen tijd voor. Ik ben vijf jaar geleden bij Arcadia gevraagd om de groep op te starten. Eigenlijk is het hele personeel eigenlijk ontslagen of weggegaan of ergens anders heen. Er is dus een heel nieuw team opgezet en we zijn helemaal vanaf het niets weer begonnen. Wel met dezelfde cliënten, cliënten die op bed lagen en cliënten die... En dat was niet alleen het personeel hoor want die hadden ook teamleider meer dus die werden ook verdwaald in die dingen maar we zijn heel erg vanaf het begin begonnen en zo zijn wij omhoog geklommen tot waar wij nu staan. Dus wij zijn ook een woning die gewend zijn om te vechten. We willen iets, we willen het beste. Die mensen zitten in een oud zorghotel waar je bij wijze van spreken geen schilderijtje aan de muur mag hangen met een spijkertje want dat moet aan een touwtje dus dan doe je het beste op verschillende manieren. En het is gewoon comfort, comfort, comfort. En dat zoeken wij op, en wij weten dat het er is dus daar gaan wij voor. Dus waarom 'kloten' als je weet dat je het kan krijgen. Dus ik ken de ergotherapeut uit een andere locatie nog, dan heb je een goede band, dus dan is het ook weer wat makkelijk, je spreekt haar wat makkelijker aan, je durft wat sneller te vragen. Andersom ook, dus dat scheelt ook wel. Eigenlijk rommelen wij er niet aan, door eerst te kijken...misschien pakken we een keer een andere douchestoel, maar eigenlijk bij die dame hebben we gezegd ergo wat heb je voor ons, het is een klein mensje, wat kunnen we hiermee? Dan krijg je meteen een mail, dus eigenlijk is er goed contact. En dat heeft een tijd geduurd om die band op te bouwen, maar dat zijn wij opzich wel van elkaar gewend.

Q: Zie je ook verschil met andere woningen, waarin de band anders is?

A: Nee, daar had ik ook onze ergotherapeut, dan heb je al zoveel jaar contact.

Q: Je vertelde over dat het personeel helemaal opnieuw begon, waren het zij-instromers, begeleiders of..?

A: De twee teamleiders kwamen vanuit Kaap Florida ondersteunen, dus die waren heel erg ervaren en die hebben veel ervaring op die groep neergelegd. De rest van het team waren meer jonge meiden, begeleiders die net klaar waren met de opleiding, meiden die de begeleiding wilden gaan doen, andere ervaren collega's die mochten blijven, deze waren meer van het mensenaspect en kenden de cliënten erg goed. We hebben daarna twee keer een hele wissel gehad van personeel. Maar we zijn nu eigenlijk sinds een week weer rond dat we op iedere groep twee pb'ers hebben en dan een vaste teamleider, een semi-teamleider die de teamleider ondersteunt en dan iedereen met de vaste taken. Ik bemoei mij eigenlijk overal mee, maar eigenlijk is een andere begeleider de persoon die contact heeft met de ergotherapeut, en fysio en ik doen alles met dokters en Vom'er.

Q: Je hebt een team met verschillende ervaringen en kennis. Hoe zag het eruit qua kennis delen en scholen? Hoe zag dit eruit bij jullie?

A: Leren uit doen. Ik heb nog de ouderen leergang gedaan, en andere begeleiders ook. Dus zo zijn ze erin gerold.

Q: Misschien ook disciplines die meelopen en komen vertellen?

A: Ja dat denk ik... het is meer doorgeven en doorgeven, alles opschrijven en vertellen.

Teamoverleggen inderdaad, maar dat er echt disciplines bij zijn geweest weet ik niet hoor, niet dat ik mij zo snel kan heugen. Iedere week doe ik het rondje met de huisarts, daar maak ik een verslag van en zet ik het op de mail naar al het personeel en dat zet ik ook op Plancare. Dat doen we niet met ergo of fysio. Dat werkt voor ons het beste. Met fysio gaat alles via de mail. Voorheen verzamelden we alle vragen via één persoon, en die deed dan een mailtje naar de ergo of fysio en dat is eigenlijk niet nodig. Bij de dokter doen we dat nog wel. Ik verzamel alle vragen die niet spoed zijn, die zet ik op papier en die bespreek ik met de arts. Dus eigenlijk is de lijn bij ons dat er één persoon alle vragen voor ergo verzamelt, en die doorstuurt naar de ergotherapeut. Maar in de praktijk zijn dat zo weinig vragen dat de pb'er dat of zelf regelt of dat als ze haar zien het haar vragen.

Q: Met andere woningen had ik het over signaleren. Hoe ziet dat eruit bij jullie, signaleren jullie op tijd als er iets aan de hand is?

A: Nee, niet altijd. We hebben een hoop nieuwe mensen weer dus dat is ingewikkeld. Bij sommigen zit dat er niet in en dat blijft ook gewoon zo zal ik maar zeggen. Echt bijvoorbeeld dat iemand verkrampt en dat soort dingetjes en dat je later...Ik zit er vooral boven op, en niet dat ik perfect ben maar ik ken ze door en door. Maar ik heb ook heel veel dingen van "kom op jongens, dit hadden we eerder kunnen signaleren", maar van jezelf ook. Ik probeer een voorbeeld te verzinnen van wat we eerder kunnen hebben zien. Ik heb op dit moment geen concreet beeld.

Q: Het is ook lastig als je niet weet wat je moet signaleren.

A: En wat ik zeg je hebt veel nieuwe mensen, en bij ons hebben wij drie groepen met 18 cliënten, en het is bij ons de bedoeling dat wij alle drie de groepen kunnen draaien. De pb'er hebben voorrang op hun eigen groep. Dus als ik werk dan sta ik op mijn eigen groep, dan zie ik constant wat er gaande is en dat is ook fijner als de pb'er dat ziet. De begeleiders rouleren dan, als ik op geel sta met een begeleider die ook op geel staat, gaat dan naar groep blauw. Het kan het voordeel hebben dat als je iemand hebt die denkt "dit klopt niet...", dat is anders dan iemand die denkt "ik draai even mijn dienst dan zie ik dat wel ik weet niet of dat normaal is", en die zegt dat niet. Dan kunnen dingen verloren gaan in dagen en weken. Dus het heeft een voordeel en een nadeel bij ons. Dus dat kan ook met signaleren of communiceren ook wel een probleem zijn, of juist een voordeel.

Q: Ik had laatst een ouderenadviseur geïnterviewed, en we hadden het over signaleringslijsten om bij IP bespreken af te laten nemen. Heb jij hier iets van gehoord?

A: Nee maar het klinkt wel tof.

Q: Hebben jullie iets om mee te signaleren?

A: Nee, het enige wat wij gebruiken is de teamvergadering. We hebben een teamvergadering per groep, één keer in de maand met je eigen clubje en daar heb je het erover: zie je dit of zie je dat? Wat ik zelf probeer is, maar lukt niet altijd, is eventjes een mailtje eruit te sturen met "hey let op cliënt A is weer verkouden, geef hoedrank, geen oogdruppels aan cliënt B, of dat dingen achteruit gaan, of zien jullie ook dat...". Dat systeem werkt wel bij ons, dan doet iemand het met een ander kleurtje weer terug en dan zo en dan aan het einde zetten we die mail in Plancare zodat je het altijd weer terug kunt lezen. Dan heb je een hele hoop informatie van alle mensen die vast op die groep staan, die dan met elkaar gedeeld is, en daaruit een conclusie uit getrokken wordt en dan weer verder van "Mijn Taak". En die zetten we onder zorgoverleggen van Plancare, dus dat je daar altijd op terug kan vallen. Dus zo doen wij dat eigenlijk. Signaleringslijsten niet, maar door het steeds erover te hebben, wat zie jij en wat denk jij ervan? In zorgoverleggen kom je ook een eind, dat werkt bij ons, en vooral die mailtjes want iedereen leest de mail en je stuurt er gauw een mailtje erachter aan. Het werkt handiger dan Plancare. En dan heb je het druk, en thuis kijk je ook nog stiekem op je mail, en thuis heb je geen Plancare. Dus het heeft voordelen, en ook al is het niet zoals het moet, bij ons is het wel de beste manier om alert te blijven.

Q: Dus via de mail, teamsoverleggen en elkaar vragen stellen, en niet aan de hand van lijsten.

A: Precies.

Q: Als iemand achteruit gaat, dan signaleren jullie het en nieuwe jullie contact op met de disciplines en wordt het in gang gezet.

A: Ja, vaak slaan we de ortho ook nog over en nemen we contact op met de discipline. We vragen wel om de verwijzing van de arts. Ik moet zeggen dat het eigenlijk bij ons goed loopt. En tuurlijk we leren weer van anderen, maar volgens mij liggen wij flink bovenop wat wij kunnen en wat wij nodig hebben.

Q: Zijn er ook belemmeringen waar je tegenaan loopt?

A: Waar wij tegenaan lopen is dat wij in the middle of nowhere zitten, dus dat je niet snel even iemand te pakken kan. Op de hoofdlocatie loop je even langs, je vraagt "heb je even een seconde om te komen kijken?" Of "kun je dit even maken". Dat is bij ons niet zo, er zijn dagen dat wij nieteens een dokter in Rotterdam hebben. Op vrijdag moet je niet een afspraak maken want er is geen arts in Rotterdam. Heel ingewikkeld maar daar lopen wij tegenaan.

Q: Dus de fysieke context.

A: Ja inderdaad, waar wij zitten. Dan hebben wij nog het transport wat twee keer in de week komt dus dan mis je toch het hele stuk contact. Dus dat is bij ons, waar zitten wij en dat je daardoor afgezonderd bent en minder contact zou hebben. Ik denk dat als je daar een heel nieuw team gaat neerzetten dat je daar dan tegen dingen aan gaat lopen dat ze niet zouden weten waar ze iets vandaan zouden halen.

Q: Zou je oplossingen of suggesties hebben, als er hier een heel nieuw team zou zijn en de begeleiders niet zozeer de houding hebben om de ergotherapeut direct in te schakelen?

A: Dat vind ik ingewikkeld, want daar lopen wij ook nog soms tegenaan : wanneer vragen wij, wanneer vragen hun? Dan zou ik inderdaad zeggen: laten wij een spreekuur doen, van een uur. Laat ik daar gaan zitten, laat ik daar een rondje lopen, laat ik zelf even observeren. We hebben ook dagbesteding op de woning bij ons, "laat ik even een rondje lopen, meekijken, observeren". Dat zou ik dan doen als wij daar een nieuw team hebben want als ze het zelf niet weten, dat ze dan disciplines laten meekijken. Dat zou niet haalbaar zijn waarschijnlijk. Wij hebben heel vaak dat wij pas leren nadat iemand het ons heeft uitgelegd, dat is natuurlijk altijd zo, maar iemand die heeft bijvoorbeeld een doorligplek en TIA, en dan denken wij "wat doet ze raar". En dan horen wij "ze had een TIA en dan moet je dit dit en dit doen". En de volgende keer signaleren wij hem. Dat is jammer en dat hebben we nog vaak. Dat je dat voor kan zijn, dat je met een nieuw team wel een studiedag hebt of aansluit bij een zorgoverleg of iets van. Net zoals bij de Ouderenleergang, dan komt de ergotherapeut en anderen een middag, en dat is fenomenaal. Dus dat zou ook mooi zijn, dat een therapeut eens in de drie maanden komt aansluiten bij het zorgoverleg om te luisteren van "volgens mij kan ik daar wat uithalen, volgens mij kan ik daar van hulp zijn". Of aansluiten bij een IP. Nu vragen we het, "is het handig als je aansluit want we hebben dit en dit voor je", dat het een standaard dingetje wordt. Dus dat als de begeleider het niet weet of er gewoon niet van af weet, dat hij het leert doordat iemand anders het ziet, en dan leert. Dus als iemand komt observeren, en een halfuurtje op de dagbesteding komt zitten, en die denkt bijvoorbeeld die persoon kan een schuine lepel gebruiken, en wij zien dat niet, dan kun je dat wel leren. Dat je bij een volgende denkt "hey die doet het wel raar, pak ik dan een lepel, zo heb ik het geleerd". Dus als er een nieuw team zou zijn zou ik zeggen laat iemand (een therapeut) meelopen, laat iemand observeren met een expertisen en die dan doorgeven. Dat deze persoon misschien zegt "als deze persoon verder achteruit gaat, ik heb een zeiltje, die ligt eronder, trek die aan en draai het om", ik zeg even een voorbeeld. Of "ik heb slofjes voor onder de voeten, daar krijg je geen decubitus plekken, let daarop want ze gaat langer op bed liggen". Helaas hebben wij dat soort dingen ook moet leren nadat er wonden zijn ontstaan, nu zeggen we "cliënt ligt langer op bed, mag ik van die sloffen", dus helaas leer je veel doordat het te laat is, dan zou ik zeggen dat als er iemand nieuw is of iemand gaat opstarten: plan als therapeut een observatiemoment in, kijk mee, wie heb je daar, wat kan er nog meer en wat kan ik doen, en wat kan ik ze leren zodat ze het bij de volgende wel eerder zien".

Q: Proactieve houding.

A: Ja, deel je kundigheid. Super leuk, het is ook leerzaam. En zeg wat je doet. Heel cru, maar ik zeg tegen de ergotherapeut dat zij van de po-stoel en de bedden is. Maar dan leer ik naderhand bij een situatie bij mijn dochtertje dat een ergotherapeut helpt bij de prikkelverwerking. Ik had géén idee. Ik heb genoeg verstandshouding om het na te vragen bij de ergotherapeut en dat hoorde ik. Maar ik

had geen idee. En ik werd door een ergotherapeut geholpen met prikkelverwerking. Ik had het anders nóóit geweten dat het bij jullie vak hoorde. Dat is natuurlijk wel fantastisch die prikkelverwerken, en daar weten wij nog vrij weinig van op de woning. Bij ons is het meer standaard hulpmiddelen.

Q: Dat is ook vaak bij gedrag..

A: Ja dat hebben wij niet, wij hebben gewoon hele oude mensen. Ik dacht echt heel cru, maar ik dacht er zoiets anders bij en ik had het anders nooit geweten.

Q: Klopt, heel veel mensen weten het niet.

A: En het is heel ingewikkeld, ik doe nu grappig met de po-stoelen en de bedden, maar het is wel heel vaak waarom je belt. Maar dat je iemand kunt observeren op zijn prikkelverwerking, nooit geweten.

Q: Ja ergo biedt veel aan, bijvoorbeeld aanvragen voor het zelfstandig aanzetten van muziek, of stimulerende aanbod.

A: Wij hebben zulke cliënten niet, om te activeren.

Q: Wat ik begrijp is dat waar er behoeftes liggen voor ergotherapie is..

A: Deel je expertise. Wij lopen goed mee en voorop. Maar ik denk bij andere woningen, en ook bij ons, de nieuwelingen dat als je het deelt: wat kan ik, wat doe ik...dat je daardoor nog meer doelen gaat halen, en dus sneller signaleert en dus sneller mensen helpt. Zeg wie je bent. Laat je zien en laat weten wat je kan doen.

Q: In welke vorm zou je dat willen zien...als je dat zo zegt wat zie je dan voor je?

A: Ik ben van face to face: leg het uit, laat het zien, dan heb je meteen je vragen. Je hoor het: ik ratel nogal snel, ik raak nogal snel afgeleid, dus als je voor mij staat en je gaat dan met mij in gesprek, dan heb je mij op mijn best. Dan laat je meteen zien hoe het werkt, en je gaat het uitleggen meteen van "ik heb hier een glijzeil, hier hup we schuiven het eronder, je trekt eraan en kijk..", even als voorbeeldje.

Q: Ik heb wat interviews gedaan en literatuuronderzoek [opsomming van aanbevelingen uit literatuuronderzoek].

Het probleem is, op papier staat het mooi, maar als je drie mensen hebt die met corona thuis werken, en je moet voor zestien cliënten zorgen...dan gaat het heel snel weg. En wij proberen al jaren lang verpleegkundigen op de groep te krijgen en die komen maar niet, die hebben er geen zin

in. Dus daarvan gaat je kennis achteruit, het is niet dat je het niet wil, maar je krijgt ze gewoon niet. Het is soms zo anders in de praktijk, op papier is het zo prachtig, we willen allemaal het beste. Maar uiteindelijk moet ik s'ochtends zes cliënten uit bed halen met tilliften en dingen en dan gaat dat stukje kwaliteit ook weg.

Q: Dan is de groep uit bed halen en aan het ontbijt krijgen de prioriteit.

A: Precies ja. En dat is ingewikkeld, en we willen allemaal het beste inderdaad, maar daar loop je spaak.

Q: Dus bezetting op de groep.

A: Ja vaak ja, en vooral in deze tijd zijn alle bijscholing gestopt. En de verpleegkundigen liggen niet voor het oprapen. En ik ben het ermee eens hoor, ik vind ook zoveel mogelijk scholen en graag en ASVZ biedt dat ook heel goed aan, je kunt hartstikke veel dingen doen. Maar helaas is het toch helaas de tijd, of personeelstekort of je mag geen extra personeel om het te doen, dan loopt het weer in de weg. Dus ja het hoort, maar het lukt niet.

Q: Het idee is leuk maar de uitvoering is moeilijk.

A: En weet je vaste mensen kunnen het zien, ik ook, maar soms ben je zo gestrest aan het rondrennen en dan zie je het niet. Maar ook in de zin van, al zou je het willen, het valt weer weg. Bij de ouderenleergang zaten wij met 25 man, dat is gisteren weer opgepakt via Teams, over zingeving en stukje geloof, dan zitten er 7 mensen op Teams. En een heel belangrijk onderwerp zoals 'zingeving in het leven en hoe richt je dat in', dan ben je er zo 18 mensen kwijt die dat niet hebben meegekregen. Dus dat is ook jammer, maar dat gebeurt ook gewoon, dan wordt het aangeboden maar dan komen mensen niet meer, ze hebben het druk of iets anders... Dus dan is je scholing ook weer weg.

Q: Dan wordt het doel misgelopen.

A: Ja, maar ik ben het er ook gewoon mee eens: scholing en communicatie..dat je daar het allerbest van leert, van doen en leert van wat er gebeurt. En vanuit daar leer je steeds meer. En helaas leer je ook steeds van te laat.

[Afsluiting interview]

Eindproduct onderzoeksverslag

Door Lina Neira Güecha

In het kader van het afstudeeronderzoek van Lina Neira Güecha is onderzoek gedaan naar welke vorm van ondersteuning ergotherapeuten van ASVZ aan woon- en activiteitenbegeleiders kunnen bieden om de ouder wordende VG-cliënt te ondersteunen in de veranderde zorgvragen, zodat de kwaliteit van zorg verbetert.

Om de ouder wordende cliënten van ASVZ zo goed mogelijk te ondersteunen in de veranderende zorgbehoeftes zijn de volgende aanbevelingen opgesteld. Deze aanbevelingen zijn gericht op de ergotherapeuten. Door deze aanbevelingen te implementeren zal dit bijdragen aan verbetering van ergotherapeutische zorg, doordat er beter wordt ingespeeld op de zorgbehoeftes van de cliënt. De aanbevelingen vloeien voort uit literatuur- en praktijkonderzoek.

Opmerkingen:

- De aanbevelingen dienen als adviezen, deze zijn gebaseerd op literatuur- en praktijkonderzoek.
- Het is ten allen tijden belangrijk dat eigen expertise en kunde van de ergotherapeut wordt gebruikt tijdens het implementeren van deze aanbevelingen.
- Na de aanbevelingen volgt een korte beschrijving over onderwerpen waar meer onderzoek voor nodig is.

1. In het contact met de begeleiders en teamleiders wordt het aanbevolen om gebruik te maken van factoren die als belangrijk zijn aangekaart om goede zorg te leveren. Deze zijn: het voordoen van (nieuwe) handelingen bij de begeleiders, een open houding hanteren, wederzijds vertrouwen hebben en een goede samenwerking (McGhee & Dorsett, 2011; Northway et al., 2016) onderhouden.
2. Het wordt aanbevolen om duidelijke communicatie te onderhouden tussen de betrokkenen rond de cliënt. Met name de persoonlijke begeleiders, omdat zij een vitale rol spelen in het faciliteren van de zorgprocessen van de cliënt (Schepens et al., 2018).
3. Het wordt aanbevolen om ergotherapeutische preventieve screening uit te voeren bij cliënten boven de vijftig jaar, die nog niet in beeld zijn van de ergotherapeut. Dit heeft als doel het plannen van zorg en te voorzien in de juiste hulpmiddelen voor de cliënt (Schepens et al., 2018). Dit wordt in het bijzonder aanbevolen voor ouder wordende cliënten met het Syndroom van Down (vanaf 40 jaar), hart- en vaatziekten en/of chronische nierfalen. Voorbeelden van het uitvoeren van preventieve screening is
 - Lig- en zithoudingobservatie
 - Eetobservatie
 - ADL observatie
4. Het wordt aanbevolen om aanwezig te zijn bij de jaarlijkse Individueel Plan besprekingen van cliënten boven de vijftig jaar die nog niet onder behandeling zijn van de ergotherapeut. De ergotherapeut krijgt te horen hoe het gaat met de cliënt en kan meedenken in mogelijkheden waar de cliënt wellicht baat bij heeft.
5. Het wordt aanbevolen om bij woningen van ouder wordende cliënt meer zichtbaar te zijn en persoonlijk contact te onderhouden met de begeleiders. Een voorbeeld om dit vorm te geven is het houden van spreekuren; de ergotherapeut komt om de vier weken langs bij woningen, die niet volledig in beeld zijn van de ergotherapeut. Hierin worden middels een gesprek ergotherapeutische vragen van de woning besproken en zorgbehoeftes van cliënten boven de vijftig jaar besproken.
6. Om betere aansluiting te vinden tussen de adviezen van de ergotherapeut en de uitvoering door de begeleiders wordt aanbevolen themamiddagen te organiseren op de werkvloer. Hierin worden begeleiders op de werkvloer geschoold (McGhee & Dorsett, 2011) over een door hen gekozen onderwerp en er is mogelijkheid tot het stellen van vragen aan de ergotherapeut.
 - Voorbeelden van thema's zijn: aan- en uittrekken van steunkousen, verzorgen van de cliënt in bed en het verplaatsen van de cliënt van lig naar zit, van zit naar zit en van zit naar lig. Ook scholing omtrent de praktische gevolgen van het ziektebeeld dementie, achteruitgang in (hand)mobiliteit en wat de ergotherapie aanbiedt in hulpmiddelen, zoals aangepast bestek.
 - Scholingen kunnen gegeven worden in samenwerking met de verpleegkundige of ouderenadviseur. De meerwaarde hiervan is dat interdisciplinaire samenwerking wordt bevorderd en de scholing over een onderwerp vanuit verschillende hoeken wordt belicht.

- Verder onderzoek is nodig naar het gebruik van multidisciplinaire richtlijnen voor deze doelgroep (Evenhuis 2012).
- Verder onderzoek is nodig naar de haalbaarheid van het regelmatig bezoeken van de woningen van ouder wordende cliënten.