

TALMALECTORAAT

Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd

Lang zullen we leven!

Dr. Evelyn Finnema

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 16 februari 2011

NHL
KENNIS EN BEDRIJF



Lang zal hij leven

Lang zal hij leven.
Lang zal hij leven.
Lang zal hij leven in de gloria.
In de gloria.
In de gloria.
Hiep hiep hoera,
Hiep hiep hoera,
Hiep hiep hoera!

‘Lang zal hij leven is een lied dat gezongen wordt tijdens verjaardagen en andere feesten voor een bepaald persoon. Bij een persoon van het vrouwelijk geslacht wordt ‘lang zal ze/zij leven’ gezongen; het meervoud is ook mogelijk. Merkwaardig is dat veel kinderen (en ook sommige volwassenen) alleen de vrouwelijke vorm van de tekst kennen. Zij zingen ‘Lang zal ze leven’ ongeacht het geslacht van het feestvarken, kennelijk zonder bij de betekenis van de tekst na te denken (www.wikipedia.nl).’

TALMALECTORAAT

Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd

Lang zullen we leven!

Dr. Evelyn Finnema

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 16 februari 2011

Colofon

© Evelyn Finnema, Talmalectoraat 'Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd',
NHL Hogeschool Leeuwarden, februari 2011.

Tekst Evelyn Finnema

Oplage 1000 stuks

Vormgeving NHL Hogeschool

© Foto's

Rince de Jong, Lang Leven, 1999

Truus Groen, 100 x 100, 2007

Zorggroep Oude en Nieuwe Land, Annette Janssen

Talma Haven

Zorggroep Hof en Hiem



Inhoud

Woord vooraf 9

Inleiding 11

1 Aanleiding 15

2 De opgaven 19

3 Achtergrond 23

Feiten en cijfers 23

Beeldvorming 27

4 Doelgroep 31

Kwetsbare ouderen 31

Professionals 32

5 Recente ontwikkelingen 35

Wonen 35

Welzijn 41

Zorg 45

6 De HBO professional 53

Dankwoord 57

Kenniskring 61

Literatuur 63



“Het leven bestaat niet uit mijlpalen,
maar uit momenten.”

Rose Fitzgerald Kennedy 1890-1995

Woord vooraf

In 2010 kreeg ik de mogelijkheid lector te worden bij de NHL Hogeschool. Een prachtige kans. Dit betekent voor mij het kunnen combineren van twee lectoraten op het gebied van de ouderenzorg: het Talmalectoraat ‘Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd’ aan de NHL Hogeschool en het lectoraat ‘Samenhang in de Ouderenzorg’ aan de Hogeschool Rotterdam.

Nu, begin 2011, is het voor mij een eer en een genoegen mijn lectorale rede aan de NHL Hogeschool uit te spreken ter markering van de start van het Talmalectoraat. De rode draad in mijn werk is de gedrevenheid die ik heb voor het doen van toegepast onderzoek en innovatieve projecten in, met en voor mensen die ondersteuning nodig hebben in hun dagelijks bestaan. In mijn rede ga ik beknopt in op de ontwikkelingen binnen de ouderenzorg en de projecten die we vanuit het lectoraat uitvoeren. Een betoog gebaseerd op mijn persoonlijke visie, de keuzes die ik maak in het wel of niet beschrijven van bepaalde ontwikkelingen en de wijze waarop ik deze ontwikkelingen benader.

Mijn uitgangspunt is altijd mens(w)aardige zorg. Het klinkt vanzelfsprekend, maar een vriendelijk gebaar, het daadwerkelijk hebben van contact en van betekenis zijn voor je medemens vormen, naast het voorwaardelijke professioneel deskundig handelen, de peilers voor zorg en ondersteuning aan mensen op hoge leeftijd.

Lang zullen we leven! Ik ga er voor!

Evelyn Finnema,
Leeuwarden, februari 2011



“Durven is even je evenwicht verliezen;
niet durven is uiteindelijk jezelf verliezen.”

Søren Kierkegaard 1813-1855

Inleiding

Dames en heren, familie, vrienden, collega's, vakgenoten, zorgverleners en andere geïnteresseerden. Welkom bij de lectorale rede uitgesproken bij de aanvaarding van het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd aan de NHL Hogeschool.

De vergrijzing, de daarmee gepaard gaande toename van ouderen met complexe ondersteunings- en zorgvragen, een steeds krappere wordende arbeidsmarkt, beperkte financieringsmogelijkheden en het niet populair zijn van de ouderenzorg bij jongeren die voor hun beroepskeuze staan, maakt dat het geven van bij de oudere passende, menswaardige zorg en ondersteuning steeds moeilijker is te realiseren.

En daarbij past maar een antwoord: durven afwijken van gangbare paden en met een creatieve insteek zoeken naar innovatieve oplossingen. Niet door middel van een revolutie, een 'big bang', maar wel door te streven naar daadwerkelijke vernieuwing door verbetering van bestaande processen, het vervangen van oude werkwijzen door nieuwe werkwijzen, door zoeken en bijschaven, door daadwerkelijk de oudere en zijn/haar mantelzorger centraal te zetten en veel meer dan nu in de zorg het geval is de ouderen en hun mantelzorgers zelf te betrekken bij de zorg en hen hierin een stem geven, door te zoeken naar een goede balans tussen formele en informele zorg, door samenwerking tussen organisaties, door actiever gebruik te maken van kennis en kunde uit andere vakgebieden, door het ontwikkelen van best practices en evidence based werkwijzen, door over onze landsgrenzen te kijken hoe andere landen omgaan met de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande gevolgen, et cetera...



Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd is een op het eerste oog redelijk vanzelfsprekende titel voor een lectoraat dat zich richt op ouderen en is ondergebracht binnen het Instituut Zorg en Welzijn aan de NHL Hogeschool. Deze vanzelfsprekende componenten vormen tegelijkertijd de uitdaging. Wonen, Welzijn en Zorg omvatten verschillende, veelal nog min of meer gescheiden domeinen, met diverse geldstromen, wetgeving, opleidingen en professionals.

'Samenhang in de ouderenzorg', de titel van het lectoraat van mijn collega Marleen Goumans en mijzelf aan de Hogeschool Rotterdam, is een vereiste. Zolang de segmentatie binnen en tussen de domeinen van zorg en welzijn gehandhaafd blijft, kan van goede ondersteuning en zorg geen sprake zijn. Immers de kwetsbare ouderen die de doelgroep van het lectoraat vormen, hebben te maken met aandoeningen op meerdere terreinen (fysiek, psychisch, sociaal).

Het gaat om samenhang tussen en binnen Wonen, Welzijn en Zorg. Een veelomvattend geheel dat afbakening noodzakelijk maakt.

Binnen het lectoraat is daarom gekozen voor vier thema's:

- 1 Menswaardige, belevingsgerichte ondersteuning en zorg
- 2 Realiseren van zorg en ondersteuning in de thuissituatie
- 3 Bouwstenen voor het nieuwe verzorgings- en verpleeghuis
- 4 De rol van de (HBO) professional in de ouderenzorg

Waar de titel Wonen, Zorg en Welzijn op hoge leeftijd staat voor de componenten die we in algemene zin van belang achten voor ouderen, refereert de subtitel van mijn rede 'Lang zullen we leven' naar onszelf. 'Lang zullen we leven' is een verwijzing naar de huidige realiteit van de steeds ouder wordende mens en de wens om gelukkig oud te worden. Tegelijkertijd, of liever meer nog, is deze subtitel bedoeld om ons te laten beseffen dat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd over onszelf gaat. Over ons als individu, over onze naasten, onze burens, de mensen in onze straat, dorp of stad. We wensen elkaar al eeuwen jaarlijks een 'lang leven in de gloria' toe. Zonder erbij stil te staan wat we er mee zeggen en wat de impact van de wens is op de realisatie ervan.

Vandaag ga ik in op ontwikkelingen op het gebied van Wonen, Welzijn en Zorg voor mensen op hoge leeftijd gerelateerd aan projecten en de vier thema's van het lectoraat. Ontwikkelingen die dus uiteindelijk ons allen raken en waar wij, u en ik, als we echt "lang willen leven in de gloria" zelf ook een actieve rol in moeten spelen. Verandering begint bij bewustzijn, bewustzijn dat het anders kan. Het is aan ons allen, wij alleen maken het verschil. Ik vind het een eer en een uitdaging hier als lector een bijdrage aan te mogen leveren.



A.S. Talma



“Wat totaal onbelangrijk lijkt, is juist zo interessant.”

Agatha Christie 1890-1976

1. Aanleiding

Voordat wordt ingegaan op de stand van zaken in de ouderenzorg ten aanzien van wonen, welzijn en zorg en de daaraan gelieerde activiteiten van het lectoraat wil ik een kort uitstapje maken naar de A.S. Talmastichting.

De A.S. Talma Stichting is een voorstander van het actief inzetten van op onderzoek gebaseerde kennis in de zorgpraktijk. De stichting richt zich op het ondersteunen van vernieuwingen in de ouderenzorg. Met het instellen van het Talmalectoraat wil de stichting het gedachtegoed van A.S. Talma, gericht op het bieden van goede ouderenzorg, voortzetten.

In 2005 is binnen het Instituut Zorg en Welzijn aan de NHL Hogeschool het Talmalectoraat gestart. Een bijzonder lectoraat deels gefinancierd door de A.S. Talma Stichting. In maart 2010 is de tweede fase van dit lectoraat gestart onder leiding van lector dr. Evelyn Finnema.

De A.S. Talmastichting ondersteunt de Talma-organisaties op het gebied van innovatie. Er zijn vijf Talma-organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan ouderen in Friesland (Hof en Hiem en Zorggroep Pasana), Flevoland (Talma Haven en Zorggroep Oude en Nieuwe Land) en Gelderland (Talma Borgh).

Bij de Talma-organisaties staat goede zorg- en dienstverlening hoog in het vaandel. Het instellen van het lectoraat en de verbinding die hiermee wordt gelegd met hoger onderwijs biedt de Talma-organisaties mogelijkheden voor ondersteuning bij innovatievraagstukken. Naast het uitvoeren van projecten met en binnen de Talma-organisaties is actieve samenwerking met de Talma-organisaties geborgd door het instellen van een werkgroep. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de Talma-organisaties en het lectoraat.



Een van de activiteiten van deze werkgroep is het eens per twee jaar organiseren van een symposium voor en door medewerkers. Door middel van de werkgroep is een directe en continue verbinding gelegd tussen de NHL Hogeschool en de Talma-organisaties. Kennisoverdracht over en weer is hierbij een belangrijk element.

Vanuit het Instituut Zorg en Welzijn van de NHL Hogeschool is behoefte aan het versterken van de differentiatie ouderen. De hogeschool wil graag meer studenten enthousiast maken voor deze groep zorgontvangers. De beeldvorming bij studenten is veelal echter dat ouderen niet interessant zijn. Met het installeren van lectoraten op dit gebied wordt een extra stap gedaan in het verbinden van onderwijs en het onderwerp ouderen. Innovatieve projecten van het lectoraat in het werkveld geven studenten de kans kennis te maken met de vele mogelijkheden die de ouderenzorg voor hen biedt als professional. We hopen hiermee de beeldvorming positief te beïnvloeden.

De A.S. Talmastichting en de NHL Hogeschool slaan met de installatie van dit lectoraat een brug tussen werkveld en onderwijs. Op deze wijze is een verbinding tot stand gekomen die een goede basis is voor samenwerking.



“Het is niet genoeg, te weten, men moet ook toepassen; het is niet genoeg te willen, men moet ook handelen.”

Johann Wolfgang von Goethe 1749-1832

2. De opgaven

De hoofdtaken van een lectoraat zijn: onderzoek, kennisverwerving, -implementatie en -disseminatie. Professionaliseren van docenten en actief bijdragen aan onderwijs en onderwijsvernieuwing maken hier deel van uit.

Onderzoek heeft als doel het verkrijgen van kennis om deze vervolgens te kunnen verspreiden en direct toe te passen in het onderwijs en beschikbaar te maken voor de praktijk. Door middel van onderzoek en het verspreiden van de resultaten hiervan dragen we bij aan de ontwikkeling van Evidence based practice. Traditioneel en nog vaak wordt het handelen en het beleid in de ouderenzorg gebaseerd op ervaring, traditie en autoriteit en wordt niet gebruik gemaakt van bewezen kennis (Hamers, 2005). De onderzoekstraditie in de zorg voor en ondersteuning aan ouderen is nog beperkt. Door middel van het lectoraat kunnen wij hier een bijdrage aan leveren.

Gebruik maken van kennis uit onderzoek betekent ook dat bekend is onder welke omstandigheden een handeling of benadering werkt. Dit kan vervolgens weer de kwaliteit van zorg verbeteren.

Lectoraten hebben een belangrijke rol in het leggen van verbindingen tussen werkveld, praktijk en de opleiding van de toekomstige zorgprofessionals. Doordat het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd mede gefinancierd wordt door de A.S.Talmastichting



en geïnstalleerd is binnen de NHL Hogeschool is de ideale basis gelegd voor verbinding van werkveld en Hogeschool.

Onderzoek- en ontwikkelprojecten vinden vanuit het lectoraat plaats in de ouderenzorg met als participanten ouderen en professionals. De projecten worden onder verantwoordelijkheid van de lector gedaan door docenten van de Hogeschool in samenwerking met studenten. Studenten krijgen binnen lectoraten de mogelijkheden kennis te maken met het doen van innovatieve projecten en onderzoek.

In de komende jaren richten we ons vanuit het lectoraat op onderwerpen gerelateerd aan de zorg- en ondersteuning van de oudere cliënt, zijn/haar mantelzorger en de professional werkzaam in de ouderenzorg. Omdat onze opdrachten liggen in de landelijke context van Friesland en omgeving, maar ook in het stedelijke Leeuwarden is de aandacht voor contextspecifieke elementen een gegeven.

Concrete voorbeelden van projecten, die al gestart zijn of binnenkort starten, volgen in de loop van deze rede.



“Een wijde blik verruimt het denken.”

Loesje

3. Achtergrond

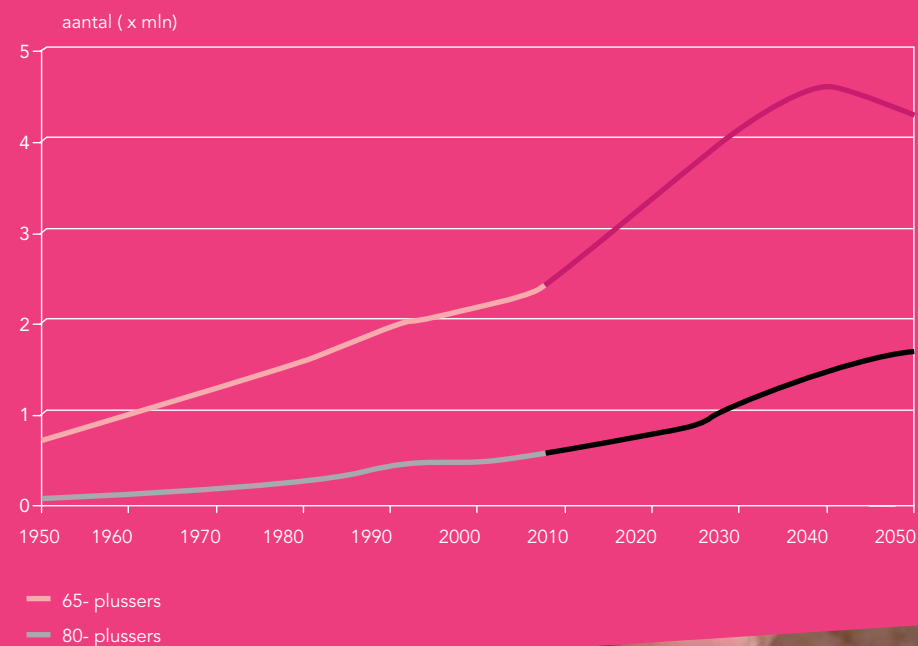
Nederland vergrijst. Nooit eerder werden zoveel mensen zo oud. Op dit moment is 6,5 procent van de Nederlandse bevolking 75 jaar of ouder.

Feiten en cijfers

Door de vergrijzing zal dit percentage stijgen tot elf procent in 2030 (Van Campen, 2008). Nu is al een op de vier vijfenzestig-plussers tachtig jaar of ouder, in 2050 zullen dat er twee op de vijf zijn (Van der Ploeg, 2009). Het aantal ouderen zal de komende decennia sterk blijven toenemen (zie Figuur 2). Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,5 miljoen in 2009 tot een hoogtepunt van 4,5 miljoen in 2040. Daarna daalt het aantal ouderen naar 4,2 miljoen in 2050. In 2050 is naar schatting 25 procent van de bevolking 65-plusser ten opzichte van vijftien procent in 2009. De eerste jaren zal vooral het aandeel 65-79-jarigen sterk toenemen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2050 zijn vier op de tien 65-plussers ouder dan 80 jaar (Van Duin, 2009).

Iedereen hoopt goed oud te kunnen worden en zijn. Ouderen blijven aan de ene kant steeds langer actieve burgers, aan de andere kant wordt het aantal ouderen met zorgvragen omvangrijker dan ooit. De toename van het aantal ouderen in de komende decennia en de financieel-economische gevolgen daarvan voor de betaalbaarheid van de ouderenzorg en de AOW baren beleidsmakers zorgen. De angst is dat de vergrijzing de AOW onhoudbaar, de pensioenen onbetaalbaar en de zorg onbemensbaar maakt. Bovendien stijgen door de toename van het aantal ouderen de totale zorguitgaven. In 2011 is in totaal bijna € 63 miljard beschikbaar voor de zorg. In 2010 was dat nog € 61 miljard (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2010). Bij ongewijzigd beleid zouden in 2040 de kosten van de gezondheidszorg kunnen oplopen tot circa vijftien procent van het bruto nationaal

Figuur 2 • Bevolkingsopbouw Nederland (www.nationaal kompas.nl)



product, tegen ruim negen procent in 2009. Samen met de kosten van ons pensioen en de demografische ontwikkelingen zou dat wel eens een te grote belasting voor toekomstige generaties kunnen betekenen (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008). Ongeveer een kwart van de zorguitgaven komt voor rekening van de verpleging en verzorging van ouderen (vanaf 65). De anderhalf procent oudste Nederlanders (85-plus) is zelfs goed voor ongeveer twaalf procent van de zorgkosten. Voor de komende decennia worden juist hier de grootste problemen verwacht (Schnabel, 2009).

Bij het beschrijven van de gevolgen van de vergrijzende maatschappij ligt de nadruk veelal op de financiële consequenties. Een van de grootste kostenposten van de vergrijzing wordt dementie, met de ziekte van Alzheimer als meest voorkomende oorzaak. Ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers vormen daarom een belangrijk aspect van de ouderenzorg (zie ook Dröes, 2010). Couwenberg (2010) betoogt daarom, in navolging van Wortmann, directeur van Alzheimer's Disease International, dat er veel meer aandacht moet komen voor preventie. Uitstel van het dementieproces met een jaar, reduceert de kosten met tien procent. Met preventie van dementie zijn miljarden te verdienen. Het betekent bovendien dat velen de ziekte niet of pas veel later zullen krijgen.

Oud worden en zorg ontvangen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ongeveer tweederde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen. Dit percentage stijgt naarmate men ouder wordt. Het gaat hier niet alleen om lichamelijke aandoeningen (Berg et al., 2004, Hollander et al., 2006). Het welbevinden en functioneren kan eveneens belemmerd worden door psychische stoornissen. Maar liefst 70 procent van de beperkingen in zelfredzaamheid bij 85-jarigen blijkt toe te schrijven aan een beperking van het cognitief functioneren (Gussekklo et al., 2004, Finnema en Goumans, 2009). Bij de ouderen van 85 jaar en ouder heeft ten minste 85 procent meer dan twee chronische aandoeningen, multimorbiditeit genoemd (Gezondheidsraad, 2008). Multimorbiditeit vormt voor ouderen vooral een probleem als deze samengaat met beperkingen in het dagelijks functioneren en met verlies van vitaliteit.

Deze ouderen, ook wel kwetsbare ouderen genoemd, vormen de belangrijkste doelgroep van het Talmalectoraat 'Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd'. Van de 85-plussers woont nog bijna 70 procent zelfstandig. Ongeveer 90.000 ouderen wonen in een verzorgingshuis en ruim 50.000 ouderen zijn opgenomen in een verpleeghuis. De gemiddelde leeftijd van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen ligt ruim boven de 80 jaar (Schnabel, 2009, Eggink et al., 2009).

Met het ouder worden en de daarmee gepaard gaande beperkingen neemt veelal het aantal ziekenhuisopnames toe. Tijdelijke verzorging als overgang tussen ziekenhuis en thuis,

dan wel een verzorgings- of verpleeghuis, vindt steeds vaker plaats in zorghotels. Andela (2009) geeft aan dat de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen met meerdere aandoeningen onder druk komt te staan door voortschrijdende specialisering en segmentering binnen de ziekenhuiszorg. Een probleem op het terrein van het ene specialisme kan samenhangen met een probleem dat valt in een ander specialisme. Wanneer de medisch specialisten onderling niet goed afstemmen, kunnen lacunes in de zorg ontstaan, waar niemand zich verantwoordelijk voor voelt, die wel directe consequenties hebben voor de kwetsbare oudere. Een gespecialiseerde verpleegkundige voor ouderenzorg zou binnen ziekenhuizen een centrale rol kunnen vervullen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Andela stelt dat het inzetten van een specialistische geriatrie verpleegkundige bij de zorg voor kwetsbare ouderen op een niet geriatrische verpleegafdeling, leidt tot meer verpleegkundige diagnoses. Zo wordt duidelijk welke problemen tijdens opname in en na ontslag uit het ziekenhuis kunnen optreden. Andela pleit er verder voor niet alleen oog te hebben voor fysieke kenmerken bij kwetsbare ouderen in het ziekenhuis, maar ook voor psychisch welbevinden en sociaal functioneren. Zo kunnen ouderen die baat hebben bij preventieve geriatrie interventies beter worden opgespoord. In haar studie bleek de 'Groningen Frailty Indicator' hiervoor effectief ingezet te kunnen worden. Een ander meetinstrument dat eveneens uitgaat van een combinatie van fysieke, psychische en sociale factoren bij kwetsbare ouderen is de 'Tilburg Frailty Indicator' (Gobbens, 2010). Dit meetinstrument is ontwikkeld voor het detecteren van kwetsbaarheid bij zelfstandig wonende ouderen.

Gezond ouder worden is een prominent motto in diverse nationale en internationale beleidsnota's, actieplannen en onderzoekprogramma's. Het gaat daarbij niet alleen om behoud van een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar vooral ook om een proces dat ouderen in staat stelt een zelfstandig leven van goede kwaliteit te (blijven) leiden en aan de samenleving te blijven deelnemen. Met het oog op die laatste punten spreekt men ook wel van 'succesvol ouder worden'. Hierbij gaat het niet alleen om voorkomen en uitstellen van ziekte en sterfte, maar zeker ook om de preventie van beperkingen in het functioneren, het voorkómen van verlies van zelfredzaamheid en het terugdringen van afhankelijkheid van de zorg. Welzijn is hierbij een belangrijk aspect (Gezondheidsraad, 2008, 2009).

Een opgave die goed past bij het lectoraat. Bovendien sluit het lectoraat goed aan bij de uitgangspunten van het Healthy Ageing Network Noord-Nederland (HANNN) (www.nl.hannn.eu) en het sectorplan HBO Noord-Nederland met als ambitie een Europees Centre of Expertise Healthy Ageing met onder meer accenten op zorg, preventie, leefstijl en wonen.



Beeldvorming Naast de demografische gegevens, die leiden tot een schrikbeeld van een maatschappij met een overschot aan hulpbehoevende ouderen en een tekort aan productieve mensen op de arbeidsmarkt, zijn er stereotiepe beelden van de ouderdom. Hierbij wordt de oudere weergegeven als hulpbehoevende, krom lopende, klagelijk sprekende persoon die niets meer bijdraagt aan de maatschappij of juist als de welgestelde "Zwitser Leven oudere" die op een zeilboot gezeten naar de einder lijkt te varen en niets meer hoeft en doet.

Veel mensen associëren ouderdom met een verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis en zien dit als iets ergs waar ze niet graag aan denken. Deze beelden worden al dan niet bewust versterkt door de media en door wetenschappelijke rapporten en -publicaties. Boektitels als 'In de wachtkamer van de dood' (The, 2005) en 'Het refrein is Hein' (Keizer, 1994) zijn hiervan een illustratie. Beide boeken geven een getrouwe weergave van het leven zoals dat kan zijn in een verpleeghuis, maar zijn tegelijkertijd niet generaliseerbare fragmenten die slechts een kleine groep ouderen betreft. De meeste ouderen wonen thuis. De negatieve beelden werken door op allerlei terreinen en zijn zoals alle beelden en vooroordelen hardnekkig.

Gelukkig is er, naast of liever nog in plaats van het doembeeld over ouderen en de vergrijzing, ook het beeld van ouderdom en vergrijzing als een zegen. Onder andere emiritus-hoogleraren Hoefnagels (2006) en Sipsma (2008) pleiten voor een positieve visie op de vergrijzing, in deze positieve context ook wel verzilvering genoemd. Een andere pleitbezorger voor een positieve visie op ouderen is Theodore Roszak die in zijn boek The



Longevity Revolution pleit voor een revolutie van de ouderen die ertoe zou moeten leiden dat senioren toonaangevend worden in de samenleving. De toenemende verlenging van de levensduur ziet hij zelfs als het beste wat de moderniteit heeft voortgebracht (Roszak, 2001). Sipsma spreekt in dit kader over de novogeront. De nieuwe oude mens die een zinvolle rol in de samenleving vervult. Hij geeft aan dat de huidige demografische situatie een historisch en evolutionair novum is. Het vraagt een andere inrichting van de samenleving en een herziening van denken over ouderdom. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de oudere mens. Deze wordt niet langer gezien als een duur onderdeel van onze maatschappij, maar als een steunpilaar. Hij gaat er vanuit dat het binnen een paar decennia waarschijnlijk is dat mensen 90 tot 95 jaar in redelijke gezondheid vitaal leven. "Met hulp van de wetenschap, niet alleen medisch, maar ook met robotica. Je krijgt huizen met een 'intelligente omgeving' ambient intelligence, met zelfdenkende apparaten, waardoor mensen veel langer zelfstandig kunnen wonen en functioneren. Er ontstaan steeds meer communicatiemogelijkheden, zoals Internet, waardoor het contact met de medemens groeien kan. We krijgen samenlevingen met meer oude mensen dan ooit, die ook ouder worden dan ooit te voren. Dat wordt een andere samenleving dan die we gekend hebben, een novogerontic society, met een nieuw type oude mensen, vitale oude mensen, die een zinvolle rol in de samenleving vervullen (Sipsma, 2008)."

Het gebruik van internet door ouderen en het inzetten van de door Sipsma genoemde 'robotica' zijn geen toekomst maar realiteit.

Ouderen zijn de snelst groeiende groep internetgebruikers. Ouderen die internetten, hebben vaak het gevoel "er weer bij te horen" (de Haan, Klumper en Steyaert, 2004). Ouderen gebruiken internet vooral om te mailen, voor het onderhouden van contacten en om informatie op te zoeken. Hoewel ouderen vaker moeite hebben met technische vaardigheden, weten zij de weg op internet beter te vinden dan jongeren. Als ze de knoppenkennis eenmaal hebben, vinden ze wat ze zoeken en letten ze ook beter op de betrouwbaarheid van de informatie (Van Deursen, 2010).

In de zorg wordt steeds vaker gebruik gemaakt van ICT toepassingen. Zowel in de zorg thuis als in het verzorgings- en verpleeghuis. Zorgtechnologie biedt onder meer mogelijkheden voor langer zelfstandig wonen. Daarbij geldt bovendien dat het introduceren van arbeidsbesparende technologie in de langdurige zorg noodzakelijk is om aan de toenemende vraag te kunnen voldoen bij een krimpend arbeidsaanbod (Cordia en Schikhof, 2008).

Binnen de NHL Hogeschool richt het lectoraat 'iHuman | Welzijn Zorg Digitaal' zich op ICT gebruik en -toepassingen binnen zorg en welzijn. Samenwerking met dit lectoraat biedt goede mogelijkheden voor projecten gericht op wonen, zorg en welzijn voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers.



“Ouderdom, vooral eerbiedwaardige ouderdom, bezit zo’n grote autoriteit, dat dit van meer waarde is dan alle geneugten van de jeugd.”

Marcus Tullius Cicero 106-43 vC

4. Doelgroep

Mensen worden ouder en met het ouder worden ontstaan ook meer complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Vanuit het lectoraat richten we ons niet op de door Sipsma (2008) omschreven vitale, gezonde oudere. We richten ons in de eerste plaats op de ouderen die een relatief hoge leeftijd hebben bereikt en een ondersteuningsvraag op meerdere gebieden hebben; kwetsbare ouderen.

Kwetsbare ouderen

Kwetsbaarheid duikt sinds de afgelopen twintig jaar op als een containerbegrip voor allerlei gezondheidsproblemen die bij ouder worden optreden. Er is nog geen duidelijke consensus over de definitie van kwetsbaarheid. Er is echter wel overeenstemming over de gevolgen van kwetsbaarheid voor de oudere zelf, diens familie, diens zorgverleners en de samenleving als geheel (Bergman et al. 2004, Rockwood, 2005, Gobbens, 2010). Kwetsbaarheid is een belangrijk gezondheidsprobleem dat zal leiden tot een toename in het zorggebruik door ouderen (Deeg en Puts, 2008). Vooralsnog is de volgende

omschrijving van kwetsbaarheid bij ouderen het uitgangspunt om de belangrijkste doelgroep van het lectoraat te kenschetsen:

“Kwetsbaarheid is een slechte functionele toestand, die het gevolg is van een ongelukkig samenspel van lichamelijke, psychologische en sociale factoren (Van der Ploeg, 2009).”

Wanneer deze definitie wordt gehanteerd is bijna een derde van de mensen van 75 en ouder kwetsbaar. Deeg en Puts (2008) operationaliseren kwetsbaarheid aan de hand van negen criteria: laag lichaamsgewicht, verminderde longfunctie, lichamelijke inactiviteit, cognitieve beperkingen, slechthorendheid, incontinentie, depressieve symptomen en weinig ervaren regie over het eigen leven.

Professionals Volgens Deeg en Puts (2008) betreft de verhoogde zorgbehoefte van kwetsbare ouderen vooral het terrein van verzorgenden en verpleegkundigen. Zij kunnen bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van kwetsbaarheid, of als kwetsbaarheid al bestaat, aan vroege signalering om negatieve gevolgen zolang mogelijk uit te stellen. De meerderheid van de werkers in de zorg heeft een lagere of middelbare beroepsopleiding. De zorg wordt echter complexer, inhoudelijk en organisatorisch. Zorgmedewerkers krijgen andere rollen, posities, taken en samenwerkingsrelaties. Het werk zelf, maar ook de manier van leidinggeven en opleiden verandert. Niet alleen door de ontwikkelingen in de zorg, maar ook omdat ‘nieuwe werknemers’ andere verwachtingen en belangen hebben. Daarnaast ontstaat een grotere variatie in organisatievormen, waaronder een toename van solo-ondernemerschap. Zorgmedewerkers bevinden zich in een complex krachtenveld dat veel en vaak tegengestelde eisen stelt. Aan de ene kant gaat het om *menswaardige, belevingsgerichte ondersteuning en zorg (lectoraatsthema 1)*. Aan de andere kant gaat het ook om voldoen aan wet- en regelgeving en om werken binnen financiële-, professionele- en organisatorische kaders en hierover verantwoording afleggen. Bovendien vraagt samenwerking tussen zorgaanbieders om medewerkers die niet alleen goed zijn in de primaire zorgverlening, maar ook kunnen samenwerken met zorgprofessionals van andere organisaties, bijvoorbeeld in de eerstelijns en ziekenhuizen (Goumans en Finnema, 2008, 2009). Van medewerkers in de ouderenzorg mag bovendien, zoals ook gesteld door de Gezondheidsraad (2009), een proactieve houding worden verwacht. Dat betekent dat zij signaleren wanneer voor ouderen een cascade dreigt van functionele achteruitgang en daaruit voortvloeiende zorgbehoefte. Professionals dienen daarbij over de grenzen van de eigen discipline heen te kijken. Dit alles leidt tot met elkaar in strijd zijnde logica's en hardnekkige dilemma's, waarin de zorgmedewerker een weg zal moeten vinden en zich zal moeten positioneren.



Het is duidelijk dat het inzetten van lager en middelbaar geschoold zorgpersoneel niet meer volstaat in alle zorgsituaties in de ouderenzorg. Naast de meerderheid van MBO opgeleide medewerkers in de zorg vraagt de toenemende complexiteit ook om HBO professionals. Daarom richten wij ons vanuit het lectoraat, in combinatie met de focus op kwetsbare ouderen, ook op de rol van de (HBO) professional in de ouderenzorg (lectoraatsthema 4).

“Elk mens is blij met iets anders.”

Marcus Aurelius 121-180

5. Recente ontwikkelingen

De laatste jaren is er een veelheid aan ontwikkelingen op het gebied van de ouderenzorg. Het is in het kader van deze lectorale rede ondoenlijk om de verschillende ontwikkelingen uitputtend te behandelen.

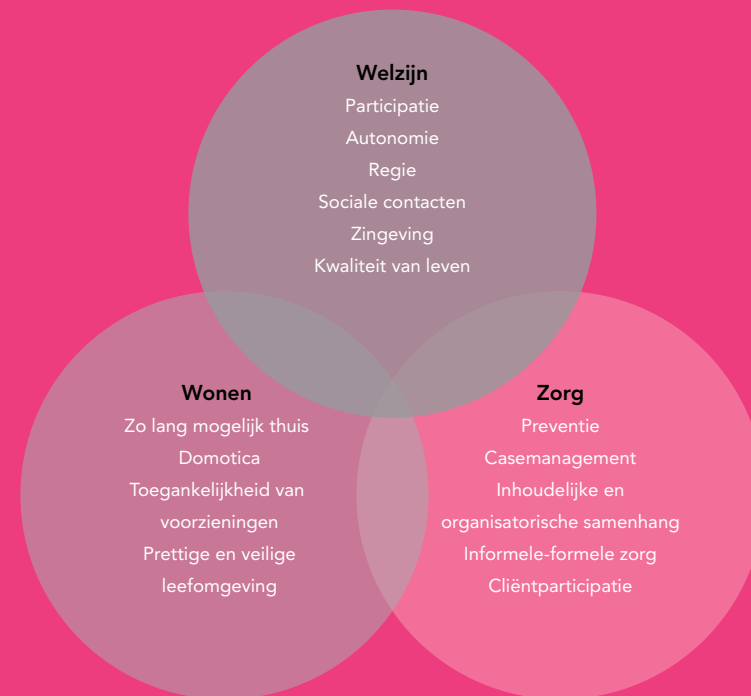
Vandaag wordt volstaan met het noemen van een aantal ontwikkelingen gerelateerd aan de thema's Wonen, Welzijn en Zorg en gekoppeld aan in gang gezette activiteiten vanuit het lectoraat. In figuur 3 worden de verschillende kernelementen van Wonen, Welzijn en Zorg grafisch weergegeven.

Wonen

Waar wonen ouderen nu en in 2025? Het blijkt dat momenteel vooral de grensregio's van Nederland vergrijsd zijn. Het aantal 65-plussers ligt in deze gebieden tussen de zestien en twintig procent. In de drie Noordelijke provincies is het aandeel ouderen van oudsher ook wat hoger. In de komende twintig jaar krijgen alle Nederlandse gemeenten te maken met een toename van het aantal oudere inwoners. In grote delen van ons land zal in 2025 minimaal een kwart van de inwoners van een gemeente 65 jaar of ouder zijn (Manting en Vernooij, 2006). Voor Friesland is de verwachting dat de totale Friese bevolking nog iets toeneemt tot 2025. Daarna zal de bevolking zich stabiliseren of iets afnemen. Het aantal ouderen zal toenemen van 100.000 in 2010 tot meer dan 160.000 in 2030; een toename van 60 procent. Op korte termijn neemt het aantal 65-74 jarigen het meest toe. Op de lange termijn groeit vooral het aantal 75-84 jarigen en de groep 85-plussers (Flapper en de Vries, 2010).

Ouderen willen zo lang mogelijk de regie houden over hun woonsituatie. Sommigen kiezen er voor om in het laatste stadium van het leven te wonen bij hun familie in zogeheten

Figuur 3 › Bouwstenen voor “Goed oud worden en zijn”





kangeroe- of mantelzorgwoningen. Anderen kiezen er voor om te gaan wonen bij ouderen met wie ze een zelfde visie op een aantal aspecten van het leven delen. Overal in het land ontstaan nieuwe initiatieven voor het vormen van woongroepen en –gemeenschappen van ouderen. Een willekeurige greep: Inspirerend wonen Almelo (King Arthur Groep), Zandroos (50+ woongroep in Friesland), Het BuitensteBinnen (55+ Wonen in het groen-onder glas- in het Noorden van het land), Het Groene Buurtschap (groen, sociaal, duurzaam, ecologisch, levensloopbestendig), Hestia oudereninitiatief, Haren (Gr) (spiritueel/duurzaam), Nieuwe centra voor vegetarische ouderen, L.A. Riezhuis, Amsterdam, een woongroep voor homoseksuelen ouderen, Een Vrolijke Oude Dag, Amsterdam, woonprojecten voor lesbische 50-plussers, Groepswonen voor allochtone ouderen (Amsterdam, Tilburg, Rotterdam, Den Haag, Utrecht), Wonen van Senioren op Boerderijen, et cetera (www.omslag.nl).

De meeste ouderen blijven echter zo lang mogelijk in hun eigen huis wonen met eventuele ondersteuning van partner, familie of vrienden, aanpassingen in en om het huis en aanvullende professionele ondersteuning. Er wordt vastgehouden aan het zo lang mogelijk onafhankelijk blijven, actief en autonoom zijn, het nemen van beslissingen en het uitvoeren van activiteiten. Zelfstandig wonen is een belangrijk onderwerp in de zorg voor ouderen (Verzijden en Fransen, 2004). Een belangrijke voorwaarde voor goed oud worden is de aanwezigheid van geschikte huisvesting en een geschikte woonomgeving.

De keuze voor verhuizen naar een toekomstbestendige woning wordt vaak vooruitgeschoven totdat de gezondheid en/of mobiliteit beperkter wordt (Pijnappels en Finnema, 2010). En ook dan nog kunnen hulpmiddelen en domoticatoepassingen het langer wonen in de eigen woning mogelijk maken. Een gemiddelde oudere kan zich alleen of met partner heel lang zelf redden wanneer de woning en woonomgeving toegankelijk zijn en aangepast kunnen worden aan hun ondersteuningsvraag. Dit kan variëren van handgrepen in de badkamer of verhoogd toilet tot hellingbaan bij stoep en voordeur, maar ook alarmeringsapparatuur al dan niet via een beeldspraakverbinding of op afstandsbediening reagerende ramen, deuren en andere apparatuur behoren daartoe.

Slechts een klein deel van de ouderen, drie procent van de bevolking van 55 jaar en ouder, woont in een verpleeg- of verzorgingshuis. Het wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis betekent vaak het verliezen van de regie over het eigen leven en volledige afhankelijkheid van intensieve zorg. Voor deze mensen gaan bestaan en zorgsituatie bijna volledig en permanent samenvallen. Zij hebben daar niet voor gekozen. Het is hen overkomen, zoals het ieder van ons op enig moment kan overkomen (Van den Klinkenberg en Willemse, 2007).

Als gevolg van veranderende visies op zorg, ondersteuning en kwaliteit van leven bevinden verzorgings- en verpleeghuizen zich in een veranderingsproces. Voor verzorgingshuizen geldt dat zij in toenemende mate elementen van zorg thuis overnemen waarbij bewoners meer huurders worden die op maat gesneden zorg en diensten afnemen. Verpleeghuizen ontwikkelen zich in de richting van expertisecentra die niet meer alleen gericht zijn op de intern verblijvende ouderen, maar ook openstaan voor specialistische zorg en dienstverlening aan thuiswonende ouderen met gezondheidsproblemen. Ook particuliere initiatieven op het gebied van zorg en diensten aan ouderen in ambulante en residentiële omgeving zijn in opmars. Het lectoraat wil vanuit het thema *‘Bouwstenen voor het nieuwe verzorgings- en verpleeghuis’* (lectoraatsthema 3) graag bijdragen aan visieontwikkeling op dit terrein.

In de jongste leeftijdsgroepen woont vrijwel iedereen nog zelfstandig (zie Figuur 4). Van de 85-90-jarigen woont iets minder dan een kwart in een tehuis, van de 90-95-jarigen is dat 41 procent. Alleen van de oudste groep, de 95-plussers, woont de meerderheid in een verzorgings- of verpleeghuis (Den Draak, 2010). Dit zijn vooral vrouwen. Mannen wonen ook op die leeftijd vaak nog zelfstandig. Een deel van de verklaring voor het verschil schuilt in het feit dat mannen van deze leeftijd vaker getrouwd zijn dan vrouwen en dat zonder de aanwezigheid van een partner die hulp kan verlenen men eerder is aangewezen op formele vormen van zorg (Eggink et al., 2009).

Het grote aantal zelfstandig wonende ouderen sluit aan bij het overheidsbeleid en betekent een uitdaging voor gemeenten omdat zij zich onder meer moeten inzetten voor adequate huisvesting, goede en toegankelijke zorg voor ouderen en het bevorderen van maatschappelijke participatie. Sinds 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorgt ervoor dat iedereen zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen en kan participeren in de samenleving. De gemeenten voeren de Wmo uit. Zij hebben veel beleidsvrijheid om de uitvoering zelf vorm te geven waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen. De Wmo gaat expliciet uit van het belang van mantelzorg in de zorg en ondersteuning aan ouderen met een zorgvraag. Veel ouderen krijgen informele zorg. Het gaat om vrijwilligers en mantelzorgers. Mantelzorgers zijn naasten die vanuit een persoonlijke band met zijn of haar naaste langdurig onbetaalde zorg geven (Smits, 2009). Mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn in belangrijke mate een zaak van mensen tussen de zestig en zeventig jaar (Schnabel, 2009). Zij doen dit vanuit naastenliefde en het gevoel iets te kunnen en willen betekenen voor een medeburger. Men ontbreekt veelal basale kennis over zorg en de (lokale) organisatie hiervan. Hoe het juiste ondersteuningsaanbod te vinden in het oerwoud van



welzijns- en zorginstellingen of een luisterend oor van een lotgenoot? Een van de vragen waar het lectoraat zich vanuit het thema *Realiseren van zorg en ondersteuning in de thuissituatie* (lectoraatsthema 1) op richt.

Binnen het lectoraat zijn we in navolging van deze vraag gestart met het ‘Omtinkersproject’. Hierin doet het lectoraat voor de gemeente Tytsjerksteradiel en het Zorgkantoor Friesland vanuit het thema Het realiseren van zorg en ondersteuning in de thuissituatie een driejarig effectonderzoek naar de meerwaarde van zogeheten Omtinkers voor de burger, de professional en de zorg- en welzijnsorganisaties binnen de gemeente. Omtinkers zijn professionals uit verschillende zorg- en welzijnsorganisaties die als belangrijkste taak hebben het helpen van de burger bij het vinden van het juiste ondersteuningsaanbod bij vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg.



Welzijn

Welzijn, welbevinden en geluk zijn verschillende termen om een positieve gemoedstoestand aan te geven; iemand voelt zich goed, tevreden (www.vandale.nl). Ouder worden of kwetsbaarheid zegt nog niets over de kwaliteit van leven van de oudere. De Leiden 85+ studie laat zien dat 45 procent van alle 85 jarigen in deze studie voldoen aan alle criteria voor optimaal welbevinden (Bootsma-van der Wiel, 2002). De heersende gedachte dat je op oudere leeftijd minder gelukkig wordt en vaker somber of depressief, wordt hiermee gelogenstraft. Dat geluk niet minder wordt met het ouder worden wordt eveneens bevestigd door onderzoek van Veenhoven (2009). Hij stelt dat we over het algemeen zelfs meer tevreden met het leven worden.

Schuurmans (2004) stelt in haar proefschrift dat welbevinden het criterium is bij goed oud worden. Graas (2008) concludeert dat welbevinden daarom het leidende principe moet zijn in de ouderenzorg. Verlies van functionaliteit op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied kan het welbevinden aantasten. Om daar mee om te gaan moeten mensen eigen doelen kunnen stellen en realiseren en beschikken over zelfmanagementvaardigheden. Voorbeelden daarvan zijn zelf initiatief nemen, een positieve instelling en zelfeffectiviteit. Door het inzetten van deze zelfmanagementvaardigheden kan de oudere omgaan met zijn kwetsbaarheid ten gevolge van het ouder worden. Immers, beter wordt het veelal niet, het gaat steeds weer om het zoeken naar een nieuw broos evenwicht. Sociale participatie, het hebben van vrienden en kennissen en het doorbrengen van je dag op een zinvolle manier zijn naast geschikte huisvesting en een geschikte woonomgeving, eveneens belangrijke aspecten bij het goed oud worden.

Croezen (2010) onderzocht het verband tussen sociale contacten en de gezondheid van ouderen. Daarvoor gebruikte ze de gegevens van bijna 25.000 zelfstandig wonende ouderen (65+) in het werkgebied van de GGD Gelre-IJssel. Ouderen met veel sociale contacten zijn positiever over hun gezondheid. Wanneer gekeken wordt naar het soort contacten, blijkt verrassend genoeg vooral contact met burens belangrijk. Na burens zijn vooral vrienden van belang. Het contact met familie heeft geen aantoonbaar effect op de gezondheid (Croezen, 2010). Ook uit een langlopende studie van het RIVM onder volwassenen in Doetinchem blijkt de positieve invloed van sociale contacten op de gezondheid. Mensen die volop sociaal actief zijn, zijn minder eenzaam, hebben een betere conditie en voelen zich gezonder. Het sterftecijfer van ouderen zonder sociaal netwerk ligt bijna twee keer zo hoog dan dat van ouderen die wel kunnen terugvallen op vrienden en bekenden (www.Gerön.nl, 2010). Een schaduwzijde van het ouder worden is dan ook eenzaamheid.

Schuurmans en Duijnstee (2003) geven aan dat mensen ook op hoge leeftijd en met eventuele beperkingen willen blijven wie ze zijn. "De bestudering en behandeling van ziekten en aandoeningen kan niet los staan van de individuele achtergrond, de omgeving

en de deelname aan het maatschappelijke leven. Een mens zal altijd blijven streven naar zelfrespect en tevredenheid en veel energie steken in het behoud van eigen mogelijkheden het voorkomen van verlies. Ouder worden is een nieuwe fase in het leven met eigen uitdagingen, kansen en verantwoordelijkheden” (Schuurmans en Duijnstee, 2003). Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft onderzoek gedaan naar de tevredenheid met het bestaan van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Hiervoor zijn 1560 bewoners geïnterviewd (den Draak, 2010). Het blijkt dat de meeste bewoners tevreden zijn met het leven. Veertien procent is ontevreden. Driekwart van de bewoners is goed gewend in het verzorgings- of verpleeghuis en negen procent geeft aan nooit te wennen. Ruim een vijfde van de bewoners wil meer sociaal contact en wil vaker uitgaan. Belemmeringen bij het uitgaan zijn: een slechte gezondheid en gebrek aan vervoer, aan gezelschap en begeleiding. Vijftien procent van de verzorgings- en verpleeghuisbewoners heeft moeite met financieel rondkomen. Deze uitkomsten bevestigen de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek dat in 2007 is uitgevoerd door het NIVEL (Poortvliet et al., 2007) onder 581 cliënten van zorginstellingen. Uit deze studie blijkt eveneens dat de meeste cliënten overwegend positief oordelen over de kwaliteit van hun leven. Aandachtspunten zijn: de ervaren gezondheid, het zelf kunnen bepalen van het tijdstip van de lichamelijke verzorging en het tijdstip waarop wordt gegeten en gedronken, gevoelens van eenzaamheid en vervoer buitenshuis. Met name aandacht voor de sociale contacten van ouderen en het activiteitenaanbod hebben een positieve invloed op de ervaren kwaliteit van leven.

Het welzijn en welbevinden van ouderen is binnen zorginstellingen een van de belangrijkste hedendaagse doelstellingen. Daar waar het gros van de ouderenzorg van oorsprong zeer sterk op het medische en ziekenhuismodel is gestoeld, komt er steeds meer ruimte en aandacht voor feitelijke en door de ouderen zelf als zodanig ervaren kwaliteit van hun bestaan (Becker, 2003, Van der Lende et al., 2009, Ettema, 2007). Becker (2003, 2007) stelde de vraag centraal: hoe bevorder je menselijk geluk bij iedereen die woont en werkt binnen de leefwereld van de zorginstellingen? De focus is: levenskunst en het prevaleren van leefwereld boven systeemwereld. Met de nadruk op eigen activiteiten, leuke initiatieven en dingen die wél mogelijk zijn in combinatie met een geheel andere bouw, met aandacht voor sociale interactie, gezelligheid, kunst en kitsch, dieren en lekker eten. De verwachting binnen de langdurige zorg voor ouderen is dat het scheiden van wonen, welzijn en zorg voortgezet wordt. Zorginstellingen zullen de komende jaren meer ondernemerschap moeten gaan tonen en steeds meer samenwerken met lokale overheden, zoals gemeenten en de welzijnssector. Daarnaast zien we dat verzorgings- en verpleeghuizen de komende jaren een ontwikkeling doormaken van een algemeen zorgcentrum naar een meer gedifferentieerd, op de functie doorontwikkeld, stelsel van



voorzieningen. Hoe zorg je dat ouderen hierbij de regie in handen houden? De regie houden betekent dat mensen blijven deelnemen aan de samenleving en hun eigen woonsituatie bepalen en betalen, maar ook dat ze zelf invulling geven aan hun behoefte aan service- en welzijnsdiensten (Verkooijen, 2006). Eigen regie en behoud autonomie van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers vormen belangrijke uitgangspunten binnen de activiteiten en projecten van het lectoraat.

Een voorbeeld van een project binnen het lectoraat gericht op het welzijn van kwetsbare ouderen in het algemeen en het behoud van eigen regie en autonomie is het evaluatieproject Eigen Kracht conferenties (www.eigen-kracht.nl) bij kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de krachtwijk Heechterp Schieringen in Leeuwarden. In een Eigen Kracht conferentie wordt samen met familie en bekenden een plan voor de toekomst gemaakt. Uitgangspunt is de kracht van het persoonlijke netwerk. Dit wordt waar nodig aangevuld met professionele ondersteuning.

In dit project wordt de meerwaarde en toepasbaarheid van Eigen Kracht conferenties voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers onderzocht en wordt gekeken naar de inpasbaarheid van de Eigen Krachtmethodiek in de huidige werkwijze van het multidisciplinaire frontlijnteam dat in de wijk werkt. Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Leeuwarden en volgt uit het lectoraatsthema *Het realiseren van zorg en ondersteuning in de thuissituatie*.



Zorg

Bij het bieden van zorg aan ouderen moet niet het zorg-, medisch- en behandeltechnisch kunnen centraal staan, maar de vragen en de mogelijkheden van de oudere zelf (zie ook Graas et al, 2008, Runia en Renou, 2010). Het gaat om zorg in het kader van het bevorderen van de levenskwaliteit inclusief participatie, woon- en leefomstandigheden en mentaal welbevinden.

Ouderdom komt, zoals eerder aangegeven, met gebreken, en vaak met één of meer chronische ziekten. Behandeling betekent dan lang niet altijd genezing, maar vaak het voorkómen van erger, door het tegengaan of verminderen van de gevolgen. Juist omdat de gezondheid van ouderen, medisch gesproken, vroeg of laat te wensen over zal laten, leggen waarden als zelfredzaamheid en welbevinden veel gewicht in de schaal. Wanneer welbevinden de uitkomst maat is voor de ouderenzorg, dan moeten professionals hun activiteiten daar op richten en bevorderen dat ouderen zolang mogelijk zelfredzaam kunnen zijn. Hierbij moet de focus niet alleen liggen op het bestrijden van ziekte, maar ook op het bevorderen van functioneren en het terugdringen van afhankelijkheid van de zorg. Dit wordt functioneringsgerichte preventie genoemd. Deze vorm van preventie is niet gericht op een bepaalde ziekte en de gevolgen daarvan, maar op een probleem in het functioneren. Het uitgangspunt moeten de mogelijkheden zijn die niet alleen in onderzoek effectief zijn gebleken, maar die ouderen zelf ook in hun leven kunnen en willen inpassen. Deze mogelijkheden liggen niet alleen op het vlak van de ziektegebonden factoren. Zij hebben ook te maken met woonomstandigheden en persoonlijke kenmerken. Preventie van beperkingen zal naar gelang de aard van de problemen een smaller of breder, maar in ieder geval geïntegreerd geheel aan maatregelen moeten omvatten: van medische behandeling en revalidatie tot ondersteuning bij activiteiten, hulpmiddelen, zorgvoorzieningen en aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving.

Bij het ouder worden winnen persoonlijke keuzes aan belang. Als men met dit alles rekening houdt en voorgenomen maatregelen afstemt op de persoon, kan preventie bij ouderen nog veel goeds opleveren, voor de oudere zelf en voor de samenleving (Gezondheidsraad, 2009). Uit onderzoek blijkt dat door een gerichte inzet van eerstelijnsgezondheidswerkers, en dan met name de huisarts en thuiszorg, ondersteund door geriateren en/of verpleeghuisartsen, ook voor kwetsbare ouderen thuis veel mogelijk is (Melis et al., 2008). Vroege opsporing van kwetsbaarheid biedt hierbij goede kansen voor preventie.

Bij kwetsbare ouderen, de doelgroep van het lectoraat, zal het in een aantal gevallen, eerder om welbevinden dan zelfredzaamheid gaan. Het aantal ouderen dat thuis blijft wonen groeit. Ook het aantal kwetsbare ouderen met complexe en/of meervoudige problemen dat thuis woont neemt toe. Het is een uitdaging voor de ouderenzorg om voor deze mensen een passend pakket aan diensten, zorg en behandeling aan te bieden. Hier

dient zich ook de mogelijkheid aan voor een intensieve samenwerking tussen de eerstelijns gezondheidszorg en de gespecialiseerde ouderenzorg, zoals verpleeghuizen. Om individuele ouderen te helpen bij het afstemmen van zorg en diensten worden steeds vaker casemanagers, ook wel caremanagers genoemd, ingezet. Casemanagement kan gericht zijn op de begeleiding en ondersteuning van thuiswonende mensen met dementie en hun naaste(n), maar ook op kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen voortkomend uit meerdere chronische aandoeningen. Voor deze mensen is de leefsituatie vaak bijzonder ingewikkeld. Een casemanager bewaakt hun medische, psychische en sociale noden en richt zich door tijdig ingrijpen op het stabiliseren of verbeteren van de situatie. De verwachting is dat door casemanagement de ziektelast en de psychosociale problematiek zullen verminderen, crisissituaties voorkomen kunnen worden en de tevredenheid van cliënten en mantelzorgers over de geboden hulp toeneemt (Groenewoud et al., 2008). Bovendien is een belangrijke doelstelling van casemanagement dat de oudere zo lang mogelijk in de thuissituatie zelfredzaam blijft en de regie over zijn leven kan behouden.

Op het moment dat zelfstandig wonen geen optie meer is en ouderen verhuizen naar een verzorgings- of verpleeghuis is veelal niet langer hun eigen dagelijkse leven bepalend voor de inkleuring van de ondersteuning en zorgverlening. Lang niet altijd zo bedoeld, maar wel handig om te organiseren, prevaleren het aanbod en het werkrooster van de aanbieder (zie ook Jukema, 2011). Daar waar de oudere en zijn mantelzorger thuis nog actief betrokken waren bij het organiseren van zijn of haar dag, lijkt het vaak of zij in een verzorgings- of verpleeghuis niets meer hoeven te doen (van Roosmalen en Marcoen, 2007). Er zijn ouderen die dat prima vinden en zich met een gerust hart overlaten aan de zorg die hun geboden wordt. Ook zijn er ouderen die graag het heft in eigen handen willen houden en door willen gaan met het leiden van het leven dat ze gewend waren met of zonder inbreng van de mantelzorger in de nieuwe situatie.

“Mensen komen hier in een soort rouwproces en het neemt tijd voor je het een plekje hebt gegeven dat je hier blijvend komt wonen. De grootste stap is de situatie te aanvaarden, terwijl wij ons met de nieuwe bewoner focussen op wat hij/zij nog wel kan. In het begin zien bewoners zo veel nieuwe gezichten, zijn er zoveel nieuwe indrukken, is er zoveel te verwerken. Het is dan prettig als er vaak familie om hen heen is. Dat maakt het verwerkings- en gewenningsproces gemakkelijker (...)” (Van den Klinkenberg en Willemse, 2007).

Het citaat van een activiteitenbegeleidster in een ouderenzorgorganisatie illustreert dat het juist bij een verhuizing van thuis naar een verzorgings- of verpleeghuis, nog meer dan in de thuissituatie wenselijk is om de familie te betrekken bij het organiseren van de juiste setting in relatie tot het bevorderen van welbevinden. Te denken valt naast de zorg en behandeling

aan sfeer, lekker eten en mogelijkheden om de dag goed te besteden. Welke vormen van zorg iemand ook nodig heeft, van chronisch enkelvoudig tot tijdelijk zeer complex, de omgeving doet er toe. Concepten als Warme Zorg (Houweling, 1987), Gastvrijheidszorg (www.gastvrijheidszorg.nl) en de Plane tree benadering (www.planetree.nl) gaan uit van het feit dat de fysieke en sociale omgeving gezondheidsbevorderende elementen in zich dragen. Dus kleur en geur, materiaal en sfeer, goede maaltijden, maar ook de juiste bejegening door de diverse zorg- en dienstverleners zodat cliënten een respectvol leven kunnen leiden. Iedereen weet dat verhuizen een stressverhogende activiteit is. Dit geldt ook voor de oudere die het niet meer redt in zijn eigen woonomgeving. Het zou toch prachtig zijn als die verhuizing uiteindelijk ook daadwerkelijk gaat bijdragen aan meer welbevinden in plaats van aan een overgave aan een systeem.

De verbreding van de focus van zorg, van gezondheid en hygiëne naar welbevinden en levenskwaliteit, past bij de publieke opinie en is tevens opgenomen in de in 2005 gepubliceerde Normen voor Verantwoorde Zorg (Arcares). De Normen voor Verantwoorde Zorg volgen op de kwaliteitswet van 1996 waarin staat dat de zorg patiëntgericht moet zijn, verantwoord, doelmatig en doeltreffend. In de wet is niet gedefinieerd wat met verantwoord wordt bedoeld. Arcares (2005) heeft daarom het initiatief genomen om samen met andere betrokkenen Normen voor Verantwoorde Zorg te formuleren. De normen hebben geleid tot formulering van een Model-Zorgleefplan (Van der Kooij, 2006). Zorgorganisaties zijn verplicht samen met de cliënt een zorgplan, dan wel zorgleefplan op te stellen. Dit plan sluit aan op de persoonlijke mogelijkheden, beperkingen, behoeften en voorkeuren van de cliënt (Smits, 2009). De kunst is het zorgleefplan te laten aansluiten bij de behoeften van de cliënt en tegelijkertijd uit te gaan van de organisatorische, financiële, professionele en wettelijke kaders waarbinnen de zorg en ondersteuning wordt gegeven. Een niet altijd gemakkelijke opgave voor het personeel dat de zorg en ondersteuning biedt. In de thuiszorg worden de mogelijkheden in belangrijke mate bepaald door de indicatiestelling in het kader van de AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. In de setting van het verzorgings- en verpleeghuis zit de ruimte cq beperking in het individueel vastgestelde ZorgZwaartePakket (ZZP). Iedereen die ‘zorg met verblijf’ nodig heeft, krijgt een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Bij dit besluit hoort een zorgzwaartepakket. Daarin staat hoeveel en wat voor soort zorg een bewoner ongeveer nodig heeft. Het zorgzwaartepakket vormt de basis van een nieuwe manier om verblijfsinstellingen te financieren: zorgzwaartebekostiging. De behoefte aan zorg en ondersteuning zoals verwoord door de cliënt kan conflicteren met de mogelijkheden geboden vanuit de professionele, organisatorische, wettelijke en financiële kaders. Veel aanbieders bieden in aanvulling op de zorgzwaartepakketten extra zorg en diensten voor

mensen die dit privaat willen en kunnen financieren (Van der Lende et al., 2009).

Formele en informele zorg zijn veelal nog teveel gescheiden trajecten. Actief zoeken naar combinaties tussen formele en informele zorg is, vooral in de intramurale setting van het verzorgings- en verpleeghuis, nog niet de algemene standaard. Mantelzorg en vrijwilligerswerk worden, ten onrechte, veelal als aanvullend dan wel extra gezien aan de professionele ondersteuning.

Om aan deze deficiëntie in de zorg te werken, is het van groot belang mantelzorgers en vrijwilligers een duidelijke rol te geven in de ondersteuning en zorgverlening aan ouderen. Hierbij moeten we er niet van uitgaan dat iedere vrijwilliger en mantelzorger direct 'inzetbaar' is en weet hoe om te gaan met bijvoorbeeld een persoon met dementie. Cursussen, workshops en begeleiding op de werkvloer vanuit de zorgorganisaties voor mantelzorgers en vrijwilligers zijn noodzakelijk voor het beschikken over essentiële basiskennis en –vaardigheden.

Naast vrijwilligers- en familieparticipatie moet de zorg meer gericht zijn op cliëntenparticipatie. Binnen het beleid van verzorgings- en verpleeghuizen is er nog relatief weinig aandacht voor de stem van ouderen. Dit ondanks het al lange bestaan van bewoners-/cliënten - en familieraden. Cliëntenraden in de zorg kunnen ondersteuning krijgen van het LOC Zeggenschap in zorg. Het LOC Zeggenschap in zorg is een landelijke cliëntenorganisatie in zorg en welzijn. De organisatie is gericht op het ondersteunen van cliëntenraden bij het vormgeven van medezeggenschap (www.loc.nl). Cliënten bevinden zich echter in een afhankelijke positie en kunnen moeilijk een vuist maken. Abma, hoogleraar cliëntenparticipatie in de ouderenzorg, ontwikkelde een dialogisch model voor verzorgings- en verpleeghuizen om vanuit samenwerking tussen ouderen, hun vertegenwoordigers in cliëntenraden, medewerkers en managers te komen tot beleid gebaseerd op de behoeften van ouderen. Tijdens een consultatiefase kunnen ouderen hun stem laten horen, zelfvertrouwen ontwikkelen en een eigen agenda opstellen. De fase van integratie zorgt ervoor dat ideeën van ouderen in overleg met professionals worden vertaald in beleid. Zo kunnen ze op een waardige manier en met meer autonomie en zeggenschap ouder worden in het verzorgings- of verpleeghuis (Abma, 2010). Ook willen en kunnen ouderen zelf in een aantal gevallen nog een rol van betekenis spelen in de zorg en het helpen van anderen. Zo beleef je, wanneer je in het verpleeghuis komt om te revalideren voor je heup, misschien veel plezier aan het dagelijks voorlezen van de krant op de afdeling psychogeriatric of neem je deel aan de sollicitatiecommissie voor nieuw personeel. Niet als eindverantwoordelijke maar wel actief betrokken en van 'nut' (zie ook Munnichs et al. 1995).



Behalve deze voorbeelden zijn er nog vele andere voorbeelden te bedenken die in de praktijk uitvoerbaar zijn en die bewoners en cliënten een gevoel van betekenis kunnen geven en bij kunnen dragen aan een voor hen zinvolle dagbesteding. In de zorg zou daarom standaard gevraagd moeten worden aan mantelzorgers en aan bewoners wat zij (nog) kunnen en willen doen. Luisteren naar de ouderen zelf en vervolgens de inbreng van de oudere een plek geven in het ondersteuningsaanbod. Evenals in de zorg voor mensen met een chronische ziekte (Vrijhoef, 2010) wordt in de zorg voor ouderen in de dagelijkse praktijk en bij onderzoek nog te veel uitgegaan van het perspectief van zorgverleners en te weinig rekening gehouden met de ondersteunings- en zorgvraag van de oudere. De vraag is hoe en in welke mate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen maximaal



kunnen participeren in de praktijk van alle dag. Het antwoord zit in de volgende vier P's. (1) People (patiënten, familie, mantelzorgers en zorgprofessionals), (2) Places (daar waar de zorg geleverd wordt) en (3) Participation (samen de zorg vormgeven en uitvoeren). (4) Passie voor zorg is hierbij essentieel (www.tedxMaastricht.nl). De vier P's vormen binnen het lectoraat een raamwerk voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van projecten.

Vanuit de lectoraatsthema's *Het geven van menswaardige / belevingsgerichte ondersteuning en zorg en Bouwstenen voor het nieuwe verzorgings- en verpleeghuis* wordt het visieproject in zorgcentrum Leppehiem in Akkrum uitgevoerd. In dit project wordt gekeken naar de praktische vertaling van de visie op de werkvloer en de theoretische verbinding van de visie met modellen in de ouderenzorg.

Twee andere lectoraatsprojecten gericht op zorg, waarvoor een subsidie-aanvraag is ingediend, zijn: (1) ontwikkeling en toetsing van Internationale zorgpaden, zorg- en behandeltrajecten, op het gebied van decubitus, vallen en ondervoeding. Een omvangrijk project bestaande uit een co-productie met het collega-lectorat 'iHuman | Welzijn Zorg Digitaal' en een aantal zorgorganisaties en universiteiten in Duitsland, Oostenrijk en Engeland en (2) het project 'Thuiszorg voeden met kennis - ouderen beter gevoed'. Dit project is een samenwerkingsverband tussen veel partners, waaronder het lectoraat 'iHuman | Welzijn Zorg Digitaal', Hogeschool Van Hall Larenstein, de afdeling Geriatrie van het Medisch Centrum Leeuwarden, Stichting Palet, het ZorgInnovatieForum (ZIF) en Zorggroep Noorderbreedte. Het project is gericht op de verbetering van de samenwerking tussen thuiszorg en ziekenhuis en op het scholen van de thuiszorgprofessionals om ondervoeding, een belangrijk en veel voorkomend probleem bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie, te herkennen, voorkomen en behandelen.



“Cheshire Kat, vroeg Alice, wil jij mij alsjeblieft vertellen welke kant ik op moet vanaf hier? Dat ligt er voornamelijk aan waar jij naar toe wil, zei de Kat.”

Alice in Wonderland 1865,
Lewis Carroll, pseudoniem van Charles Lutwidge Dodgson 1832-1898

6. De HBO professional

Welke gevolgen hebben de geschetste ontwikkelingen voor de HBO professional? De huidige stand van zaken in de ouderenzorg is dat er weinig HBO professionals werken.

Dit geldt zowel voor HBO-verpleegkundigen als welzijnswerkers en geldt zowel in de intramurale zorg als in de zorg thuis. Dit terwijl er een belangrijke rol is weggelegd voor de HBO professional in de ouderenzorg. Denk bijvoorbeeld aan de HBO'er als casemanager, de HBO'er als gesprekspartner in ketenzorg en de rol die de HBO'er kan vervullen als voortrekker bij innovaties in de zorg.

In het kader van het onderzoek van Melis (2008) valt te concluderen dat er in de eerstelijnszorg in het kader van het toenemend aantal kwetsbare ouderen thuis behoefte is aan verpleegkundigen die een specialisatie geriatric en gerontologie hebben. Professionals die tijdens hun opleiding geleerd hebben om te gaan met complexe problemen. Mensen die met verschillende disciplines kunnen samenwerken. Mensen die in staat zijn om voor nieuwe situaties ook nieuwe oplossingen te bedenken en zelflerend vermogen hebben.



Mensen die initiatiefrijk en creatief zijn. Van een HBO opgeleide mag je ook verwachten dat hij of zij in staat is om zijn team te motiveren en te ondersteunen en het eigen werk te organiseren en zelf te initiëren. De HBO'er moet hierbij in staat worden geacht om zowel met de voeten in de uitvoeringspraktijk te kunnen staan als ook een vertaling te kunnen maken naar management en organisatievraagstukken. De HBO'er is bij uitstek de verbindende schakel en zou zich daar meer op mogen profileren (Finnema en Goumans, 2009).

Om meer HBO professionals in de ouderenzorg te laten werken moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan in de HBO-opleidingen zorg en welzijn en in het werkveld. Voor de opleidingen geldt dat er tot op heden weinig specifieke aandacht is voor ouderen in de curricula van de Bacheloropleidingen binnen zorg en welzijn.

Een ontwikkeling binnen de HBO-verpleegkunde opleiding is het competentieprofiel voor de HBO verpleegkundige gerontologie en geriatrie (HBO-VGG). Dit profiel is ontwikkeld door ACTIZ in samenwerking met HBO-opleidingen (Mast en Van Vliet, 2007). Het HBO-VGG profiel leidt op tot HBO verpleegkundigen met extra kennis op het terrein van ouderen. Momenteel vindt in een aantal proeftuinen de implementatie van de HBO-VGG'er in de ouderenzorg plaats.

Ook binnen de welzijnsopleidingen is extra aandacht voor ouderen gewenst. Onbekend maakt onbemind. Wanneer in de opleidingen weinig tot geen aandacht is voor ouderen en ouderenvraagstukken zullen weinig studenten na hun opleiding kiezen voor een baan in de ouderenzorg.

Een positieve ontwikkeling is de nieuwe bacheloropleiding Toegepaste Gerontologie die is ontwikkeld door Windesheim en Fontys hogescholen. September 2010 is de opleiding voor het eerst gestart in Zwolle en Eindhoven. De opleiding leidt op tot bijvoorbeeld adviseur, beleidsmaker, ondernemer of casemanager en sluit daarmee goed aan op de hierboven beschreven rol van de HBO'er binnen de ouderenzorg.

De ouderenzorg is boeiend en afwisselend. Compassie is een van de belangrijkste drijfveren om voor een loopbaan in de zorg te kiezen. Veel mensen verliezen in de praktijk deze drijfveer door werkdruk, protocollen, richtlijnen, of checklists.

Om het slechte imago van werken in de ouderenzorg te veranderen, liggen een aantal opties voor de hand: Beloon werkers in de ouderenzorg met ontwikkelmogelijkheden en een vergelijkbaar salaris als hun ziekenhuiscollega's, geef hun de mogelijkheid tot een leven lang leren, kortom richt je op goed werkgeversschap. Laat mensen trots zijn op het werken met ouderen.

Zorg daarnaast voor functiedifferentiatie in de zorg. Laat helpenden en verzorgenden niet over aan te complexe zorgsituaties. Geef HBO-verpleegkundigen een rol in de ouderenzorg samen met nurse practitioners en physician assistants. Op deze wijze kan taakdifferentiatie tot stand komen en kunnen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zich meer dan nu vaak het geval is richten op hun eigenlijke taken en verantwoordelijkheden en kan de zorg doelmatiger en efficiënter.

Vanuit deze visie is vanuit het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd, de HBO-Verpleegkunde opleiding en de afdeling Welzijn van de NHL Hogeschool het initiatief genomen om met ouderenzorgorganisaties gericht op zorg thuis en de intramurale ouderenzorg gezamenlijk een plan van aanpak te ontwikkelen om een goede werkplek voor HBO'ers in de ouderenzorg te realiseren. Hierbij wordt aangesloten bij het ACTIZ project gericht op het implementeren van HBO-verpleegkundigen in de ouderenzorg (zie ook Goumans en Finnema, 2010 en www.HBO-VGG.net).

Tegelijkertijd wordt vanuit het lectoraat samengewerkt met alle lectoren en betrokken docenten op het gebied van Welzijn van de NHL Hogeschool en de Hanzehogeschool Groningen in de nieuwe Masteropleiding Social Work die vanaf 2011 start.

Binnen de NHL wordt door het lectoraat actief geparticipeerd in een gezamenlijk project van de HBO Verpleegkunde opleiding, de opleidingen van de afdeling Welzijn en het lectoraat gericht op herziening van de curricula. Doel hiervan is gerontologie en geriatrie een duidelijk onderdeel van de bacheloropleidingen op het gebied van zorg en welzijn te laten zijn. Colleges, werkveldopdrachten, stagemogelijkheden en (onderzoeks) projecten op het brede terrein van de zorg voor ouderen maken hier deel van uit.



“Wanneer je snel wilt, ga alleen;
wanneer je ver wilt, ga samen.”

Afrikaans gezegde

Dankwoord

Tot slot, wat wil ik bereiken met de verschillende projecten en activiteiten van het lectoraat? Met in het achterhoofd de in deze lectorale rede geschetste ontwikkelingen, wil ik een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van kwalitatieve, menswaardige ouderenzorg.

Om dit te realiseren moeten we kunnen afwijken van de begane paden en met een creatieve insteek zoeken naar innovatieve oplossingen. Verbeterinitiatieven in de ouderenzorg nemen veelal nog te weinig afstand van de huidige situatie, terwijl meer van het reeds aanwezige geen optie is. Oplossingen voor vraagstukken in de ouderenzorg liggen mogelijk ook bij andere sectoren; bijvoorbeeld bij de vervoer-, industrie-, of recreatiesector en bij de ouderen zelf. Zij moeten vooral een stem van betekenis krijgen.

Dit is een mooie uitdaging waar wij ons vanuit het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd graag op richten. We zijn ambitieus, we hebben er zin in en gaan de mogelijkheden exploreren en ervaren om vanuit het lectoraat een bijdrage te leveren aan het realiseren van innovaties in de ouderenzorg. Dit kan niet zonder medewerking, steun, enthousiasme en inspiratie van veel mensen.



In de wetenschap onvolledig te zijn, dank aan:

- ▶ Het bestuur van de A.S. Talmastichting voor het initiatief voor en financiering van het lectoraat
- ▶ De directies van de Talmahuizen voor de wijze waarop het lectoraat ontvangen is binnen de Talma-organisaties en de medewerkers van de Talmawerkgroep voor hun betrokkenheid bij het lectoraat
- ▶ Het College van Bestuur van de NHL Hogeschool voor het vertrouwen dat zij in het lectoraat stelt
- ▶ De directie en hoofden van het Instituut Zorg en Welzijn. Willie van der Galiën, Klaus Boonstra en Harrie Dijkstra bedankt voor jullie enthousiasme, vertrouwen en de prettige samenwerking
- ▶ De collega-lectoren, kenniskringmedewerkers en de staf van het Instituut voor Zorg en Welzijn voor hun collegialiteit. Mijn wens is om samen tot mooie projecten te komen
- ▶ De docenten en studenten van de verschillende opleidingen van zorg en welzijn. Gezamenlijk kunnen we de ideale verbinding leggen tussen lectoraat en onderwijs
- ▶ Collega's uit Rotterdam, familie en vrienden. Jullie onvoorwaardelijke steun en belangstelling is onmisbaar en stel ik erg op prijs
- ▶ Dank niet in de laatste plaats aan Richtsje Andela, Petra Huizenga, Job van 't Veer, Elles Kooij, Ankie de Haas en Dick Wielenga, de kenniskringmedewerkers die enthousiast en betrokken zijn. Samen moeten wij het doen

Dank tot slot aan Luc, Jort en Kiki. Jullie zijn mijn alles!



Dick Wielenga



Richtsje Andela



Elles Kooij



Evelyn Finnema



Petra Huizenga



Ankie de Haas



Job van 't Veer

Kenniskring

Evelyn Finnema

is HBO-verpleegkundige en gezondheidswetenschapper en lector van het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg voor mensen op hoge leeftijd. Daarnaast is zij lector Inhoudelijke Samenhang in de Ouderenzorg aan de Hogeschool Rotterdam.

Richtsje Andela

is HBO-verpleegkundige en gezondheidswetenschapper en staffunctionaris bij het Medisch Centrum Leeuwarden. Zij is gepromoveerd op verpleegkundige zorg aan kwetsbare ouderen in het ziekenhuis. Binnen de kenniskring is zij bezig met projecten gericht op zorg aan kwetsbare ouderen.

Ankie de Haas

is HBO-verpleegkundige en werkt bij de Welzijnsopleidingen als docent, coach en voorzitter van de examencommissie. In september 2010 is ze gestart met de Master 'Leren en Innoveren'. Ze is bezig met een onderzoek naar de aansluiting MBO-HBO. Om ervaring op te doen in het doen van onderzoek participeert ze als trainee in het lectoraat.

Petra Huizenga

is HBO-verpleegkundige en werkt als docent Verpleegkunde bij de HBOV. Zij heeft in juli 2010 haar Masteropleiding Pedagogiek afgerond. Vanuit het lectoraat liggen haar ambities bij het verbeteren van de positie van ouderen met betrekking tot eigen autonomie in relatie tot wonen, welzijn en zorg en de positionering van de HBO'er binnen de ouderenzorg.

Elles Kooij

bemant het secretariaat van de lectoraten van het Instituut voor Zorg en Welzijn waaronder het Talmalectoraat 'Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd'. Daarnaast draagt zij zorg voor het websitebeheer en de nieuwsflits.

Job van 't Veer

is docent Psychologie bij de Welzijnsopleidingen. In 2006 promoveerde hij op onderzoek naar de stigmatisering van psychiatrische patiënten en hoe dit hun deelname aan het maatschappelijk leven belemmert. In zijn onderzoek is vermaatschappelijking van kwetsbare groepen een terugkerend thema. Binnen het lectoraat richt hij zich op 'ouderenparticipatie' en hoe het bevorderen hiervan kan bijdragen aan het welzijn van de doelgroep.

Dick Wielenga

werkt als docent bij de HBOV. Hij is zijn carrière begonnen als ziekenverzorgende en later als HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg. Dick is in 2010 gestart met de Masteropleiding Pedagogiek 'Leren en innoveren' en doet vanuit deze studie onderzoek naar de positionering van de HBO-V'er binnen de ouderenzorg. Binnen het lectoraat levert hij als trainee een bijdrage aan de professionele ontwikkeling en ondersteuning van werkers in de ouderenzorg.

Talmalectoraat

Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd



Literatuur

Abma (2010). *Ouderen zijn tandeloze tijgers. Meer aandacht voor de stem van ouderen*. Inaugurele rede. Vrije Universiteit Amsterdam.

Andela (2009). *Frailty in the clinical practice of nursing care*. Academisch Proefschrift. Rijksuniversiteit Groningen.

Arcares, AVW, LOC, NVVA, Sting (2005). *Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg*. Utrecht.

Becker HM (2003). *Levenskunst op leeftijd. Gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld*. Delft: Eburon Uitgeverij.

Becker HM (2007). *De ja-cultuur als instrument voor humanisering van de zorg*. UniBook.com

Bergman H, Beland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C (2004). Developpement d'un cadre de travail pur comprendre et etudier la fragilite. *Gerontologie et Societe*, 109, 15-29.

Berg Jeths A, Timmermans JM, Hoeymans N en Woittiez IB (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Boer AH de (2006). *Rapportage Ouderen 2006*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Bootsma-van der Wiel A. (2002). *Disability in the oldest old*. Leiden.

Campen C van (2008). *Grijswaarden. Monitor Ouderenbeleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Cordia A en Schikhof Y (2008). *Stand van Zaken Vraaggestuurde (Zorg-)Domotica op Zuid*. Rapport, Hogeschool Rotterdam.

Couwenberg (2010). Ontwikkelingsmogelijkheden derde levensfase. *Civis Mundi Tijdschrift voor Politieke Filosofie en Cultuur*, 28 september.

Croezen S (2010). *Social relationships and healthy ageing. Epidemiological evidence for the development of a local intervention programme*. Academisch proefschrift, Wageningen University.

Deeg DJH en Puts MTE (2008). Kwetsbaarheid bij ouderen: predictoren en gevolgen. *Verpleegkunde*, 23 (1), 12-23.

Deursen JAM van (2010). *Internet skills, vital assets in an information society*. Academisch proefschrift, Universiteit Twente.

Draak M den (2010). *Oudere tehuusbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dröes RM (2010). *Omgaan met de gevolgen van dementie: het psychosociale perspectief*. Inaugurele rede. Vrije Universiteit Amsterdam.

Dröes RM, Finnema EJ (2001). Belevingsgerichte zorg bij dementie: theorie en dagelijkse zorg. *Denkbeeld*, 13 (4), 6-10.

Dröes RM, De Lange J, Finnema EJ, Van der Kooij C (2002). Belevingsgerichte zorg bij dementie: aanbevelingen voor de toekomst. *Denkbeeld*, 14 (3), 8-11.

Duin C van (2009). *Bevolkingsprognose 2008–2050: naar 17,5 miljoen inwoners*. CBS Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2009. Den Haag/Heerlen: CBS.

Eggink EJ, Jonker J, Sadiraj K en Woittiez I (2009). VeVeRa-111. *Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030. Modelbeschrijving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Ettema TP (2007). *The construction of a dementia-specific quality of life instrument rated by professional caregivers: the Qualidem*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

Finnema EJ (2000). *Emotion-oriented care in dementia: a psychosocial approach*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.

Finnema EJ, Dröes RM, Ribbe MW & Tilburg W van (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics; implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14 (2), 68-80.

Finnema EJ, Dröes RM, Ribbe MW & Tilburg W van (2000). The effect of emotion-oriented care approaches on persons with dementia: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (2), 141-161.

Finnema EJ, Lange J de, Dröes RM, Ribbe MW & Tilburg W van (2001). The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing*, 35 (5), 728-740.

Finnema EJ, Dröes RM, Ettema T, Ooms M, Ader H, Ribbe MW & Tilburg W van (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants; a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330-343.

Finnema EJ, De Lange J, Dröes RM (2002). Belevingsgerichte zorg bij dementie: een onderzoek naar de meerwaarde en de kosten. *Denkbeeld*, 14 (2), 8-12.

Finnema EJ, De Lange J, Dröes RM, Ribbe M en Tilburg, W van (2003). Kwaliteit van verpleeghuiszorg. Verandert de mening van familieleden na het invoeren van belevingsgerichte zorg? *Verpleegkunde*, 18 (2), 103-113.

Finnema EJ, De Lange J, Dröes RM (2003). Belevingsgerichte zorg bij dementie: een onderzoek naar de meerwaarde en de kosten. *Fysioscoop*, 5 (10), 15-16.

Finnema EJ, De Lange J, Dröes RM (2003). Belevingsgerichte zorg bij dementie: deel 2 (slot). *Fysioscoop*, 6 (10), 9-10.

Finnema EJ en Goumans MJB (2009). *Samenhang in de Ouderenzorg. Heel de mens telt!* Openbare les Hogeschool Rotterdam.

Flapper T en Vries W de (2010). *Publieksversie Goed Wonen in de Toekomst*. Leeuwarden: Partoer CMO Fryslan.

Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken. *Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag.

Gezondheidsraad (2009). *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag.

Gobbens R (2010). *Frail elderly. Towards an integral approach*. Academisch proefschrift, Universiteit van Tilburg.

Goumans M en Finnema E (2008). Integrale ouderenzorg-integrale hulpverleners? *Geron*, 10 (3), 35-38.

Goumans MJB en Finnema EJ (2009). Integrale ouderenzorg – integrale hulpverleners? In M. de Coole & T. Verlaan (red.), *Ouderenzorg met toekomst*. Amsterdam: SWP

Goumans M en Finnema E (2010). *De inzet van de HBO-verpleegkundige Gerontologie en Geriatrie in de ouderenzorg. Een maatschappelijke businesscase*. Onderzoeksrapport, Hogeschool Rotterdam.

Graas T, Slaets J, Braak ter G, Schuylenburg van L en Albertsnagel-Thijssen E (2008). Meer dan gezondheid. In *Medisch Contact*, 13, (63), 553-557.

Groenewoud H, Egers I, Pool A en Lange J de (2008). *Evaluatie onderzoek van de pilot casemanagement dementie in de regio Delft Westland Oostland 2005-2007*. Eindrapport. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam kenniskring Transitie in Zorg.

Gussekloo J, Craen AJM de, Exel E van, Bootsma-Van der Wiel A en Westendorp RGJ (2004). Oorzaken en gevolgen van cognitieve achteruitgang op hoge leeftijd; de 'Leiden 85-plus Studie'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 979-982.

Haan J de, Klumper O en Steyaert J (2004). *Surfende senioren. Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Den Haag: SCP.

Hamers JPH (2005). *De ouderenzorg verdient beter* (p<0.001). Inaugurele rede, Universiteit Maastricht.

Hoefnagels WHL (2006). *Van oude mensen, de dingen, die voorbijgaan...* Afscheidsrede, Radboud Universiteit Nijmegen.

Hollander AEM, Hoeymans N, Meise JW, Oers JAM van en Polder JJ (2006). *Zorg voor Gezondheid. Volksgezondheid Toekomstverkenning 2006*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Houweling H (1987). Warme Zorg, een visie op psychogeriatrische zorgverlening. *BKZ, tijdschrift voor bejaarden- kraam- en ziekenverzorging*, 2, p. 39-42

Jukema JS (2011), *Bewarende zorg; een visie voor verzorgenden en verpleegkundigen*. Academisch proefschrift. Universiteit Utrecht: Utrecht

Keizer B (1994). *Het refrein is Hein. Leven en sterven in een verpleeghuis*. Nijmegen/Amsterdam: SUN.

Kerk de M (red.) (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Rapportage ouderen 2004. Den Haag: SCP.

Klerk de M en Schellingerhout R (2006). *Ondersteuning gewenst*. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Den Haag: SCP.

Klinkenberg T van den en Willemse H (2007). *Thuis Wezen. Gesprekken over waardige zorg*. Amsterdam/Soesterberg: Vereniging het Zonnehuis.

Kooij CH van der (2006). *Betrokkenheid als basis voor het zorgplan*. Apeldoorn: Zorgtalent producties.

Lange J de, Dröes RM, Finnema E, Kooij C van der (1999). Aansluiten bij de belevingswereld; effectieve zorg voor dementerenden. *Alzheimer Magazine* (12), 16-9.

Lende B van der, Moree van Cappellen G, Linden van der – Den Hartog C en Bruijn B de (2009). *Seniorenkracht. Over regiebehoud en betekenisvol leven tussen de ZZP's*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Manting D en Vernooij F (2006). *Waar wonen ouderen nu en in 2025?* In Bevolkingstrends 3e kwartaal 2006. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Mast J en Vliet M van (2007). *HBO competentieprofiel Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie* (VGG). Utrecht: Vilans.

Melis R (2008). *Caring for vulnerable older people who live in the community*. Academisch proefschrift. Radboud Universiteit, Nijmegen.

Melis R, Eijken van M, Teerenstra S, Achterberg van A ea (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on Geriatric syndromes in vulnerabel older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 3 (63A), 283-290

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Beleidsagenda 2009*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Beleidsagenda 2011*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Munnichs JC, Knipscheer N, Stevens, T. van Knippenberg (1995). *Ouderen en zingeving*. Baarn: Ambo.

Poortvliet MC, Gerritsen DL, Beek APA van, Spreeuwenberg PPM, Leeuw JRJ de en Wagner C (2007). *Kwaliteit van leven in de V&V sector. De samenhang tussen kwaliteit van leven van cliënten en kenmerken van de instelling*. Utrecht: Nivel.

Ploeg E Van der (2009). *Care for vulnerable older persons: need, utilization and appropriateness*. Academisch proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Pijnappels C en Finnema EJ (2010). *Gelukkig oud worden in Rotterdam. Woonwensen van Rotterdamse senioren*. Onderzoeksrapport. Hogeschool Rotterdam.

Roosmalen van G, Marcoen A (2007). Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 134-146

Rockwood K (2005). Frailty and its definition: a worthy challenge. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (6), 1069-1070.

Ross-van Dorp (2006). *Voortgangsrapportage Zorgzwaartefinanciering*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Roszak Th (2001). *The longevity revolution. As boomers become elders*. USA: Berkeley Hills Books.

Runia K en Renou M (2010). *Wordt de cliënt op tijd uit bed gehaald? Tja, wiens tijd?* Een verkenning naar aanvullende kwaliteitsindicatoren voor de ouderenzorg. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Sociale Interventie (LESI).

Schnabel P (2009). Anders in beeld: de oudere aan het begin van de 21e eeuw. *Geron*, 10 (4), 4-8.

Schuurmans JEHM (2004). *Promoting Well-being in frail elderly people*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Schuurmans MJ en Duijnste MSH (2003). *Ouder worden blijvend in balans, een dagelijkse zorg*. Lectorale rede, Hogeschool Utrecht.

Sociaal en cultureel planbureau (SCP)(2006). *Raportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

Sipsma D (2008). *Van oude mensen, de dingen die gaan komen*. Amsterdam: Cossee.

Smits C (2009). *De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen*. Lectorale rede, Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle.

The AM (2005). *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Thoeis.

Veenhoven R (2009). *Geluk is geen oppervlakkig hedonisme*. Interview. Human.nl

Verkooijen L (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Academisch proefschrift, Universiteit voor Humanistiek. Utrecht.

Verzijden D, Fransen J (2004). *Vergrijzing in Nederland*. Amsterdam: Veldkamp.

Vrijhoef HJM (2010). *Chronisch zieken hebben de toekomst*. Inaugurele rede. Universiteit van Tilburg.

Dr. Evelyn Finnema (1968) is lector van het Talmalectoraat Wonen, Welzijn en Zorg op hoge leeftijd binnen het Instituut Zorg en Welzijn aan NHL Hogeschool. Daarnaast is zij lector Samenhang in de Ouderenzorg aan de Hogeschool Rotterdam en toezichthouder in de zorg. Zij heeft een achtergrond als HBO-verpleegkundige en gezondheidswetenschapper en ontwikkelde zich tot een breed georiënteerde onderzoeker op diverse terreinen van de gezondheidszorg waaronder geestelijke gezondheidszorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, thuiszorg en ouderen zorg. Zij is gepromoveerd op belevingsgerichte zorg voor verpleeghuisbewoners met dementie en hun verzorgenden.

De focus van haar onderzoek kenmerkt zich door de jaren heen door een duidelijke gerichtheid op: 'mens(w)aardige ondersteuning aan en zorg voor kwetsbare mensen'.

