

Evelyn Finnema en Marleen Goumans

# Samenhang in de Ouderenzorg

## Héél de mens telt



# Inhoudsopgave

<b>3</b>	<b>Inleiding</b>
<b>9</b>	<b>Aanleiding</b>
<b>13</b>	<b>De opgaven</b>
<b>19</b>	<b>Doelgroep lectoraat</b>
<b>23</b>	<b>Recente ontwikkelingen</b>
<b>31</b>	<b>Het organiseren van samenhang</b>
<b>39</b>	<b>Dankwoord</b>
<b>41</b>	<b>Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg</b>
<b>42</b>	<b>Literatuur</b>
<b>48</b>	<b>Colofon</b>





# Inleiding

Dames en heren, familie, vrienden, collega's, vakgenoten, zorgverleners en andere geïnteresseerden. Welkom bij de openbare les van het lectoraat Samenhang in de Ouderenzorg. Samenhang in de ouderenzorg. Een uitdagende titel voor een lectoraat. Waarom uitdagend? Omdat samenhang in het huidige ondersteunings- en dienstverleningsaanbod aan ouderen veelal ver te zoeken is. Het vormt bijna een tegenstelling met de individualiteit van de huidige en toekomstige ouderen en hun persoonlijke wensen en behoeften. Dé oudere bestaat niet en de diversiteit in het aanbod van zorg en ondersteuning is enorm waardoor de ouderenzorg eveneens niet bestaat. Bovendien impliceert samenhang, samenwerking. Samenwerken door verschillende zorg- en ondersteuningsprofessionals werkzaam in verschillende organisaties op het terrein van wonen, zorg en welzijn.

De veelheid aan veranderingen op het gebied van wet-en regelgeving, financiering, beleid, vakinhoud en wensen van de betrokkenen zelf, is niet altijd eenvoudig te scharen onder de term Samenhang in de Ouderenzorg, het lectoraat waar Evelyn Finnema en Marleen Goumans, wij, samen met een kenniskring bestaande uit Rens Martijn, Christine Pijnappels en Yvonne Schikhof, inhoud en richting aan geven.

Maar onverlet de ingewikkeldheid om samenwerking en samenhang te realiseren, de aandacht ervoor en het werken eraan is een erkenning van het feit dat de oudere als heel de mens telt.

Het lectoraat is verdeeld in twee aandachtsgebieden: inhoudelijke samenhang en organisatorische samenhang. Evelyn Finnema staat voor de inhoudelijke samenhang en Marleen Goumans is verantwoordelijk voor de organisatorische samenhang in de ouderenzorg. In deze openbare les presenteren wij hoe wij vanuit het lectoraat hier vorm aan willen geven.

Allereerst ter illustratie van de ontwikkelingen in de ouderenzorg en ter onderbouwing van onze motivatie hier een bijdrage aan te leveren, een beschrijving van Evelyn's kennismaking met de ouderenzorg:





Ruim twintig jaar geleden maakte ik als eerstejaars HBO-verpleegkunde student voor het eerst kennis met ouderenzorg. Ik liep toen een zogeheten 'snuffelstage' op een verpleegafdeling van een verzorgingshuis.

Hoe was de situatie toen?

"Er was sprake van een gang met drie zespersoonskamers, twee voor vrouwen en een voor mannen, een tweepersoons- en een eenpersoonskamer die gezamenlijk de verpleegafdeling vormden. De eenpersoonskamer was voor bewoners die binnen niet al te lange tijd zouden sterven, de tweepersoonskamer vormde een voorportaal voor de eenpersoonskamer. De kamers waren ingericht als ziekenhuiszaal met stalen bedden van elkaar gescheiden door gordijnen. Persoonlijke bezittingen beperkten zich tot een verdwaalde klok op de gang en een foto van partner en kinderen op het eveneens stalen nachtkastje.

Om half acht begon de vroege dienst, gekleed in wit uniform, met het wassen en aankleden van de bewoners. Sommige bewoners waren op dat tijdstip, ter ontlasting van de vroege dienst, al door de nachtdienst gewassen. Zij hadden al ontbijt op bed gehad en hoefden alleen nog maar aangekleed en naar de recreatiezaal gereden. Het streven was alle bewoners zo snel mogelijk in de kleren te krijgen. Voor bewoners die nog niet echt wakker waren en het liefst nog even wilden blijven liggen werd geen uitzondering gemaakt. Desnoods werden mensen letterlijk aan hun handen en voeten uit het bed getrokken, waarna ze voor straf even op de vloer moesten blijven liggen om vervolgens door een paar verzorgenden in een rolstoel gezeuld te worden en naar de recreatiezaal gereden. Daar werden ze overgetild in een stoel met een kunstlederenbekleding en vastgezet met een zogenaamde Zweedse band. Voor zich hadden de meeste bewoners een formica-achtig plateau dat werd vastgeschroefd aan de stoel. Op deze wijze werd getracht valincidenten te voorkomen. Tegelijkertijd werden de bewoners wel erg in hun vrijheid beperkt. Opstaan kon alleen met hulp van de zuster. De plateaus werden in de loop van de dag door vele bewoners gebruikt om hun hoofd op te leggen. Ik vond dit een aangrijpend gezicht en het moeten gebruiken van een sleutel om mensen uit hun stoel te helpen gaf mij een behoorlijke mate van stress. Naast het mensonterende aspect ervan, maalden er allerlei praktische vragen door mijn hoofd. "Wat als er brand uitbreekt, hoe dan alle bewoners het gebouw uit te krijgen?".



In een rap tempo werden de bewoners de recreatiezaal ingerold, overgezet op de genoemde stoelen en op willekeurige plaatsen neergezet. Een ieder kreeg koffie of thee en de verzorging stortte zich op het netjes maken van de slaapzalen.

Na de koffie- en thee werden de bewoners een voor een naar de toiletten gebracht. Vaak ter verschoning van het incontinentiemateriaal. Deze toiletrondes herhaalden zich een aantal keren gedurende de dag. Bewoners die tussentijds aangaven naar de wc te moeten, werden meestal te verstaan gegeven dat ze net geweest waren dan wel nog even moesten wachten op de volgende ronde.

Na de toiletrondes hadden de verzorgenden pauze. Het beleid was dat dan 1 verzorgende achterbleef bij de bewoners. Dit werd door het personeel ervaren als niet prettig. Het kwam voor, wanneer het afdelingshoofd bijvoorbeeld een overleg had, dat de recreatiezaal met de bewoners er in op slot werd gedaan, zodat toch alle verzorgenden gezamenlijk in de verpleegpost konden koffiedrinken.

Gezellig. Tijdens het koffiedrinken werden oude Libelles, Margrieten en Privé's doorgebladerd. Na enige tijd werd de zitting opgeheven en niet lang daarna kwamen de karren met warme maaltijden op de afdeling. Om half twaalf werd warm gegeten. Bewoners werden veelal geholpen met het eten, gevoerd. De bedoeling was dat je als verzorgende meerdere mensen tegelijk kon helpen.

Na de maaltijd volgde een toiletronde, moesten bewoners rusten en was er voor de verzorgenden weer sprake van een uitgebreide leessessie in de bladen. Ik verbaasde mij over de afwisseling van hectiek en verveling gedurende de dag. 's Ochtends moest alles snel, snel, snel en kwam je handen tekort, daarna waren er momenten dat er nauwelijks iets gedaan werd. De zorg was gericht op lichamelijke verzorging en aan activiteiten en bezigheden voor en psychisch welbevinden van bewoners werd niet of nauwelijks aandacht gegeven. De dienst werd dagelijks afgesloten met de bewonersrapportage, "geen bijzonderheden".

Huilend deed ik op school verslag van mijn ervaringen. Ik wist zeker dat ik nooit meer iets met de ouderenzorg te maken wilde hebben".

Zoals u ziet heeft Evelyn dit voornemen niet volgehouden. Getriggerd door deze ervaring heeft zij om het verschil te kunnen maken promotieonderzoek gedaan naar de meerwaarde van belevingsgerichte zorg voor verpleeghuisbewoners met dementie en hun verzorgenden (Finnema, 2000) en vandaag staat zij hier als lector Samenhang in de



Ouderenzorg vanuit het besef dat je als stagiaire niet veel meer kan doen dan waarnemen, maar dat je als lector daadwerkelijk een verschil kan maken.

Ook nu nog verschijnen regelmatig alarmerende berichten in de pers over de slechte kwaliteit van zorg in de thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen. Toch is er, zeker wanneer je de huidige situatie vergelijkt met de schokkende situatieschets van ruim twintig jaar geleden, sprake van positieve veranderingen in de ouderenzorg. Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven staan hoog in het vaandel. Eigen regievoering over het leven wordt hierbij belangrijk gevonden, zowel door mensen in de thuissituatie als mensen die in een woonzorgvoorziening verblijven (Verkooijen, 2006). Er is aandacht voor het woon- en leefklimaat van ouderen. Verzorgenden krijgen handvatten in hun opleiding hoe om te gaan met ouderen. Ook op HBO-opleidingen komt steeds meer aandacht voor de ouderenzorg. Er is een landelijk competentieprofiel voor de HBO-verpleegkundige gerontologie en geriatrie ontwikkeld (Mast en Van Vliet, 2007). Op verschillende HBO-instellingen zijn collega lectoren op het terrein van de ouderenzorg aangesteld. Momenteel loopt er een vanuit het ministerie van VWS gefinancierd programma, het Nationaal Programma Ouderenzorg, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning aan ouderen.

De ouderenzorg is kortom een boeiende sector en wij vinden het een grote eer en uitdaging om het door het Laurens concern gefinancierde lectoraat aan de Hogeschool Rotterdam vanuit het perspectief van de (inhoudelijke en organisatorische) samenhang vorm te geven.









# Aanleiding

Ons lectoraat is een zogeheten bijzonder lectoraat. Dit betekent dat het niet wordt gefinancierd door overheidssubsidies, maar volledig wordt betaald door een instelling op het gebied van wonen, diensten en zorg voor ouderen, Laurens. Laurens is samen met fusiepartner Zorg Compas de grootste werkgever in de regio Rotterdam op het gebied van wonen, diensten en zorg. De organisatie heeft ruim vijftig locaties, woongebouwen en steunpunten, verspreid over bijna alle wijken in het Rotterdam, Lansingerland, Barendrecht, Capelle a/d IJssel en Oostvoorne.

Vanuit dit werkveld is behoefte aan goed geschoolde zorgprofessionals. Laurens is een voorstander van het actief inzetten van op onderzoek gebaseerde kennis in de opleidingen en uiteindelijk ook in de praktijk. Het gaat daarbij zowel om *evidence based practice* als om *practice based evidence* (kennis uit onderzoek en werkzaamheid in de praktijk). Naast het bijscholen en continue leren op de werkplek van professionals, gaat het ook om middelbaar geschoolde zorgprofessionals die vanuit de Regionale Opleidings Centra (ROC's) met eigentijdse kennis en competenties de arbeidsmarkt instromen. Een andere relevante groep is de hoger geschoolde zorgprofessional. Mensen worden ouder en met het ouder worden ontstaan ook meer en meer complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Het inzetten van lager en middelbaar geschoold zorgpersoneel volstaat niet meer in alle zorgsituaties. Bovendien vraagt samenwerking tussen zorgaanbieders, ketenzorg, om medewerkers die niet alleen goed zijn in de primaire zorgverlening, maar ook kunnen samenwerken met zorgprofessionals van andere organisaties, zoals ziekenhuizen. Bij Laurens staat goede zorg- en dienstverlening hoog in het vaandel. Het instellen van het lectoraat en de verbinding die zij hiermee legt met hoger onderwijs is een van de middelen die Laurens inzet in het bereiken en handhaven van goede zorg- en dienstverlening. Aan de andere kant is vanuit het Instituut voor Gezondheidszorg van de Hogeschool Rotterdam 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 echter dat ouderen niet interessant zijn. Met het installeren van een hogeschooldocent ouderen in combinatie met 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 de studenten de kans kennis te maken met de vele mogelijkheden die de ouderenzorg voor hen biedt als professional.

Laurens en de Hogeschool Rotterdam 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 tussen beide organisaties. Een speerpunt van de Hogeschool Rotterdam is *Outside In, Inside Out*: de Hogeschool streeft er naar de buitenwereld op te nemen in het onderwijs en tegelijkertijd het onderwijs een plek te geven in de Rotterdamse samenleving. Ons Laurens lectoraat biedt hier een mooie kans toe.







# De opgaven

De hoofdtaak van het lectoraat is onderzoek, kennisverwerving, -implementatie en -disseminatie. Professionaliseren van docenten en actief bijdragen aan onderwijs en onderwijsvernieuwing maken hier deel van uit. Onderzoek wordt gedaan met 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 wordt bijgedragen 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 ons 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 en dit draagt vervolgens weer bij aan de verbetering van kwaliteit van zorg.

Lectoraten hebben een belangrijke rol in het leggen van verbindingen tussen werkveld, praktijk en de opleiding van de toekomstige zorgprofessionals. Doordat het lectoraat Samenhang in de Ouderenzorg gefinancierd wordt door de Rotterdamse ouderenzorgorganisatie Laurens en geïnstalleerd is binnen de Hogeschool Rotterdam is de ideale basis voor verbinding van werkveld en Hogeschool gelegd. Het lectoraat heeft daarnaast als doel het leggen van de verbinding met middelbare beroepsopleidingen voor werken in de zorg (Regionale OpleidingsCentra; ROC's). Het merendeel van de professionals in de ouderenzorg wordt opgeleid aan een ROC. De doorstroming van verzorgenden die hun opleiding aan een ROC hebben gedaan naar het hoger beroepsonderwijs is nog gering. De Hogeschool Rotterdam is betrokken bij een landelijk project om doorstroming van verzorgenden naar het HBO te realiseren en faciliteren. In het kader hiervan starten binnenkort een twintigtal studenten werkzaam als verzorgende bij de Argos Zorggroep aan een verkort en aangepast leertraject bij de HBO-V van de Hogeschool Rotterdam. Ook vindt samenwerking met werkveld en ROC's plaats binnen leerwerkplaatsen. Leerwerkplaatsen bieden MBO en HBO studenten de kans hun praktijkstage aan te laten sluiten bij de beroepspraktijk. Gezamenlijk zijn de studenten van





zowel MBO- als HBO-niveau op een leerwerkafdeling verantwoordelijk voor het goed laten verlopen van de gang van zaken op een verpleegunit.

Onderzoeks- en ontwikkelprojecten vinden vanuit ons lectoraat plaats in de Rotterdamse ouderenzorg zelf met als participanten ouderen en zorgprofessionals.

De projecten worden onder verantwoordelijkheid van lectoren uitgevoerd 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 samenhang in de zorg- en ondersteuning van de oudere en het ondersteunen van de professional en de organisatie in het realiseren hiervan. Ter voorkoming van versnippering van kennis doen wij dit vanuit drie lijnen die elke een actueel thema vertegenwoordigen in de ouderenzorg:

14

**1. Het geven van belevingsgerichte en vraaggerichte zorg in een omgeving die neigt naar verzakelijking, verantwoording en vervreemding**

Deze lijn sluit aan bij een constatering die reeds door vele onderzoekers, waaronder van Hout (2007) is gedaan: hoe je het wendt of keert er is altijd sprake van dilemma's of van ingewikkelde vragen. Hoe kan je voldoende tijd besteden aan de individuele oudere als de tijd en het budget wat je krijgt tamelijk rigide zijn? Hoe kan je onder druk van bedrijfseconomische eisen en financiële kaders toch nog een menselijk gezicht laten zien als zorgorganisatie? Hoe kan je techniek inzetten juist om belevingsgerichte zorg te versterken? Vragen die niet alleen van deze tijd zijn, maar die wel onder druk van de marktwerking en de veranderingen binnen de AWBZ aan de orde van de dag zijn.

**2. Het realiseren van zorg en ondersteuning in de wijk**

Het aantal ouderen dat thuis in de wijk 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 met name deze laatste groep een passend pakket aan zorg, diensten 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 en ziekenhuizen. Het is een hele kunst om een afgestemd pakket te realiseren wanneer mensen allemaal door een andere werkgever worden betaald. Dus zijn



er ook strategieën denkbaar waarbij een ouderenzorgorganisatie het hele pakket zelf gaat leveren. Ook willen wij onderzoeken wat rol van de *nurse practitioner* in dit verband kan betekenen of hoe de 'terugkeer van de wijkverpleegkundige' concreet handen en voeten te geven. Uit onderzoek blijkt dat door een gerichte inzet van de eerstelijnsgezondheidswerkers, en dan met name de huisarts en een geriatrisch verpleegkundige, ondersteund door geriateren en/of verpleeghuisartsen, ook voor kwetsbare ouderen thuis veel mogelijk is (Crotty, ea, 2008; Melis ea, 2008). Door vroege opsporing van kwetsbaarheid zijn er goede kansen, ook in de thuissituatie, voor primaire en secundaire preventie.

### 3. De rol van de (HBO) professional in de ouderenzorg

Deze lijn past zowel bij de aanleiding voor het lectoraat, aandacht voor en gebruik maken van kennis uit onderzoek in de opleidingen, alsook bij de opgave die de hogeschool zich heeft gesteld om de doorstroming van ROC opgeleide zorgprofessionals naar het HBO te bevorderen. Buiten kijf staat dat alle ontwikkelingen die gaande zijn in de ouderenzorg consequenties hebben voor de professional van vandaag en morgen. Wij willen de consequenties in kaart brengen om een bijdrage te kunnen leveren aan realistische manieren om in de praktijk van alledag (zowel in het onderwijs als bij de zorgverlening) als professional met deze ontwikkeling mee te bewegen.

Concrete voorbeelden van projecten die al gestart zijn of binnenkort starten vanuit een van deze drie lijnen, volgen in de loop van deze presentatie.

Tot slot, aangezien onze opdrachten liggen in de grootstedelijke context van Rotterdam en omgeving zullen we bij onze projecten zeker ook aandacht schenken aan diversiteitsvraagstukken. Ons werkgebied leent zich niet voor blauwdrukken. Afstemmen op de lokale context van een wijk of buurt is noodzakelijk om maatwerk te kunnen leveren. Rotterdam is een stad met dertien deelgemeenten waar ruim 587.000 mensen wonen. Negentien procent van de Rotterdammers is 60 jaar of ouder en veertien procent is 75 jaar of ouder. De vergrijzing in Rotterdam (zeven procent) blijft echter achter bij het landelijk gemiddelde, terwijl de vergrijzing in de randgemeenten juist sterk stijgt (25 procent). Van de ouderen van 75 jaar en ouder is nu twaalf procent allochtoon. Dit zal in 2025 gegroeit zijn naar circa 28 procent. De belangrijkste herkomstgroepen zijn, in volgorde



van grootte: Suriname, Overig niet westers, EU Landen, Turkije, Marokko, Kaapverdië en Nederlandse Antillen/Aruba.

In onze projecten willen we gericht aandacht schenken aan deze culturele diversiteit als reden voor een aanpassing in de inhoud of organisatie van de zorg- en dienstverlening. Ook is bekend dat bij bepaalde culturen chronische ziekten (bijv. diabetes) meer voorkomen of dat het verouderingsproces eerder intreedt. Verder weten we dat allochtone ouderen niet altijd bekend zijn bij de hulpverleners. Dit geldt zeker voor de eerste generatie. Het is een specifieke groep zorgmijders, met veelal een laag inkomen omdat ze weinig tot geen AOW hebben opgebouwd.







# Doelgroep lectoraat

Het lectoraat gaat over inhoudelijke en organisatorische samenhang in de ouderenzorg. Het gaat hierbij niet alleen om gezondheidszorg, maar ook om zorg ten aanzien van huisvesting, huishouden en psychosociale problemen. Het gaat dan, conform de uitgangspunten van het onderzoek verricht door Van der Ploeg (2009), om een keten van zorgbeslissingen en zorgacties. Het gaat om heel de mens! De centrale focus van ons lectoraat is de oudere met meerdere problemen tegelijkertijd; de kwetsbare oudere. Vanuit hun situatie betrekken we vervolgens, in samenhang, de professional en de organisatie erbij.

## Toename van het aantal ouderen

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 (Van Kampen, 2008). Nederland vergrijst. Op dit moment is zeseneuhalf procent van de Nederlandse bevolking 75 jaar of ouder. Door de vergrijzing zal dit percentage stijgen tot elf procent in 2030 (Van der Ploeg, 2009). De angst is dat de vergrijzing de AOW onhoudbaar, de pensioenen onbetaalbaar en de zorg onbemensbaar maakt. Bovendien stijgen door het toenemen van het aantal ouderen de totale zorguitgaven. In 2009 zullen de totale zorguitgaven tot boven de 58 miljard euro uitstijgen en ongeveer een kwart daarvan 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).

Oud worden en zorg ontvangen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ongeveer tweederde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen en dat percentage stijgt naarmate men ouder wordt. Het gaat hier niet alleen om lichamelijke aandoeningen. Het welbevinden en functioneren kan eveneens belemmerd worden door psychische stoornissen (De Boer, 2006). Drie veel voorkomende stoornissen bij ouderen zijn depressieve-, angst en cognitieve stoornissen. Angststoornissen remmen ouderen in hun fysieke activiteiten en angstige en depressieve ouderen zijn minder tevreden met het leven en ervaren hun gezondheid als minder goed. Ook cognitieve stoornissen, waaronder





dementie, blijken een grote invloed te hebben. Maar liefst 70 procent van de beperkingen in zelfredzaamheid bij 85-jarigen blijkt toe te schrijven aan een beperking van het cognitief functioneren (Gusseklou et al., 2004).

Bij de ouderen van 85 jaar en ouder heeft ten minste 85 procent meer dan twee chronische aandoeningen, multimorbiditeit genoemd (Gezondheidsraad, 2008). Maar tegelijkertijd woont nog bijna 70 procent van de mensen van 85 jaar en ouder zelfstandig. Ongeveer 90.000 ouderen wonen in een verzorgingshuis en ruim 50.000 ouderen zijn opgenomen in een verpleeghuis. De gemiddelde leeftijd van de instellingsbewoners ligt ruim boven de 80 jaar (Schnabel, 2009).

Multimorbiditeit vormt voor ouderen vooral een probleem als deze samengaat met beperkingen in het dagelijks functioneren en met verlies van vitaliteit. In het adviesrapport, Ouderdom komt met gebreken (...), wordt aangegeven dat de zorgverlening voor de opgave staat niet alleen de samenhang en continuïteit van de veelal complexe medische en verpleegkundige zorg te bevorderen, maar ook voor het voorkomen van verder verlies van beperkingen en sociale participatie. Op regionaal niveau zijn zorgtrajecten voor ouderen met complexe problematiek wenselijk (Gezondheidsraad, 2008).

De staatssecretaris voor Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft het advies van de Gezondheidsraad gebruikt om een grootschalig programma op stellen: het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO)([www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl)). Acht universitaire medische centra hebben de opdracht gekregen om geriatrische netwerken te starten. De partijen in deze netwerken moeten met elkaar gaan werken aan transitieprojecten en onderzoek gericht op het tot stand brengen van meer samenhang in de zorg voor kwetsbare ouderen. Ons lectoraat maakt deel uit van het Geriatrisch Netwerk Rotterdam (GeNeRo).

### **Kwetsbare ouderen**

Kwetsbaarheid duikt sinds de afgelopen twintig jaar op als een containerbegrip voor allerlei gezondheidsproblemen die bij het 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). Kwetsbaarheid is een belangrijk gezondheidsprobleem dat zal leiden tot een toename in het zorggebruik door ouderen (Deeg en Puts, 2008).



Vooralsnog gaan wij uit van de volgende omschrijving van kwetsbaarheid bij ouderen om de belangrijkste doelgroep van ons 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 jaar en ouder kwetsbaar. Deeg en Puts (2008) operationaliseren kwetsbaarheid aan de hand van negen criteria: laag lichaamsgewicht, verminderde longfunctie, lichamelijke inactiviteit, cognitieve beperkingen, slechtziendheid, slechthorendheid, incontinentie, depressieve symptomen en weinig ervaren regie over het eigen leven (*mastery*).

Kwetsbaarheid zegt op zich 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). Schuurmans (2004) stelt in haar proefschrift dat welbevinden het criterium is bij goed oud worden. Graas (2008) concludeert dat welbevinden daarom het leidend 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 zelfmanagement vaardigheden (SMA's; *self management abilities*). Voorbeelden daarvan zijn zelf initiatief nemen, positieve instelling en zelfeffectiviteit. Door het inzetten van deze SMA's kan de oudere op een goede manier omgaan met zijn kwetsbaarheid ten gevolge van het ouder worden. Immers, beter worden ze niet, het gaat steeds weer om het zoeken naar een nieuw broos evenwicht.

Deeg en Puts (2008) geven aan dat de verhoogde zorgbehoefte van kwetsbare ouderen vooral het terrein betreft 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. Ook kunnen zij bijdragen aan het ondersteunen van kwetsbare ouderen in het behoud van het eigen ik. Schuurmans en Duijnsteek (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 maatschappelijk 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 Duijnsteek, 2003).”





# Recente ontwikkelingen

De laatste jaren zijn een aantal ontwikkelingen tot stand gekomen, gericht op de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg aan ouderen. Het is in het kader van deze openbare les ondoenlijk om de verschillende ontwikkelingen uitputtend te behandelen. Vandaag volstaan we met het noemen van een aantal ontwikkelingen gerelateerd aan het thema Samenhang en gekoppeld aan reeds in gang gezette activiteiten vanuit het lectoraat.

Als eerste de samenhang tussen zorg, ondersteuning en welbevinden. Zorg is niet meer exclusief gericht op gezondheid en hygiëne. Het gaat om zorg in het kader van het bevorderen van de levenskwaliteit van de oudere inclusief participatie, woon- en leefomstandigheden en mentaal welbevinden. Deze verbreding van de focus, "Heel de mens telt" 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).

*In verzorgingshuis Laurens de Schutse doen wij onderzoek naar het scheiden van wonen, diensten, zorg en de keuzes die ouderen op deze drie terreinen willen maken ter vergroting van de regie over hun eigen leven. In het bijzonder zijn wij geïnteresseerd in de gevolgen van deze keuzes voor de inhoud en organisatie van de dienstverlening.*

Naast de verankering van het principe 'heel de mens telt' in de genoemde professionele kaders, is sinds 2007 de *Wet Maatschappelijke Ondersteuning* (Wmo) van kracht. De Wmo heeft als doel om iedereen, en kwetsbare burgers in het bijzonder, in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en te 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. Hen 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?

24

*Aansluitend op het Wmo beleid en het principe 'heel de mens telt' ligt er dan ook een uitdaging voor ons om vanuit het HBO onderwijs in samenwerking met ROC's, opleidingen voor mantelzorgers en vrijwilligers te ontwikkelen en aan te bieden.*

Wanneer thuis wonen niet meer gaat, is men aangewezen op een intramurale voorziening voor zorg en ondersteuning. De zorg binnen intramurale voorzieningen wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. *Zorgzwaartebekostiging* is een onderdeel van de modernisering van de AWBZ dat een doelmatige inzet van middelen combineert met kwalitatief goede, langdurige zorg voor mensen. Het is prestatiebekostiging naar zorgzwaarte voor mensen die zijn aangewezen op een volledig pakket aan AWBZ-verblijfszorg. Het systeem heeft als doel het versterken de positie van de cliënt: het geïndiceerde en te bekostigen zorgpakket is direct verbonden aan een cliënt en niet aan een instelling. Ruggengraat van het systeem zijn 45 zorgzwaartepakketten. Deze pakketten zijn geordend naar de verschillende doelgroepen voor langdurige verblijfszorg: verpleging&verzorging (10), gehandicaptenzorg (28) en geestelijke gezondheidszorg (7). In elk pakket wordt een cliëntgroep beschreven met daarbij een aanduiding van de omvang van de zorg in een gemiddeld aantal uren per week (Ross-van Dorp, 2006).

*De invoering van de zorgzwaartepakketten heeft gevolgen voor de uitvoering van de zorg en overige dienstverlening. Dit willen we niet alleen in kaart brengen maar ook voorzien van aanwijzingen hoe je binnen deze context tóch het een met het ander kunt verbinden. Bij Laurens*



*evalueren wij twee projecten in het kader van de invoering van zorgzwaartepakketten. Wat is de betekenis van de invoering van zorgzwaartepakketten voor het primaire proces? Is het mogelijk om vraaggericht en belevingsgericht werken binnen het primaire proces in het kader van de invoering van ZZP's een impuls te geven?*

Een andere ontwikkeling in de ouderenzorg is de neiging tot fuseren, al dan niet veroorzaakt door de marktwerking. Aanbieders in de ouderenzorg zijn er in diverse maten. Een flink aantal zorgorganisaties, ook hier in de omgeving, is echter groot (www.actiz.nl). Het feit dat ze groot zijn maakt dat de gemiddelde bestuurder of manager van zo'n organisatie relatief ver van de dagelijkse praktijk staat. Zij formuleren strategieën om ouderen aan hen te binden, marktpositie te behouden, te voldoen aan kwaliteitseisen en een financieel gezonde organisatie te houden. Bovendien moeten zij de zorg gaan bieden tegen een per oudere vastgesteld budget (zorgzwaartepakket). Het zal duidelijk zijn dat aanbieders nadenken over welke aanvullende diensten en zorg zij gaan aanbieden voor mensen die dit privaat willen en kunnen financieren. Tegelijkertijd weet elke bestuurder dat de ouderen die bij hem of haar zorg en diensten ontvangen en zelfs bij hem wonen aandacht vragen voor de 'heel de mens'. Een prettige ambiance wensen en personeel dat hen begrijpt en tijd voor hen heeft: de oudere en het primaire proces centraal. Het een kan met het ander botsen of onevenredig aandacht krijgen. Als gevolg daarvan zie je hulpverleners in een spagaat schieten. Het is onze opvatting dat het voor deze spagaat overigens weinig uitmaakt of deze hulpverlener de zorg thuis of in een woonzorgvoorziening levert.

- Uit oogpunt van transparantie en efficiëntie wil je dat medewerkers precies weten en kunnen aangeven welke zorg en ondersteuning ze kunnen en mogen bieden op grond van een zorgzwaartepakket. Ze moeten ook kunnen aangeven welke zorg of diensten en services er nog meer tegen betaling afgenomen kunnen worden.

#### **versus**

- Uit oogpunt van belevingsgerichte zorg is het nodig dat medewerkers respectvol omgaan met oudere zorgontvangers en proberen aan te sluiten bij de gewoontes, de levenservaring en de belevingswereld van deze specifieke groep mensen (Finnema, 2000).





*In een afstudeerproject van twee studenten masteropleiding Management en Zorg, staat de vraag centraal wat het werken binnen de ZZP context betekent voor verzorgenden en hoe daar mee om te gaan. Dit onderwerp wordt breder behandeld in de evaluatiestudie die het lectoraat uitvoert binnen de pilot 'invoering van ZZP's in het primaire proces' binnen Laurens en ZorgCompas.*

Een optimaal samenhangend zorgaanbod zou je verwachten bij *ketenzorg*. Met ketenzorg wordt bedoeld dat de zorg wordt verleend door verschillende zorgverleners die allemaal, als schakels in een keten, met elkaar zijn verbonden en op elkaar zijn ingespeeld. Een keten is een samenwerkingsverband tussen partijen die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren. Bij de ordening en afstemming van de activiteiten staat de cliënt altijd centraal. Vanuit het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO, zijn verschillende projecten gestart op het verbeteren van ketenzorg. Voorbeelden zijn CVA, reuma, hartfalen, dementie en decubitus (CBO, 2009). De zorg voor patiënten die getroffen worden door een van deze aandoeningen is complex. Diverse hulpverleners en organisaties zijn erbij betrokken. Het gaat om huisartsen, ambulancediensten, specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, maatschappelijk werk, thuiszorg en informele zorg. De zorg voor patiënten verloopt in deze keten van professionals en organisaties niet vlekkeloos. Er is vaak sprake van versnippering, gebrek aan samenwerking en afstemming, min of meer ernstige zorgtekorten, verkeerde bedproblematiek, verschillen in opnameduur en in gezondheidsuitkomsten. Ketenzorg richt zich op het aanbrengen van substantiële verbeteringen door de toepassing van bestaande kennis. Verbeteringen richtten zich op een betere kwaliteit van zorg (behandeling, revalidatie, nazorg, informatie), logistiek (doorstroming en verkeerde beddagen) en patiënt- en medewerkersatisfactie. Echter, ketenzorg, zoals in bovenstaande beschreven werkt goed zolang er sprake is van één aandoening. Het wordt veel complexer wanneer meerdere aandoeningen tegelijkertijd optreden. Samenwerken tussen de ketens, het bieden van samenhangende behandeling, zorg en ondersteuning uitgaande van de complexe cliëntsituatie is de huidige uitdaging waar ons lectoraat voor staat.

*Een project dat naar verwachting na de zomer start, is een initiatief van een aantal partijen in Rotterdam, waaronder Laurens, in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Dit project start in twee deelgemeenten met op buurtniveau een service voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers. De service bestaat uit het op tijdelijke basis en aanvullend aan de huisarts een multidisciplinair zorg- behandel- en ondersteuningsplan op te zetten en uit te*



*voeren voor de kwetsbare oudere en zijn of haar mantelzorger. Kenmerkend daarbij is dat zorgverleners vanuit verschillende organisaties met elkaar samenwerken aan het opstellen en uitvoeren van dit plan. Vanuit het lectoraat voeren we in samenwerking met de Erasmus Universiteit (iBMG) de evaluatiestudie uit op het niveau van de oudere/mantelzorger, de zorgverleners en de organisatie en financiering.*

Een belangrijk instrument voor het bereiken van een samenhangend zorgaanbod voor individuele cliënten is het inzetten van een *casemanager*. Een casemanager stemt alle zorg en diensten rond een individuele oudere goed op elkaar af. Casemanagement kan gericht zijn op de begeleiding en ondersteuning van thuiswonende mensen met dementie en hun naaste(n), maar ook op 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 cliënt 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. De casemanager heeft de rol van *personal coach* voor oudere en mantelzorger. Het belang van casemanagement bij dementie is erkend door de staatssecretaris van VWS. In 2008 heeft zij besloten deze nieuwe vorm van ondersteuning te vergoeden vanuit de AWBZ.

*Casemanagement speelt een belangrijke rol in het voornoemde project gericht op het op tijdelijke basis en aanvullend aan de huisarts opzetten en uitvoeren van een multidisciplinair zorg- behandel- en ondersteuningsplan voor de kwetsbare oudere en zijn of haar mantelzorger. In het project zal gekeken worden naar het takenpakket en de kwaliteiten van een casemanager in een dergelijk complex samenwerkingsverband.*

Casemanagement is een voorbeeld van het verlenen van zorg en ondersteuning uitgaande van de individuele cliënt. Het past binnen vraaggerichte en belevingsgerichte zorg. Zorg die uitgaat van de behoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt rekening houdend met zijn haar levensverhaal en eigenheid. Een van de vraagstukken van het lectoraat is hoe je techniek kunt inzetten om vraaggerichte zorg te versterken. De laatste jaren



is duidelijk dat het introduceren van arbeidsbesparende technologie in de langdurige zorg noodzakelijk is om aan de toenemende vraag te kunnen voldoen bij een krimpend arbeidsaanbod. Eén van de meest kansrijke mogelijkheden om dit te kunnen realiseren is het introduceren van (zorg-) domotica (ICT toepassingen in de zorg) zowel voor thuiswonenden als voor bewoners in beschermd-wonen situaties of verpleeghuizen (Cordia en Schikhof, 2008). Binnen de Hogeschool Rotterdam zijn twee lectoraten actief op het gebied van domotica: Human Centered ICT en Innovatie en ondernemerschap.

*Het is de bedoeling om dit jaar vanuit ons lectoraat in samenwerking met deze lectoraten, het lectoraat Eerstelijnszorg en een aantal andere partijen, een project te starten over de inzet van beeldspraaktelefoons bij thuiswonende ouderen en ouderen in een woonzorgcomplex. Het doel van dit project is de inhoud en organisatie van het zorgverleningsproces te veranderen en de maatschappelijke participatie van ouderen en hun mantelzorgers te bevorderen.*

28

Een ander voorbeeld gerelateerd aan samenhang in de ouderenzorg zijn de *Ontmoetingscentra*. Als het gaat over samenhang in de zorg zijn de Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers een schoolvoorbeeld. Deze ontmoetingscentra zijn gebaseerd op een samenwerkingsprotocol van zorg- en welzijnsinstellingen in de wijk. Er zijn inmiddels 49 ontmoetingscentra in het land (Droes et al. 2004, 2006). Deze vorm van samenwerking tussen zorg en welzijn voor mensen met dementie heeft zich verbreed tot centra die dienen als ontmoetingsplek voor alle mensen in de buurt, kwetsbaar en niet kwetsbaar. Niet zelden zijn deze centra op de begane grond van een woonzorggebouw, in een wijk- of dorpscentrum of in het midden van een woonservicezone (Goumans en Mandemaker, 2007). Deze centra bieden de mogelijkheid tot dagopvang maar organiseren ook recreatieve activiteiten en vaak eveneens een restaurant.

*In Rotterdam zijn vergelijkbare initiatieven gericht op autochtone en allochtone ouderen. Om hier zicht op te krijgen zijn we gestart met het opstellen van een sociale kaart van Rotterdam. Studenten van het Instituut voor Gezondheidszorg van de hogeschool hebben geïnventariseerd welke voorzieningen er zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn gericht op allochtone Rotterdamse ouderen.*

Tot slot zien we zowel vanuit onderwijs (ROC en HBO), branche organisaties en kenniscentra (STING) impulsen komen om de competenties van de werkers in de



ouderenzorg te versterken. Zo heeft STING vijf competenties benoemd voor de verzorgende van de toekomst: kunnen achterhalen wat cliënten willen, gesprekken kunnen voeren, regie bij de cliënt laten (mogelijk maken in plaats van overnemen), zelfstandig werken en kunnen reflecteren. Maar de ontwikkelingen die wij hierboven beschreven, rechtvaardigen ook een belangrijke rol voor de HBO professional in de ouderenzorg: denk bijvoorbeeld aan het landelijk competentieprofiel voor de HBO-verpleegkundige gerontologie en geriatrie, de HBO-er als casemanager, de HBO-er als gesprekspartner in ketenzorg, de HBO-er als voortrekker bij innovaties in de zorg. Uit het onderzoek van Melis (2008) blijkt dat in de eerstelijnszorg in het kader van het toenemend aantal kwetsbare ouderen thuis behoefte is aan verpleegkundigen die een specialisatie geriatrie en gerontologie hebben. Dit is nodig omdat de ouderenzorg complexer wordt, inhoudelijk en organisatorisch. Deze toenemende complexiteit vraagt om 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 in staat zijn teams te motiveren en te ondersteunen en het eigen werk te organiseren en zelf te initiëren. *Last but not least* het is de HBO-er die in staat moet 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.

29

*Uitgaande van het ontwikkelde profiel voor de HBO verpleegkundige gerontologie en geriatrie willen wij testen of dit profiel werkt in de praktijk van een zorginstelling voor ouderen en willen wij samen met Actiz, collega lectoraten ouderenzorg en praktijkinstellingen het competentieprofiel verder implementeren.*

*Daarnaast zijn wij binnen de Hogeschool Rotterdam bezig vanuit het Instituut voor Gezondheidszorg met het ontwikkelen van een honoursprogramma Ouderen voor excellente studenten.*

*Excellente studenten krijgen binnen dit honoursprogramma een soort pluspakket boven op hun reguliere studie-activiteiten. Vanuit het lectoraat krijgen zij extra scholing en de mogelijkheid hun afstudeeropdracht te richten op een complex praktijkvraagstuk binnen de ouderenzorg.*

*Na het volgen van dit programma krijgen deze studenten een honoursdegree op hun diploma.*





# Het organiseren van samenhang

In dit slothoofdstuk laten we zien hoe in de praktijk van alle dag samenhang in de zorg wordt geregeld. Hoe komt die samenwerking en afstemming tot stand? Wiens verantwoordelijkheid is het en wie is erbij betrokken? Maakt het ook nog uit waar je woont of dat je tijdelijk verblijft in een ziekenhuis of verpleeghuis? Zijn er wellicht nog handige instrumenten of concepten die het gemakkelijk maken?

## Zelf zorgen voor samenhang

Het feit dat iemand zorg en ondersteuning nodig heeft mag naar onze mening geen aantasting betekenen van de regie over zijn of haar eigen leven en het zelf kunnen kiezen. Bovendien, zo is de titel van deze openbare les, heel de mens telt. De zorg en ondersteuning moeten een afgestemd geheel vormen op verschillende levensdomeinen en passen bij wie iemand is en wat iemand prettig vindt. De kentering van aanbod- naar vraaggericht werken is al enige jaren geleden ingezet. En geconstateerd kan worden dat een verandering gaande is. Maar tussen zeggen of (beleids)schrijven en doen zit helaas ook nog een praktisch gat. Dit geldt ook voor het organiseren van samenhang in relatie tot eigen regie en vraaggericht werken.

Als ouderen zelfstandig wonen, dan zorgen zij in eerste instantie zelf voor de samenhang. De zorg en ondersteuning die zij nodig hebben wordt thuis geboden en als het mogelijk is op hun dagelijkse leven en bezigheden afgestemd. De uitvoering van de ondersteuning en zorg zal zich moeten richten naar de situatie zoals die zich aandient. Een verpleegkundige vertelde: *“als wijkverpleegkundige heb ik ook wel eens een mevrouw in haar ponnetje moeten begeleiden naar het schuurtje in de tuin waar de wc en de douche waren gebouwd. Het is zoals het is, ik kijk nergens van op”*. De richtlijnen voor professionals om verantwoord hun beroep te kunnen uitoefenen, zijn in de thuissituatie niet altijd even goed aanwezig of te realiseren.



Laten we eens kijken naar een oudere (81 jaar, alleenstaand, vrouw, met diabetes en slecht ter been, het zelfstandig wonen gaat net, met behulp van de buurvrouw, er hoeft maar weinig te gebeuren of het evenwicht is verstoord). Als we het hebben over zorg en ondersteuning is deze mevrouw bij uitstek de exponent van de doelgroep. Welnu, wat deze mevrouw nodig heeft, zijn diensten die liggen in het verlengde van haar dagelijkse leven. Tachtig procent van wat nodig is om haar zelfstandig thuis te houden zijn activiteiten in de sfeer van boodschappen doen, huis schoonmaken, steunkousen aantrekken, uit bed helpen, praatje maken, leertje in de kraan verwisselen, tuinonderhoud, kattenbak verschonen, hulp bij aanvragen van huursubsidie, nog een keer een praatje maken, stoeptegel voor de deur recht leggen. Als ze dan ook nog een passend huis heeft, een veilige buurt en winkels op rollatorafstand, kan ze zich prima redden. Deze diensten zijn tot nu toe geregeld in de AWBZ (persoonlijke hulp, activerende en ondersteunende begeleiding) in het welzijnswerk (praatje maken, gezellige buurt), binnen het woondomein (leertje in de kraan, huisconciërge), binnen de WMO (huishoudelijke hulp, aanpassingen in huis) en andere gemeentelijke domeinen (bijzondere bijstand, stoeptegel, openbaar groen, bankje op weg naar winkel) ieder domein met zijn eigen indicatiecriteria, eigen bijdragen, wettelijke regelingen, aansturing en professionaliteit. Al deze professionals werken volgens nauwkeurig omschreven takenpakketten. Voor hulpvragen die daarbuiten vallen moet een ander worden ingeschakeld. Een verzorgende doet niet even een boodschap en de buurtconciërge zet de vuilniszakken niet buiten (zie ook Goumans en Driest, 2005).

### **Aanpassingen in woning en woonomgeving**

De ouder wordende mens probeert zichzelf op de been te houden, met eventuele ondersteuning van partner, familie of vrienden, aanpassingen in en om het huis en mogelijk nog wat professionele ondersteuning (zie hierboven). Er wordt vastgehouden aan het zo lang mogelijk onafhankelijk blijven, actief en autonoom zijn, het zelf nemen van beslissingen en uitvoeren van activiteiten. Zelfstandig wonen, liefst in een zelf gekozen woonomgeving, is daarmee een belangrijk onderwerp in de zorg voor ouderen. Dit geldt overigens ook voor andere kwetsbare groepen als mensen met fysieke beperkingen, verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen (Kwekkeboom, 2006; Verzijden en Fransen, 2004).





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 de ondersteunings- en zorgvraag. 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. Overigens wat voor de een een aanpassing is gericht op het vergroten van zelfredzaamheid is voor een andere puur een zaak van comfort.

Een belangrijk aspect is of mensen aanpassingen aan de woning en/of een verhuizing naar en andere (aangepaste) woning ook kunnen betalen. Klerk en Schellingerhout (2006) laten zien dat mensen met een laag inkomen minder vaak kleine woningaanpassingen hebben, minder vaak in een woning met diensten of zorg wonen en minder vaak particuliere hulp ontvangen.

Duidelijk is dat een belangrijke voorwaarde voor goed oud worden en een goede ouderenzorg de aanwezigheid is van geschikte huisvesting en een geschikte woonomgeving. Een kanttekening daarbij is dat een schaduwzijde van het zelfstandig en zelfredzaam wonen van ouderen eenzaamheid is (RMO, 2002). Een determinant van het vermogen tot zelfredzaamheid (zelf organiseren) en zelfzorg is de kracht en het vertrouwen dat mensen in zichzelf hebben. Het is een leerproces waarin mensen in toenemende mate zelf hun keuzes maken op basis van hun eigen krachten en kunnen. Er zijn ook ouderen die deze kracht niet of minder hebben en die bovendien ook geen sociaal netwerk hebben om op te vertrouwen of op te leunen. Sociale participatie, het hebben van vrienden en kennissen en het doorbrengen van je dag op een zinvolle manier zijn belangrijke aspecten bij het goed oud worden (Penninx et al., 2005).

### **Ondersteunen bij samenhang**

Er kan een moment komen dat afstemming thuis door de oudere zelf of door zijn sociaal netwerk lastig wordt. Op dat moment zijn er nog een aantal andere opties: Een casemanager, zoals toegelicht in het vorige hoofdstuk, kan de oudere ondersteunen om alle zorg- en ondersteuningsvragen en het aanbod van de verschillende zorgaanbieders met elkaar te verbinden. Dat is nog een hele klus aangezien, zeker in de stedelijk context, het aanbod van hulpverleners en zorg- en ondersteuningsorganisaties groot is. Dit geldt zelfs binnen een zelfde zorgsoort, zoals bijvoorbeeld de thuiszorg. Het zou helpen als de zorgaanbieders zelf een deel van de afstemming met elkaar regelden, zoals in het vorige



hoofdstuk beschreven Genero project. Het zou voor de beantwoording van de vragen van de mevrouw uit het voorbeeld prachtig zijn als deze samenwerking verder gaat dan zorg. Zij heeft baat bij óf een integrale medewerker of een team dat meerdere vragen kan en mag beantwoorden. In haar geval zijn de vragen heel gewoon en onderdeel van het dagelijkse leven (zie ook Driest ea, 2005).

Bij samenwerken bestaat er op organisatieniveau een spanning tussen het willen profileren van de eigen organisatie en het feit dat samenwerken en afstemmen altijd gepaard gaan met het inleveren van een deel van de eigen autonomie. Iets wat uit oogpunt van vraaggericht werken logisch zou zijn, lijkt vanuit het oogpunt van de continuïteit van de organisatie minder logisch. Het is voor slechts enkele aanbieders weggelegd om vanuit hun eigen werknemersbestand een kleinschalig divers integraal team op te bouwen dat deze basiszorg kan bieden en ook weet waar te rade te gaan bij de vraag naar specialistische deskundigheid.

Maar ook voor mensen met meerdere en/of complexe problemen is het in principe mogelijk om zorg, ondersteuning en behandeling thuis in samenhang te bieden. Bij voorkeur afgestemd op en in samenwerking met het sociale netwerk van de oudere en met oog voor de ondersteuning van de mantelzorger. Er zijn al voorbeelden van zorgteams, zoals Zorg aan Huis van Laurens, die in staat zijn om alle vormen van zorg thuis op een samenhangende manier te verlenen. De hulpverleners in zo'n team zijn middelbaar en hoger geschoold en zelf verantwoordelijk voor hun klanten, met al hun vragen, in een bepaald geografisch gebied. Ze voeren alle zorgtaken uit. Bij deze klanten zitten ook mensen die vanuit het ziekenhuis thuis (complexe) nazorg ontvangen. Als hulpverleners niet in staat zijn een vraag te beantwoorden, omdat zij onvoldoende kennis hebben, zorgen zij zelf voor kennisvergaring. Bijvoorbeeld door een of meerdere dagen stage te lopen binnen een ziekenhuis om een bepaalde verpleegkundige handeling onder de knie te krijgen. Op het moment dat ze de vraag niet kunnen beantwoorden omdat de vraag buiten hun competentieniveau ligt, bijvoorbeeld omdat het gaat om schuldhelpverlening, zorgen ze ervoor dat een deskundige van de sociale dienst of het maatschappelijk werk bij de oudere langskomt. Dit geldt ook voor de inschakeling van een behandelaar of arts.

### **De mogelijkheden van een woonzorgvoorziening**

Op het moment dat zelfstandig wonen geen optie meer is en ouderen verhuizen naar een beschutte of beschermende woonomgeving is veelal niet langer hun eigen dagelijkse leven bepalend voor de vorm en inhoud van de ondersteuning en zorgverlening. Een



woonzorgvoorziening heeft altijd al tot taak gehad om wilsbekwame mensen de regie over hun eigen leven te laten houden. Kardol (2004) laat echter zien dat veel verzorgingshuizen eerder werken aan generalisering van bewoners en standaardisering van de bejegening. Lang niet altijd zo bedoeld, maar wel handig om te organiseren, prevaleert het aanbod en het werkrooster van de aanbieder. Daar waar de oudere en zijn mantelzorger thuis nog actief betrokken waren bij het organiseren van zijn of haar dag, lijkt het wel of hier niets meer hoeft (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 hun leven dat ze gewend waren met of zonder inbreng van de mantelzorger in de nieuwe situatie.

Bij een verhuizing van thuis naar een aangepaste woonsituatie in een omgeving die primair gericht is op het bieden van ondersteuning, veiligheid, zorg en mogelijk ook behandeling, zou je nog meer dan in de oorspronkelijke thuissituatie de samenhangende setting verwachten die het welbevinden bevordert. Te denken valt naast de zorg en behandeling aan ambiance, sfeer, lekker eten en mogelijkheden om je dag goed te besteden als je zelf niet zo goed iets kunt verzinnen. Zaken die juist bij kwetsbare ouderen kunnen bijdragen aan het verstevigen van hun eigen regievoering en daarmee hun welbevinden. Welke vormen van zorg iemand ook nodig heeft van chronisch enkelvoudig tot tijdelijk zeer complex, de fysieke en sociale omgeving doen er toe. Concepten die daar aandacht schenken zijn bijvoorbeeld de *Planetree* benadering ([www.planetree.nl](http://www.planetree.nl)) en *healing environment* (Wessels, 2003). Deze concepten worden met name toegepast bij ziekenhuizen. Beide begrippen gaan uit van het feit dat de fysieke en sociale omgeving *an sich* gezondheidsbevorderende elementen in zich dragen. Planetree gaat echter verder, en is een zorgmodel gericht op het organiseren van de best mogelijke mensgerichte zorg. Naast een *healing environment* heeft *Planetree* veel aandacht voor de wijze waarop medewerkers van een zorgorganisatie hun werk uitvoeren en hoe ze elkaar en hun klanten bejegenen. De concepten lenen zich zeer om samenhang aan te brengen in kleur en geur, materiaal en sfeer en houding en handeling door de diverse zorg- en dienstverleners en telkens weer met behoud van eigen regie van de klant. In de ouderenzorg kunnen deze concepten ook voor samenhang zorgen, zeker in verpleeghuizen met een grote revalidatiefunctie of bij units voor tijdelijk verblijf. Kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie komen dicht in de buurt bij datgene wat de twee benaderingen voorstaan: prettige sfeer, vertrouwd, respectvol en toch ook op zoek naar mogelijkheden om de



dementerende oudere zelf te laten beslissen. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen die zoeken naar het vormgeven van een vertrouwde en veilige woonomgeving zouden uit deze concepten inspiratie kunnen putten voor verbeteringen die in hun context te realiseren zijn.

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 met behoud van eigen regie waardoor het mogelijk is om samen met de hulpverlener(s) in een prettige omgeving te werken aan een goede afstemming van alle zorg en dienstverlening op het leven van alledag, in plaats van aan een overgave aan een systeem.









# Dankwoord

Tot slot, wat willen wij bereiken met de verschillende projecten en activiteiten van het lectoraat? Welk overkoepelend doel streven wij na?

Met in ons achterhoofd de in deze openbare les geschetste ontwikkelingen, willen wij een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van samenhangende, kwalitatieve, menswaardige ouderenzorg, passend bij de individu. Om dit te realiseren moet afgeweken kunnen worden van de gangbare paden en met een creatieve insteek gezocht worden naar innovatieve oplossingen. “Alleen als partijen bereid zijn de kwetsbare oudere centraal te stellen, hun eigen belangen ondergeschikt te maken, te streven naar samenwerking in plaats van naar marktwerking en daadwerkelijk willen vernieuwen, zal het lukken om te komen tot geïntegreerde ouderenzorg (Koopmans, 2008, p. 560).”

Een mooie uitdaging waar wij ons vanuit het lectoraat Samenhang in de Ouderenzorg graag op richten. We zijn ambitieus, we hebben er zin in en gaan de mogelijkheden exploreren en ervaren om vanuit een lectoraat een bijdrage te leveren aan het realiseren van meer Samenhang in de Ouderenzorg. Dit kunnen wij niet zonder uw medewerking, steun, enthousiasme en inspiratie. In de wetenschap onvolledig te zijn dank aan

- De Raad van Bestuur van Laurens Wonen Diensten Zorg en Wim Speets voor het initiatief van het lectoraat en de financiering daarvan, alsmede voor de enthousiaste wijze waarmee het lectoraat ontvangen is in de Laurensorganisatie.
- Het College van Bestuur van de Hogeschool Rotterdam voor het vertrouwen dat zij in ons stelt
- De directie van het Instituut voor Gezondheidszorg en in het bijzonder Clazina Pool-Tromp die vanaf het begin actief betrokken is bij het tot stand laten komen van het lectoraat en een enthousiaste, ondersteunende en innovatieve directeur is met altijd een nimmer aflatende belangstelling voor hoe het gaat met het lectoraat en met ons als medewerkers.





- De collega lectoren en kenniskringmedewerkers van het Instituut voor Gezondheidszorg en de Hogeschool Rotterdam voor hun collegialiteit en betrokkenheid. Onze wens is om samen tot mooie projecten te komen.
- De managers, docenten en studenten van de verschillende opleidingen zoals: verpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, verloskunde en management in de zorg. Gezamenlijk kunnen we de ideale verbinding leggen tussen lectoraat en onderwijs.
- Gabriëlla Bawoek, en daarvoor Inge Dijkstra en Wendy van Montfoort, voor de secretariële ondersteuning. Dank ook aan Elly Katoen en Salima Ahajjam. Collega's van het bedrijfsbureau zijn de onmisbare spinnen in het web. Bovendien is de droppot altijd een goede reden om even binnen te wippen.
- Onze familie, vrienden en collega's van onze andere werkkringen. Jullie onvoorwaardelijke steun en belangstelling is onmisbaar en wordt erg op prijs gesteld.
- Dank tot slot aan Rens Martijn, Christine Pijnappels en Yvonne Schikhof onze kenniskringmedewerkers die enthousiast en betrokken zijn en ons wegwijs maken in de Rotterdamse ouderenzorg en de Hogeschool door het uitgebreide Rotterdamse netwerk dat zij hebben.



# Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg



**Evelyn Finnema** is gezondheidswetenschapper en lector Inhoudelijke Samenhang in de Ouderenzorg. Daarnaast is zij directeur van In Hoofdzaken, een organisatie voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.



**Marleen Goumans** is gezondheidswetenschapper en lector Organisatorische Samenhang in de Ouderenzorg. Zij is tevens als adviseur samenhang wonen, diensten, zorg verbonden aan de beleidsstaf bij Laurens wonen diensten zorg.



**Rens Martijn** is gezondheidswetenschapper en docent bij de opleiding Verpleegkunde. Binnen de kenniskring werkt hij als programmamanager voor het honoursprogramma voor excellente studenten en als projectleider/onderzoeker. Hij is onder andere bezig met het project HBO competentieprofiel Verpleegkundige Gerontologie-Geriatrie (VGG).



**Christine Pijnappels** is gezondheidswetenschapper en docent bij de opleiding Management in Zorg, behorend bij het Instituut voor Gezondheidszorg van de Hogeschool Rotterdam. Bij de kenniskring verricht zij een evaluatieonderzoek naar de invoering van zorgzwaartepakketten bij Laurens en ZorgCompas

42



**Yvonne Schikhof** is als hogeschooldocent vanuit het Instituut voor Gezondheidszorg werkzaam bij drie kenniskringen en verricht onderzoek op het gebied van innovatie in de zorg met inzet van technologie. Bij de kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg richt zij zich op toepassingen van technologie in de ouderenzorg.



## Literatuur

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

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

Bik, M, Ergun, C. En Stolk C. (2006).Trendrapportage Rotterdam 2020. Rotterdam: Centrum voor onderzoek en Statistiek.

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

Bootsma-van der Wiel, A. (2002). Diability in the oldest old. Leiden.

Bussemaker J (2007). Zorg voor ouderen. Om de kwaliteit van het bestaan. Den Haag: Ministerie van VWS.

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.

COS (2009). Bevolkingsmonitor januari 2009. Rotterdam: centrum voor onderzoek en statistiek.

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

Driest P, Lammers B, Overmaat L en Goumans M (2005) *Integrale teams, een introductie*. Utrecht: NIZW.

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.



Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz M en Tilburg W van (2004). Effect of combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behaviour and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19: 1-12.

Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz M en Tilburg W van (2006). Effect of the Meeting Centres Support Programme on informal carers of people with dementia: Results from a multi-centre study. *Aging and Mental Health*, 10(2):112-24.

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

44

Finnema EJ, Dröes RM, Kooij CH van der, Lange J de, Rigter H, Montfort APWP van & Tilburg W van (1998). The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented care on demented elderly and professional carers in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, [suppl. 6], 193-200.

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.

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

Goumans M (1998). *Innovation in a fuzzy domain*. Healthy Cities and (Health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht, Maastricht.

Goumans M en Driest P (2005). Naar een nieuw stelsel voor zorg, welzijn en dienstverlening. In *Handboek Lokaal Zorg- en Gezondheidsbeleid*, A 4.2. Den Haag: Reed Elsevier.

Goumans M en Driest P (2007). Professionele aanbieders. In *WMO in uitvoering les 8*. Eindhoven: Euroforum.

Goumans M en Mandemaker T (2007). Zelfredzaamheid, zelfzorg en maatschappelijke participatie. In *WMO in uitvoering les 5*. Eindhoven: Euroforum.

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

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.

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

Hout van E (2007). *Zorg in Spagaat*. Management van hybride, maatschappelijke organisaties. Den Haag: Lemma.

Kardol M (2004). *Zorg voor zelfstandigheid*. Proefschrift, Universiteit Maastricht.

Klerk 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.

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

Koopmans R en Schers H (2008). Heel de oudere. Echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigmaverandering. *Medisch Contact*, nr 13 (63). 558-560.

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.

Lange J de (2007). Persoonsgerichte benaderingen bij dementie, p 395-408. In: AM Pot, Y Kuin, M Vink (red). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

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 vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 3 (63A), 283-290

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

Roosmalen van G en Marcoen A (2007). Welbevinden, functionele prestatie 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.

47

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

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

Schuurman J (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). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

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

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

Verzijden D en Franssen J (2004). *Vergrijzing in Nederland*. Amsterdam: Veldkamp.

Wessels L (2003). Healing Environment. *ZorgMagazin*, 4.



# Colofon

© Kenniskring Samenhang in de ouderenzorg, Hogeschool Rotterdam, april 2009

## **Tekst**

Evelyn Finnema en Marleen Goumans, Kenniskring Samenhang in de Ouderenzorg, Hogeschool Rotterdam

## **Concept en vormgeving**

Mariël Lam BNO, 's-Hertogenbosch ism Gerda Mulder BNO, Arnhem

## **Oplage**

1.000 stuks

## **Drukwerk**

De Longte Grafische Producties, Capelle aan den IJssel