

Huishoudelijke Ondersteuning.

De nieuwe vorm van huishoudelijke verzorging en begeleiding bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen in Den Haag.



Concept Onderzoeksrapport.

Student	: André Kuijvenhoven
Studentnummer	: 09024794
Klas	: MWD – dt 4B.
Begeleider	: Joost van Vliet.
Beoordelaar	: Agnes Swieringa.
Werkbegeleider	: Jan Minartz.
Datum	: 23 mei 2013.



Voorwoord.

Voor u ligt het resultaat van mijn afstudeeronderzoek naar aanleiding van mijn studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool. Het laatste jaar van mijn studie heeft voornamelijk in het teken gestaan van het afstuderen, na vele kortdurende onderzoeksopdrachten gedurende de opleiding mocht ik nu al mijn kennis en kunde inzetten om een volwaardig praktijkonderzoek uit te voeren. Dat dit niet altijd even makkelijk was moge duidelijk zijn. Maar het is alle moeite zeker waard gebleken en ik blik dan ook met trots terug op een succesvolle afronding van mijn studietijd.

Met behulp van een coachingstraject in 2009, met als doel een heroriëntatie op mijn loopbaan, kwam het advies naar voren om een HBO studie te gaan volgen in de richting van de sociale professies. Na enige voorlichtingsbijeenkomsten bijgewoond te hebben en uiteindelijk een toelatingsexamen te doen mocht ik in September 2009 beginnen aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. Omdat ik deze studie in deeltijd volg moest ik ook een relevante werkplek hebben, deze vond ik als extramurale huishoudelijk verzorgende bij Stichting Eykenburg. Uit het coachingstraject waren ouderen als één van de doelgroepen naar voren gekomen, de doelgroep van Stichting Eykenburg.

Ouderen hebben mij altijd aangetrokken, met een grote voorliefde voor alles wat met historie te maken heeft, waren ouderen voor mij wandelende geschiedenisboeken. Mensen die alles al gezien en gedaan hadden en met die levenswijsheid konden genieten van hun oude dag. In de thuiszorg kwam ik naast deze mooie en vaak ontroerende kant ook een andere kant tegen, van veel alleen zijn, omgaan met beperkingen en steeds grotere veranderingen. Tijdens mijn studie heb ik steeds met het idee rond gelopen dat ouderen begeleiding en ondersteuning nodig hebben om zoveel en zolang mogelijk deel te nemen aan het gewone leven. In het gewone leven blijven we het liefst zoveel mogelijk bij hulpverleners vandaan, daardoor ben ik geïnspireerd om te zien of de huishoudelijk verzorgende niet een extra ondersteunende rol zou kunnen vervullen. Want de kracht van de huishoudelijk verzorgende is voor mij dat deze deel uit maakt van het normale leven en een bijdrage levert in de continuering van het normale leven. Door te investeren in de huishoudelijke verzorging is het naar mijn mening mogelijk dat juist deze hulpverleners instaat zijn om een significante bijdrage te leveren aan de zelfstandigheid en participatiebehoefte van ouderen. Of in andere woorden, een ondersteunende rol bieden bij het normale leven.

Dit onderzoeksrapport was niet tot stand gekomen zonder de hulp van heel veel mensen. Iedereen bij naam noemen is onmogelijk daarom wil ik de docenten van de Haagse Hogeschool in het bijzonder bedanken voor hun inspirerende en motiverende wijze van lesgeven. In het bijzonder wil ik Joost van Vliet bedanken voor zijn inspiratie, ideeën en feedback in dit hele proces waar hij als docent begeleiding bij heeft gegeven. Verder wil ik Jan Minartz heel hartelijk bedanken voor zijn begeleiding en coaching van de afgelopen vier jaar. Hij was de eerste drie jaar van mijn studie de manager zorg en dienstverlening bij Stichting Eykenburg, vanuit die functie heeft hij mij drie jaar gecoacht en het laatste jaar vanuit zijn nieuwe functie bij een andere organisatie. Bedankt voor je inspiratie, je eigen manier om naar onderwerpen te kijken en vaak onorthodoxe of zoals jij zou zeggen *'boerenverstand'* denkwijze. Verder wil ik alle mensen bedanken die mee gewerkt hebben aan de interviews, te weten mw. Baggerman, Mw. Van Leeuwen, Mw. Solter, Mw. Kooijman, Mw. Hagen en Mw. Spierenburg. Deze gesprekken hebben de theorie tot leven gebracht en mijn opgedane kennis op school en door mijn werk bevestigd.

Tot slot wil ik mijn vrouw Stefanie en mijn zoontje Daniël bedanken voor hun geduld, tijd en liefde om mij vele avonden en weekenden de ruimte te geven in mijn studeerkamer. Bedankt!

André Kuijvenhoven
Delft, 11 April 2013.

Inhoudsopgave

Voorwoord.	2
Samenvatting.	4
Inleiding.	5
1. Organisatieomschrijving.	12
1.1 Stichting Eykenburg.	12
1.2 Afdeling Extramurale Huishoudelijke Verzorging.	13
2. Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen.	14
2.1 Wie zijn de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?	14
2.2 Wat zijn 'kwetsbare ouderen' ?	19
2.3 In de praktijk.	24
2.4 Conclusie.	26
3. Extramurale huishoudelijke verzorging.	27
3.1 Geschiedenis van de Huishoudelijke Verzorging.	27
3.2 Hulp bij Huishouden.	29
3.3 Huishoudelijke verzorging is een vak!	32
3.4 In de praktijk.	36
3.5 Conclusie.	38
4. Extramurale begeleiding.	39
4.1 Wat is Begeleiding?	39
4.2 De begeleider.	41
4.3 Hoe kan de huishoudelijk verzorgende ook begeleider worden?	44
4.4 In de praktijk.	47
4.5 Conclusie.	49
5. Nieuwe vormen van begeleiding.	50
5.1 De decentralisatie.	50
5.2 De gemeente Den Haag en de begeleiding.	52
5.3 De professional als generalist aan de basis.	53
5.4 Concrete voorbeelden van Welzijn Nieuwe Stijl.	56
5.5 In de praktijk.	57
5.6 Conclusie.	60
6. Conclusie en aanbevelingen.	61
Begrippenlijst.	65
Gebruikte afkortingen.	67
Literatuurlijst.	68
Websites.	70
Bijlage 1. Functieomschrijving Huishoudelijk Verzorgende.	71
Bijlage 2. Tilburg Frailty Indicator.	72
Bijlage 3. Samenvatting decentralisatie gevolgen.	74
Bijlage 4. Beroepscompetentieprofiel helpende.	75
Bijlage 5. Analyse interviews.	76
Bijlage 6. Literatuurverantwoording per deelvraag.	126

Samenvatting.

Dit onderzoek is een afstudeeronderzoek voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Stichting Eykenburg in Den Haag, deze organisatie biedt verzorging, verpleging aan binnen twee intramurale instellingen en thuiszorg in de gemeente Den Haag. Naar aanleiding van alle ontwikkelingen in de zorg en dan met name de komende decentralisatie van de begeleidingsfunctie en de bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging is Stichting Eykenburg tot de volgende onderzoeksopdracht gekomen. Namelijk;

Aan welke inhoudelijke en randvoorwaardelijke eisen moeten beroepsbeoefenaars in de Extramurale Huishoudelijke Verzorging voldoen, zodat deze beroepsbeoefenaars vaardig zijn om de begeleidingsfunctie voor zelfstandig wonende 'kwetsbare' ouderen binnen de gemeente Den Haag vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning uit te kunnen voeren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn er zes interviews gehouden met mensen uit de praktijk. Daarbij is er gekeken naar de ontstaansgeschiedenis van de huishoudelijke verzorging, verder is er onderzocht hoe de huidige situatie er voor de huishoudelijke verzorging nu uit ziet en wat de verwachtingen voor de toekomst zijn. Om helder te krijgen wie de doelgroep is, is er door middel van een literatuurstudie onderzocht welke definities er gebruikt worden om de term kwetsbare ouderen duidelijk te verwoorden. Daarnaast is er tijdens de interviews gesproken over kwetsbaarheid en hoe ouderen dit zelf ervaren.

Naast het onderzoeken van het ontstaan en de huidige staat van de huishoudelijke verzorging is er ook onderzocht wat begeleiding nu inhoudt en hoe dat in de toekomst zal veranderen. Daarbij is gebruik gemaakt van literatuur over begeleiding en is er door middel van interviews onderzocht hoe er in de praktijk tegen de functie begeleiding aangekeken wordt. Tot slot is er onderzocht op welke manieren er al veranderingen plaats vinden in de extramurale zorg, wat voor ideeën, mogelijkheden en concrete stappen er al worden uitgevoerd. Om met de komende decentralisatie en bezuinigingen om te gaan.

Het resultaat van dit onderzoek is dat begeleiding een functie is die vooral in combinatie met andere taken wordt uitgevoerd. De huishoudelijk verzorgende zou een goede *huishoudelijk begeleider* kunnen worden, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De huishoudelijk verzorgende heeft sterke eigenschappen zoals een goede aansluiting hebben op de leefwereld van de cliënt, op regelmatige tijden bij de cliënt op bezoek komen en vandaaruit een vertrouwensband op kunnen bouwen. Deze vertrouwensband is een goede basis voor het aanbieden van begeleiding. Om de begeleidingsfunctie uit te voeren moet de functie van huishoudelijk verzorgende een herwaardering ondergaan. Daarnaast moet er geïnvesteerd worden in het opleiden van de beroepsbeoefenaren door middel van praktijkgericht leren, zoals mogelijk is met intervisiegroepen. De huishoudelijk verzorgende moet deel uit gaan maken van kleine zelfsturende teams die integraal, wijkgericht en outreachend werken. Deze teams moeten gecoördineerd en ondersteund worden door een professional, die kennis en vaardigheden over kan dragen op alle beroepsbeoefenaren. Daarnaast is de professional de *'spin in het web'* voor alle burgers en hulpverleners, bij de professional kan iedere hulpvraag neergelegd worden, deze analyseert het probleem en biedt zelf gerichte ondersteuning aan of schakelt de juiste hulpverlener in. Zodat op deze wijze laagdrempelige zorg wordt aangeboden die direct aansluit op de behoefte en mogelijkheden van de cliënt die een belemmering ervaart in de behoefte aan zelfstandigheid en participatie.

Om de geplande bezuinigingen effectief te maken zouden de landelijke overheid en gemeenten niet moet bezuinigen op de huishoudelijke verzorging, maar investeren in de herwaardering van het vak huishoudelijk verzorgende. In het verleden was begeleiding een belangrijke taak van de huishoudelijke verzorging met als doel opname in een verpleegtehuis uitstellen of voorkomen. Door opname in een instelling te voorkomen kan er enorm bezuinigd worden en enorme winst geboekt worden. Want daarmee wordt de kwaliteit van leven voor ouderen enorm verhoogd en het risico op kwetsbaarheid verlaagd.

Inleiding.

Aanleiding en verantwoording onderzoek.

De aanleiding van deze opdracht is de decentralisatie van de extramurale begeleiding vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De verantwoordelijkheid wordt hiermee van de landelijke overheid verplaatst naar de lokale overheid. Er zijn eerder al veranderingen doorgevoerd, namelijk de extramurale begeleiding wordt alleen nog verstrekt aan ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problemen als dit in matige tot ernstige vorm voorkomt. De indicatiestelling werkt volgens strengere normen, waardoor de 'lichtere' gevallen niet meer in aanmerking komen. Mensen met matige tot zware beperkingen krijgen begeleiding van voornamelijk HBO professionals (SPH/MWD). De vraag is bij wat voor hulpverleners zijn de ouderen met 'lichtere' tekorten wel in beeld? Zijn ze überhaupt wel in beeld? Wat gebeurt er met de groep die niet meer in aanmerking komt? Zij hebben wel te maken met geheugenverlies, een kleiner wordend sociaal netwerk, vereenzaming, depressie, maar ook het niet meer bij kunnen houden van alle veranderingen in de samenleving en de wet- en regelgeving. Waardoor de stap naar de hulpverlening steeds groter kan worden. Daarnaast zijn de mantelzorgers vaak overbelast.

De opdrachtgever: Stichting Eykenburg.

Veel van deze ouderen zijn wel in beeld bij de beroepsbeoefenaars van de Extramurale Huishoudelijke Verzorging (EHV) van Stichting Eykenburg. Stichting Eykenburg ziet daarom kansen voor de afdeling EHV om deze nieuwe taak binnen de WMO uit te gaan voeren. Met de gemeente Den Haag is al een werkrelatie opgebouwd omdat Stichting Eykenburg al enkele jaren namens de gemeente de EHV uitvoert. Stichting Eykenburg ziet kansen voor een integrale aanpak van de Extramurale Begeleiding met de huidige professionals en beroepsbeoefenaars.

De actualiteit: 'Vakblad 'Maatwerk'.

Het vakblad voor maatschappelijk werk 'Maatwerk' (2012) besteedt in de editie van juni 2012 speciale aandacht aan ouderen onder de noemer 'Grijs Goud'. Dit naar aanleiding van het Europese jaar van 'Active Ageing'. In Maatwerk worden door verschillende specialisten een aantal punten naar voren gebracht, namelijk;

- Ouderen nieuwe stijl, waarbij gepleit wordt voor preventief werken, vroegtijdig problemen signaleren en bespreekbaar maken, er wordt o.a. een voorbeeld van toenemende alcoholproblematiek gebruikt. Ouderen nieuwe stijl is een gerichte toepassing van Welzijn nieuwe stijl, in het artikel worden drie bakens uit Welzijn Nieuwe stijl onder de aandacht gebracht.
 - ✓ **Baken 3: Direct erop af;** elke professional moet signaleren, preventief werken en andere professionals op de hoogte brengen.
 - ✓ **Baken 6: Integraal werken** is in de ouderenzorg hard nodig, alle professionals moeten intensiever met elkaar samenwerken en kennis en ervaring met elkaar delen. Maar ook problemen signaleren en bespreekbaar maken onder andere professionals. Onder andere ouderenadviseurs, casemanagers en thuiszorgmedewerkers moeten met elkaar samenwerken.
 - ✓ **Baken 8: Ruimte voor de professional.** Ouderen en de ouderenzorg veranderen, maar er is een fikse achterstand bij de professionals in de ouderenzorg als het gaat om kennis over de diversiteit onder ouderen en de zorg die zij willen.
- Veranderingen in de doelgroep zijn onder andere dat allochtonen zich op jonge leeftijd al oud voelen, maar er zijn ook de 'eenzame oudere oudere' en de 'borrelende nieuwe oudere'.
- Daarnaast wordt er in de katern 'werk in uitvoering' op gewezen dat het belangrijk is dat mensen van middelbare leeftijd al voorbereid worden op de acceptatie van het ouder worden. Dit kan veel aanpassingsproblemen op latere leeftijd voorkomen.
- Het grootste deel van de ouderen in Nederland heeft het goed, zij kunnen goed rondkomen en hebben voldoende sociale contacten. Toch komt er ook armoede voor, het artikel 'armoetroef' vraagt aandacht voor armoede onder ouderen, zo'n 10% van de ouderen leeft in armoede, daarmee wordt bedoeld dat mensen 65 jaar of ouder zijn en 60% of minder inkomsten hebben dan de gemiddelde Nederlander. Daarnaast krijgt 8% van de ouderen geen of maar één keer per maand bezoek van een sociaal contact.

- Professionals moeten ouderen wijzen op:
 - ✓ *Mogelijkheden en regelingen om de kwaliteit van de woning te verbeteren.*
 - ✓ *Adviesmogelijkheden over de bereikbaarheid van voorzieningen en financiën.*
 - ✓ *Mogelijkheden tot subsidie op deelname aan verenigingen, buurt- en vrijwilligersactiviteiten.*

Wat is het doel voor Stichting Eykenburg?

Stichting Eykenburg wil zich met dit onderzoek richten op de rol van de beroepsbeoefenaars in de EHV voor ouderen in de gemeente Den Haag. Door middel van dit onderzoek wil zij helder krijgen welke vaardigheden er nu geëist worden van de EHV, is dat alleen maar schoonmaken of komt er meer bij kijken? Daarmee komen we aan bij de discussie of de EHV niet meer is dan een *'werkster'*. Op 27 november 2012 is er door de Abvakabo FNV een manifestatie gehouden in Utrecht, om op te komen voor de thuiszorgmedewerkers. Onder het motto *'Thuiszorg is zorg, geen schoonmaak!'* (ABVAKABO FNV, 2010). Dat er bezuinigd gaat worden op de thuiszorg is evident, overal en op alles wordt de komende jaren bezuinigd. Voor de thuiszorg betekenen deze bezuinigingen voor een deel van de cliënten dat zij geen thuiszorg meer zullen krijgen. De cliënten die overblijven zullen vaak de cliënten zijn met complexere problemen en met de laagste inkomens die op geen andere wijze deze zorg zelf kunnen regelen. Daarom is het belangrijk om te weten welke vaardigheden de EHV nodig heeft om de begeleidingsfunctie uit te kunnen voeren. Want als thuiszorg zorg is en geen schoonmaak, dan betekent het ook dat er meer gevraagd wordt dan alleen goed schoonmaken. Maar wat wordt er dan gevraagd? Deze vraag hoopt Stichting Eykenburg beantwoord te krijgen.

Extramurale begeleiding.

Om de begeleidingsfunctie uit te kunnen voeren is er ook duidelijkheid nodig omtrent de problemen die zelfstandig wonende ouderen ervaren en of zij gebaat zijn bij extramurale begeleiding. Daarvoor is het nodig om duidelijkheid te krijgen wat de kenmerken zijn van de zelfstandig wonende ouderen met een lichte tot matige beperkingen in Den Haag.

De professional.

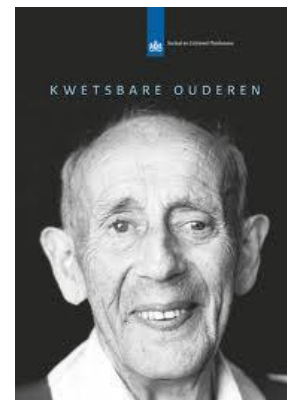
Voor de beroepsbeoefenaars is het van belang om te kijken welke vaardigheden, kennis en begeleiding deze doelgroep nodig heeft. Daarbij moet er gekeken worden met welke beroepsbeoefenaars en professionals er samengewerkt wordt. Wat zou de rol van de professional kunnen zijn in het opdoen van de benodigde vaardigheden en kennis door de EHV over deze doelgroep? Is de inzet van de EHV als begeleider een betaalbare manier om kwetsbare ouderen die begeleiding nodig hebben toch ondersteuning te bieden met alle veranderingen in de WMO? Welke rol kan de professional dan vervullen naar de EHV in deze nieuwe werkwijze?

De huidige bezuinigingen zijn in gang gezet om de zorg betaalbaar en beschikbaar te houden voor iedereen. Als mensen niet op tijd zorg en ondersteuning krijgen, lopen zij het risico om vroegtijdig in een dure intramurale instelling te komen. Om te zorgen dat dit niet gebeurt moet er voor gezorgd worden dat mensen in hun thuissituatie hulp krijgen om dit risico te verlagen. De EHV bijscholen tot begeleider kan een middel zijn om dit risico te verlagen. Onderwerpen waar aandacht aan besteed kan worden voor bijscholing zijn; preventief werken, vroegtijdig problemen signaleren en deze bespreekbaar maken met de cliënt en zijn omgeving. De EHV als schakel in de zorgketen, met de nadruk er op dat deze vaak *'eenvoudige'* en laagdrempelige hulpverlening niet alleen schoonmaak is, maar ook zorg. Met als doel dat mensen ondanks hun kwetsbaarheid toch zelfstandig kunnen blijven wonen, eventuele problemen vroegtijdig worden gesignaleerd, bespreekbaar gemaakt en waar nodig andere hulpverlening wordt ingeschakeld. Zodat ouderen in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Tenslotte moet er gekeken worden naar oplossingen en ideeën die elders al ontwikkelt en eventueel in werking zijn gesteld, om op die manier ook te leren van collega-organisaties.

Kwetsbare ouderen.

Ouderen worden kwetsbaarder naarmate zij ouder worden. In het rapport *'Kwetsbare ouderen'* (Van Campen & Ross, 2011) wordt de volgende definitie van kwetsbaarheid onder ouderen gehanteerd: *"Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)."* Kwetsbaarheid begint vaak onzichtbaar, de persoon of de omgeving ontdekt het en langzaam aan is er ondersteuning nodig. Vaak bestaat de ondersteuning uit kleine dagelijkse zaken, één van de eerste hulpverleners die in beeld komen is de EHV. De EHV signaleert problemen die met de juiste kennis en houding bespreekbaar gemaakt kunnen worden waardoor verdere escalatie mogelijk voorkomen kan worden.

Internationaal gezien is er vooral aandacht voor vergrijzing vanuit een economisch perspectief, niet alleen in Nederland is dit een belangrijk perspectief maar ook in andere Europese landen en Noord-Amerika. Er wordt internationaal wel onderzoek naar *'frailty'* (kwetsbaarheid) gedaan, al is er nog geen eensluidende definitie voor kwetsbaarheid. In *'the journals of Gerontology'* (Fried, 2001) wordt er onderscheid gemaakt tussen kwetsbaarheid, comorbiditeit en een handicap. Daarbij wordt er op gewezen dat er bij comorbiditeit een verhoogd risico is op kwetsbaarheid, een verhoogde kans op kwetsuren. Een handicap kan juist ontstaan door een verhoogde kwetsbaarheid, zoals het breken van een heup er voor kan zorgen dat iemand niet meer zelfstandig kan wonen. Een EHV draagt bij aan de veiligheid en zelfstandigheid van ouderen, door advies over mogelijke oplossingen, signaleren van problemen en gevaren en overnemen of ondersteunen bij taken die niet meer (zelfstandig) uitgevoerd kunnen worden.



Intramuraal of extramuraal?

Kwetsbare ouderen lopen een groter risico om in een intramurale instelling opgenomen te worden zonder voldoende ondersteuning. Dit is een dure oplossing die meer en meer onmogelijk gemaakt wordt door optrekkende indicatiestellingen en welke voorkomen kunnen worden. Dit kan door middel van informele steun uit het sociale netwerk, eventueel aangevuld met formele steun van beroepsbeoefenaars (*verzorging, verpleging*) en professionals (*casemanager, begeleider*). Formele steun kan betaalbaar worden gehouden, zoals door de inzet van praktisch ingestelde en sociaalvaardige beroepsbeoefenaars als de EHV met ondersteuning van professionals.

De professional kan een bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering, ondersteuning van de EHV, overnemen als blijkt dat de problematiek te gecompliceerd is en onderzoek doen naar de gesignaleerde problemen. Aan de hand van de signalen kan de maatschappelijk werker actie ondernemen naar de individuele cliënt als ook naar andere hulpverleners, instanties en overheden. Zo vormt de maatschappelijk werker de schakel tussen de individuele leden van de maatschappij (microniveau) en de formele instanties op meso- en macroniveau.

Probleemstelling.

Hoofdvraag.

Aan welke inhoudelijke en randvoorwaardelijke eisen moeten beroepsbeoefenaars in de Extramuraal Huishoudelijke Verzorging voldoen, zodat deze beroepsbeoefenaars vaardig zijn om de begeleidingsfunctie voor zelfstandig wonende 'kwetsbare' ouderen binnen de gemeente Den Haag vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning uit te kunnen voeren?

Deelvragen.

1. Welke problemen ervaren zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?
2. Welke eisen worden nu gesteld aan de vaardigheden van de Extramuraal Huishoudelijke Verzorging?
3. Welke vaardigheden zou de Extramuraal Huishoudelijke Verzorging nodig hebben om de begeleidingsfunctie uit te kunnen voeren?
4. Welke ideeën en/of oplossingen zijn er al ontwikkeld voor de uitvoering/inzet van de begeleidingsfunctie binnen de WMO?

Onderzoeksontwerp en onderzoeksmethode.

Dit onderzoek is een combinatie van een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Voor de opzet en uitwerking van het onderzoek is gebruik gemaakt van twee naslagwerken met betrekking tot het doen van onderzoek, ten eerste is dat *'Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn'* (Migchelbrink, 2009) een gedegen standaardwerk met zeer praktische informatie. Ten tweede is er gebruik gemaakt van het boek *'Snel afstuderen'* (Feijen & Trietsch, 2010), een handig naslagwerk met concrete tips en adviezen om op een efficiënte en kwalitatieve wijze een onderzoek uit te voeren. In bijlage 6 *'Literatuurverantwoording per deelvraag'* is per deelvraag aangegeven welke literatuur er in eerste instantie gebruikt zou worden, deze is verder aangevuld met relevante boeken, tijdschriften en elektronische bronnen. De uiteindelijk gebruikte literatuur staat vermeld in de definitieve literatuurlijst.

Oriëntatiefase.

Volgens Migchelbrink (2009) bestaat het onderzoeksontwerp uit zeven fasen, te beginnen bij de nulfase of oriëntatiefase en eindigend bij de presentatiefase. Tijdens de oriëntatiefase zijn een aantal

zaken van belang, zo is het doel van deze fase om van een vaag idee over een onderzoeksonderwerp te komen tot een concreet onderwerp. Dit onderzoek is tot stand gekomen aan de hand van een aantal zaken, namelijk;

- Politieke ontwikkelingen, met name de ophanden zijnde bezuinigingen op de hulp bij huishouden en vermaatschappelijking van de zorg,
- Maatschappelijke ontwikkelingen, niet alleen de politiek wil dat ouderen langer zelfstandig wonen, ouderen zelf hebben deze behoefte ook. Maar stellen daarbij wel voorwaarden om zelfstandig te kunnen blijven wonen,
- Als medewerker in de extramurale huishoudelijke verzorging heb ik vier jaar lang ervaren wat voor meerwaarde de hulp bij huishouden kan bieden bij het zelfstandig blijven wonen van ouderen,
- Door middel van een literatuurstudie werd duidelijk dat er zeker mogelijkheden zijn om de huishoudelijke verzorging te behouden en mogelijk zelfs breder inzetbaar te maken.

De uitkomsten van deze vier overwegingen zijn uitgewerkt in de inleiding van dit onderzoeksrapport waaruit tot slot een concrete probleemstelling is voortgekomen. Dit is tegelijkertijd de volgende fase van het onderzoek, Fase 1 is de formulering van de vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek. Deze zijn weergegeven in de inleiding onder de subtitel '*Probleemstelling*' en '*Wat is het doel voor Stichting Eykenburg?*'.

Onderzoeksontwerp.

In Fase 2 van het onderzoek wordt het onderzoeksontwerp (bijlage 7) uitgewerkt, hierbij wordt er gekeken waar de benodigde gegevens vandaan gehaald kunnen worden en hoe deze gegevens verkregen kunnen worden. Om te weten welke gegevens nodig zijn is het van belang om te kijken welk onderzoekstype het meeste oplevert voor de beantwoording van de hoofdvraag en de deelvragen om zo te kunnen voldoen aan de doelstelling van dit onderzoek. Voor dit onderzoek is er gekozen voor een inventariserend onderzoek, Migchelbrink (2009) gebruikt voor dit type onderzoek de metafoor van het maken van een foto van een situatie. In dit onderzoek is er een foto gemaakt van de geschiedenis, de huidige situatie en de toekomstige situatie van de huishoudelijke verzorging en de extramurale begeleiding. Aan de hand daarvan is er gekeken hoe deze twee functies samengevoegd kunnen worden tot één functie. Voor een inventariserend onderzoek kan er gebruik gemaakt worden van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelingstechnieken. Kwantitatieve data als hoeveelheden, cijfermatige gegevens, gegevens in de breedte en een perspectief van buitenaf is verkregen door middel van het uitgevoerde literatuuronderzoek. In bijlage 6 staat per deelvraag aangegeven welke literatuur er gebruikt is om tot deze gegevens te komen. Deze lijst is een voorlopige literatuurlijst die tijdens de uitvoering van het onderzoek verder is uitgebreid met relevante literatuur om zo een compleet beeld te scheppen.

Naast de kwantitatieve gegevens is er ook gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens, deze zijn hoofdzakelijk verkregen door de half gestructureerde interviews. Tijdens deze interviews stond het persoonlijke contact, de persoonlijke benadering en de eigen werkelijkheid van de geïnterviewde voorop. Door middel van triangulatie zijn de verschillende perspectieven in beeld gebracht en was het mogelijk om de gegevens uit de verschillende bronnen met elkaar te onderzoeken op overeenkomsten en verschillen.

Databronnen.

Migchelbrink (2009) benoemt zeven verschillende databronnen, van de volgende databronnen is gebruik gemaakt tijdens dit onderzoek.

- **Individuele personen.** Er zijn twee mogelijkheden, sleutelfiguren en respondenten. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van sleutelfiguren, dit zijn '*personen die beschikken over kennis en gegevens over andere personen of zaken buiten hemzelf*'. Er is geen gebruik gemaakt van respondenten omdat de doelgroep zeer groot en divers is. De totale populatie van alle cliënten in de thuiszorg bestaat uit ruim 12.000 mensen, die variëren in leeftijd van 20 jaar tot mensen van 95 jaar en ouder, bestaande uit mannen en vrouwen, samenwonend en alleenstaanden, Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Tijdens dit onderzoek was er niet de mogelijkheid om een representatieve steekproef uit te voeren, gezien de omvang, diversiteit en gebrek aan tijd en middelen.

- **Documenten.** Tijdens dit onderzoek is er veel gebruik gemaakt van o.a. beleidsnota's. Politici, beleidsmedewerkers en vertegenwoordigers van onder andere vakbonden konden of wilden geen medewerking verlenen vanwege de politieke gevoeligheid van dit onderwerp ten tijden van het onderzoek.
- **Literatuur.** Voor het kwantitatieve deel van dit onderzoek is veelvuldig gebruik gemaakt van literatuur. In bijlage 6 staat vermeld welke literatuur er gebruikt is voor de beantwoording van iedere deelvraag. De literatuur bestaat uit boeken, verslagen, onderzoeken die het perspectief van de auteur of opdrachtgever weergeeft over dit onderwerp. Deze verschillende perspectieven hebben er toe bij gedragen om de 'foto' te maken vanuit een zo breed mogelijk perspectief. De literatuur in bijlage 6 is een voorlopige literatuurlijst, deze is tijdens de uitvoering van het onderzoek uitgebreid door nieuwe informatie tijdens de interviews, het lezen van geselecteerde bronnen en de input van de begeleiders op school en op het werk.
- **Databanken en registratiesystemen.** Exacte cijfermatige gegevens als percentages zijn afkomstig uit databanken en registratiesystemen van onder andere het SCP en de gemeente Den Haag. Beide organen doen geregeld kwantitatief onderzoek naar aantallen ouderen en bijvoorbeeld het gebruik van thuiszorg.

Migchelbrink (2009) wijst op de mogelijkheid van het gebruik van meerdere databronnen zoals hierboven beschreven is, dit wordt ook wel databronnen-triangulatie genoemd. Door middel van het toepassen van databronnen-triangulatie wordt de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek bevordert.

Dataverzamelingstechnieken.

Tijdens fase 3 van het onderzoek wordt de opzet van de interviews en het literatuuronderzoek uitgewerkt, daarbij wordt er gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. Migchelbrink (2009) benoemt drie hoofdgroepen als het gaat om dataverzamelingstechnieken, namelijk ondervraging, observatie en de inhoudsanalyse. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van ondervraging en inhoudsanalyse.

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden is deze opgesplitst in vier deelvragen, deze deelvragen zijn op hun beurt beantwoord in dit onderzoek. Voor de beantwoording van de deelvragen adviseren Feijen en Trietsch (2010) om per deelvraag een hypothese op te stellen, Migchelbrink (2009) maakt gebruik van een onderwerpenlijst of richtvragen. Beide methoden hebben tot doel om met behulp van concrete en specifieke vragen of hypothesen specifieke en relevante literatuur te vinden over het onderwerp. De beantwoording van de deelvragen is gedaan door de deelvragen te operationaliseren naar subvragen (zie bijlage 6), door de gebruikte databronnen samen te vatten konden de subvragen of richtvragen worden beantwoord.

Naast de inhoudsanalyse is er gebruik gemaakt van individuele ondervraging. Het voordeel van individuele ondervraging is dat er de mogelijkheid is om dieper in te gaan op het onderwerp, de individuele interviews werden face to face gedaan. Er is geen gebruik gemaakt van telefonische interviews om meer tijd en diepgang te krijgen over het onderwerp. Alle interviews zijn face to face en dus ook mondeling uitgevoerd, dit omdat de opzet van het interview halfgestructureerd is om zo de mogelijkheid te benutten verder door te kunnen vragen op de reactie van de geïnterviewde. Bij een halfgestructureerd interview worden er open vragen gesteld waarbij de interviewer de vraag kan herfraseren als de vraag niet duidelijk is of als de interviewer door wil vragen op het antwoord. Ook kan de geïnterviewde aangemoedigd worden om toch te antwoorden. (Migchelbrink, 2009)

Uitvoering van het onderzoek.

Fase 4 van het onderzoek is de uitvoering van het onderzoek. Tijdens de oriëntatiefase is een vaag idee uitgewerkt tot een concreet onderzoeksonderwerp. Aan de hand daarvan is er een probleemstelling met deelvragen geformuleerd en een doelstelling van het onderzoek. De aanleiding en onderbouwing van de doelstelling en probleemstelling van dit onderzoek is beschreven in het onderzoeksvoorstel dat ter goedkeuring is voorgelegd aan de beoordelaar (bijlage 7). Aan de hand van de feedback op het onderzoeksvoorstel is de volgorde van de eerste drie deelvragen aangepast en is deelvraag vier toegevoegd. Dit heeft geresulteerd in een logisch verband tussen de verschillende deelvragen, een complete beantwoording van de hoofdvraag en een duidelijke en logische opbouw van het onderzoeksrapport. Na de goedkeuring van het onderzoeksvoorstel is de relevante literatuur zoals in bijlage 6 weergegeven staat doorgewerkt en samengevat, verder is de literatuurlijst aangevuld met nieuwe bronnen die voor extra verheldering heeft gezorgd. Er is gekozen om eerst de literatuur

door te werken en samen te vatten, zodat de kennis vanuit de literatuur kan worden vergeleken met de praktijk.

Om naast theoretische kennis ook het verhaal vanuit de praktijk te bekijken zijn er in totaal zes mensen uit het werkveld bereid gevonden om mee te werken aan een interview. Deze mensen zijn de voorzitter van de ouderenbond ANBO in Den Haag, een ouderenconsulent van VOOR Welzijn in Den Haag, een teamleider van het algemeen maatschappelijk werk in Schiedam, sector manager Zorg en dienstverlening van Stichting Eykenburg, de directeur van Stichting Transmurale zorg den Haag en een senior programmamedewerker van Vilans. De laatste twee organisaties zijn kenniscentra. Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders in de regio Haaglanden. De doelstelling ervan is de bevordering van de samenhang in de zorg in de Haagse regio. Vilans is het kenniscentrum voor langdurende zorg, zij doen onafhankelijk, praktijkgericht onderzoek om de langdurende zorg te verbeteren en aan te passen aan de eisen van deze tijd.

Verder is er getracht om mensen van de gemeente Den Haag te interviewen, uit de politiek of beleidsmedewerkers, helaas kunnen deze mensen geen medewerking verlenen. De reden hiervoor is omdat juist de bezuinigingen op de hulp bij huishouden en de decentralisatie van de begeleiding als onderwerp hoog op de politieke agenda staat. In het voorjaar van 2013 moet hierover vergaderd worden en zullen er beslissingen genomen worden. Tot die tijd willen of kunnen alle betrokkenen zich niet uitlaten over dit onderwerp, omdat het politiek erg gevoelig ligt. Dit geldt ook voor de vakbonden, ABVAKABO FNV heeft zijn standpunten bekend gemaakt en gaat de komende maanden de strijd aan om de thuiszorg te behouden. De informatie die vanuit de politiek en vanuit de vakbonden kan worden gebruikt is afkomstig van beleidsnota's en interviews met dagbladen en tijdschriften. De brancheorganisatie Actiz wilde geen medewerking verlenen wat betreft een interview omdat het onderwerp meer paste bij de beroepsvereniging V&VN. De beroepsvereniging V&VN wilde niet meewerken omdat zij wekelijks vele verzoeken krijgen voor een gesprek of interview over vele uiteenlopende onderwerpen, waartoe zij niet de mogelijkheid hebben. Beide organisaties verwezen naar hun website voor de meest recente informatie.

Aan de hand van de deelvragen zijn er een negental open interviewvragen geformuleerd. De geïnterviewde zijn gevraagd tot medewerking aan een gesprek over het onderzoeksonderwerp. Feijen en Trietsch (2010) adviseren om het geen interview te noemen, maar een gesprek, in een gesprek hebben beide partijen belang en wordt het een uitwisseling van ideeën. Dit levert betere resultaten op aldus Feijen en Trietsch, in de praktijk werd duidelijk dat ook de geïnterviewden keer op keer tot nieuwe gedachten en ideeën werden geïnspireerd. Tijdens het eerste interview werden de negen interviewvragen één voor één afgewerkt en werd er doorgevraagd op de antwoorden. De volgende interviews verliepen steeds meer op een natuurlijke wijze waardoor de eerste interviewvraag gebruikt werd als openingsvraag en tijdens het gesprek de andere vragen op natuurlijke wijze expliciet of impliciet aanbod kwamen. Dankzij de opgedane kennis vanuit de onderzochte literatuur en vanuit de eerdere interviews werden het steeds meer gesprekken met sleutelinformanten, waarbij informatie-uitwisseling voorop stond. Eén interview met een beleidsmedewerker van de gemeente Den Haag is niet verwerkt in dit rapport, dit omdat de beleidsmedewerker alleen op persoonlijke titel en anoniem mee kon en mocht werken. Voor de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek is er voor gekozen om de uitkomsten van dat gesprek niet te gebruiken.

Verwerken, ordenen en analyseren.

In Fase 5 van het onderzoek worden de uitkomsten van de interviews en de andere databronnen verwerkt, geordend en geanalyseerd. Per subvraag wordt er nagegaan wat er gezegd en geschreven is over dat specifieke onderwerp. Op deze wijze is alle informatie per subvraag geordend en geanalyseerd. Om de uitkomsten uit de interviews te analyseren zijn de negen open vragen uit het interview omgezet naar stellingen (Baarda, 2007). Zo kan er aan de hand van de antwoorden die hierop zijn gegeven gecontroleerd worden of de geïnterviewde het eens is met de stelling of niet. Alle interviews zijn op deze wijze systematisch geanalyseerd en met elkaar vergeleken, dit heeft tot resultaat dat overeenkomsten en verschillen overzichtelijk worden gemaakt.

Nadat alle informatie per subvraag is geordend, is het schrijven van het onderzoeksrapport uitgevoerd. Dit is gedaan met behulp van systeemkaarten, door trefwoorden uit alle informatiebronnen op systeemkaarten te schrijven en deze in de juiste volgorde te plaatsen kon er een logisch verband opgebouwd worden in het rapport. (Feijen & Trietsch, 2010)

De hoofdvraag is beantwoord met behulp van de deelvragen, ieder hoofdstuk dat een deelvraag beantwoord is opgebouwd volgens een vaste volgorde. Ieder hoofdstuk begint met de beantwoording van de deelvraag aan de hand van de uitkomsten uit het literatuuronderzoek, gevolgd door de uitkomsten uit de interviews en afgesloten met een conclusie. Na de beantwoording van de deelvragen volgt er een hoofdstuk met de algemene conclusies, aanbevelingen en discussie tot verder onderzoek.

Informeren van anderen.

Fase 6 is de laatste fase van dit onderzoek, in deze fase worden de uitkomsten van het onderzoek gepresenteerd aan de opdrachtgever en aan Haagse Hogeschool. Dit zal plaats vinden door middel van het aanbieden van een onderzoeksrapportage en het verdedigen van een drietal stellingen met betrekking tot het onderzoeksonderwerp tegenover de beoordelingscommissie. Daarnaast wordt na de beoordeling van het onderzoeksrapport deze ook aangeboden aan alle mensen die meegewerkt hebben aan de totstandkoming van dit rapport.

Korte omschrijving van het eindproduct en het belang voor de opdrachtgever.

Het eindproduct is in de vorm van een onderzoeksrapport. Deze bestaat uit een inleiding met daarin de aanleiding en verantwoording voor het onderzoek. Verder is de probleemstelling weergegeven met daarin de hoofdvraag en deelvragen. In hoofdstuk 1 wordt de opdrachtgever omschreven, met daarin onder andere missie en de visie en de uitwerking daarvan. De hoofdstukken twee tot en met vijf beantwoorden ieder een deelvraag. Deze hoofdstukken worden afgesloten met een deelhoofdstuk '*In de praktijk*', waar de informatie uit de afgenomen interviews wordt besproken en een conclusie waarin de uitkomsten van de literatuur en de praktijk samen worden gevoegd. Tot slot bestaat hoofdstuk 6 uit de beantwoording van de hoofdvraag door conclusies te trekken over de beantwoording van de deelvragen, hoofdstuk 6 wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen. Aan het einde van het rapport is nog een lijst te vinden met gebruikte afkortingen, een begrippenlijst, de literatuurlijst en de geraadpleegde websites.

Dit onderzoek maakt duidelijk wat er verstaan wordt onder kwetsbare ouderen in Den Haag. Wat de rol van de huishoudelijke verzorgende en de begeleider nu is. Welke mogelijke rol de huishoudelijk verzorgende kan vervullen als deze ook een begeleidende taak op zich gaat nemen. De gevolgen van deze nieuwe aanpak hebben ook gevolgen voor Stichting Eykenburg, deze komen ruim aanbod per hoofdstuk. Er wordt ingegaan op de nieuwe rol van de '*huishoudelijke ondersteuner*' en de rol van de professional om deze nieuwe werkwijze te coördineren en te ondersteunen.

1. Organisatieomschrijving.

1.1 Stichting Eykenburg.

1.1.1 Wat is Stichting Eykenburg?

Stichting Eykenburg is als zorgaanbieder actief in de gemeente Den Haag (Stichting Eykenburg, 2013). De Stichting beheert verpleeg- en verzorgingshuis *Huize Eykenburg*, verzorgingshuis het *Van Limburg Stirum Huis* en de daartoe behorende aanleunwoningen en wijk en dienstencentrum *De Kronkel*. Er werken ongeveer 450 medewerkers die dagelijks klaarstaan voor de cliënten.



Mensen worden steeds ouder en zullen hun eigen leven willen blijven leiden en daar op enig moment zorg, begeleiding en dienstverlening en een beschermde woonvorm bij nodig hebben. Stichting Eykenburg neemt haar maatschappelijke verantwoordelijkheid door actief bij te dragen aan de persoonlijke levensinvulling van de cliënt met een hulpvraag die voortkomt uit het proces van ouder worden. Kernwaarden hierbij zijn: Klantgerichtheid, continuïteit, kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. Zorgen dat er voldaan wordt aan de wensen van de cliënt, deze ondersteund wordt waar nodig en de nieuwste ontwikkelingen worden waar mogelijk opgenomen in het dienstverleningsaanbod.

De zelfstandigheid en keuzevrijheid van de cliënt vormen het vertrekpunt van waaruit de zorg en dienstverlening wordt georganiseerd zodat de cliënt zijn leven op de door hem gewenste wijze kan leiden. Stichting Eykenburg organiseert deze zorg- en dienstverlening nadrukkelijk in samenwerking met anderen. Ouderdomsproblematiek komt voort uit het proces van ouder worden. Een proces dat zich afhankelijk van de gezondheid, culturele achtergrond of handicap op eerdere of latere leeftijd openbaart. Stichting Eykenburg richt zich daarom op de beantwoording van hulpvragen die gebaseerd zijn op het proces van ouder worden in de breedste zin van het woord. Hierbij wordt nadrukkelijk de koppeling aan een leeftijdsgrens losgelaten.

Persoonlijke beperkingen - op welk vlak dan ook - maken het moeilijker om op eigen kracht individuele wensen en voorkeuren te realiseren, sociale contacten te behouden en een betekenisvolle daginvulling te realiseren. Naarmate deze beperkingen ernstiger zijn, zal de hulpvraag van dienstverlening via begeleiding de ontwikkeling doormaken in de richting van (intensieve) zorg.

1.1.2 Missie van Stichting Eykenburg.

Door middel van de missie worden de uitgangspunten, waarden en idealen voor de toekomst van Stichting Eykenburg verwoordt (Stichting Eykenburg, 2013). In een tijd waarin er veel verandert biedt de missie houvast en geeft het richting aan: de wereld om ons heen, de samenleving waar wij deel van uitmaken, de cliënten waar wij zorg en diensten aan leveren en de medewerkers die bij ons werken. Te midden van al deze veranderingen is er één constante: mensen worden steeds ouder en zullen hun eigen leven willen blijven leiden en daar op enig moment zorg, begeleiding en dienstverlening en een beschermde woonvorm bij nodig hebben. Door actief bij te dragen aan de persoonlijke levensinvulling van de cliënt met een hulpvraag die voortkomt uit het proces van ouder worden neemt Stichting Eykenburg haar maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Een vijftal kernwaarden zijn benoemd en dienen als leidraad voor alle vormen van zorg- en dienstverlening die door Stichting Eykenburg wordt uitgevoerd. Deze zijn;

- | | |
|--------------------------|---|
| Klantgerichtheid: | het voldoen aan de wensen, eisen en verwachtingen van een cliënt. De cliënt bepaalt de inhoud van de ondersteuning bij zijn of haar persoonlijke levensinvulling. |
| Continuïteit: | ondersteuning bij de cliënt continueren en aandacht voor de ontwikkeling daarvan rekening houdend met de leeftijd en gezondheidstoestand van de cliënt. |
| Kwaliteit: | minimaal voldoen aan de wettelijke bepalingen en gestelde kwaliteitsnormen in ouderenzorg. |
| Doelmatigheid: | de beste ondersteuning bieden aan cliënten voor de best haalbare prijs. |

Innovatie: de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg, die passen bij de missie en visie van de stichting, worden actief gevolgd en waar mogelijk opgenomen in het dienstverleningsaanbod.

1.1.3 Visie.

De zelfstandigheid en keuzevrijheid van de cliënt vormen het vertrekpunt van waaruit de zorg en dienstverlening wordt georganiseerd zodat de cliënt zijn leven op de door hem gewenste wijze kan leiden (Stichting Eykenburg, 2013). Stichting Eykenburg organiseert deze zorg- en dienstverlening nadrukkelijk in samenwerking met anderen. Ouderdomsproblematiek komt voort uit het proces van ouder worden. Een proces dat zich afhankelijk van de gezondheid, culturele achtergrond of handicap op eerdere of latere leeftijd openbaart. Stichting Eykenburg richt zich daarom op de beantwoording van hulpvragen die gebaseerd zijn op het proces van ouder worden in de breedste zin van het woord. Hierbij wordt nadrukkelijk de koppeling aan een leeftijdsgrens losgelaten.

1.4 Uitwerking visie op zorg en dienstverlening.

Persoonlijke beperkingen - op welk vlak dan ook - maken het moeilijker om op eigen kracht individuele wensen en voorkeuren te realiseren, sociale contacten te behouden en een betekenisvolle daginvulling te realiseren. Naarmate deze beperkingen ernstiger zijn, zal de hulpvraag van dienstverlening via begeleiding de ontwikkeling doormaken in de richting van (*intensieve*) zorg. Hoewel de samenleving zich in dit opzicht in positieve zin ontwikkelt, leiden persoonlijke beperkingen in de breedste zin van het woord, nog altijd tot maatschappelijke uitsluiting waardoor beperkingen ervaren worden als handicap. Kwaliteit van leven wordt meer en meer bepaald door de beschikbaarheid en kwaliteit van de huisvesting, de dienstverlening, begeleiding en zorg. Stichting Eykenburg acht het, op grond van haar statuten, haar maatschappelijke taak om op een zinvolle wijze bij te dragen aan de kwaliteit van leven van haar (potentiële) cliënten. Zij richt zich dan ook nadrukkelijk op de ontwikkeling van kwalitatief goede en laagdrempelige huisvesting, dienstverlening, begeleiding en zorg op basis van de vragen van de cliënt.

1.5 Uitwerking visie op samenwerking.

Stichting Eykenburg ziet haar organisatie als een zeer wezenlijk onderdeel van de 'zorgpuzzel' van Den Haag. Zij realiseert zich echter dat de kracht en essentie van de puzzelstukjes slechts in gezamenlijkheid tot uitdrukking komen en streeft op basis daarvan naar samenwerking met partners. De kracht van Stichting Eykenburg is de directe beantwoording van hulpvragen gerelateerd aan het proces van ouder worden op een adequate en kwalitatief verantwoorde wijze. Zich realiserend dat er grenzen zijn aan haar expertise wordt nadrukkelijk gestreefd naar samenwerking met partners die vanuit hun eigen expertise willen bijdragen aan het beantwoorden van de hulpvragen van de cliënten. Er wordt gezocht naar een synergetisch effect zowel voor medewerkers als voor cliënten. Waarbij elke samenwerkingspartner de regie voert over zijn eigen expertisegebied met een heldere afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De afstemming tussen de samenwerkingspartners vindt bij voorkeur plaats buiten het gezichtsveld van de cliënt. De cliënt ervaart alleen een adequate, heldere, flexibele en kwalitatief goede beantwoording van haar hulpvraag.

1.2 Afdeling Extramurale Huishoudelijke Verzorging.

Stichting Eykenburg biedt drie vormen van extramurale zorg aan in Den Haag, te weten verpleging, verzorging en huishoudelijke verzorging. Dit onderzoek richt zich op de laatste groep, namelijk de huishoudelijke verzorging. Op dit moment (*April 2013*) zijn er ongeveer 150 extramurale huishoudelijke verzorgende bij Stichting Eykenburg werkzaam, het werkgebied betreft de gehele gemeente Den Haag.

Stichting Eykenburg is één van de organisaties die in opdracht van de gemeente Den Haag de extramurale huishoudelijke verzorging uitvoert. De huishoudelijk verzorgenden zijn de oren en ogen van deze maatschappij, veel van de cliënten waar zij mee te maken krijgen zijn ouderen die grotendeels gebonden zitten aan hun huis vanwege verschillende vormen van ouderdomsproblematiek. Huishoudelijk verzorgende hebben een belangrijke signalerende taak en een ondersteunende taak bij deze cliënten en hun sociale netwerk. Centraal in dit onderzoek staat de vraag of deze beroepsbeoefenaars zich alleen moet toelagen op hun hoofdtaak, het schoon en leefbaar houden van de persoonlijke omgeving van de cliënt, of dat zij ook een ondersteunende/begeleidende taak hebben.

2. Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen.

In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op het begrip kwetsbare ouderen, allereerst wordt er gekeken wie er bedoeld wordt met deze term. Ten tweede wordt er gekeken wat er wordt verstaan onder kwetsbaarheid vanuit de literatuur, de ouderen en de vanuit de praktijk. De deelvraag die beantwoordt wordt in dit hoofdstuk luidt als volgt;

Welke problemen ervaren zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?

2.1 Wie zijn de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?

2.1.1 Kwetsbare ouderen op landelijk niveau.

Het onderzoek 'Kwetsbare ouderen' (Van Campen & Ross, 2011) van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) uit 2011 beschrijft dat in 2010-2011 tijdens het onderzoek ongeveer 500.000 ouderen kwetsbaar waren. Ongeveer 25% van alle zelfstandig wonende ouderen in Nederland zijn kwetsbaar volgens het SCP.

Een aantal factoren verhogen het risico op kwetsbaarheid volgens het rapport 'Kwetsbare ouderen':

- Met name vrouwen zijn kwetsbaarder dan mannen, dit komt met name vanwege de hogere levensverwachting van vrouwen;
- Alleenstaanden zijn kwetsbaarder, maar daar in zit een opvallend verschil, met name gescheiden en verweduwd zijn kwetsbaarder. Mensen die nooit getrouwd zijn of nooit hebben samengewoond zijn juist minder kwetsbaar;
- Mensen met een lage sociale economische klasse zijn ook kwetsbaarder, zij hebben vaker een laag inkomen en een laag opleidingsniveau;
- Hoogbejaarden zijn kwetsbaarder, dat komt mede omdat zij vaker alleen overblijven, meerdere lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen hebben;
- Ongeachte de leeftijd lopen mensen met een lichamelijke beperking een verhoogd risico op kwetsbaarheid.

2.1.2 Kwetsbare ouderen in Den Haag.

In Den Haag is er in 2011 onderzoek gedaan naar de situatie van de ouderen in de stad onder de naam 'De ouderenmonitor' (Van der Neut, 2011). Uit het onderzoek, dat zich op alle Hagenaars van 65 jaar en ouder richtte, blijkt dat in 2011 12,9% van de inwoners oftewel 64.105 inwoners, 65 jaar of ouder is. Voor 'De ouderenmonitor' is gebruik gemaakt van de definitie omtrent kwetsbare ouderen uit het SCP rapport 'Kwetsbare ouderen' (Van Campen & Ross, 2011). Als aanvulling op de door het SCP gehanteerde definitie zijn voor het rapport 'De ouderenmonitor' nog twee factoren toegevoegd, namelijk:

- *Ouderen die zich niet veilig voelen in de buurt waarin zij wonen zijn vaker langdurig kwetsbaar;*
- *Ouderen van allochtone afkomst lopen een groter risico op kwetsbaarheid.*

Allochtone ouderen zijn niet per definitie kwetsbaarder dan autochtone ouderen. Roelof Schellingerhout (Gezondheid en Welzijn van allochtone ouderen, 2004) benoemt een aantal factoren die de kwetsbaarheid kunnen beïnvloeden, zowel op een positieve als op een negatieve manier. Uit het onderzoek van Roelof van Schellingerhout blijkt dat Turkse en Marokkaanse ouderen de laagste inkomens hebben van alle ouderen. Daarnaast hebben vooral vrouwen uit deze twee etnische groepen problemen met de Nederlandse taal. De taalproblemen hebben tot gevolg dat Turkse en Marokkaanse vrouwen, maar ook mannen, minder goede ervaringen hebben met de huisarts en medisch specialisten. Roelof Schellingerhout toont aan in zijn onderzoek dat maar 4% van de autochtone ouderen taalproblemen heeft bij een huisartsenbezoek, dit in tegenstelling tot Marokkaanse ouderen waarvan 39% taalproblemen ervaart en van de Turkse ouderen ervaart 44% taalproblemen.

Taalproblemen is voor bepaalde groepen een risicofactor wat betreft kwetsbaarheid. Daar staat tegenover dat er ook beschermende factoren zijn die groter zijn voor allochtone ouderen dan voor autochtone ouderen. Roelof Schellingerhout (2004) schrijft dat Turkse, Marokkaanse en Molukse ouderen een groot sociaal netwerk hebben waaruit zij veel steun en zorg ontvangen. Dit is voor Surinaamse ouderen veel minder vanzelfsprekend, zij wonen vaak alleen, hebben geen kinderen in de buurt en ervaren veel zelfzorgproblemen. Turkse en Marokkaanse ouderen wonen daarentegen heel weinig alleen, zij ervaren ook veel problemen met zelfzorg, maar ontvangen steun vanuit het sociale netwerk.

Turkse en Marokkaanse ouderen maken nauwelijks gebruik van de thuiszorg. Als zij gebruik maken van de thuiszorg dan is dit meestal in de vorm van persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Roelof Schellingerhout (2004) benoemt een aantal redenen: zo hebben deze twee groepen een grote beschikbaarheid over mantelzorg, er is veel onbekendheid met en een negatief imago van de thuiszorg en verpleegtehuizen, de hoge eigen bijdrage is een probleem, de geleverde zorg sluit niet voldoende aan op de zorgvraag en tot slot willen ouders hun kinderen niet beschamen door zorg van buitenaf te vragen. Kinderen worden geacht om voor hun ouders te zorgen, door zorg van buitenaf te vragen wordt de indruk gewekt dat de kinderen niet voor de ouders willen zorgen.

Om een beeld te schetsen van de situatie van alle 65-plussers in Den Haag (Ouderenmonitor 2011) wordt hieronder de samenstelling van deze doelgroep in 2011 weergegeven. Alle hieronder beschreven factoren en het percentage kunnen het risico op kwetsbaarheid verhogen. Een oudere die aan één factor voldoet hoeft niet direct kwetsbaar te zijn, een accumulatie van factoren verhoogt wel het risico op kwetsbaarheid. Zo kan een alleenstaande ouderen die beperkingen ervaart in het voeren van het huishouden vanwege een chronische ziekte een verhoogd risico lopen op kwetsbaarheid. De vraag is dan of het sociale netwerk voldoende steun kan bieden of dat de oudere op de hoogte is van beschikbare voorzieningen. Deze factoren bepalen naast de draaglast ook de draagkracht, wordt de draaglast te hoog of valt de draagkracht weg, dan is er sprake van verhoogde kwetsbaarheid.

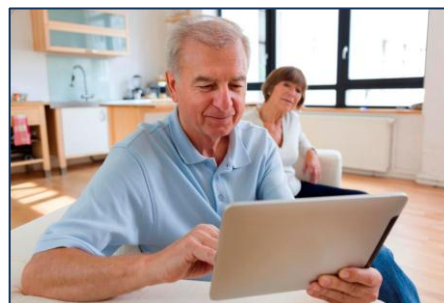
Van alle 65-plussers in Den Haag is (Ouderenmonitor 2011):

61,5%	<i>Alleenstaand</i>
93,7%	<i>Zelfstandig wonend</i>
51%	<i>Gehandicapt, heeft een chronische aandoening</i>
23%	<i>Ervaart beperkingen in het voeren van het huishouden</i>
14%	<i>65-plussers ontvangt Mantelzorg</i>
84%	<i>Chronisch ziek</i>
56%	<i>Overgewicht</i>
10%	<i>Eenzaamheid</i>
±50%	<i>Angststoornis</i>
1 op 20	<i>Heeft te maken met ouderenmishandeling</i>
±7.000	<i>Heeft last van dementie</i>
40-50%	<i>Alleenstaande verweduwden/ gescheiden zijn extra kwetsbaar</i>

2.1.3 Het nieuwe ouder worden.

In opdracht van de brancheorganisatie Actiz en de beroepsvereniging V&VN heeft onderzoeksbureau Motivaction (Vilans, 2012) onderzoek gedaan naar de verschillende typen ouderen. Motivaction heeft een indeling gemaakt van drie typen ouderen, namelijk de traditionele, moderne en vitale ouderen. Kwetsbare ouderen worden niet als apart type benoemt, maar ieder type oudere heeft mogelijkheden en beperkingen die het risico op kwetsbaarheid vergroten of juist verkleinen. Traditionele ouderen lopen het grootste risico om kwetsbaar te worden, de vitale ouderen hebben een waardevolle eigenschap om risico's op kwetsbaarheid te verkleinen, namelijk een zelfstandige en onafhankelijke opstelling ten opzichte van het leven met al zijn uitdagingen en beperkingen.

Kenmerken van traditionele ouderen zijn dat zij houden van geborgenheid, hulpvaardig zijn, van familie het liefst de benodigde zorg ontvangen en tevreden en dankbaar zijn voor de zorg die zij ontvangen. Gezien vanuit de WMO lopen deze mensen wel een risico, zij hebben vaak een afwachterende houding van niet zeuren. Daarnaast is familie niet altijd in staat om de benodigde zorg te leveren of het signaal op te pikken van de zorg die een oudere nodig heeft. Traditionele ouderen moeten leren om zelfstandiger te (blijven) functioneren.



Het tweede type oudere zijn de moderne ouderen. Veel van deze generatie zijn tweeverdieners, gericht op luxe en gezelligheid, maar ook prijsbewust. Zij leven het liefst zo zorgeloos mogelijk en richten zich op comfort. De verantwoordelijkheid voor alle zorg wordt bij de overheid gelegd, moderne ouderen rekenen erop dat de overheid alles regelt van de wieg tot het graf. Het probleem dat deze groep vooral tegen zal komen is dat de samenleving steeds meer verandert in een participatiesamenleving, waarbij de overheid de burger ondersteunt in het zelf doen en regelen. Niet de verantwoordelijkheid bij de overheid leggen, maar zelf verantwoordelijkheid nemen.

Het derde type oudere is het beste in staat om in deze samenleving zelfstandig te blijven functioneren. De vitale ouderen zijn erg gericht op een individuele levensstijl, niet afhankelijk zijn van het systeem, maar zelfstandig het leven invullen en leiden. Daarbij is de aandacht sterk gericht op vitaliteit en gezondheid, vitale ouderen zijn vaak ondernemende mensen met een idealistische en milieubewuste levensstijl. Zij zullen vooral de andere twee typen ouderen moeten stimuleren en motiveren in plaats van af te schrikken.

2.1.4 Wel oud willen worden, maar niet oud willen zijn!

Oud worden willen we allemaal in onze samenleving maar het wordt zoveel mogelijk uitgesteld! Het feit dat we niet oud willen zijn in onze samenleving heeft heel erg te maken met de beeldvorming over oud worden. De samenleving is sterk gericht op jong-zijn, advertenties en reclame-uitingen op televisie verkondigen allemaal het jong-zijn als een eeuwig schoonheidsideaal. Jong uitziende mensen prijzen zelfs producten aan die vooral door ouderen gebruikt worden. Maar wat is er mis met het oud zijn? Jan Baars beschrijft in zijn boek *'Het nieuwe ouder worden'* (2012) een verklaring voor het niet oud willen zijn, jong-zijn geeft een gevoel van beheersbaarheid. Oud zijn gaat gepaard met onzekerheid, beperkingen en uitdagingen die optreden en daarmee een zekere vorm van onzekerheid met zich mee dragen. Jan Baars onderscheidt drie inzichten met betrekking tot de vergrijzing, deze inzichten noemt hij *discours*, een typische samenhang van theorieën (o.a. *wetenschappelijk*) aan de ene kant en praktijken (*organisaties, leefwerelden*) aan de andere kant.

In de huidige samenleving worden veel stereotyperingen gevormd vanuit het ouderendiscours. Het ouderendiscours gaat over de vraag, wie zijn ouderen en wie zijn de niet-ouderen? Maar ook wat kosten de ouderen de samenleving en wat levert het nog op. De vergrijzing wordt heel sterk gezien vanuit een kosten-batenanalyse. Naast dit inzicht is er een tweede inzicht dat de negatieve beeldvorming sterk vorm geeft, namelijk de verouderingsdiscours. Dit gaat over de lichamelijke en bio-medische aspecten van het menselijk ouder worden. Welke gebreken en beperkingen treden er op bij het ouder worden en hoe kan dit het leven negatief beïnvloeden?

Het derde discours geeft de mogelijkheid tot een positievere beeldvorming, namelijk de discours van het *'goede ouder worden'*. Hierbij wordt er gekeken naar mogelijkheden om om te gaan met de niet te beheersen en niet te vermijden gevolgen van het ouder worden. Het ouderendiscours en de verouderingsdiscours worden geïntegreerd en geaccepteerd in het discours *'het goede ouder worden'*. Met het ouderendiscours krijgen mensen een stempel en met het verouderingsdiscours wordt er veel aandacht besteedt aan gevolgen van het verouderen, maar is dat alles wat telt? De levensverwachting in Nederland is de laatste decennia sterk gestegen, maar mensen worden op steeds jongere leeftijd als oudere bestempeld. Jong-zijn, beheersbaarheid en op *'jonge'* leeftijd het stempel *'oudere'* krijgen beïnvloedt de beeldvorming over ouderen, ouderen worden zo al heel jong apart gezet. Daardoor is het ook niet vreemd dat de samenleving niet goed weet hoe men om moet gaan met ouderen. Het ouderendiscours maakt zich druk over de betaalbaarheid van de pensioenen en zorg, terwijl ouderen zelf willen nadenken over een zinvol leven.

Unieke ouderen.

Goed oud worden is volgens Jan Baars (2012) alleen op individueel niveau te bepalen, zo geeft hij het voorbeeld van iemand die vitaal en energiek de leeftijd van 100 jaar weet te bereiken. Toch is deze persoon geraakt door het leven, mensen om hem heen zijn ziek geworden en overleden, dit is een intermenselijke dimensie van kwetsbaarheid. Wij hoeven niet direct geraakt te worden, maar indirect raken deze zaken ons toch. Daarom is het belangrijk om te leren hoe wij om kunnen gaan met kwetsbare situaties, daar in is ieder mens uniek. Naarmate mensen ouder worden neemt deze uniekheid toe. Als samenleving en als individuen moeten we leren om het ouder worden te accepteren, *naarmate de jaren verstrijken neemt de wijsheid toe*, aldus André Aleman (Aleman, 2013). Dit zorgt ervoor dat we juist van ouderen veel kunnen leren, geen overhaaste beslissingen, maar bezinning is belangrijk. Het ouder worden is geen aflopende zaak, maar een ontdekkingsstocht zoals Jan Baars het noemt. Wat je precies zoekt en zeker wat je zult vinden is niet duidelijk, maar wat wel duidelijk is, is waar je het niet moet zoeken. Bijvoorbeeld in het verlangen om jong te blijven.

André Aleman geeft in *'Het seniorenbrein'* (2013) een aantal tips om succesvol ouder te worden, namelijk een gebalanceerd dieet met zo min mogelijk zout, suiker, vet en koolhydraten. Voldoende drinken, zeker anderhalve liter water per dag. Bezig blijven! Vitale oude mensen zijn bezige bijtjes die binnen hun mogelijkheden iedere dag opnieuw zoeken naar uitdagingen, nieuwe dingen en bovenal liefde. Goede sociale contacten waarbij men steun kan geven en ontvangen zijn misschien wel de belangrijkste levensvoorwaarden. Als samenleving kunnen we elkaar daarbij helpen, de jongere kan de oudere een nieuwe uitdaging geven en de oudere kan de jongere een weloverwogen keuze voorleggen.

2.1.5 Ontwikkelingspsychologie.

In de ontwikkelingspsychologie (Tieleman, 2007) wordt er gesproken over verouderingsverschijnselen. De ontwikkelingspsychologie kijkt vooral vanuit het ouderendiscours en het verouderingsdiscours. Zo kunnen we een aantal verschijnselen benoemen, deze hebben vaak een negatieve lading van achteruitgang. Gelukkig zijn er ook positieve benaderingen te benoemen. André Aleman, neuropsycholoog probeert dit met zijn boek *'Het seniorenbrein'* (2013).

Lichamelijke verschijnselen.

Lichamelijke verschijnselen zijn vaak zichtbaar of herkenbaar, zoals de huid verouderd, deze wordt dunner en minder strak (Tieleman, 2007). Onze lichaamslengte neemt af, door het dunner worden van botten wordt het risico op botbreuken groter. Ook het gebit gaat kwalitatief achteruit, al kan een gebit heel lang meegaan door middel van goed onderhoud. Geen gebit of een slecht gebit geeft mensen een oudere indruk, waardoor de omgeving anders op hen reageert. De kwaliteit van de ogen en de oren neemt bij alle mensen af op oudere leeftijd, maar de verschillen tussen individuen kunnen heel groot zijn. Er zijn veel hulpmiddelen beschikbaar. Slechthorendheid kan er wel voor zorgen dat mensen zich terugtrekken en wantrouwend worden, de hulpmiddelen kunnen gedeeltelijk een uitkomst bieden, maar de omgeving moet ook rekening houden met slechthorenden en slechtzienenden.

Onzichtbaar maar onder bepaalde omstandigheden wel herkenbaar zijn de veranderingen in de hersenen. Bij iedere oudere nemen de hersenen in omvang af, dit kan tot zo'n 10 tot 15% van het totaal zijn. Maryke Tieleman (2007) beschrijft dat deze afname geen invloed hoeft te hebben op het functioneren van de persoon. Het is gebleken dat de hersenen instaat zijn om zich een leven lang aan te passen en te ontwikkelen. Bepaalde vaardigheden, zoals het omgaan met complexe taken en bestuursvaardigheden, ontwikkelen zich juist met het ouder worden (Aleman, 2013). De ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie, maakt de gevolgen van veroudering wel duidelijk herkenbaar, het cognitief functioneren neemt af en er kunnen ook gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen plaats vinden.

Ontwikkelingstaken.

De ontwikkelingspsycholoog Erikson (Tieleman, 2007) beschrijft per levensfase de ontwikkelingstaken. In de levensfase van de oudere volwassenen komt men op een keuzepunt te staan, namelijk wat gaat men doen met de veranderingen? Volgens Erikson heeft men daarbij twee keuzes, namelijk of stil blijven staan bij de fysieke veranderingen en wanhopig worden. Of het geleefde leven accepteren en een betekenis kunnen geven (*coping genaamd*) aan de nieuwe levensfase zonder dat er sprake is van bitterheid. Genieten van de mogelijkheden die er nog wel zijn.

Cognitieve veranderingen.

Ook vinden er cognitieve veranderingen plaats naarmate men ouder wordt. Deze veranderingen hoeven geen negatief effect te hebben op de persoon, dit is afhankelijk van de manier waarop men om kan gaan met deze veranderingen. Een aantal veranderingen zijn;

- *Waarnemingen nemen af, horen en zien wordt minder, de kwaliteit van het verwerken van de zintuiglijke informatie wordt niet minder, maar de snelheid waarmee het verwerkt wordt wel. Ouderen moeten meer tijd gegund worden om informatie te verwerken;*
- *Informatie wordt eerst in het kortetermijngeheugen opgeslagen en dan verwerkt, dit gaat trager en ook het terughalen van informatie kost meer tijd;*
- *Ouderen zijn ook minder goed in staat om hun aandacht te verdelen over verschillende informatiebronnen. De aandacht verdelen over twee of meer zaken tegelijk wordt steeds moeilijker, een veel gehoorde klacht van ouderen is dat zij moeite hebben met concentreren in een rumoerige ruimte;*
- *De manier waarop ouderen door de samenleving behandeld worden heeft invloed op het cognitief functioneren, worden zij als minder beschouwt, dan neemt hun motivatie ook af;*
- *Geneesmiddelen hebben een negatief effect op het cognitief functioneren, met name slaapmiddelen worden veel gebruikt door ouderen en hebben een negatief effect;*
- *Vermoeidheid en een langer herstelproces na ziekte beïnvloed het cognitief functioneren.*

Goed oud worden.

'Goed oud worden' of 'succesvol ouder worden' zoals André Aleman het noemt in zijn boek *'Het Seniorenbrein'* (2013) vraagt om inzichten in belangrijke levensvraagstukken. André Aleman is van beroep neuropsycholoog en heeft samen met en in opvolging van vele collega's onderzoek gedaan naar het ouder wordende brein. Daarbij hebben zij zeer interessante en vooral ook positieve ontdekkingen gedaan die André Aleman goed weet samen te vatten en inzichtelijk te maken in zijn boek *'Het Seniorenbrein'*. André Aleman wijdt eerst een hoofdstuk aan wat wijsheid is en hoe dat met de jaren komt. Wijsheid wordt omschreven door André Aleman als; *'Bij wijsheid denken we aan mensen die goed advies kunnen geven in moeilijke situaties en een gebalanceerd oordeel hebben'*. Juist ouderen zijn in staat om een gebalanceerd oordeel te hebben in moeilijke situaties, dit is onder andere verklaarbaar door hersenactiviteiten te onderzoeken. Ouderen en wijze mensen gebruiken namelijk meerdere delen tegelijk van de hersenen om een weloverwogen beslissing te nemen. Ouderen hebben op meerdere plaatsen in de hersenen kennis en ervaringen opgeslagen die bij complexe taken en bestuursvaardigheden tegelijk aangesproken kunnen worden. Daarnaast zijn bij het oudere brein de verbindingen in de hersenen van minder goede kwaliteit dan bij jongere mensen, dit zorgt ervoor dat informatie zich langzamer verplaatst waardoor er geen overhaaste beslissingen worden genomen. Ouderen zijn ook beter in staat om cognitieve en emotionele beslissingen met elkaar te combineren, waardoor er een gezonde balans ontstaat tussen gevoel en verstand.

Wetenschappelijk gezien (Aleman, 2013) moet 'succesvol ouder worden' aan een aantal eisen voldoen, namelijk de afwezigheid van chronische ziekten en beperkingen, een goed niveau van mentaal en fysiek functioneren en goede sociale contacten onderhouden. Ouderen zelf vinden het vooral belangrijk dat zij in staat zijn om zich aan te passen aan de beperkingen die het ouder worden met zich meebrengt en hoe men omgaat met tegenslagen.

De omgang met ouderen.

Maryke Tieleman (2007) benoemt twee omgangsmodellen die helpen om op een opbouwende en positieve manier om te gaan met ouderen. Namelijk het competentiemodel en het autonomiemodel. Bij het competentiemodel is het vooral van belang dat er gekeken wordt in hoeverre ouderen om kunnen gaan met nieuwe situaties en uitdagingen die bij hun leeftijd horen. Het autonomiemodel is er opgericht om ouderen te ondersteunen om met de voor hen beschikbare middelen een bevredigend sociaal en psychisch leven te leiden. De hulp die ouderen nodig hebben is om hen de mogelijkheid te bieden om zelfstandig keuzes te maken.

Deze twee modellen sluiten heel goed aan bij de huidige tijdgeest en het doel van de WMO, namelijk *'mee doen'*. Zoals onder andere verwoord is in de prestatievelden 5 en 6 van de WMO, bevorderen van het zelfstandig functioneren en verlenen van voorzieningen om het zelfstandig functioneren te behouden en te bevorderen. (Scheffers, 2010)

Grote veranderingen.

Een aantal grote veranderingen waar ouderen mee te maken krijgen zijn het stoppen met werken en het steeds weer afscheid moeten nemen van familie en vrienden die komen te overlijden. Deze veranderingen vragen een groot aanpassingsvermogen van ouderen.

Een andere grote verandering is het opgeven van de autonomie. Dit gebeurt vaak geleidelijk, omdat bepaalde zaken niet meer zelfstandig uitgevoerd kunnen worden. Een familielid of buur inschakelen voor een bepaalde klus die men vroeger altijd zelfstandig deed is een kleine aanpassing van de autonomie. Het accepteren van extramurale huishoudelijke verzorging is al een grotere opgave. Soms heeft er een gebeurtenis plaats gevonden die een abrupt einde maakt aan de autonomie, bijvoorbeeld een herseninfarct. Zelfstandig wonen is ineens niet meer mogelijk en opname in een verpleeghuis is nodig. Deze verandering vraagt een grote aanpassing, leren omgaan met een gebrek aan privacy, het aannemen van een nieuwe identiteit, *'ik ben patiënt'*, en soms zelfs het gevoel hebben om niet meer voor *'vol'* te worden aangezien.

2.2 Wat zijn 'kwetsbare ouderen' ?

2.2.1 De definitie.

De term *'kwetsbare ouderen'* is mede door het SCP rapport *'Kwetsbare Ouderen'* (Van Campen & Ross, 2011) een landelijke erkende term geworden. Het SCP gebruikt de volgende definitie;

"kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)." (Van Campen & Ross, 2011)

Het SCP erkent dat er geen landelijke overeenstemming is over het begrip *'kwetsbaarheid'*, aan de hand van een literatuurstudie is het SCP tot de hierboven genoemde definitie gekomen.

Het Verwey-Jonker instituut heeft in 2012 onderzoek gedaan naar het percentage kwetsbare ouderen per gemeente in samenhang met het zorggebruik, onder de naam *'Kwetsbare ouderen in tel'* (Dekker, Stavenuiter, & Tierolf, 2012). Het Verwey-Jonker instituut heeft voor dit onderzoek een definitie opgesteld wat betreft de term *'Kwetsbare ouderen'*, deze is;

"Kwetsbaarheid is de mate waarin mensen problemen ervaren in hun gezondheidssituatie (lichamelijke en/of psychische beperkingen), materiële situatie (inkomen) en sociale situatie (denk bijvoorbeeld aan eenzaamheid, de aanwezigheid van een partner en/of een familielid die ondersteuning kan bieden)" (2012)

Voor het onderzoek *'Kwetsbare ouderen in tel'* (2012) is de leeftijdsgrens van 65 jaar gehanteerd. De onderzoekers wijzen er echter op dat een hogere leeftijd in principe geen kwetsbaarheid hoeft te betekenen. Iemand van 60 jaar kan kwetsbaarder zijn dan iemand van 70 jaar oud. Het gaat om de balans tussen draaglast en draagkracht van de persoon in kwestie. Het is dus heel erg afhankelijk van de individuele context van de persoon, daarbij spelen zaken als de beschikbaarheid van institutionele en/of sociale hulpbronnen een belangrijke rol waardoor beperkingen een probleem zouden kunnen worden. Zolang er voldoende hulpbronnen beschikbaar zijn is er geen sprake van kwetsbaarheid, iets wat de onderzoekers ook onderstrepen als zeer wel passend bij de filosofie van de WMO. De WMO richt zich op de eigen kracht van de burger en de ondersteuning vanuit het sociale netwerk. Daarom wordt in het onderzoek *'Kwetsbare ouderen in tel'* (2012) bij kwetsbaarheid uitgegaan van een disbalans tussen draaglast en draagkracht waardoor de persoon in kwestie een verhoogd risico loopt.

2.2.2 Internationale discussie over kwetsbaarheid.

In de internationale literatuur over kwetsbaarheid of *'frailty'*, zoals dit begrip in het Engels wordt vertaald, is ook geen eensluidende definitie samengesteld. Linda Fried is een internationaal erkende onderzoeker die in het vaktijdschrift *'the journals of Gerontology'* (2001) onderscheid maakt tussen kwetsbaarheid, comorbiditeit en een handicap. Daarbij wordt er op gewezen dat er bij comorbiditeit een verhoogd risico is op kwetsbaarheid, een verhoogde kans op kwetsuren. Een handicap kan juist ontstaan door een verhoogde kwetsbaarheid, zoals het breken van een heup er voor kan zorgen dat iemand niet meer zelfstandig kan wonen. De aandacht gaat bij deze benadering vooral uit van fysieke kwetsbaarheid.

De discussie over de term kwetsbaarheid roept overal een hoop vragen op en laat zien dat er nog geen eensluidend antwoord is op wat de definitie zou moeten zijn. Het 'National Institute of Health' in de Verenigde Staten heeft in 2006 een internationaal congres gehouden met specialisten uit de hele wereld met betrekking tot de term kwetsbaarheid. In het artikel *'Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies'* (Bergman, et al., 2007) komen verschillende punten aanbod die tijdens dit congres zijn besproken.

Zo werd er gesproken over het feit of kwetsbaarheid alleen een medische benadering vraagt, dit werd ontkracht met de onderzoeksresultaten die lieten zien dat 7% van de mensen die meegedaan hadden aan een onderzoek naar kwetsbaarheid geen enkele chronische aandoening hadden. Daarnaast bleek 90% van de onderzochte mensen met twee of meer chronische aandoeningen niet kwetsbaar te zijn. Wat de uiteindelijke internationale definitie van de term kwetsbaarheid wordt is vooralsnog onduidelijk.

Maar duidelijk is wel dat het niet alleen gaat om fysieke kwetsbaarheid, maar dat het een complexe wisselwerking is van meerdere factoren. Daarbij speelt de balans tussen draaglast en draagkracht een belangrijke rol. De capaciteit om om te kunnen blijven gaan met ziekte, beperkingen en veranderingen bepaalt of iemand *'frail'* is of niet. Hoe dit uitwerkt is per individu verschillend, daarbij spelen chronische condities, biologische, gedrags- en omgevingsrisicofactoren een belangrijke rol. De conclusie van dit congres was wel dat *'frailty'* een bruikbare term is. Door kwetsbaarheid heel breed te interpreteren wordt het vanuit de op ziekte gebaseerde aanpak overgebracht op de gezondheidsaanpak. Daarmee komt de aandacht meer op preventie te liggen, zorgen dat risicofactoren verminderd worden en de draagkracht vergroot wordt.

2.2.3 De Nederlandse definitie.

Door Linda Fried (Engels (VS) Frailty in older adults: Evidence for a phenotype, 2001) werd de nadruk vooral gelegd op een meetbare definitie, met zaken daarin als onbedoeld gewichtsverlies, zelf gerapporteerde uitputting, zwakheid, traagheid in lopen en verminderde fysieke activiteit. De nadruk lag hierbij vooral op de fysieke kant van kwetsbaarheid. Mede daardoor werd tijdens het internationale congres in de Verenigde Staten gepleit voor een bredere definitie, maar moet er ook duidelijk onderscheid gemaakt worden met begrippen die hier mee verwant zijn, zoals (Van Campen & Ross, 2011);

- *Beperkingen, moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten;*
- *Multimorbiditeit, het hebben van meerdere aandoeningen;*
- *Kwaliteit van leven, is een subjectief begrip, hoe ervaren mensen hun leven;*
- *Succesvol ouder worden heeft te maken met een veranderende balans van winsten en verlies; naarmate je ouder wordt nemen de verliezen toe.*

Van Campen en Ross (2011) wijzen met betrekking op beperkingen op het volgende; *"niet iedereen met beperkingen is kwetsbaar en niet alle kwetsbaren hebben beperkingen"*.

2.2.4 Hoe ouderen zelf kwetsbaarheid ervaren.

Ouderen spreken zelf niet over kwetsbaarheid, dit wordt gezien als een hulpverlenersbegrip (Van Campen & Ross, 2011). Ouderen spreken vooral over *'kwaliteit van leven'*. Dit meten ouderen vooral af aan de hoeveelheid ervaren angst. Naarmate zij meer angst voor verlies en veranderingen ervaren neemt hun draagkracht af en hun draaglast toe. Er verandert veel voor ouderen, zij ervaren duidelijk een bepaalde kwaliteit van leven zolang zij die veranderingen begrijpen en er in mee kunnen gaan. Ouderen ervaren kwetsbaarheid als zij *'gekwetst worden, hun partner verliezen, grote (vaak onbegrijpelijke) veranderingen in de maatschappij meemaken en afhankelijk worden van anderen'* (Van Campen & Ross, 2011). Grote verliezen en angst kunnen de kwaliteit van leven ernstig verminderen.

2.2.5 De Tilburg Frailty Indicator.

De Tilburg Frailty Indicator is een meetinstrument waarmee kwetsbaarheid bij ouderen gemeten kan worden, voor een voorbeeld zie bijlage 1 Tilburg Frailty Indicator. Robbert Gobbens et al. (2010) hebben dit meetinstrument ontwikkeld en beproeft. Hiermee kan op een eenvoudige wijze kwetsbaarheid in kaart gebracht worden. Zij onderscheiden drie vormen van kwetsbaarheid die ook in het rapport *'Kwetsbare ouderen'* (Van Campen & Ross, 2011) benoemt worden, namelijk fysieke, psychische en sociale kwetsbaarheid.

➤ **Fysieke kwetsbaarheid.**

Hiervoor werd er al veel aandacht besteedt aan fysieke kwetsbaarheid, veel experts zien of zagen dit als de kern van kwetsbaarheid. Fysieke kwetsbaarheid is duidelijk te benoemen aan de hand van een aantal kenmerken zoals door Van Campen en Ross (2011) benoemt zijn;

- ✓ *Ondervoeding*
- ✓ *Verminderd energieniveau*
- ✓ *Verminderde kracht*
- ✓ *Traagheid*

Fysieke kwetsbaarheid is een proces, ouderen maken dit geleidelijk mee, het begint heel klein en onopvallend en resulteert uiteindelijk in zaken als;

- ✓ *Weinig tot niet wandelen*
- ✓ *Ongewenst gewichtsverlies*
- ✓ *Slecht kunnen lopen*
- ✓ *Slecht evenwicht kunnen bewaren*
- ✓ *Slecht kunnen horen*
- ✓ *Slecht kunnen zien*
- ✓ *Weinig handkracht*
- ✓ *Lichamelijke moeheid*

Al deze resultaten samen of alleen kunnen het risico om opgenomen te worden in een instelling vergroten.

➤ **Psychische kwetsbaarheid.**

Gobbens et al. (2010) benoemen vier criteria in de Tilburg Frailty Indicator wat betreft psychische kwetsbaarheid, namelijk;

- ✓ *Geheugenklachten;*
- ✓ *Sombere gevoelens;*
- ✓ *Angstige gevoelens of nervositeit;*
- ✓ *Gevoelens van hulpeloosheid, niet of slecht in staat zijn om met problemen om te gaan*

De Tilburg Frailty Indicator spreekt van psychische kwetsbaarheid als er aan twee of meer van deze kenmerken wordt voldaan.

Van Campen en Ross (2011) pleitten voor verder onderzoek en beleid met betrekking tot psychische kwetsbaarheid, want 25% van de ouderen is psychisch kwetsbaar. De klachten zijn vaak onzichtbaar, er heerst veel schaamte en onzekerheid bij ouderen om hulp te vragen. Als zij al naar een arts toe gaan is het met somatische klachten waarbij artsen dan ook vaak een somatische diagnose opstellen. Somatische klachten kunnen veroorzaakt worden door depressieve gevoelens en klachten van angst, vaak wordt dit gezien als passend bij de leeftijd en wordt het als niet behandelbaar gezien. Eenzaamheid is een groot probleem onder ouderen.

➤ **Sociale kwetsbaarheid.**

Bij sociale kwetsbaarheid gaat het niet om mogelijkheden van een individu, sociale kwetsbaarheid gaat over de relatie van het individu met zijn omgeving. Van Campen en Ross (2011) gebruiken de volgende definitie voor sociale kwetsbaarheid; *“niet of onvoldoende meedoen in sociale verbanden en het ervaren van een tekort aan contacten en steun”*.

Het tekort aan sociale contacten en steun ontstaat veelal bij het ontbreken van een partner of vertrouwenspersoon, bijvoorbeeld na het overlijden van een partner. Men loopt een vergroot risico op eenzaamheid als er daarnaast weinig contact is met familie, vrienden en bureu.

2.2.6 De Haagse situatie.

De Haagse ‘Ouderenmonitor’ (Van der Neut, 2011) hanteert voor kwetsbare ouderen de door het SCP opgestelde definitie. Daarbij worden wel een aantal lokale kanttekeningen of verduidelijkingen gemaakt. Zo is kwetsbaarheid sterk afhankelijk van;

- Leeftijd, naarmate iemand ouder wordt, maakt het risico op kwetsbaarheid groter;
- Sekse en burgerlijke staat, een alleenstaande vrouw is kwetsbaarder dan een alleenstaande man;
- Gezondheid, mensen met één of meer chronische aandoeningen en/of een functiebeperking zijn extra kwetsbaar. Turkse en Marokkaanse ouderen hebben één of meerdere chronische aandoeningen of beperkingen al op relatief jonge leeftijd, 55 jaar;
- Sociaal economische status, mensen met een laaginkomen, een niet-Nederlandse achtergrond en langdurig werklozen zijn extra kwetsbaar, hogere opleiding en werk vormen een bescherming tegen kwetsbaarheid;
- De woonomgeving is van invloed op kwetsbaarheid;
 - De stadsdelen Escamp en Loosduinen zijn het meest vergrijsd in Den Haag. Daardoor zijn er ook veel activiteiten, voorzieningen gericht op ouderen in deze wijken;
 - In de vinexwijken van Den Haag zoals Ypenburg en Leidschenveen wonen relatief weinig oudere mensen, maar daar zijn ook minder voorzieningen voor deze doelgroep;
 - Beschikbaarheid en bekendheid van voorzieningen heeft invloed op de kwetsbaarheid, ouderen maken steeds meer gebruik van de beschikbare voorzieningen als de i-shop, Centraal Informatie Punt Ouderen (CIPO) en Den Haag OpMaat;
 - Naast beschikbare voorzieningen in de woonomgeving is het belangrijk voor ouderen om zich veilig te voelen in de eigen woonomgeving, dit draagt er aan bij of iemand makkelijker naar buiten gaat.

2.2.7 Het sociale netwerk.

Wat wordt er verstaan onder een sociaal netwerk? Maria Scheffers schrijft in haar boek ‘*Sterk met een vitaal netwerk*’ (2010) dat het sociale netwerk voorziet in een belangrijke elementaire behoefte van de mens, namelijk om ‘*ergens bij te horen*’. Je hoort bij mensen waarmee je interesses gemeen hebt, zoals met kinderen, ouders, bureu, collega’s deel je bepaalde overeenkomsten. Vanwege de gedeelde interesses en wederzijdse steun beïnvloeden deze mensen je identiteit en kunnen zij praktische en emotionele steun bieden. Het gaat om duurzame relaties met mensen die voor een langere periode in het leven aanwezig zijn.

Het sociale netwerk in drie sectoren.

De sociale netwerkmethodiek verdeelt het sociale netwerk in drie sectoren, namelijk de *sector verwanten*, dit zijn familieleden, er is sprake van een bloedband of aanverwanten als schoonouders. De tweede sector zijn de *vriendschappelijke betrekkingen*, dit zijn mensen waar een duurzame relatie mee aan gegaan wordt, zoals vrienden, collega’s en bureu. De derde sector zijn de *maatschappelijke diensten*, zoals de huisarts, huishoudelijk verzorgende en de wijkagent, het gaat hier om specifieke personen. Zoals de eigen huisarts binnen de huisartsenpraktijk of de vaste huishoudelijk verzorgende van de thuiszorg.

De functies van het sociale netwerk.

Het sociale netwerk heeft vier belangrijke functies voor de persoon en zijn omgeving, om een sociaal netwerk vitaal te houden moet er sprake zijn van wederkerigheid. Het netwerk biedt steun, sociale contacten aan het individu, maar het individu biedt dit op zijn of haar beurt ook weer aan het netwerk. Maria Scheffers (2010) benoemt vier functies, namelijk;



1. *Affectieve behoefte*, waar kan de persoon terecht om de mooie en moeilijke zaken van het leven te delen? Bij wie kan men zijn hart luchten?
2. *De behoefte aan aansluiting*, met wie deelt men dezelfde interesse, zijn er meer liefhebbers van klassieke muziek waarmee men naar een concert kan of voetballiefhebbers?
3. *De Materiële behoefte*, bij wie kan men terecht als er vragen zijn over huisvesting, praktische steun in en om het huis?
4. *De behoefte aan sociale zekerheid*, ouderen die nog lid zijn van verenigingen, belangengroepen, zijn mensen die door middel van een organisatie of instelling een bepaald doel nastreven. Zoals een kerk of een ouderenbond op kan komen voor de belangen van de ouderen of ouderen deel uit laat maken van een gemeenschap.

Het sociale netwerk en kwetsbaarheid.

Of een sociaal netwerk vitaal is en bescherming biedt tegen kwetsbaarheid wordt duidelijk wanneer een oudere voor problemen komt te staan. Dan komt de vraag op de voorgrond, kan ik of mijn netwerk een oplossing bieden voor dit probleem of niet? Daarbij is vertrouwen in het sociale netwerk heel erg belangrijk. Blijkt het sociale netwerk heel erg klein, zijn er geen contacten met instanties en is er geen kennis van voorzieningen, dan kunnen kleine problemen snel groter worden.

Met behulp van het ecogram uit de sociale netwerkmethodiek kan er onderzocht worden hoe groot het netwerk is. De grootte van het netwerk bepaalt mede hoe kwetsbaar iemand is, de kans dat iemand hulp kan bieden is groter naarmate het netwerk groter is.

Bereikbaarheid is een andere factor die de kwetsbaarheid van een netwerk bepaalt. Een oudere mevrouw in Den Haag is fysiek niet meer in staat om zelfstandig naar buiten te gaan. Maar dankzij het internet en een computer is zij wel in staat om vier maal per week een uur lang een spelletje Rummikub te spelen met haar nichtje in Australië. Bereikbaarheid is in de huidige samenleving een breed begrip, dit nichtje voorziet door middel van dit contact op een hele mooie manier in de affectieve behoefte en de behoefte aan aansluiting.

Gevarieerdheid is een ander item wat mede van invloed is op de vitaliteit van het netwerk. Naarmate het netwerk gevarieerder is, bijvoorbeeld in leeftijd, kennis en burgerlijke staat, des te vitaler is een netwerk. Tijdens het congres 'Anders Wonen' op de Haagse Hogeschool van 14 februari 2013 deelde een man zijn ervaringen in een woongemeenschap. Iedereen was enthousiast en vitaal toen men vijftien jaar geleden begon aan het gemeenschappelijk wonen, mensen hielpen elkaar en iedereen stond voor iedereen klaar. Nu vijftien jaar later is een deel overleden, veel echtparen zijn nog maar voor de helft over, de gemiddelde leeftijd is tachtig jaar of ouder. Ondertussen wonen er nog een paar vitale ouderen waar een enorm beroep op wordt gedaan door de andere 'minder' vitale ouderen. Als het sociale netwerk bestaat uit mensen van dezelfde leeftijd en zeker als dit oudere mensen zijn, dan loopt men een groter risico dat iedereen tegelijk te maken krijgt met overlijden, beperkingen en ziekte. Gevarieerdheid is daarom een belangrijk item als het gaat om een vitaal netwerk.

Ook de mate van contact en de inhoud van de contacten bepalen hoe sterk een sociaal netwerk is. Hoe vaak komen kinderen op bezoek, bellen ze en nemen ze een ouder mee? Waarvan kent men de contacten? Zijn dit familie, vrienden, hulpverleners, wat is de ontstaansgeschiedenis van het contact? En tenslotte wat voor contact heeft men met zo iemand? Is het een hulpverlener die zaken regelt, organiseert of informeert? Een goede vriendin waarbij men even zijn of haar hart kan luchten? Alle vormen van contact zijn nodig, alleen het hart luchten geeft even ruimte maar lost de schulden of de vervuiling niet op.

2.2.8 Systemen en kwetsbaarheid.

Systemen worden door Joop Willemse in *'Anders kijken'* (2006) gedefinieerd als;

"Een systeem is een samenstel van elementen (bijv. personen) dat als geheel functioneert door de onderlinge afhankelijkheid van de elementen en dat voor de betrokken elementen bepaalde functies vervult".

Bij het systeem gaat het om het feit *'het geheel is meer dan de som der delen'*, er is sprake van betrekkingen tussen de individuen. Deze hebben allemaal invloed op elkaar, direct en indirect. Het gezin is een voorbeeld van een systeem, maar wat heeft dat te maken met kwetsbaarheid bij ouderen?

Veel ouderen zijn getrouwd en hebben kinderen, daarmee vormen zij een systeem. Dat systeem is in de loop der jaren steeds verandert en in een nieuwe fase terecht gekomen. Met veranderingen komen ook aanpassingen en als deze uitblijven kan het systeem uit balans raken en zelfs uit elkaar vallen. Zoals de geboorte van een kind het instabiele systeem van een slecht functionerend huwelijk ten gronde kan richten, zo kan dit ook bij oudere mensen.

Een grote verandering vindt plaats als één van de twee partners komt te overlijden. Dit betekent dat het systeem verandert en alle leden zich aan moeten passen aan de nieuwe situatie. Is het systeem in staat om dit op een volwassen manier te doen, dan kunnen eventuele problemen en moeilijkheden opgelost worden. De huidige tijd wordt door Joop Willemse (2006) omschreven als *'structureel gestrest'*. Iedereen heeft het druk en rent van hot naar her, als één of beide ouders wat gaan mankeren en meer ondersteuning nodig hebben is het de vraag of het systeem in staat is om die ondersteuning te bieden. Kan het systeem deze ondersteuning bieden, dan is er geen sprake van kwetsbaarheid. Wanneer het systeem niet in staat is om de benodigde ondersteuning te bieden en kan er geen andere ondersteuning gevonden worden, dan is er wel degelijk sprake van kwetsbaarheid.

2.3 In de praktijk.

Stelling 1 en 2 (bijlage 5) hebben betrekking op deelvraag 1.

Stelling 1: Ouderen zijn kwetsbaar!

Alle geïnterviewden wisten vooral nuances aan te brengen op de term kwetsbare ouderen. Mw. Van Leeuwen van Stichting Transmurale zorg noemde kwetsbaarheid een *'grijs begrip'*. Mw. Spierenburg van Vilans was het eens met het begrip, zij benoemde kwetsbaarheid als een positief begrip. *'Weten welke beperkingen er zijn geeft iemand de kans om zijn gedrag aan te passen. Dit bevordert de kwaliteit van leven'*, aldus mw. Spierenburg.

Andere nuances die aangebracht werden bij het begrip kwetsbaarheid zijn;

- *Niet kwetsbaarheid, maar de regie over het leven behouden of niet,*
- *Het gaat er om of ouderen nog zelfstandig kunnen functioneren of niet,*
- *De manier waarop mensen omgaan met beperkingen, hun gedrag, zijn zij instaat om de beperkingen te compenseren,*
- *De onbekendheid van de beschikbare voorzieningen voor ouderen, maar ook niet alle voorzieningen sluiten aan op de wensen van elke doelgroep. Met name hogeropgeleide mensen zijn minder kwetsbaar, zij kunnen langer actief blijven en iets voor een ander betekenen. Op het moment dat zij niets meer voor een ander kunnen betekenen, dan zijn zij juist kwetsbaarder, want de aangeboden activiteiten sluiten vaak niet aan bij hun interesses,*
- *Kwetsbaarheid bij zelfstandig wonende ouderen wordt niet bepaald bij het feit of zij nog zelfstandig willen wonen, maar of het nog verantwoord is,*
- *De angst voor lichamelijke gebreken en financiële zorgen. Met name mensen met een minimum inkomen zijn bang dat bijvoorbeeld de koelkast kapot gaat en zij geen geld hebben voor een andere.*

Tijdens ieder interview kwam het woord eenzaamheid ter sprake. Iedereen was het erover eens dat eenzaamheid niet te voorkomen is, gevoelens van eenzaamheid horen bij het leven. Zolang eenzaamheid benoemt wordt door ouderen is het geen probleem, geïsoleerd raken van de omgeving is daarentegen juist wel een probleem. Dit kan onder andere leiden tot depressieve gevoelens, ouderen die lijden aan een depressie komen hier vaak niet of nauwelijks meer uit.

Mw. Spierenburg van Vilans wees op het feit dat traditionele ouderen, *zie ook hoofdstuk 2.1.3 het nieuwe ouder worden*, kwetsbaarder zijn. De veranderingen in de samenleving zorgen ervoor dat de verantwoordelijkheid bij de burger zelf komt te liggen. De participatiemaatschappij vraagt om een andere houding van alle burgers, traditionele ouderen en ook traditionele zorgmedewerkers moeten leren dat er van iedereen verwacht om vanuit *'Eigen kracht'* te leven. Met of zonder hulp van het eigen sociale netwerk. Deze aanpassing zal heel veel tijd en aandacht vragen.

Leeftijd is niet per definitie een factor voor kwetsbaarheid, wel kwam tijdens de interviews naar voren dat naarmate de leeftijd hoger wordt de risico's groter worden. De Haagse Wethouder Karsten Klein (Gemeente Den Haag (1), 2011) van Jeugd, Welzijn en Sport verwoorde kort en krachtig hoe leeftijd en kwetsbaarheid wel en niet met elkaar te maken heeft; *'De' oudere bestaat niet. Er zijn Hagenaars van 60 die zich 90 jaar voelen en Hagenaars van 90 die zich 60 jaar voelen'*.

Stelling 2: Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!

Alle geïnterviewde waren het eens met de stelling dat ouderen begeleiding nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en participeren. Alle zorg en beleid rondom ouderen moet gericht zijn op de *'Kwaliteit van leven'* dit wordt alleen bereikt als er aansluiting wordt gevonden met de persoonlijke wensen en interesses van mensen. Van burgers wordt vanuit de WMO steeds meer verwacht dat zij zelfstandig deelnemen aan de samenleving en de hulp en ondersteuning die zij ontvangen is dan ook gericht op zorgen dat iemand zelfstandig kan participeren. Om burgers daartoe te motiveren moet er wel aangesloten worden op hun wensen en interesses. Dat betekent geen algemeen aanbod voor alle ouderen in de stad, maar maatwerk leveren. Mw. Spierenburg (Vilans) benoemde deze aanpak als de zorg- en dienstverlening *'customizen'*.

Dat betekent in de praktijk niet een algemeen aanbod creëren en daar de burger uit laten kiezen, maar op de burger afstappen en vanuit de burger gaan kijken waar deze beperkingen ervaart en specifiek voor deze beperkingen een oplossing gaan zoeken. Mw. Baggerman, *voorzitter van de ANBO*, benadrukte dat er vaak een gebrek aan tijd en aandacht is voor de oudere. Mw. Hagen, *ouderenconsulent*, vertelde dat alleen door middel van huisbezoeken waarbij er één op één contact is met de oudere, de mogelijkheid ontstaat om *'de vraag achter de vraag'* boven water te krijgen. Door op bezoek te gaan bij een oudere, de situatie zelf te zien en begrip te tonen, zorgt ervoor dat er toch een vorm van vertrouwen ontstaat, dat zorgt ervoor dat ouderen zich ook op hun gemak gaan voelen om hun verhaal te vertellen.

Naast het één op één contact en werken vanuit een vertrouwensbasis is het heel belangrijk om een integraal zorgpakket aan te bieden. Dit betekent dat alle zorgverleners met elkaar samenwerken, van mantelzorgers, vrijwilligers, hulp bij huishouden tot de huisarts en andere specialisten toe. De zorg moet op elkaar aansluiten, alle vormen van zorg zijn even belangrijk. Om een integraal zorgaanbod te leveren moet de cliënt centraal staan en vandaar uit moet er steeds gekeken worden wie welke zorg levert. Daarbij moet het uitgangspunt zijn dat degene die het dichtstbij de cliënt staat meestal de meest persoonlijke zorg kan leveren. Dat pleit ook voor substitutie van zorg, de laagst in de hiërarchie staande zorgmedewerker staat vaak het dichtstbij de cliënt, volgens mw. Van Leeuwen (*Stichting Transmurale zorg*).

Dat ouderen begeleiding nodig hebben om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en participeren betekent niet dat zij altijd professionele hulp nodig hebben. Cliënten en hun netwerk moeten geholpen worden om te leren hoe zij zelf kunnen zorgen dat, in plaats van een hulpverlener die voor hen zorgt. Het werken vanuit de participatiemaatschappij vraagt een enorme cultuur- en mentaliteitsverandering in alle lagen van de bevolking, van oudere tot de hulpverlening. Geen taken meer overnemen, maar de ander in zijn kracht zetten en ondersteunen om het zelf te doen.

2.4 Conclusie.

Kwetsbare zelfstandig wonende ouderen kunnen alle ouderen zijn vanaf 65 jaar. Kwetsbaarheid echter is niet leeftijdsgebonden, maar afhankelijk van individuele factoren. Het SCP benoemt risicofactoren als alleenstaand, een lage sociale economische klasse, hoogbejaard en mensen met een lichamelijke beperking. Jan Baars en André Aleman vestigen de aandacht op de beeldvorming en stereotypering van ouderen, met name door de grote aandacht voor de ouderendiscours en de verouderingsdiscours zoals Jan Baars dat benoemt is er een negatieve beeldvorming ontstaan. André Aleman en Jan Baars pleitten voor een positieve beeldvorming van ouderen onder de noemer *'het goede ouder worden'* of *'succesvol ouder worden'*. Waarbij met name André Aleman het verband aantoont tussen wijsheid en ouderen.

Maryke Tieleman vestigt de aandacht op de omgang met ouderen en wijst erop dat de samenleving op twee manieren ouderen kan ondersteunen. Ten eerste ouderen ondersteunen bij de omgang met nieuwe situaties en uitdagingen die bij de leeftijd horen. En ten tweede ouderen ondersteunen in hun zelfstandigheid.

Wat kwetsbaarheid is, is internationaal gezien niet geheel duidelijk. Wetenschappers zijn nog niet tot een eenduidige verklaring van de term kwetsbaarheid gekomen. Het SCP pleit ervoor om kwetsbaarheid te zien als een complexe wisselwerking van verschillende factoren, zoals lichamelijke, psychische, sociale en materiële factoren. Daarbij speelt de individuele balans van de draagkracht en draaglast van de ouderen een belangrijke rol. Individuele verschillen kunnen heel groot zijn, en zijn afhankelijk van chronische condities, biologische, gedrags- en omgevingsfactoren. Robbert Gobbens wijst er op dat kwetsbaarheid een proces is wat heel grillig kan verlopen, van heel geleidelijk (*dementie*) tot zeer abrupt (*het breken van een heup*).

Wetenschappers pleitten voor een brede interpretatie van kwetsbaarheid met een niet op ziekte gebaseerde aanpak, maar op gezondheid. Waarbij de aandacht uit moet gaan naar preventie en het versterken van de draagkracht. Ouderen gebruiken zelf niet de term kwetsbaarheid maar geven de voorkeur aan de term *'kwaliteit van leven'*. Daarbij speelt angst een belangrijke rol, namelijk angst voor verlies en angst voor (*onbegrijpelijke*) veranderingen.

Het sociale netwerk vervult een belangrijke rol in het voorkomen van kwetsbaarheid. Allochtone ouderen voldoen vaak aan bepaalde kwetsbaarheidsfactoren als een laag inkomen en het niet beheersen van de Nederlandse taal, terwijl zij weer vaker beschikken over een sterk sociaal netwerk van waaruit zij informele zorg ontvangen.

In de onderzochte literatuur wordt de term eenzaamheid meerdere keren naar voren geschoven als een kwetsbaarheidsfactor. Vanuit de praktijk echter wordt eenzaamheid gezien als een niet te voorkomen probleem, tijdens de interviews werd er juist op gewezen dat *'alleen zijn'* of geïsoleerd raken een veel groter probleem is. Naast het alleen zijn werd kwetsbaarheid onder zelfstandig wonende ouderen duidelijk beschreven als wel de wil hebben om zelfstandig te wonen maar dit niet meer te kunnen. Om ouderen zelfstandig te laten wonen wordt vanuit de praktijk gepleit voor een individueel gericht aanbod, geen algemeen aanbod creëren, maar vanuit de cliënt kijken naar de ondersteuningsbehoefte. Daarbij is een outreachende aanpak nodig om preventief te kunnen werken rondom kwetsbaarheid. De zorg rondom zelfstandig wonende ouderen moet integraal aangepakt worden, daarbij moeten alle zorgverleners betrokken zijn, informeel en formeel. De beste aanpak vanuit de praktijk wordt gezien door middel van substitutie. De *'eenvoudigste'* zorgverlener (*formeel en informeel*) staat het dichtstbij de cliënt en is daarom het beste instaat om aansluiting te vinden op het niveau van de cliënt.

3. Extramurale huishoudelijke verzorging.

In dit onderzoek wordt de term Huishoudelijke Verzorging gebruikt. Aangezien dit onderzoek voortkomt uit het werk van de afdeling Extramurale Huishoudelijke Verzorging van stichting Eykenburg moet er allereerst duidelijkheid gegeven worden over de term Huishoudelijke Verzorging. In dit hoofdstuk staat de huishoudelijke verzorging centraal. Er wordt ingegaan op het ontstaan van de huishoudelijke verzorging als zorgtaak, verder wordt er gekeken naar wie de cliënten zijn, wat de taken zijn van de huishoudelijke verzorging en de welke waarde er gehecht wordt aan het werk van de huishoudelijke verzorging. Daarmee wordt de hierna benoemde deelvraag beantwoord;

Welke eisen worden nu gesteld aan de vaardigheden van de Extramurale Huishoudelijke Verzorging?

Huishoudelijke Verzorging versus Hulp bij Huishouden.

Twee termen met dezelfde betekenis! Of heeft het toch een andere betekenis? De term Huishoudelijke Verzorging (HV) komt uit de AWBZ en is na de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging naar de WMO omgedoopt in Hulp bij Huishouden (HH). Warner Deelstra (2008) onderschrijft dat bij de wijziging in de terminologie van huishoudelijke verzorging naar hulp bij huishouden het zorgelement is weggehaald en de nadruk meer op schoonmaken wordt gelegd.

De stuurgroep Verantwoorde Zorg, bestaande uit alle belanghebbende partijen omtrent de uitvoering van de Hulp bij huishouden, heeft namens haar leden *'Het Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden'* (2009) opgesteld. Als reden voor de wijziging in terminologie geeft de stuurgroep aan; *"gemeenten hechten aan vervanging van de term Huishoudelijke Verzorging (HV) door Hulp bij het Huishouden (HH), ondanks het feit dat in de WMO de term HV wordt gehanteerd. HV verwijst naar zorg, verzekering, landelijke uniformiteit, aanspraak en AWBZ; HH duidt op participatie, gemeente, maatwerk en WMO"*.

3.1 Geschiedenis van de Huishoudelijke Verzorging.

Aan het einde van de 19^{de} eeuw ontstond in Nederland de gezinsverzorging (Deelstra, 2008). De industrialisatie veranderde heel Europa in een razend snel tempo, dit had grote gevolgen voor iedereen. Naast een ongekende welvaart voor een bepaalde groep mensen in de samenleving leverde de industrialisatie ook grote problemen op, zoals in de vorm van vrouwen- en kinderarbeid.

Hélène Mercier en Marie Muller-Lulofs zijn belangrijke grondleggers van het hedendaagse maatschappelijk werk. Mede vanwege de grote veranderingen door de industrialisatie kwamen zij in actie en kwam het maatschappelijk werk sterk tot ontplooiing (Van der Linde, 2008). Het maatschappelijk werk richtte zich op de *'vraag achter de vraag'*. De gezinsverzorging werd met name ingezet bij gezinnen met chronische ziekten en bejaarden, de gezinsverzorging ontstond vanuit de kerken, het socialisme en het humanisme. Iedere groep had zijn eigen instelling voor de eigen doelgroep, in 1962 waren er in Nederland 979 instellingen voor gezinsverzorging. Vanaf 1962 ontstond er meer samenwerking tussen de verschillende instellingen, het maatschappelijk werk en de gezinsverzorging werden beide gezien als vormen van maatschappelijke dienstverlening. (Deelstra, 2008)

3.1.1 De gezinsverzorging.

In 1980 werd er onderzoek gedaan naar de huishoudelijke verzorging in Nederland door het Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening (PCMD) onder de naam, *'Huishouden in Holland: ontwikkelingen in de huishoudelijke verzorging 1965-1980'* (Goewie, s'Jacob, & Van Overbeek, 1980). Het PCMD was het instituut voor onderzoek naar het maatschappelijk werk voor het toenmalige ministerie van Maatschappelijk Werk. Dit onderzoek onderscheidde drie vormen van maatschappelijke dienstverlening, namelijk;

- ✓ maatschappelijk werk in de 1^e lijn
- ✓ zorg voor lichamelijk gehandicapten
- ✓ huishoudelijke verzorging

De gezinsverzorging voert de derde vorm van maatschappelijke dienstverlening uit, namelijk de huishoudelijke verzorging. Daarin worden drie taken onderscheiden, namelijk;

- ✓ *hulp bij huishouden,*
- ✓ *persoonlijke verzorging,*
- ✓ *begeleidende taken*

De overheid en het werkveld hebben beide een andere kijk op deze taakverdeling. De overheid gaat er van uit dat de belangrijkste taak van de gezinsverzorging de *'hulp bij huishouden'* is. De praktijkervaring leert dat de drie taken niet los van elkaar gezien kunnen worden, maar dat deze onlosmakelijk met elkaar verweven zijn. Het uiteindelijke doel van de inzet van de gezinsverzorging was; *'het zelfstandig functioneren behouden of bereiken'*. Daarbij werden door de cliënten van de gezinsverzorging twee taken onderscheiden, namelijk hulpverlening en serviceverlening. Onder hulpverlening werd verstaan; ondersteuning bieden aan een huishouden op gebieden waar een tekort ontstaan was en deze begeleiden om (opnieuw) zelfstandig te gaan functioneren. Met serviceverlening werd *'puur'* schoonmaak werk bedoelt.

Wie was de doelgroep van de gezinsverzorging? Deze vraag wordt in *Huishouden in Holland* (Goewie, s'Jacob, & Van Overbeek, 1980) als volgt geformuleerd;

'Iedereen die een huishouden verzorgt en (tijdelijk) uitvalt heeft recht op gezinsverzorging. Doel van de gezinsverzorging is de zelfredzaamheid vergroten, het sociaal netwerk is het 1^e aanspreekpunt en moet bijdragen waar mogelijk en de hulpverlening wordt ingezet waar nodig'.

Het overheidsbeleid in de onderzochte periode (1965-1980) was gericht op het zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen van ouderen, ruim 50% van de cliënten waren ouderen. De leidinggevende van de gezinsverzorging werden 'leidsters' genoemd, de leidsters verzorgden de intake van nieuwe cliënten. Tijdens de intake moesten deze leidsters bepalen of een cliënt hulpverlening of serviceverlening nodig had. Aan de hand van de intake werd er dan bepaald of er een 'niet-opgeleide' werkster werd ingezet voor de serviceverlening of een opgeleide hulpverlener werd ingezet voor de hulpverlening. De noodzaak om dit onderscheid te maken werd duidelijk benadrukt door de leidsters. Daarbij werd noodzakelijk geacht dat de hulpverlening werd uitgevoerd in samenwerking met het maatschappelijk werk, dit omdat problemen nooit alleen op zichzelf staan. Naast de vaak materiële problemen waar de serviceverlening en hulpverlening voor werd ingezet, benoemden de leidsters in dit onderzoek ook taken als de cliënt *'probleembewust maken'*, *'helpen veranderen'* en *'ondersteunen en verwerken van problemen'*.

3.1.2 Huishoudelijke verzorging in de AWBZ.

Vanaf 1 Januari 1989 wordt de financiering van de gezinsverzorging betaalt uit de AWBZ. Dit om tot betere integrale zorg te komen, want de persoonlijke verzorging en verpleging werden ook al uit de AWBZ betaalt. Warner Deelstra (2008) schrijft dat het uitgangspunt voor de gezinsverzorging in de AWBZ is om de zelfstandigheid van een huishouden te vergroten of te versterken, daarbij werd er gewerkt vanuit het principe van de zelfredzaamheid. Taken werden niet klakkeloos overgenomen, maar er werd kritisch gekeken naar wat de cliënt en zijn sociale omgeving zelf konden doen en bij welke specifieke taken ondersteuning nodig was. Dat kon betekenen dat specifieke taken aangeleerd werden door de gezinsverzorging. Zodra duidelijk was dat de gezinsverzorging niet meer nodig was, werd dit afgebouwd. De indicaties werden door de instellingen zelf gedaan. Iedereen had in principe recht op gezinsverzorging, maar de eigen bijdrage werd strak gekoppeld aan het inkomen. Naarmate dit hoger was werd de eigen bijdrage ook aanzienlijk hoger. De taken van de gezinsverzorging bestond uit schoonmaken, wassen, voedselbereiding, persoonlijke verzorging en het anders of opnieuw organiseren van het huishouden.

Het doel van de gezinsverzorging in de AWBZ was de zelfstandigheid vergroten, daardoor konden mensen langer in hun eigen huis blijven wonen en eerder naar huis na een ziekenhuisopname. Door de integrale aanpak van de gezinsverzorging binnen de AWBZ ontstond er een stevige samenhang tussen informele zorg aan de ene kant en formele zorg aan de andere kant. De gezinsverzorging was instaat om ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers en andere mensen uit het sociale netwerk. Daarnaast werd er intensief samengewerkt met de wijkverpleegkundige zorg, de huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk en specialisten als de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Het doel van de samenvoeging van de verschillende disciplines in de AWBZ was om kostenefficiënt te gaan werken door middel van substitutie en samenwerking te creëren tussen de disciplines. Om de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen kwam er de wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg), in deze wet werden alle handeling per functie vastgelegd. De kwaliteit kon op deze wijze worden gewaarborgd, het nadeel echter was dat een deel van de flexibiliteit verloren zou gaan. De benodigde zorg werd vanaf dat moment functiegericht geïndiceerd. Zo werd huishoudelijke verzorging en begeleiding als taak uit elkaar gehaald en ontstonden er twee aparte functies. Daarmee werd duidelijk welke taken er bij welke functies hoorden en waren de instellingen instaat om daarop gericht medewerkers bij te scholen voor hun specifieke taken pakket. Deze investeringen leverde een belangrijke bijdrage aan de professionaliteit in de vorm van kwalitatief goede, samenhangende en verantwoorde zorg.

3.1.3 Decentralisatie Huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de WMO.

Met de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de WMO verdwijnt de term Huishoudelijke Verzorging en komt de term Hulp bij Huishouden in gebruik. Warner Deelstra (2008) formuleert de definitie van Hulp bij Huishouden in de WMO als volgt;

'Het ondersteunen bij of overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden van een persoon dan wel van de leefeenheid waartoe een persoon behoort'.

Uit onderzoek van Warner Deelstra in 2008 (Huishoudelijke verzorging en de WMO) blijkt dat de meeste gemeenten in Nederland het advies volgen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) wat betreft de differentiatie in huishoudelijke hulp, deze bestaat uit drie categorieën. Categorie 1 is alleen schoonmaak werk, de tweede categorie is schoonmaken met lichte ondersteuning in de organisatie van het huishouden en de derde categorie is ondersteuning aan een ontregelt huishouden en schoonmaken. Warner Deelstra wijst erop dat in de praktijk blijkt dat door gemeenten een lage tariefstelling belangrijker wordt gevonden dan de preventieve en signalerende functie van de hulp bij huishouden. Bovendien lijken de meeste gemeenten gebruik te maken van de vastgestelde vragenlijst zoals gebruikt wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dit gebeurt hoofdzakelijk telefonisch. Dat lage tariefstelling belangrijk is, lijkt wel te kloppen als men ziet dat in 2006 75% van de cliënten HV-2 (AWBZ) had en ten tijde van het onderzoek in 2008 nog maar 15% van de cliënten HH-2 (WMO) heeft.

Aan het begin van dit hoofdstuk lasen we al dat Warner Deelstra er op wees dat met de veranderende terminologie de aandacht vooral gericht werd op het schoonmaken. Door te werken met telefonische intakes, vastgestelde vragenlijsten en een indicering die bijna tegenovergesteld is aan die van de AWBZ lijkt dit ook waar te zijn.

3.2 Hulp bij Huishouden.

Wat voor taken vallen onder de huidige functie hulp bij huishouden in de WMO? Hoe verhoudt dit zich tot de oude situatie in de AWBZ? De WMO wordt uitgevoerd door de gemeenten, algemeen wordt er aangenomen dat de gemeente dichter bij de burger staat en daarmee beter instaat is om te bepalen welke vorm van zorg de burger nodig heeft. Maar hebben al deze veranderingen een nieuwe impuls gegeven aan de professionalisering van de hulp bij het huishouden of heeft het juist het tegenovergestelde bewerkstelligt?

3.2.1 De Cliënten van de hulp bij huishouden in Den Haag.

In februari 2013 is de nieuwe aanbestedingsronde van de hulp bij huishouden in Den Haag succesvol afgerond, aldus wethouder Karsten Klein (Klein, denhaag.nl, 2013). Tegelijkertijd laat de wethouder weten dat de toekomst voor mensen die afhankelijk zijn van de hulp bij huishouden er op dit moment erg onzeker uitziet, de landelijke overheid wil begin 2015 namelijk 75% bezuinigen op de hulp bij huishouden. Om de effecten van de hulp bij huishouden in beeld te brengen heeft Karsten Klein in 2012 een onderzoek uit laten voeren omtrent de effecten zoals door de ouderen zelf ervaren wordt.

Hulp bij huishouden in cijfers.

Het onderzoek *'Hulp bij huishouden, bezuinigingen in beeld gebracht!'* (Klein (1), 2012) geeft inzicht in een aantal zaken rondom de hulp bij huishouden in Den Haag. Allereerst een aantal cijfers die een beeld schetsen van de huidige situatie;

- ✓ 12.448 mensen ontvingen hulp bij huishouden in 2012;
- ✓ 855 Euro is het gemiddelde AOW inkomen van deze doelgroep;
- ✓ 70% van de doelgroep heeft een vergelijkbaar inkomen;
- ✓ 73 jaar, is de gemiddelde leeftijd;
- ✓ 95% van de doelgroep heeft een fysieke beperking, zoals rugklachten vanwege ouderdom.

Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van de ouderen, allemaal geven ze aan het liefst alles zelf te doen. Wat nog wel zelfstandig gedaan kan worden, wordt ook zelfstandig gedaan, met name lichte werkzaamheden. De hulp bij huishouden wordt vooral ingezet voor het zware huishoudelijke werk, te denken valt aan bijvoorbeeld stofzuigen en ramen zemen. Tijdens het onderzoek is gebleken dat de minimale eigen bijdrage van mensen tussen de 12 en 25 Euro ligt. Wanneer de bezuinigingen doorgaan en mensen dit geheel zelf moeten betalen, dan komen zij voor drie uur per week hulp uit op 250 Euro per maand. Gezien het feit dat 70% van de huidige doelgroep rond moet komen van een minimum salaris, zullen zij geheel afhankelijk worden van anderen.

Visie van ouderen op 'hulp bij huishouden'.

- Ouderen ervaren de hulp niet als luxe, maar als noodzaak. Vaak een belangrijke voorwaarden om zelfstandig te kunnen blijven wonen;
- Een alternatief zien zij niet, kinderen hebben hun werk of zijn zelf al op leeftijd, vaak doen zij al wat er binnen hun mogelijkheden ligt;
- Zelf betalen is niet mogelijk, de wil om mee te betalen is er wel, maar met een minimuminkomen is dit niet mogelijk. Zelfstandig wonen wordt door de ouderen als een basisbehoefte gezien;
- De ouderen willen geen vervuilde oude dag;
- Opname in een verzorgingshuis is duurder.

Ervaringen van ouderen.

Enkele ervaringen die ouderen hebben gedeeld in het onderzoek *'Hulp bij huishouden, bezuinigingen in beeld gebracht!'* (Klein (1), 2012) zijn:

- Dankzij huishoudelijke hulp is het mogelijk om zelfstandig te wonen in de eigen vertrouwde sociale omgeving;
- Huishoudelijke hulp is een belangrijk sociaal contact, een vertrouwenspersoon en een motivatie om andere sociale contacten op te zoeken of aan te gaan;
- Dankzij de hulp bij huishouden houden ouderen energie over om deel te nemen aan sociale activiteiten, maar ook zaken als zelfstandig boodschappen doen en contacten te onderhouden met mensen uit het sociale netwerk.

In bijlage 3 *'Samenvatting effecten optelling van kabinetsmaatregelen decentralisatie AWBZ en WMO'* (Klein (2), 2012) staat in een schema welke vormen van ondersteuning mensen in Den Haag ontvangen en in welke combinaties. Zo blijkt 66% van de mensen met hulp bij huishouden ook persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding te ontvangen. Dat laat zien dat hulp bij huishouden een integraal onderdeel vormt met de andere vormen van zorg. Karsten Klein waarschuwt ook voor de gevolgen van de bezuinigingen op de zorg, het is niet goed om de zorg te vermaatschappelijken EN op de extramurale zorg zwaar te bezuinigen.

3.2.2 Taken van de Hulp bij het Huishouden.

De taakomschrijving van de hulp bij het huishouden zoals Stichting Eykenburg deze hanteert wordt weergegeven in bijlage 1, deze is zo ook bekend bij de gemeente Den Haag. De gemeente Den Haag (Gemeente Den Haag, 2012) hanteert twee typen hulp bij huishouden, namelijk;

- *HH-1, deze is bedoeld voor het gedeeltelijk of geheel overnemen van alle huishoudelijke taken;*
- *HH-2, deze is bedoeld als er sprake is van kortdurende hulp bij de verzorging van kleine kinderen of bij het niet kunnen voeren van de regie over het huishouden door dementie of een andere beperking.*

De WMO maakt gebruik van 9 prestatievelden waar gemeenten zich aan moeten houden. Drs. T.B. Sijtema (Wegwijzer Wmo, 2008) schrijft dat de hulp bij huishouden onder andere verwoordt is in de prestatievelden 5 en 6. Het doel van de hulp bij huishouden is zorgen dat het zelfstandig functioneren behouden of versterkt wordt en daardoor het deelnemen aan het maatschappelijk verkeer mogelijk maakt, dit zijn ook de doelen van prestatieveld 5 en 6 uit de WMO.

De cliënt moet centraal staan, daarbij is de taak van de gemeente om als regisseur van de zorg op te treden. De gemeente moet er voor zorgen dat zorgaanbieders beter met elkaar samenwerken en zich inzetten tot een integrale aanpak van de zorgvraag. Het is niet de bedoeling dat alle taken van de cliënt overgenomen worden, bij indicatie moet er vanuit de cliënt gekeken en gedacht worden. Wat kan de cliënt nog zelf? Wat kan zijn omgeving en sociale netwerk voor hulp en ondersteuning bieden? Als laatste wordt er gekeken welke formele zorg er nodig is om het zelfstandig functioneren en participeren te behouden of te vergroten. Hulp bij huishouden wordt toegekend als de cliënt en zijn omgeving niet meer instaat zijn om zelfstandig te functioneren vanwege gezondheidsproblemen waardoor vervuiling, verwaarlozing of ontreddering ontstaat van de cliënt of zijn leefomgeving. Er wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen fysieke hulp en ondersteuning in de organisatie van het huishouden, dit is duidelijk terug te zien in de twee typen hulp bij huishouden (zie hierboven). Drs. T.B. Sijtema onderscheidt negen taken van de hulp bij huishouden in de WMO, de eerste vijf taken behoren toe aan het eerste type HH-1, de laatste vier taken horen bij het type HH-2.

- ✓ *Het doen van dagelijkse boodschappen;*
- ✓ *Maaltijdverzorging, brood en warme maaltijd;*
- ✓ *Licht poetswerk in huis, kamers opruimen;*
- ✓ *Zwaar huishoudelijk werk;*
- ✓ *Verzorging kleding en linnengoed;*
- ✓ *Organisatie van het huishouden;*
- ✓ *Niet dagelijkse organisatie van het huishouden;*
- ✓ *Hulp bij ontregeld huishouden in verband met psychische stoornis*
- ✓ *Advies, instructie en voorlichting gericht op het huishouden.*

Movisie en Vilans hebben in opdracht van onder andere de beroepsvereniging V&VN, de vakbonden en de brancheorganisatie Actiz het '*beroepscompetentieprofiel helpende*' (2007) opgesteld. De taakomschrijving huishoudelijke verzorging van Stichting Eykenburg (*bijlage 1*) en het beroepscompetentieprofiel helpende (*bijlage 4*) geven duidelijk aan wat er van de huishoudelijk verzorgende verwacht wordt. Maar werken met mensen is altijd anders en uitdagend, daardoor ontstaan er steeds situaties waarin meer van een hulpverlener verwacht wordt dan volgens het boekje te handelen. De huishoudelijk verzorgende werkt zelfstandig en komt daardoor in situaties waarin er gehandeld moeten worden volgens eigen inzichten en kennis. De schrijvers van het '*beroepscompetentieprofiel helpende*' (2007) wijzen daarom ook op deze uitdagingen en stellen dat een beroepsbeoefenaar bekwaam is als deze instaat is om met deze lastige en uitdagende situaties om weet te gaan. In het beroepscompetentieprofiel wordt dit als kernopgaven omschreven.

Dilemma's waar een hulpverlener mee te maken krijgt gaan vaak over het vinden van de juiste balans. De balans tussen afstand en nabijheid, de belangen van de zorgvrager en de organisatie, de balans tussen tijd nemen voor de cliënt en de uitvoering van de kerntaken en de balans tussen zelf doen of de cliënt ondersteunen in het zelf doen. Dit zijn moeilijke vragen waar geen eenduidig antwoord op gevonden kan worden. Maar vragen die wel heel relevant zijn, want de WMO en Welzijn Nieuwe Stijl gaan over deze vragen. De belangrijkste taak van de hulpverlening is ondersteuning bieden in het bevorderen van de zelfstandigheid. Maar dan moet er wel een balans gevonden worden tussen verantwoord overlaten aan de cliënt of zelf uitvoeren.

3.2.3 De waarde van de huishoudelijke verzorging.

De manier waarop er tegen het huishoudelijk werk aangekeken wordt is er één van het moet, het is een noodzakelijkheid en het is nuttig. Tegelijkertijd hechten mensen geen grote waarde aan het feitelijke werk. Bij voorkeur doen mensen het liefst zelf het huishoudelijk werk of betalen zelf iemand om het te laten doen. Als dit niet gaat, kijken mensen eigenlijk altijd eerst naar het sociale netwerk om te zien of daar iemand is die ondersteuning kan bieden. Is dat niet beschikbaar, dan wordt er gezocht naar ondersteuning vanuit bijvoorbeeld de gemeente (Deelstra, 2008).

Kenmerken van huishoudelijk werk.

Warner Deelstra (2008) beschrijft een aantal kenmerken van het huishoudelijk werk. Het huishoudelijk werk voorziet in onze primaire behoefte, dankzij huishoudelijk werk wordt er voor gezonde voeding gezorgd, een schoon huis en schone kleding. Daarnaast bevredigt huishoudelijk werk ook onze sociale behoefte. Een schoon huis is een plek waar we mensen durven te ontmoeten, het huis weerspiegelt iets van de status, geeft erkenning en acceptatie. Aan het huis is af te lezen wat voor persoonlijkheid iemand heeft. Tegelijkertijd is huishoudelijk werk onzichtbaar en ondankbaar werk. Zolang het gebeurt, wordt het door iedereen als normaal aangenomen, tot dat iemand werk weigert of niet meer kan. Zodra alles schoon is, kan er weer opnieuw begonnen worden, vaak wordt er niet gezien wat er wel gedaan wordt, maar wel wat er vergeten of overgeslagen wordt. Het huishoudelijk werk heeft een lage sociale status en wordt toch vooral (*nog steeds*) tot het domein van de vrouw gerekend.

Nut en noodzaak huishoudelijk werk.

Algemeen wordt aangenomen dat een schone leefomgeving goed is voor onze welzijn, onze gezondheid en het onze status bevestigt of verhoogt. Warner Deelstra (2008) schrijft dat er een breed draagvlak is in de samenleving voor het ingrijpen bij huishoudens waar de leefomgeving ernstig vervuult.

3.3 Huishoudelijke verzorging is een vak!

Met de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de WMO veranderde niet alleen de term in hulp bij huishouden. Het aantal cliënten dat naast een ondersteuning in de 'pure' schoonmaak taken ook een ondersteuning had in de regievoering nam drastisch af. Een reden die hiervoor genoemd werd is dat er algemeen werd aangenomen dat er teveel mensen ten tijde van de AWBZ HV-2 hulp hadden (Deelstra, 2008). Met de decentralisatie naar de WMO werd deze verkeerde indicering gecorrigeerd. Dat dit nadelige effecten zou hebben bleek al snel.

3.3.1 Gevolgen van de decentralisatie.

Ten gevolge van de nieuwe indicatiestelling krijgt het overgrote deel van de cliënten alleen ondersteuning in het leefbaar houden van de woning en worden er lagere eisen gesteld aan het personeel. Hiermee is een deprofessionaliseringsproces in werking gezet. Warner Deelstra (2008) schrijft dat de afstand tussen persoonlijke verzorgers en verpleegkundige minder groot is, als tussen deze twee beroepsbeoefenaars en de huishoudelijk verzorgende in de AWBZ periode. In de AWBZ periode werden er nog redelijke eisen gesteld aan de huishoudelijk verzorgende omdat de cliënten meestal HV-2 geïndiceerd werden. Dat betekende meer dan alleen schoonmaken. Deprofessionalisering wordt door Hans van Dartel en Ronald Jeurissen (Professionaliteit als normatief organisatiekenmerk, 2008) omschreven als een machtsbeperking van de handelingsruimte van de professional van binnenuit of van buitenaf. Bij de huishoudelijke verzorging gaat het niet om de handelingsruimte van een professional, maar om die van de beroepsbeoefenaar. De machtsbeperking komt van buitenaf en zit hem vooral in de degradatie van het vak huishoudelijke verzorging. Alle aandacht wordt gericht op het schoonmaken en niet op ondersteuning en begeleiding naar participatie en zelfredzaamheid.

Als gevolg van de nieuwe indicaties en inzet van lager- of ongeschoold personeel zijn een aantal voordelen van de AWBZ aanpak verdwenen of op z'n minst in de knel gekomen. Met lager of ongeschoold personeel wordt het gat met de andere thuiszorgdisciplines nog groter, dit zorgt ervoor dat de samenwerking minder wordt, substitutiemogelijkheden afnemen en uiteindelijk de kwaliteit van de zorgverlening niet gegarandeerd kan worden. Lage eisen aan het opleidingsniveau van het personeel heeft tot gevolg dat er ook alleen lage eisen aan de uitvoering van het werk gesteld kunnen worden. Daarmee lijkt de hele huishoudelijke verzorging op een hellend vlak terecht te zijn gekomen.

3.3.2 Investeren in huishoudelijke verzorging in de AWBZ.

Organisaties zijn momenteel vooral bezig met kosten beheersen, efficiëntie en financiële dekking, terwijl substitutie juist een goed middel kan zijn om kostenbesparend en efficiënter te werken. Tijdens de AWBZ is er veel geïnvesteerd in de huishoudelijke verzorging, gaan die investeringen nu verloren? Warner Deelstra (2008) benoemt een aantal punten waarop geïnvesteerd is ten tijde van de AWBZ aanpak, zo is er geïnvesteerd in:

- *Efficiënter en hygiënischer werken, waarbij goed in kunnen spelen op de wensen van de cliënt voorop staat;*
- *Professionele communicatie tussen zorgmedewerkers, met als doel een integraal aanbod bewerkstelligen en onderlinge coördinatie bevorderen;*
- *Doelgericht en planmatig werken, daarbij de hulp richten op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, een balans kunnen vinden tussen helpen, overnemen en aanleren van taken;*
- *Signaleren en adviseren, over voldoende kennis beschikken om problemen te herkennen, weten hoe te handelen in bepaalde situaties, wie in te schakelen voor hulp en hoe cliënten te verwijzen;*
- *Huishoudelijke verzorging was meer dan 'poetsen' alleen, werken met je hoofd, handen en hart, kunnen luisteren, begrip tonen, inleven en een vertrouwensband opbouwen. De huishoudelijk verzorgende kan één van de weinige sociale contacten zijn, zo kan deze als prikkel dienen om wel te gaan participeren;*
- *Daarbij moet er steeds gezocht worden tussen normen en vragen van de cliënt en wat de financier/ aanbieder kan bieden.*

Warner Deelstra (2008) stelt dat tot de huishoudelijke verzorging overging naar de WMO het een vak was, er werd geïnvesteerd in mensen en er werden eisen aan hen gesteld. Sinds de start van de WMO is er sprake van deprofessionalisering, er wordt niet of minder geïnvesteerd in het personeel. Stijn Verhagen (Thuiszorg in de Wmo; wat is er nu werkelijk aan de hand?, 2008) lector Participatie en Maatschappelijke ontwikkelingen aan de Hogeschool Utrecht pleit in 2008 al voor investeren in de thuiszorg. Verhagen signaleert op dat moment al dat er heel veel ongeschoold personeel ingezet wordt, met name alfahulpen. Om er voor te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft en er voldoende personeel geïnteresseerd blijft in de zorg moet er worden geïnvesteerd. Verhagen pleit voor een andere zienswijze op personeel, *'het is van belang dat medewerkers als waardevol kapitaal en niet als kostenpost worden benaderd'*.

3.3.3 Thuiszorg is zorg, geen schoonmaak!

Warner Deelstra benadrukt (2008) dat medewerkers in de huishoudelijke verzorging gemotiveerd worden door het feit dat zij 'zorg' leveren. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de huishoudelijke verzorging wekelijks bij iemand op bezoek komt en daar voor een relatief lange tijdsduur is. Binnen de gestelde tijd moeten er verschillende werkzaamheden plaats vinden, maar dit is altijd in de nabijheid van de cliënt. Dat geeft de huishoudelijke verzorging de kans om een luisterend oor te bieden, een vertrouwensband op te bouwen en problemen te signaleren. De normale taken zijn vaak eenvoudig en voor ervaren medewerkers een routineuze bezigheid, waardoor zij de ruimte hebben om hun aandacht te verdelen over de werkzaamheden en de cliënt.

Helianthe Kort en Ellen Bakker (Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg, 2004) hebben in hun onderzoek de ervaringen van thuiszorgmedewerkers verzameld. Deze gaven een aantal punten aan waarop zij voldoening en uitdaging hebben ervaren voor de door hen geboden hulp. Een aantal punten zijn:

- ✓ *Als je het vertrouwen van de cliënt wint;*
- ✓ *Als het toch lukt om echt contact te maken met de cliënt;*
- ✓ *Als onverwacht het doel toch bereikt wordt;*
- ✓ *Als cliënten echt zelfstandiger worden;*
- ✓ *Als een goede overdracht tussen hulpverleners resulteert in een succesvolle aanpak;*
- ✓ *Als praten met de cliënt leidt tot meer begrip over wat er achter de problemen schuilgaat;*
- ✓ *Als je cliënten op weg kan helpen naar zelfstandigheid.*

De vakbond ABVAKABO FNV verzamelt sinds de invoering van de WMO in 2007 alle problemen die werknemers (ABVAKABO leden) bij hen melden. In september 2012 werd er een eerste bijeenkomst gehouden om te protesteren tegen alle nadelige veranderingen in de thuiszorg, onder de noemer 'Thuiszorg is zorg, geen schoonmaak!' (ABVAKABO FNV, 2012). De ABVAKABO FNV wijst er op dat de gemeenten proberen om de thuiszorg voor de laagst mogelijke prijs aan te besteden. Dit zorgt ervoor dat werkgevers niet meer kunnen investeren in medewerkers. Al in 2010 kwam de vakbond (ABVAKABO FNV komt met herstelplan huishoudelijke verzorging, 2010) met een stappenplan om de thuiszorg te verbeteren, daarin kwamen onder andere de volgende punten naar voren:

- *De thuiszorgmedewerkers moeten een taakomschrijving krijgen met daarin contact maken met de cliënt, signaleren, begeleiden en ondersteunen. Daarnaast moet de thuiszorgmedewerker ook kunnen indiceren;*
- *Daarvoor moet er wel geïnvesteerd worden in opleiding en ontwikkeling van medewerkers;*
- *De thuiszorgmedewerker moet meer verantwoordelijkheid krijgen; onder andere voor indicering.*

3.3.4 Thuiszorg in de praktijk!

Het onderzoek 'Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg' (Kort & Bakker, 2004) richt zich op de vermaatschappelijking van de zorg en de gevolgen voor de thuiszorg. Vermaatschappelijking houdt in dat mensen die in het verleden in een intramurale instelling woonden nu steeds meer gewoon in de maatschappij verblijven, extramuraal wonen. Dat heeft er toe geleid dat deze cliënten steeds meer in aanraking komen met mensen die in de thuiszorg werken, de thuiszorgmedewerkers op hun beurt waren vooral gewend om met mensen te werken die fysieke problemen hadden. De doelgroep van het onderzoek 'Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg' (Kort & Bakker, 2004) waren mensen met de zogenoemde 4-P Problematiek. Dat wil zeggen, psychosociale, psychogeriatrische, psychiatrische en pedagogische problematiek, vaak in combinatie van elkaar of met fysieke problematiek.

Het onderzoek van Helianthe Kort en Ellen Bakker richtte zich op de samenwerking tussen de thuiszorg en de GGZ. In 2004 waren de medewerkers van de thuiszorg nog verzorgingshulpen B, mensen die opgeleid waren om naast schoonmaakwerkzaamheden ook ondersteunende en begeleidende taken uit te voeren. In een eerder hoofdstuk is al aangegeven dat het aantal cliënten met een zwaardere categorie 2 indicatie sterk is terug gelopen sinds de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging. Er wordt steeds meer lager geschoold personeel ingezet terwijl de problematiek van de cliënten niet veranderd.

Wat voor problemen treft de thuiszorg aan bij de 4-P problematiek?

De vier vormen van 4-P problematiek kunnen alleenstaand voorkomen, maar vaak komen ze in combinatie voor. Zoals bij ouderen er vaak een combinatie voorkomt van psychogeriatrische problematiek (dementie) met psychosociale problematiek (vereenzaming). De oorzaken van de 4-P problematiek hebben consequenties voor de cliënten op lichamelijk, psychisch en sociaal niveau, deze kunnen niet los van elkaar gezien worden. Consequenties van deze problematiek kan leiden tot:

- *Verwaarlozing van het huishouden en persoonlijke verzorging;*
- *Sociale problemen kunnen ontstaan, het sociale netwerk wordt kleiner of is klein, dit kan uiteindelijk leiden tot een sociaal isolement;*
- *Financiële problemen komen veel voor bij deze doelgroep, schulden, geen overzicht hebben van de financiën, niet instaat zijn om met geld om te kunnen gaan en analfabetisme;*
- *Communicatieproblemen, dat kan zijn dat de taal niet beheerst wordt of dat de taal van instanties en overheid niet begrepen wordt;*
- *Maatschappelijke problemen als gevolg van een chronische ziekte of psychische klachten.*

Dit onderzoek richt zich op kwetsbare ouderen, in hoofdstuk 2 is al verder ingegaan op wat er verstaan wordt onder kwetsbare ouderen. Helianthe Kort en Ellen Bakker (2004) schrijven echter dat de 4-P problematiek vooral ook bij oudere mensen voorkomt. Zij komen echter meestal niet voor hulp vanwege psychische of psychogeriatrische klachten, maar vanwege praktische problemen in en om het huis. Vaak wordt er dan vanwege leeftijd en lichamelijke beperkingen thuiszorg ingezet. De thuiszorg is dan vaak de eerste die de achterliggende klachten kan herkennen, tenzij deze over voldoende kennis en inzichten beschikt. Helianthe Kort en Ellen Bakker wijzen erop dat de thuiszorg een belangrijke rol kan spelen om verergering van de problemen te voorkomen en vroegtijdig te signaleren.

3.3.5 Eisen aan de Huishoudelijke verzorging.

Helianthe Kort en Ellen Bakker benoemen in hun onderzoek 'Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg' (2004) een aantal aandachtspunten waar gedegen rekening mee moet worden gehouden. De huishoudelijke verzorging loopt een groot risico om buiten haar functie te handelen door overvraging van cliënten. Een aantal problemen die in dit onderzoek naar voren komen zijn:

- *De thuishulp ervaart de hulp als dweilen met de kraan open;*
- *Familie, hulpverleners en de omgeving vinden de hulp van de thuishulp niet toereikend, het wordt nooit echt schoon;*
- *De thuishulp herkent de achterliggende problemen, maar mag hier niets aan doen;*
- *Een structurele oplossing ontbreekt omdat er geen integrale aanpak is;*
- *De thuishulp loopt tegen de grenzen van zijn of haar kunnen aan;*
- *Er kan een conflict optreden tussen de wensen van de cliënt en de indicatie, opdracht en doelstelling van de hulp;*
- *Continuïteit door langdurig dezelfde hulpverlener in te zetten is essentieel voor de hulpverlening;*
- *De thuishulp kan geen diagnose stellen, is daar niet voor opgeleid, moet dit niet doen, blijf binnen de beroepskaders, schakel hulp in en zorg ervoor dat het probleem van de cliënt blijft en niet jouw probleem wordt.*

3.3.6 De huishoudelijke verzorging zelfstandig of onderdeel van een team?

Werken met cliënten met meerdere problemen is een enorme uitdaging, veel van de problemen die men tegenkomt passen niet in een hokje. Dit zorgt ervoor dat er een enorm grijsgebied ontstaat waarin steeds de vraag naar voren komt of het juist is om te handelen en hoe dan? Als men problemen signaleert en daar niet een oplossing voor kan of mag bieden, dan treden er vaak gevoelens van machteloosheid op. Helianthe Kort en Ellen Bakker (2004) waarschuwen dan ook in hun onderzoek voor een aantal valkuilen waarop gelet moet worden, zoals steeds je grenzen verleggen. Andere valkuilen zijn onder andere het gevaar om overvraagd te worden, persoonlijk verantwoordelijk voelen voor de problemen van een ander, loyaal zijn aan de organisatie en de cliënt, deze valkuilen kunnen ervoor zorgen dat men een verhoogd risico loopt op een burn-out of overspannenheid.

Voorkomen van burn-out en overspannenheid.

Helianthe Kort en Ellen Bakker (2004) hebben tijdens hun onderzoek niet alleen aan medewerkers gevraagd wat voor problemen zij ervaren, maar ook wat voor oplossingen zij voor ogen hebben. Daaruit bleek dat steun van collega's en leidinggevende essentieel is. Problemen en vragen moeten te allen tijde serieus genomen worden, samen zoeken naar oplossingen, er moet voldoende ruimte zijn om ervaringen te delen en met collega's en leidinggevende gecompliceerde cliënten te bespreken. Daarnaast hebben de thuiszorgmedewerkers een grote behoefte aan een meer intensieve samenwerking met andere hulpverleners. Zodat zij hun signalen beter en effectiever kunnen rapporteren.

3.4 In de praktijk.

De stellingen 3, 4 en 5 uit bijlage 5 worden in dit hoofdstuk behandeld.

Stelling 3: De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaak!

De geïnterviewden gaven allemaal aan dat huishoudelijke verzorging meer is dan alleen schoonmaken. De huishoudelijk verzorgende is instaat om een vertrouwensband op te bouwen met de cliënt vanwege de regelmatige bezoeken. Om een vertrouwensband op te bouwen moet de huishoudelijk verzorgende instaat zijn om aan te sluiten op de belevingswereld van de cliënt. Mw. Spierenburg (*Vilans*) maakte duidelijk dat de manier waarop huishoudelijke verzorging wordt aangeboden wel moet veranderen. Dit moet aansluiten bij de huidige eisen van de WMO, namelijk aansluiten op de '*Eigen kracht*' van de cliënt. Dit heeft tot gevolg dat de huishoudelijk verzorgende de cliënt zoveel mogelijk moet stimuleren om het zelf te doen, samen te werken waar mogelijk en overnemen van taken waar nodig. Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*) gaf aan dat een schoon huis heel belangrijk is voor het welbevinden van de cliënt, daarom stelde zij de vraag of de functie wel huishoudelijke hulp moet heten of dat huishoudelijke ondersteuning beter zou zijn. Met hulp geef je al aan dat je komt helpen, overnemen. Terwijl het doel van de hulp bij huishouden is dat mensen ondersteunt worden in hun huishouden, zodat zij zelfstandig kunnen blijven wonen en participeren.

Een tweede taak die tijdens alle interviews ter sprake kwam is de signaleringsfunctie. Het feit dat hulp bij huishouden eerst in de AWBZ en later in de WMO kwam is vanwege de signaleringsfunctie, aldus Mw. Baggerman van de ANBO. Mw. Hagen (*ouderenconsulent*) stelde de vraag of je van ongeschoolde en onderbetaalde mensen kan verwachten dat zij ook signaleren. Mw. Kooijman meende dat iedereen die bij een oudere hulp biedt ook signalen oppikt, maar waar kan men dan terecht met deze signalen en wat gebeurt er mee? Dit kan een gevoel van onmacht opleveren bij de huishoudelijk verzorgende, waardoor zij een groter risico lopen om over de grenzen van de functie heen te gaan. De ANBO stelde dat de gemeente zo min mogelijk mensen vanuit de eerste categorie HH-1 hulp moet bieden, maar dat mensen die het echt nodig hebben dan hulp ontvangen in de tweede categorie, HH-2. Om naast huishoudelijke taken ook regieondersteuning te kunnen bieden moeten medewerkers wel opgeleid zijn. De gemeente kan dan ook harde eisen stellen aan de zorgaanbieders wat betreft personeel, als het merendeel van de indicaties uit HH-2 bestaat.

Stelling 4: Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!

Ongeschoold personeel inzetten in de thuiszorg heeft verschillende gevolgen. Zo kan de vraag gesteld worden of de huishoudelijke verzorging niet (*meer*) signaleert omdat zij dit niet kunnen of is het zo dat zij niet signaleren omdat zij alleen maar schoonmaken?

Met de aanbesteding van de huishoudelijke verzorging is het uurtarief steeds leidend geweest. Er is niet gekeken naar de kwaliteit van het personeel, maar naar de kosten van het personeel. Uit de interviews kwam naar voren dat iedereen instaat is om te signaleren, maar dat mensen met een goede opleiding veel beter kunnen signaleren. Daarnaast zijn zij instaat om deze signalen te rapporteren en bespreekbaar te maken. Mensgericht werken is iets wat men kan of niet, door middel van een opleiding is het mogelijk om nieuwe vaardigheden te leren om nog beter mensgericht te werken en daarmee een vertrouwensband op te bouwen, aldus Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*). Dit geldt ook voor signaleren, mensen die er voor kiezen om in de zorg te werken, staan ook open voor signalen. Met behulp van een opleiding en voldoende kennis is het mogelijk om vroegtijdig problemen te signaleren en bespreekbaar te maken. Mw. Solter (*AMW*) is er van overtuigd dat een goede hulp in de huishouding instaat is om ouderen aandacht te geven, het zorggebruik naar beneden te halen, isolement te voorkomen en de drempel naar verdere hulpverlening te verlagen.

Er kan bezuinigt worden op de hulp bij huishouden zoals deze nu wordt uitgevoerd. Maar niet met een bot mes zoals het er nu naar uit gaat zien. Mw. Hagen (*ouderenconsulent*) vertelde dat als de gemeente echt wil bezuinigen op de hulp bij huishouden, zij moeten gaan indiceren aan de hand van huisbezoeken. Door de situatie zelf te zien kan men een veel betere inschatting maken dan nu gebeurt met behulp van telefonische en schriftelijke indicaties. Op deze wijze kunnen er veel strengere indicaties afgegeven worden die echt passen bij de behoefte van mensen, daarmee heeft de gemeente ook een middel om per burger uit te leggen waarom die persoon geen ondersteuning krijgt. Dit kan meer begrip opleveren en meer zorg op maat.

De bezuiniging van 75% op de hulp bij huishouden zal er voor zorgen dat er alleen maar schrijnende gevallen overblijven. Dat heeft ook tot gevolg dat er meer gevraagd wordt van de hulp bij huishouden. Om te zorgen dat zij wel de hulp kunnen bieden die er nodig is, is er met of zonder bezuinigingen toch een investering nodig in het opleiden van de huishoudelijk verzorgende. Deze mening wordt door alle geïnterviewden gedeeld, want naast een bezuiniging die ervoor zorgt dat er alleen schrijnende gevallen overblijven, moet er ook anders gewerkt worden. De verandering van *zorgen voor* naar *zorgen dat* is een lang proces wat alleen lukt met voldoende investeringen in al het zorgpersoneel.

Stelling 5: De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!

De huishoudelijke verzorging heeft wel een meerwaarde als er voldoende wordt geïnvesteerd in het opleiden van personeel. De ANBO stelt dat door de bezuiniging op de tarieven van de hulp bij huishouden de meerwaarde is verdwenen en de nadruk steeds meer op alleen schoonmaken is komen te liggen.

Mw. Van Leeuwen (*Stichting Transmurale zorg*) benoemde een aantal meerwaarden die behaalt kunnen worden met de inzet van een goed opgeleide huishoudelijk verzorgende. Zo kan de huishoudelijk verzorgende voorkomen dat een situatie verergert, zoals bij vervuiling. Daarnaast kan de huishoudelijk verzorgende vroegtijdig problemen signaleren, vaak is deze de eerste hulpverlener bij oudere mensen. Door vroegtijdig te signaleren kan opname in een AWBZ instelling worden voorkomen of uitgesteld, daarmee wordt er een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven geleverd.

In alle interviews werd benadrukt dat de huishoudelijke verzorging deel uit moet maken van een integraal aangeboden zorgpakket. Door middel van ketenzorg waarbinnen alle betrokken partijen de verantwoordelijkheid op zich nemen die past bij de functie kan er een stevig vangnet opgetrokken worden rondom de cliënt. Mw. Spierenburg (*Vilans*) gaf aan dat daarbij een wijkgerichte aanpak de voorkeur verdient, ouderen moeten zolang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en niet verhuizen naar ouderencomplexen. Als er veel ouderen bij elkaar wonen wordt het gevoel van '*oud zijn*' vergroot, dit werkt de zelfredzaamheid tegen.

Om integrale zorg aan te kunnen bieden moeten alle andere betrokken partijen de huishoudelijke verzorging als serieuze partij betrekken bij de zorgverlening. Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*) verwoorde het als volgt; '*de huishoudelijk verzorgende moet trots zijn op zijn organisatie en alle medewerkers, andersom moeten deze ook trots zijn op de huishoudelijke verzorging!*' Want men kan hele goede specialistische zorg aanbieden, maar men voelt zich nog niet lekker als men in een vervuild huis woont. Een schoon huis heeft een grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven.

Mw. Solter (*AMW*) vertelde dat de thuiszorg sinds enkele maanden in hetzelfde pand is gevestigd als het AMW in Schiedam. Sindsdien is er al verschillende keren contact over en weer geweest en is de intentie uitgesproken om intensiever samen te werken. Mw. Solter erkende dat de huishoudelijk verzorgende één van de eerste (*intensieve*) hulpverleners is die bij mensen achter de voordeur kan kijken. Dat is ook de taak van het AMW, maar daar zijn partners als de thuiszorg voor nodig. Daarom komen signalen vanuit de thuiszorg nu steeds meer bij het AMW terecht. Het AMW pakt deze signalen op en gaat er mee verder. Daarnaast ziet mw. Solter mogelijkheden om trainingen te geven aan de medewerkers over specifieke problemen bij ouderen.

3.5 Conclusie.

In de vorige eeuw ontstond de gezinsverzorging als een vorm van maatschappelijke dienstverlening aan alle huishoudens die (tijdelijke) ondersteuning nodig hadden. De gezinsverzorging bood huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en begeleidende taken aan. Het doel van de gezinsverzorging was het zelfstandig functioneren behouden of bereiken, door middel van hulpverlening en serviceverlening. Serviceverlening was puur schoonmaak werk en hulpverlening was een combinatie van schoonmaken en begeleidende taken. Taken werden niet klakkeloos overgenomen, maar er werd gekeken wat de cliënt en zijn netwerk zelfstandig kon uitvoeren en waar ondersteuning nodig was. Daarbij werden waar mogelijk en nodig nieuwe taken aangeleerd door de gezinsverzorging.

Met de invoering van de AWBZ werden persoonlijke verzorging, verpleging en huishoudelijke verzorging samengebracht met als doel integrale zorg, betere samenwerking en substitutie te bewerkstelligen. Per functie werden de taken vastgelegd in de wet BIG, dit zorgde wel voor minder flexibiliteit maar behoud van kwaliteit. Met de invoering van de WMO is de term huishoudelijke verzorging omgezet in hulp bij huishouden, daarmee is de nadruk op helpen en schoonmaken komen te liggen..

Ouderen in Den Haag zien de hulp bij huishouden niet als luxe, maar als pure noodzaak. De overgrote meerderheid moet rondkomen van een minimuminkomen en is niet in staat om zelf deze hulp te bekostigen. Ouderen benadrukken dat dankzij de hulp bij huishouden het voor hen mogelijk is om zelfstandig te blijven wonen en te participeren. Twee doelen die ook expliciet in de WMO worden benoemd. De hulp bij huishouden heeft twee taken, namelijk schoonmaken en ondersteuning bieden in de organisatie van het huishouden. Vanwege strengere indicering in de WMO hebben de meeste ouderen alleen een indicatie voor schoonmaken. Tegelijkertijd wordt er vanuit het gedachtegoed van de WMO wel verwacht dat de huishoudelijke verzorging ondersteuning biedt en alleen die taken overneemt die de oudere zelf niet meer kan uitvoeren.

Huishoudelijke verzorging wordt in grote mate ondergewaardeerd, het wordt pas gemist als het niet gebeurt. Een schoon huis verhoogt het welzijn, het zorgt ervoor dat iemand zich prettig voelt en mensen durft uit te nodigen voor een bezoek. Huishoudelijke verzorging is een vak, maar door de nieuwe eisen aan de indicering wordt alle aandacht gevestigd op het schoonmaken, het zorgaspect wordt zoveel mogelijk genegeerd. Dit zorgt ervoor dat laag opgeleide mensen ingezet kunnen worden, wat een proces van deprofessionalisering op gang heeft gebracht.

In de AWBZ werd er geïnvesteerd in de huishoudelijke verzorging, er werd aandacht besteed aan professionele communicatie, doelmatig en planmatig werken en aan de signalerings- en adviesfunctie van de huishoudelijke verzorging. Stijn Verhagen riep één jaar na de decentralisatie al op dat er anders naar het personeel gekeken moest worden, namelijk personeel is het kapitaal en niet een kostenpost van de huishoudelijke verzorging. De ABVAKABO FNV voert in het voorjaar van 2013 actie voor het behoud van de thuiszorg met de slogan; *'Thuiszorg is zorg, geen schoonmaak!'*. Helianthe Kort en Ellen Bakker beamen dit, zij onderzochten de gevolgen van de vermaatschappelijking van de zorg, hierdoor komen huishoudelijk verzorgende steeds meer in aanraking met complexe zorgvragers.

De taken van de huishoudelijke verzorging moeten helder zijn, om toch de zorgvraag van cliënten te kunnen beantwoorden moet er samengewerkt worden en is er ondersteuning vanuit het team nodig. Uit alle interviews kwam naar voren dat signalering een belangrijke taak is, de huishoudelijk verzorgende is vaak één van de eerste en langdurige zorgverleners aan huis. Signaleren kan iedereen, maar een goede opleiding biedt wel de mogelijkheid om signalen in een vroeg stadium op te pakken en bespreekbaar te maken. De bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging zijn nodig, maar dan alleen door maatwerk te leveren. Door middel van huisbezoeken zouden indicatiestellers een reëel beeld kunnen krijgen van de situatie en daar de zorg op aan kunnen passen.

De huishoudelijke verzorging geeft aandacht, haalt het zorggebruik naar beneden en voorkomt dat mensen in een sociaal isolement raken. Bovendien kunnen zij de drempel naar de verdere hulpverlening verlagen wat kan leiden tot vroegtijdige interventie. Om de huishoudelijke verzorging beter inzetbaar te maken moet er een integraal zorgaanbod komen, die wijkgericht is zodat ouderen ondersteunt worden in hun eigen omgeving. Daarnaast moet de huishoudelijke verzorging als gelijkwaardige zorgverlener worden erkent en moet er geïnvesteerd worden om de mentaliteitsverandering te bewerkstelligen van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'*.

4. Extramurale begeleiding.

Dit hoofdstuk behandelt de extramurale of individuele begeleiding. Daarbij wordt er ingegaan op wat begeleiding is en wie de doelgroep is. Verder wordt er beschreven wie de begeleiding nu uitvoert, wat voor eisen er gesteld worden aan de begeleiding en hoe de huishoudelijk verzorgende deze taak op zich zou kunnen nemen. De deelvraag die in dit hoofdstuk behandelt wordt is:

Welke vaardigheden zou de Extramurale Huishoudelijke Verzorging nodig hebben om de begeleidingsfunctie uit te kunnen voeren?

4.1 Wat is Begeleiding?

4.1.1 Twee vormen.

Vanuit de AWBZ worden op het moment van schrijven twee vormen van begeleiding gefinancierd, te weten individuele begeleiding en groepsbegeleiding. De tweede, groepsbegeleiding, bestaat onder andere uit dagbesteding en is onder andere bekend van de dagopvang voor zelfstandig wonende ouderen met psychogeriatrische problematiek (Hoenderkamp, 2011). De vorm van begeleiding die relevant is voor dit onderzoek is individuele begeleiding, de huishoudelijke verzorging is ook individueel inzetbaar en zal daardoor ook niet direct in aanraking komen met de groepsbegeleiding. Groepsbegeleiding wordt op vaste locaties, zoals in buurthuizen en verzorgingshuizen georganiseerd. Individuele begeleiding wordt veelal in de natuurlijke omgeving van de cliënt gegeven, zoals de thuissituatie.

4.1.2 Doel van begeleiding.

Het CIZ heeft in 2011 ter voorbereiding op de decentralisatie van de begeleiding vanuit de AWBZ naar de WMO een rapport uitgebracht om duidelijk te maken wat begeleiding inhoudt en wie begeleiding ontvangt (Wie is de cliënt? Begeleiding individueel en begeleiding groep van AWBZ naar WMO, 2011). Het doel van dit rapport was en is om gemeenten te ondersteunen in de voorbereiding op deze decentralisatie. Het CIZ is op het moment van schrijven nog steeds het centrale orgaan dat alle AWBZ indicaties afhandelt, dus ook de begeleiding. Het CIZ verwoordt het doel van de begeleiding als volgt:

- *Het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid;*
- *Voorkomen van opname in een instelling of verwaarlozing.*

Deze twee doelen gelden voor individuele evenals voor groepsbegeleiding. Er zijn verschillende activiteiten ontwikkeld om de begeleiding concreet uit te voeren. Activiteiten die gedaan worden tijdens de begeleiding zijn (CIZ, 2011):

- *Ondersteunen bij of oefenen met vaardigheden of handelingen;*
- *Ondersteunen bij of aanbrengen van structuur of het voeren van regie;*
- *Overnemen van toezicht op de cliënt.*

Wat voor vorm van begeleiding er geboden moet worden is erg afhankelijk per cliëntgroep. Het kan zijn dat de ondersteuning geboden moet worden in het aanbrengen van structuur in het dagelijks leven. Anderen hebben meer ondersteuning nodig om te oefenen met vaardigheden, waardoor zij weer zelfstandig deel kunnen nemen aan de samenleving. Ondersteunen is een moeilijke opgave, gewoon taken overnemen is geen ondersteunen, de cliënt moet het zelf blijven of gaan doen. Het boek 'Van zorgverlener naar ondersteuner' (Schutte & Van Limpt, 2012) beschrijft een ondersteuner als een zorgverlener die naast de cliënt gaat staan en daarmee voorkomt dat deze omvalt. Daarbij is het zaak om de balans te vinden tussen betuttelen en overvragen. Bijvoorbeeld bij regieondersteuning kan men als ondersteuner de cliënt laten onderzoeken welke verschillende keuzes er gemaakt kunnen worden. Daarna helpt men de cliënt om tot het inzicht te komen wat de consequenties van die keuzes zouden zijn. Op die manier kan een cliënt uiteindelijk zelf een keuze maken, omdat deze inzicht heeft gekregen in de consequenties van die keuze.

In 2011 heeft de VNG en Zorgverzekeraars Nederland (Samenwerken aan decentralisatie van begeleiding, 2011) een toolkit ontwikkelt om gemeenten te ondersteunen in de voorbereiding op de decentralisatie van de begeleiding. Daarbij definieerden zij drie vormen van begeleiding zoals deze door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport zijn vastgelegd in de beleidsregels rondom begeleiding. Deze drie vormen zijn:

- *Thuisbegeleiding, voorheen gespecialiseerde gezinsverzorging;*
- *Ontmoetingsgroepen en ervaringsgroepen, bijvoorbeeld dagopvang psychogeriatrische patiënten;*
- *Activerende psychiatrische thuiszorg (langdurend).*

Voor dit onderzoek is met name de thuisbegeleiding relevant, deze is gericht op het behouden, vergroten of compenseren van de zelfredzaamheid. Dit kan door de activiteiten gericht op het compenseren van het regelvermogen, zodat de cliënt zich daar aan vast kan houden. Gedacht wordt aan activiteiten zoals (VNG en Zorgverzekeraars Nederland, 2011):

- *Het helpen plannen van activiteiten;*
- *Regelen van dagelijkse zaken;*
- *Structureren van de dag;*
- *Nemen van besluiten;*
- *Stimuleren en voorbereiden van gesprekken met instellingen (wonen, school, werk).*

In de meest ideale omstandigheden kan de cliënt geholpen worden om geheel zelfstandig te functioneren. Bij veel cliënten is dit echter onmogelijk en zal er gewerkt moeten worden aan een zo groot mogelijke zelfstandigheid, dat betekent wel dat cliënten op bepaalde gebieden praktische hulp nodig hebben. Gedacht kan worden aan:

- *Administratieve hulp;*
- *Beheren van geld, bijvoorbeeld door een bewindsvoerder en een vast leefgeld per week voor de cliënt;*
- *Oefenen van openbaar vervoer, zodat de cliënt (weer) instaat is om zelfstandig zich te verplaatsen;*
- *Oefenen met vaardigheden, bijvoorbeeld met een scootmobiel of rollator om leren gaan, angst en schaamte overwinnen;*
- *Hulp bij dagelijkse zaken, zoals inzicht verschaffen welke activiteiten een dagelijkse structuur kunnen bieden;*
- *Hulp bij contact in de sociale omgeving, door samen te onderzoeken welke activiteiten er in de omgeving georganiseerd worden;*
- *Hulp bij communicatie, afasie, cliënten die bijvoorbeeld na een herseninfarct weer opnieuw moeten leren praten.*

Overnemen van toezicht kan op verschillende manier worden ingevuld, dit kan onder andere door de mantelzorger te ondersteunen. Dagopvang kan er voor zorgen dat de mantelzorger ontlast wordt en tegelijkertijd de mogelijkheid heeft om te leren anders om te gaan met de zorgvrager. De VNG en Zorgverzekeraars Nederland (2011) wijzen er op dat individuele begeleiding ingezet moet worden als andere voorzieningen niet afdoende zijn. Andere voorzieningen noemen zij wel 'voorliggende' voorzieningen, zodra begeleiding bij de gemeente terecht komt, kan er beter gekeken worden naar de andere voorzieningen zoals deze door de gemeente worden aangeboden vanuit de WMO. Daarbij moet gedacht worden aan hulp bij huishouden, hulpmiddelen, vervoersvoorzieningen, schuldhelpverlening en het AMW. Ook het vrijwilligerswerk in de vorm van boodschappendiensten, maatjesprojecten, club en buurthuiswerk kan uitkomst bieden. Daarnaast bieden veel zorginstellingen ook extramurale voorzieningen aan zoals was- en strijkservice, medische alarmering en dienstencentra voor ouderen. Dit zijn vaak goedkope(re) voorzieningen die mensen ondersteuning kunnen bieden in het dagelijks leven en de dagelijkse structuur. Daarnaast leveren onder andere het vrijwilligerswerk ook toegang op tot een groter sociaal netwerk en daarmee participatie.

4.1.3 Doelgroep van begeleiding.

Wie kunnen er begeleiding krijgen in de huidige vorm zoals deze vanuit de AWBZ wordt aangeboden? Het CIZ geeft in haar rapport *'Wie is de cliënt?'* (CIZ, 2011) aan op welke grondslagen mensen landelijk aanspraak kunnen maken op begeleiding vanuit de AWBZ. Deze zijn:

- *Somatische aandoeningen; in 2011 waren dit ongeveer 38.000 mensen, verdeeld over drie leeftijdscategorieën, tot 65 jaar, van 65 tot 75 jaar en 75 jaar en ouder. Deze groep krijgt voornamelijk ondersteuning om verwaarlozing te voorkomen en participatie van de zorgvrager en/of mantelzorger te behouden of te vergroten. Daarnaast worden er vaak WMO hulpmiddelen en hulp bij huishouden ingezet;*
- *Psychogeriatrische problematiek; in 2011 waren dit ongeveer 13.000 mensen. Vooral oudere mensen die de regie over hun leven kwijt raken, vaak ondersteuning in de vorm van groepsbegeleiding (dagopvang) en hulp in de huishouding vanuit de WMO;*
- *Psychiatrische stoornis; deze groep bestaat uit ongeveer 55.000 mensen. Naast groepsbegeleiding krijgen veel van deze mensen ook individuele begeleiding gericht op structuren en ondersteunen van de regie. Ook het aangaan en behouden van sociale contacten is een belangrijk doel. Daarnaast kan er ondersteuning geboden worden op het gebied van inzicht verschaffen in het eigen handelen. Wat zijn de gevolgen van de keuzes die men maakt, wel of niet gebruiken van medicatie en daarmee voorkomen van terugval in het oude gedrag;*
- *Verstandelijk gehandicapt; In 2011 maakte ongeveer 49.000 mensen gebruik van begeleiding, deze was vooral in de vorm van groepsbegeleiding, zoals de sociale werkplaats;*
- *Lichamelijk gehandicapt en zintuiglijk gehandicapt; Ongeveer 19.000 mensen maakten gebruik van begeleiding, deze bestaat vooral uit individuele ondersteuning in de dagelijkse activiteiten, begeleiders moeten wel specifieke kennis bezitten omtrent lichamelijke, auditieve en visuele handicaps.*

Naast de grondslag, zoals hierboven beschreven is in zes categorieën, beïnvloedt met name de leeftijd, de levensomstandigheden en de achtergrond van de persoon of iemand recht heeft op begeleiding. Al deze mensen hebben een matige tot zware beperking, iedereen die zelf of met een beetje hulp in staat is om zelfstandig te functioneren kan al geen aanspraak maken op begeleiding. De mensen die nu nog begeleiding ontvangen, hebben dit ook echt nodig om te kunnen blijven participeren en hun zelfstandigheid te behouden. Jeroen Hoenderkamp (2011) onderschrijft het belang van kennis van de doelgroep, iedere doelgroep eist specifieke kennis om begeleiding te kunnen bieden. De vormen en activiteiten van begeleiding zijn wel algemeen inzetbaar, maar om de begeleiding effectief te maken is het van belang om echt contact te maken en te houden met de cliënt. Contact op het niveau van de cliënt en er voor de cliënt zijn, zijn belangrijke voorwaarden om daarnaast ook te kunnen signaleren en preventief te werken. Op deze wijze draagt begeleiding bij aan het voorkomen van opname in een instelling die vaak veel duurder is.

In *'Samenwerken aan decentralisatie van begeleiding'* (2011) wijzen de VNG en Zorgverzekeraars Nederland er op dat de decentralisatie van begeleiding ook kansen biedt. Om deze kansen te benutten moet er wel intensiever samengewerkt worden, meer gebruik gemaakt worden van collectieve oplossingen, sociale netwerken en de eigen kracht van burgers. Daarbij kunnen het CIZ en MEE een bijdrage leveren als informatiebron, beide organisaties bezitten veel kennis en ervaring wat betreft de doelgroepen.

4.2 De begeleider.

4.2.1 Begeleiding van AWBZ naar WMO.

Begeleiding zoals dit vanuit de AWBZ verleent wordt is een recht, iedere burger die aan de gestelde eisen voldoet kan aanspraak maken op begeleiding. De WMO is een ander soort wet, het is een participatiewet met een compensatieplicht voor de gemeente. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid om er voor te zorgen dat iedere burger kan participeren. Ervaart men beperkingen in het participeren, dan kan men de gemeente vragen om een compensatie. De gemeente is verplicht om beperkingen te compenseren op het gebied van het zelfstandig voeren van een huishouden, zich in en om de woning kunnen bewegen en in de eigen buurt instaat zijn om mensen te ontmoeten. (Hoenderkamp, 2011)

Deze nieuwe manier van denken vraagt ook een nieuwe manier van werken. Daarom is het zogenoemde *'keukentafelgesprek'* ontwikkeld, deze worden door medewerkers van de gemeente uitgevoerd, voornamelijk de WMO consulenten. Het onderwerp van gesprek is de ervaren belemmeringen om zelfstandig te kunnen participeren. Daarbij wordt uitgegaan van de participatiebehoefte van de burger en de door die individuele burger ervaren beperkingen. Vanuit de WMO is er bovendien een verantwoordelijkheidsladder (Hoenderkamp, 2011) ontwikkeld. De WMO gaat uit van de kracht van de burger, daarbij zagen we dat de gemeente de plicht heeft om beperkingen te compenseren. Om er achter te komen hoe deze gecompenseerd worden, wordt het zogenoemde keukentafelgesprek gehouden. Inzet van dit gesprek is de beperkingen van de burger en de eigen kracht van de burger. Daarbij wordt er gekeken vanuit de WMO verantwoordelijkheidsladder, deze is als volgt:



- *Eerst de burger zelf, wat kan deze doen om de beperkingen op te heffen;*
- *Ten tweede wordt er gekeken naar de informele zorg vanuit het sociale netwerk, welke bijdrage kunnen zij leveren om de beperkingen op te heffen;*
- *Als derde optie wordt er gekeken wat voor algemene voorzieningen er beschikbaar zijn binnen de gemeente om deze beperking op te heffen, daarbij kan er gedacht worden aan welzijnswerk vanuit het buurthuis;*
- *Als laatste wordt er gekeken welke individuele en professionele voorzieningen er voorhanden zijn om de beperkingen op te heffen.*

4.2.2 De beroepshouding van de begeleider.

De veranderingen die de decentralisatie met zich meebrengen gaat ook een andere houding vragen van de begeleider. De WMO gaat uit van de *'Eigen Kracht'* van de burger, dit geldt al voor alle WMO voorzieningen die nu ingezet worden en zal straks ook gelden voor de begeleiding. De beleidsmakers hopen dat begeleiding tijdelijk ingezet kan worden, het doel is dan ook om samen met de cliënt op zoek te gaan naar hulpbronnen die de beperking op kan heffen. Zodra dit is gelukt, kan de begeleiding stoppen. Dit wordt wel begeleiding *'Nieuwe Stijl'* genoemd, niet meer wachten tot de burger om hulp vraagt, maar werken vanuit de *'Er op af'* gedachte. Outreachend werken om zo vroeg mogelijk de beperkingen helpen op te lossen, daarbij wordt er door de begeleider vooral gewerkt aan het zelfoplossend vermogen van de cliënt. (Hoenderkamp, 2011)

Denken en werken vanuit de eigen kracht van de burger is werken aan *'Empowerment van de burger'*. De begeleider verleent kracht of macht aan de burger, zodat deze instaat is om de regie over het eigen leven te voeren en daarvoor over voldoende hulpbronnen beschikt om die regierol op zich te nemen. (Scheffers, 2010)

Schutte en van Limpt (2012) hebben een boek geschreven waarin zij ervoor pleitten dat iedere zorgverlener de rol van ondersteuner of begeleider op zich moet nemen onder de titel; *'Van Zorgverlener naar ondersteuner. Op jou komt het aan!'*. Onder zorgverlener benoemen zij iedereen die zorg verleent aan cliënten, of dit nu een verpleegkundige is of een begeleider. Het gaat vooral om de houding van de ondersteuner ten opzichte van de cliënt. Zij benadrukken dan ook de *'eigen kracht'* van de burger en de inzet van de hulpverlening om deze eigen kracht te versterken. Sommige cliënten moeten dit nog leren, andere moeten dit opnieuw leren. Dat betekent dat de begeleider iedere keer keuzes moet maken, om de juiste keuzes te maken is het van belang dat de begeleider een aantal punten voor ogen houdt. Schutte en van Limpt (2012) benoemen er een aantal:

- *Geloof in eigen mogelijkheden van de cliënt;*
- *Betrek waar nodig en mogelijk het sociale netwerk;*
- *De hulpverlener is niet bepalend voor de kwaliteit van leven van de cliënt;*
- *Stimuleer de mondigheid van de cliënt en maak ruimte voor eigen initiatief;*
- *Durf verantwoorde risico's te nemen samen met het sociale netwerk;*
- *Wees nabij waar nodig en houdt afstand waar mogelijk;*
- *Niet te snel reageren, geef de cliënt de ruimte en niet zelf zaken invullen;*
- *Niet sturen maar coachend ondersteunen;*
- *Biedt creatieve keuzemogelijkheden, 'out of the box' denken bevorderen.*

Een lijstje zoals hierboven is weergegeven kan een heel goed hulpmiddel zijn voor een begeleider om als leidraad te hanteren in het contact met de cliënt. Dat dit niet altijd eenvoudig zal zijn is te verwachten, geen enkele cliënt is gelijk aan een andere en past dus ook niet in een lijstje of hokje. Daarom zal er altijd sprake zijn van een grijsgebied, waarin afstand en nabijheid heel moeilijk te bepalen is. Daarom moet er steeds gekeken worden naar de draagkracht van de cliënt en zijn sociale netwerk. Het is van groot belang om dit sociale netwerk er zoveel mogelijk en direct bij te betrekken, zodat de cliënt ook gaat zien wat voor rol het sociale netwerk kan vervullen. Cliënten moeten zoveel mogelijk bevordert worden in hun eigen verantwoordelijkheid en in het nemen van initiatief. Daarbij moet er wel waakzaamheid geboden worden of de cliënt de gevolgen kan overzien en voldoende inzicht heeft in de eigen rol in het gehele proces. Kan een cliënt niet duidelijk overzien wat de gevolgen zijn en welke rol de cliënt zelf daarin vervult, dan moeten er wel grenzen gesteld worden.

4.2.3 De begeleider en het sociale netwerk.

Ieder mens is lid van tenminste één systeem, in hoofdstuk 2 zagen we dat systemen bestaan uit elementen die met elkaar verbonden zijn door een onderlinge afhankelijkheid. Deze elementen vervullen bepaalde functies voor elkaar (Willemse, 2006). In hetzelfde hoofdstuk 2 werd ook de sociale netwerktheorie (Scheffers, 2010) besproken, daarin werden een aantal functies aangegeven van een sociaal netwerk of systeem. Zo biedt een sociaal netwerk mensen de mogelijkheid om *'ergens bij te horen'*, het sociaal netwerk biedt een vangnet voor praktische en emotionele steun en men kan bepaalde interesses delen met mensen waarvan men weet dat zij daar ook in geïnteresseerd zijn.

Schutte en Van Limpt (2012) wijzen erop dat begeleiden van cliënten individueel eigenlijk betekent begeleiden van de cliënt en zijn of haar sociale netwerk. Het is onmogelijk om de één los te zien van de ander, er is een wederzijdse relatie die elkaar zowel positief als negatief kan beïnvloeden. Daarom wijzen Schutte en van Limpt erop dat het sociale netwerk gezien moet worden als bondgenoot. De cliënt draagt samen met het eigen sociale netwerk de verantwoordelijkheid voor het eigen leven. De begeleider kan hierin een ondersteunende en aanvullende rol vervullen. Dit mag en kan de cliënt en zijn netwerk ook verwachten van de hulpverlening, professionele hulpverlening.

Werken met cliënten en het netwerk vraagt om een hulpverlener die sterk in de schoenen staat, op het moment dat de cliënt begeleiding ontvangt is er vaak al een lang traject aan vooraf gegaan. Op dat moment zijn de verwachtingen van de hulpverlening hoog gespannen en vaak zullen leden van het netwerk ook de kans grijpen om hun beklag te doen. De begeleider moet deze klachten serieus nemen, vaak zit er een vraag achter deze klacht verborgen. Het sociale netwerk is een kracht en tegelijkertijd kan het ook een belemmering zijn, daarom is het van belang om eerst een duidelijk beeld te schetsen voor de begeleider, maar zeker ook voor de cliënt zelf, van het sociale netwerk. Maria Scheffers (2010) verdeelde het netwerk in drie lagen of cirkels rondom de cliënt. Daarbij stonden verwanten het dichtstbij, zoals familieleden. Vriendschappelijke betrekkingen als vrienden staan in de tweede cirkel, hierbij zijn de burens waar contact mee is zeker zo belangrijk. Als buitenste cirkel zijn er de maatschappelijke diensten. De begeleider behoort tot deze derde cirkel. Naarmate men dichterbij de cliënt staat, heeft men ook een grotere invloed op de cliënt. De cliënt heeft op zijn beurt weer invloed op het netwerk, zij leveren zo een wederzijdse bijdrage. Dit is belangrijk om aan de cliënt duidelijk te maken, dat het voor de cliënt niet alleen ontvangen is, maar dat er ook terug gegeven kan worden.

De houding van de begeleider.

Van de begeleider wordt er gevraagd om een positieve houding aan te nemen in dit proces. De cliënt moet zien dat de begeleider bewogen is met zijn situatie, dat de begeleider betrokkenheid toont en de cliënt niet als een nummer afhandelt. De cliënt kan weer vertrouwen krijgen in het eigen vermogen als de begeleider zich echt weet in te voelen in de situatie van de cliënt en de verantwoordelijkheid neemt om samen met de cliënt naar een oplossing te zoeken. Om zover te komen is het van belang om de dialoog met elkaar aan te gaan, geen eenrichtingsverkeer, maar samen praten, brainstormen en zoeken naar de oorzaken van problemen en mogelijke oplossingen.

De taak van de begeleider.

We zagen eerder in dit hoofdstuk wat de doelen van begeleiding zijn, namelijk (CIZ, 2011):

- *Het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid;*
- *Voorkomen van opname in een instelling of verwaarlozing.*

Schutte en van Limpt (2012) schrijven dat het behalen van deze doelen een actief proces is waarbij alle betrokkenen een actief aandeel moeten leveren. Om dit proces succesvol te laten verlopen is het van belang om dit in een zo natuurlijk mogelijke omgeving te laten plaats vinden, zoals in de thuissituatie of de eigen wijk. Gedrag veranderen en nieuwe vaardigheden aanleren en consolideren is het meest effectief als er mensen om de cliënt heen staan waar de cliënt vertrouwen in heeft. Daarom is het van belang om niet alleen de aandacht te richten op de taken, maar ook op het sociale netwerk. Daarbij moet de vraag gesteld worden wie er het beste bij betrokken kan zijn, wie heeft er een positieve invloed? Vaak is een belangrijk doel van begeleiding het aanleren van sociale vaardigheden. Niet het gebrek aan een sociaal netwerk is het grote probleem, maar hoe om te gaan met sociale contacten is vaak problematisch. Door mensen uit het netwerk te betrekken die dezelfde interesses hebben of in de buurt wonen, kan er geleerd worden om een gelijkwaardige relatie op te bouwen. Zodat er wederzijds steun en interesses gedeeld kunnen worden. Belangengroepen en gelijkgestemden, zoals leden van een bijtartenvereniging, delen bepaalde interesses of belangen met elkaar. Zodra deze mensen aan elkaar gekoppeld worden, kunnen zij gezamenlijk actie ondernemen of activiteiten organiseren. Men kan terugvallen bij problemen op een sociaal netwerk als deze solide is. Een schoon huis, een huis waar een cliënt zich op zijn gemak voelt en mensen durft te ontvangen is daarbij van groot belang. Het huis vertegenwoordigt de cliënt en geeft een inkijkje in wie deze persoon is. Eerder lasen we al dat Warner Deelstra (2008) het belang van een schoon huis onderschrijft. Hij gaf aan dat huishoudelijk werk er voor zorgt dat onze welzijn, gezondheid en sociale positie verbetert. Gezonde en sociale mensen kunnen makkelijker contact maken en onderhouden met anderen, waardoor ook het sociale netwerk groter en steviger wordt.

Voorwaarden voor succesvolle begeleiding.

Om begeleiding ook echt tot een succes te maken moeten er wel een aantal duidelijke voorwaarden gesteld worden, aldus Schutte en van Limpt (Schutte & Van Limpt, 2012). Succesvolle begeleiding wordt alleen bewerkstelligt als er methodisch gewerkt wordt, er moet een duidelijk begin, midden en einde aan de hulpverlening zitten. Geen hoge doelen stellen, maar realistische doelen moeten er gesteld worden. Wat is het doel van de begeleiding en hoe kan men deze doelen verwezenlijken? Daarvoor is het belangrijk om met stappenplannen te werken. Op deze wijze kan men doelen concreet en inzichtelijk maken, zodat de cliënt ook ziet hoe de hulpverlening zal gaan lopen en hoever men nog van het doel verwijderd is.

4.3 Hoe kan de huishoudelijk verzorgende ook begeleider worden?

4.3.1 Benodigde kennis van de huishoudelijk verzorgende.

In het eerste deel van dit hoofdstuk is duidelijk geworden wat de formele taken en doelen zijn van de begeleiding zoals deze nu uitgevoerd wordt vanuit de AWBZ. Maar om deze taken uit te voeren en de doelen te kunnen behalen is er ook kennis en een andere houding nodig van de huishoudelijke verzorging.

Jeroen Hoenderkamp (2011) benoemt onder andere dat een begeleider specifieke kennis moet bezitten van de doelgroep waar mee gewerkt wordt. Als de huishoudelijk verzorgende ingezet zou worden bij ouderen, dan moeten deze beroepsbeoefenaars meer kennis ontvangen om echt aan te kunnen sluiten op de doelgroep ouderen. De Haagse ouderenmonitor 2011 (Van der Neut, 2011) geeft een duidelijk beeld van de ouderen in de stad Den Haag, in *hoofdstuk 2.1.2* staat een lijst met gegevens weergegeven waarin staat aangegeven wat de situatie is van iedereen die 65 jaar of ouder is. De weergegeven factoren spelen een belangrijke rol in de ondersteunende functie van iedere zorgverlener. De huishoudelijk verzorgende komt meestal één of twee keer in de week bij de oudere op bezoek en kan op deze manier een goed beeld krijgen van de situatie. Om ook echt begeleiding te kunnen bieden, zodat de oudere zijn zelfstandigheid en participatie mogelijkheden optimaal kan blijven benutten, is het van belang om deze factoren te herkennen en te weten hoe daar mee om te gaan.

4.3.2 De beroepshouding.

Als we zo naar deze lijst kijken met factoren die de kwetsbaarheid van ouderen kan vergroten is, dan is het heel verleidelijk om vooral op het kwetsbare te richten. Maar het doel van begeleiden is iemand sterker maken, er voor zorgen dat deze ondanks de kwetsbare factoren in zijn of haar leven toch zelfstandig kan blijven functioneren. In de eerste twee delen van dit hoofdstuk kwamen de verschillende eisen die gesteld worden aan de juiste beroepshouding (Schutte & Van Limpt, 2012) al naar voren, hieronder worden ze nogmaals kort weergegeven.

- *De 'Eigen kracht' van de burger versterken, dit is ook de filosofie vanuit de WMO gedachte, zoveel mogelijk zelfstandig en met behulp van het sociale netwerk 'meedoen';*
- *De beperkingen moeten benoemt worden, om vandaar uit te gaan zoeken naar mogelijkheden om deze op te heffen. Door de cliënt, het sociale netwerk, algemene middelen of individuele oplossingen;*
- *De cliënt kan heel veel zelf oplossen, de begeleider moet de cliënt ondersteunen om zelf oplossingen te vinden en uit te voeren;*
- *Daarbij moet er goed gelet worden op een gezonde balans tussen de draagkracht en draaglast van de cliënt en zijn sociale netwerk, niet betuttelen, maar ook niet overvragen;*
- *Het sociale netwerk is een bondgenoot, de begeleider moet ondersteuning bieden en aanvullen op de hulp van het sociale netwerk;*
- *Aan de cliënt duidelijk maken dat er een wisselwerking is tussen de cliënt en zijn omgeving, beide profiteren van het contact;*
- *De begeleider moet betrokken, betrouwbaar, en positief ingesteld zijn. En vanuit deze houding de dialoog aan gaan met de cliënt en zijn sociale netwerk.*

4.3.3 De taken en de uitvoering.

Begeleiding bieden is een actief proces voor alle betrokken partijen, eerder zagen we al dat de begeleider naast de cliënt gaat staan en deze behoedt voor omvallen. Om de begeleiding zo effectief mogelijk te maken is het van belang dat het in de natuurlijke omgeving van de cliënt plaats vindt, zoals het eigen huis of buurt. Bij begeleiding moet het sociale netwerk vanaf het begin zoveel mogelijk erbij betrokken worden, zodat zij ook een bijdrage kunnen leveren of begeleidingstaken over kunnen nemen. Daarbij is het van belang dat de begeleider kennis heeft van het sociale netwerk, maar ook kennis heeft van belangengroeperingen en verenigingen van gelijkgestemden in de nabijheid van de cliënt.

Jeroen Hoenderkamp (2011) wijst er op dat de begeleiding en huishoudelijke verzorging aan moeten sluiten op bestaande of nieuw te vormen zorgketens. Schutte en van Limpt (2012) noemen de ondersteuner of begeleider de bruggenbouwer tussen de cliënt en de lokale gemeenschap. Om deze functie uit te kunnen voeren moet de begeleider voldoende kennis hebben over de voorkeuren, interesses van de cliënt. Weten wat er lokaal mogelijk en beschikbaar is, welke contactpersonen er geschikt zijn om de cliënt aan te koppelen. Daarbij moet de cliënt ook beseffen dat hij of zij ook een bijdrage kan leveren aan de buurt en dat het daarom belangrijk is om te achterhalen welke behoeften er leven in de buurt, zodat daarop aangesloten kan worden.

De nieuwe zorgmedewerker.

Monique Spierenburg, senior beleidsmedewerker bij Vilans kenniscentrum voor langdurende zorg, schrijft in het blad *Zorg + Welzijn* (De Nieuwe Zorgmedewerker, 2012) over de nieuwe zorgmedewerker. De nieuwe zorgmedewerkers zijn alle helpenden en verzorgenden die nu in de zorg werken en de komende jaren zich aan moeten gaan passen aan de nieuwe eisen die de zorg stelt aan de hulpverleners. Monique Spierenburg wijst op het belang van *'meer samenwerken'*. Niet alleen in direct contact met elkaar, maar vooral ook meer gebruik maken van de slimme technologische middelen waar we vandaag de dag over beschikken. Naast deze nieuwe manier van werken moet de zorgmedewerker ook een andere houding opeisen. Nu gaan veel zorgmedewerkers nog gebukt onder het feit dat zij afgerekend worden op iedere handeling, taak en tijdseenheid. Overschrijden hiervan heeft directe consequenties, maar ook de cliënt staat in dit systeem niet centraal, maar het systeem. Monique Spierenburg schrijft dat de nieuwe zorgmedewerker juist de tijd en ruimte op gaat eisen om de hulp echt af te kunnen stemmen op de cliënt. De nieuwe zorgmedewerker kent zijn taken en verantwoordelijkheden en zal deze ten volle benutten en actief samenwerken met andere disciplines.

De rol van de nieuwe zorgmedewerker zal veel zelfstandiger zijn, Vilans heeft in 'De Nieuwe Zorgmedewerker' (2012) zes aspecten benoemt die bij deze nieuwe rol horen, namelijk:

- *Zorgen doe je samen met mantelzorgers,*
- *Zorgen doe je samen met vrijwilligers,*
- *Zorgen doe je samen met andere disciplines,*
- *Zorgen is slimmer zorgen voor de cliënt en voor jezelf,*
- *Zorgen is ook blijven werken met plezier,*
- *Zorgen is ook zorgen voor jezelf.*

De zorgmedewerker moet veranderen, want niet alleen de wet- en regelgeving verandert. De WMO benadrukt heel duidelijk de zelfstandigheid en participatie van iedere burger, maar de burger zelf eist dit ook steeds meer. Monique Spierenburg schrijft dat cliënten gestimuleerd en gemotiveerd moeten worden, omdat zij zelf de regie willen behouden. Ook op oudere leeftijd hebben mensen behoefte aan een zinvolle dagbesteding, daarbij is aandacht voor sociale relaties erg belangrijk en de aandacht voor de eigen rol in het leven zeer waardevol.

De nieuwe zorgteams.

Met de extramuralisering van de zorg veranderen ook de teams. Van oudsher waren er teams actief binnen instellingen, waar mensen vaak jarenlang met elkaar samenwerkten. Nu de zorg meer bij de mensen thuis geleverd gaat worden, moeten veel zorgmedewerkers ook extramuraal gaan werken. Dit vraagt volgens Schutte en van Limpt (2012) om een ander team, teams die veel zelfstandiger werken, zelf verantwoordelijkheid opnemen voor zichzelf en hun cliënten. Om de zorg effectief te maken moeten deze teams zelf doelen stellen, afspraken maken en deze voorleggen aan hun leidinggevende, zodat deze een goed zicht heeft op wat ieder team doet. Dat betekent dat de zorg heel duidelijk afgestemd moet worden en er intensief samengewerkt moet worden. Zorgmedewerkers komen elkaar niet meer op de gang of bij de koffieautomaat tegen, dus moeten medewerkers actief contact met elkaar onderhouden. Om te zorgen dat zorgmedewerkers van elkaar kunnen leren, is het belangrijk om teamvergaderingen opnieuw in te richten. Algemene mededelingen kunnen via email verstuurd worden en vragen daarover kunnen op persoonlijk niveau beantwoord worden. Dit creëert ruimte tijdens de vergadering om door middel van intervisie te leren van elkaars ervaringen.

Intervisie.

Als mensen zelfstandig werken is het moeilijker om toch alle medewerkers op hetzelfde niveau te laten functioneren. Extramurale teams bestaan uit mensen die veelal zelfstandig werken, één op één contact hebben met cliënten, ad hoc beslissingen moeten nemen en in moeten spelen op de situatie die op dat moment voordoet. Om er voor te zorgen dat de kwaliteit van het werk op niveau blijft is het van belang dat iedere hulpverlener leert om kritisch naar zichzelf te kijken, maar ook dat elke hulpverlener gezien wordt en erkent en herkent wordt voor wat hij of zij doet. Elke professional of beroepsbeoefenaar moet zijn handelen kunnen verantwoorden naar collega's en cliënten. Daarbij is het van belang om jezelf de vragen te stellen; Wat doe ik? Hoe doe ik dat? En waarom doe ik dat? Op deze wijze leer je kritisch naar je eigen handelen te kijken. In het boek 'Intervisie leren' (Van de Beek & Schaub-de jong, 2009) wordt dit reflecteren genoemd, door middel van reflecteren ontwikkel je een houding en vaardigheden waarmee je andere competenties makkelijker aan kan leren.

In 'Intervisie leren' (Van de Beek & Schaub-de jong, 2009) worden twee doelen genoemd van intervisie. Deze twee doelen zijn, aan de ene kant het ontwikkelen van reflectief leren en aan de andere kant leer je concreet iets van een praktijkvoorbeeld uit je dagelijkse werksituatie. Intervisiegroepen bestaan meestal uit vijf tot zeven personen. Er worden drie gebieden benoemt in 'Intervisie leren' waarop je kan ontwikkelen door middel van intervisie:

- **Persoonlijke en professionele leerervaringen;** door een praktijkvoorbeeld in te brengen en te vertellen hoe je hier mee omgegaan bent kunnen andere leren van jouw ervaring. Tegelijkertijd kunnen anderen vanuit hun eigen perspectief naar jouw situatie kijken en daar op reageren. Zo leer je vanuit verschillende perspectieven naar dezelfde situatie kijken;
- **Interactief leren;** alle leden van een intervisiegroep hebben vaardigheden waar zij beter of minder goed in zijn. Door met elkaar te oefenen, kan men van elkaars vaardigheden en inzichten leren. Bijvoorbeeld door de manier waarop iemand feedback geeft, kan een ander leren hoe hij dat zelf toe kan passen. De intervisiegroep biedt een veilig omgeving om dit te oefenen, voordat men het toepast bij een cliënt;

- **Elkaar steun bieden;** bij extramurale teams is deze derde functie heel belangrijk. Omdat men zeer zelfstandig werkt, steeds één op één contact heeft met cliënten en er veel van het aanpassingsvermogen van de hulpverlener gevraagd wordt, is het van groot belang om binnen een veilige omgeving even stoom af te blazen, te relativeren en te reflecteren. Door de herkenning en erkenning van de spannende en vaak uitdagende situaties met elkaar te delen maakt het het werk ook beter draagbaar.

4.4 In de praktijk.

Stelling 6 en 7 (bijlage 5) gaan met name over begeleiding en of deze begeleiding ook uitgevoerd kan worden door de huishoudelijk verzorgende.

Stelling 6: Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle functies!

Iedereen is instaat om te signaleren en ondersteuning te bieden vanuit zijn of haar functie. Mw. Hagen (ouderencoöördinator) maakt daarbij wel duidelijk dat de geboden ondersteuning niet persoonsafhankelijk moet zijn, maar afhankelijk van de functie. Als begeleiding afhankelijk is van de persoon loopt men het risico dat een collega met dezelfde functie niet kan voldoen aan de eisen van de cliënt. Daarom moeten er duidelijke taken afgesproken worden, zodat er ook reële verwachtingen voor de cliënt gecreëerd kunnen worden.

Als gevolg van alle bezuinigingen die nu plaats vinden of nog gaan komen zullen veel functies in de zorg verdwijnen. Daarmee wordt de noodzaak dat elke hulpverlener instaat is om een deel van de begeleiding op zich te nemen steeds groter worden. Hulpverleners moeten steeds meer integraal en aansluitend op elkaars taken kunnen werken, aldus Mw. Solter (AMW).

Mw. Baggerman (ANBO) benadrukte dat alle formele en informele zorgverleners de noodzaak tot samenwerken in moeten gaan zien. Er moet niet geprobeerd worden om de eigen functie te behouden en taken daarmee af te schermen van anderen, maar juist de mogelijkheden tot substitutie verder benutten. Daarmee is het mogelijk om beter aan te sluiten op de wensen van de cliënt en de zorg betaalbaarder te houden.

Om de decentralisatie van de begeleiding succesvol te laten verlopen moet er anders gewerkt worden, namelijk bottom-up. Vanuit de burger gaan kijken en denken, wat heeft de burger voor beperking en welke hulpverlener of informele zorgverlener kan deze cliënt het beste ondersteunen? Deze manier van denken is volgens Mw. Spierenburg (Vilans) de enige manier om de decentralisatie tot een succes te maken. Begeleiding heeft volgens Mw. Spierenburg twee doelen, namelijk mensen activeren en mantelzorgers ontlasten. Om mensen te activeren moeten er geen activiteiten bedacht worden voor, maar moeten interesses van mensen aan elkaar gekoppeld worden. Zo kunnen actieve ouderen genormaliseerd worden en betrokken worden bij het normale leven. Waarom klaverjasavonden voor ouderen organiseren als er in het buurthuis klaverjasavonden voor alle leeftijden zijn!

Mw. Van Leeuwen (Stichting Transmurale zorg) ziet voor begeleiding nog wel een zelfstandige functie onder bepaalde omstandigheden. Met name als het gaat om begeleiding van mensen die vooral regioondersteuning nodig hebben. Wie deze begeleiding uit moet voeren is afhankelijk van de aard van de problematiek, de hulpverlener moet kennis en vaardigheden bezitten die aansluiten op de problematiek van de cliënt. Samenwerking met de huishoudelijke verzorging zou daarbij een nuttige bijdrage op kunnen leveren. Begeleiding zonder einddatum kan volgens Mw. Van Leeuwen weinig zinvol zijn, tenzij het specifieke begeleiding is bij chronisch problematiek. Daarom pleit zij wel voor resultaatgerichte begeleiding, die werkt met een concreet stappenplan en een geplande einddatum. Zodat de kwaliteit en het resultaat meetbaar en inzichtelijk wordt voor de cliënt en voor de financier en uitvoerende organisatie.

Stelling 7: De huishoudelijk verzorgende is instaat om begeleiding te geven aan een cliënt!

De houding van medewerkers in de huishoudelijke verzorging is praktijkgericht, het zijn mensen die gewend zijn om de handen uit de mouwen te steken. Als cliënten naast huishoudelijke ondersteuning op praktische zaken begeleiding nodig hebben is de huishoudelijk verzorging instaat om deze taak op zich te nemen. Deze mening wordt breed gedragen door alle geïnterviewden.

Om huishoudelijk verzorgers ook begeleidende taken uit te laten voeren moeten zij wel opgeleid worden. Mw. Hagen (*ouderenconsulent*) pleit ervoor om dit op een heel praktijkgerichte wijze te doen. De beste methode zou zijn om dit te doen met behulp van casuïstiek die medewerkers zelf in kunnen brengen. Door middel van intervisie zouden medewerkers in kleine groepjes ervaringen uit kunnen wisselen en elkaar stimuleren om naar andere oplossingen op zoek te gaan. Deze wijze van werken vraagt wel om een mentaliteitsverandering bij de medewerker, de huishoudelijke verzorger moet omschakelen van helpen naar ondersteunen. Huishoudelijke hulp staat voor helpen, taken overnemen. Een betere term zou zijn huishoudelijke ondersteuning, dit staat veel meer voor ondersteunen, samen doen en begeleiden. Dit creëert andere verwachtingen. Mw. Spierenburg (*Vilans*) bevestigt deze mening, maar wijst erop dat de mentaliteitsverandering van *'zorgen voor naar zorgen dat'* bij de instelling moet beginnen. De instelling en de medewerkers moeten eerst zelf in deze nieuwe werkwijze gaan geloven voor zij het over kunnen brengen op hun cliënten.

Mw. Solter (*AMW*) ziet zeker mogelijkheden voor een samenwerking tussen de thuiszorg en het AMW. Het AMW kan samen met een cliënt de hulpvraag analyseren, een plan opstellen, doelen bepalen en een stappenplan uitwerken. De AMW kan aan de hand van dit behandelplan de huishoudelijk verzorgende inschakelen om de cliënt op een wekelijkse basis te begeleiden bij de praktische uitvoering van dit behandelplan. Mw. Van Leeuwen (*Stichting Transmurale zorg*) ziet zeker mogelijkheden voor deze aanpak, deze vorm van samenwerking gebeurt al in de revalidatiezorg. Een fysiotherapeut leert een cliënt oefeningen aan, de cliënt gaat in de thuissituatie oefenen met begeleiding van de verzorging of verpleging. Hiermee wordt de inzet van de fysiotherapie beperkt maar de cliënt wordt wel maximaal gestimuleerd om in de eigen vertrouwde omgeving door te gaan met de revalidatie. Om deze manier van werken tot een succes te maken moet er niet in standaardoplossingen gedacht worden, maar gekeken worden naar de mogelijkheden van de cliënt en daar de zorg op aan laten sluiten.

Cliënten delen veel van de problemen en moeite met de huishoudelijk verzorgende vanwege de vertrouwensband tussen hen. Vaak zit er een reden achter waarom mensen hun hart blootleggen voor een relatieve vreemde, er kan sprake zijn van achterliggende problematiek. De huishoudelijk verzorgende mag een luisterend oor bieden, vermoedens uitspreken tegenover de cliënt en deze aanmoedigen om hulp in te schakelen met of zonder de huishoudelijk verzorgende, aldus Mw. Solter (*AMW*).

Mw. Baggerman (*ANBO*) vertelde dat zij de voorkeur geeft aan het opsplitsen van de twee niveaus van hulp bij huishouden. Door de indicatie HH-1 alleen in te zetten voor mensen die echt niet zelf hun huis schoon kunnen maken en geen netwerk hebben die steun kan bieden. Voor deze doelgroep kunnen gewoon schoonmakers ingezet worden. Dan kan voor de mensen die regieondersteuning nodig hebben naast de huishoudelijke taken een hulpverlener ingezet worden die daarvoor gekwalificeerd is. Deze moet dan opgeleid worden om te kunnen signaleren, preventief te werken, signalen bespreekbaar maken, deel uitmaken van ketenzorg, kennis hebben van de lokale sociale kaart en mensen door verwijzen naar de juiste hulpverlener. Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*) onderschrijft dit gedeeltelijk, zij vindt dat mensen die goed schoon kunnen maken ingezet moet worden om schoon te maken en mensen met de capaciteit om naast schoonmaken ook begeleidingstaken uit te voeren hiervoor ingezet moeten worden. Een goede match tussen hulpverlener en cliënt.

Mw. Spierenburg vertelde dat Vilans een programma ontwikkeld heeft voor het lager opgeleid zorgpersoneel. In dit programma, *wat in samenwerking met Actiz en V&VN is gemaakt*, wordt onder andere aandacht besteed aan wat er van de zorgmedewerker verwacht wordt vanuit de WMO en Welzijn Nieuwe Stijl. Daarnaast wordt er geleerd hoe men intensiever samen kan werken door middel van ketenzorg en hoe de zorgmedewerker een gelijkwaardige partner is van de gehele zorgketen. Om dit soort trainingen effectief te maken voor de huishoudelijk verzorgende is het van belang dat er ook een financiële stimulatie tegenover staat, in de huidige situatie wordt er alleen maar gesproken van bezuinigen. Er wordt door politici heel technisch naar de huishoudelijke verzorging gekeken in de zin van wat het kost, er zou veel meer naar de meerwaarde moeten worden gekeken. Het sociale aspect, het zorgaspect en het welzijnsaspect worden te makkelijk over het hoofd gezien.

4.5 Conclusie.

Het doel van de extramurale begeleiding is om de zelfredzaamheid te bevorderen, behouden of compenseren, daarmee moet opname in een instelling of verwaarlozing voorkomen worden. Extramurale begeleiding wordt uitgevoerd door ondersteuning te bieden bij of oefenen met vaardigheden of handelingen, het aanbrengen van structuur of het voeren van regie. Ook kan begeleiding het toezicht overnemen, dit is met name het geval bij dagopvang ter ontlasting van de mantelzorger.

Ondersteunen betekent niet dat taken overgenomen worden, het doel is dat de cliënt het zelf doet of gaat doen. De begeleider staat naast de cliënt en zorgt ervoor dat deze niet omvalt, dit wordt bewerkstelligt door het dagelijks leven te plannen, zaken te regelen en structuur aan te brengen in het huishouden. Daarnaast kan er ondersteuning geboden worden bij het nemen van besluiten, worden cliënten gestimuleerd tot participatie en zelfredzaamheid en kunnen gesprekken met bijvoorbeeld instanties voorbereid worden. De ideale eindsituatie is volledige zelfstandigheid, maar dit is vaak niet mogelijk. Om de begeleiding uit te kunnen voeren is specifieke kennis van de doelgroep nodig. Men moet contact kunnen maken en onderhouden met de cliënt om op basis daarvan ook te kunnen signaleren en preventief te werken.

De WMO is een participatiewet, deze gaat uit van de participatiebehoefte van de burger en ervaren belemmeringen. Met behulp van het *'keukentafelgesprek'* kan er worden geanalyseerd wat de behoefte van de burger is en welke ondersteuning deze nodig heeft. Daarbij wordt er gewerkt met de verantwoordelijkheidsladder van de WMO, waarbij er eerst gekeken wordt wat de cliënt zelf kan en zijn netwerk, vervolgens wat voor collectieve voorzieningen beschikbaar zijn en tenslotte welke individuele ondersteuning een burger nodig heeft. De VNG ziet met name op het gebied van de WMO voorzieningen meer mogelijkheden om individuele begeleiding te voorkomen. Zoals de inzet van de huishoudelijk verzorgende.

De WMO vraagt om een andere houding van de begeleider, deze moet werken vanuit de *'eigen kracht'* van de burger en het sociale netwerk er bij betrekken. Daarnaast moet de begeleider geloven in de mogelijkheden van de cliënt en tegelijkertijd beseffen dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van leven. De begeleider kan de mondigheid van de cliënt stimuleren, maar moet zich bewust blijven van de delicate balans tussen afstand en nabijheid. De cliënt moet het allereerst zelf doen of met zijn netwerk, de begeleider kan de cliënt daarin coachen en helpen om *'out of the box'* te denken. Begeleiden is een actief proces van alle betrokkenen, waarbij er een dialoog aangegaan wordt met iedereen en de begeleider oprechte betrokkenheid toont. Begeleiding werkt het beste in de eigen omgeving, een schoon huis voelt aan als een thuis en kan als basis gebruikt worden tot verdere participatie. Begeleiding is alleen haalbaar als er methodisch gewerkt wordt met realistische doelen, kleine doelen zijn haalbare doelen.

De huishoudelijke verzorging is instaat om begeleidende taken uit te voeren. Daarvoor moeten zij wel een andere mentaliteit aanleren en opgeleid worden. De mentaliteit moet veranderen van *'zorgen voor'* naar *'zorgen dat'*. Dit vraagt ook om een andere kijk op de functie van huishoudelijk verzorgende of hulp bij huishouden, dit gaat teveel van helpen uit. Huishoudelijke ondersteuner zou beter zijn, die zorgt niet voor, maar zorgt dat iemand participeert en zelfredzaam is. Om deze nieuwe taak te bewerkstelligen is intensieve samenwerking nodig tussen alle hulpverleners rondom een cliënt. De cliënt moet centraal staan en alle hulp moet gericht zijn op de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt. De cliënt woont steeds vaak zelfstandig, teamleden werken daardoor ook zeer zelfstandig, met behulp van technologische middelen kan er een goede communicatie worden georganiseerd. Door te werken met kleine zelfsturende teams moeten mensen onderling goed met elkaar samenwerken om tot een compleet zorgaanbod te komen. Om er voor te zorgen dat deze zelfstandig werkende beroepsbeoefenaars wel kwalitatief goede zorg kunnen leveren is opleiden noodzakelijk. Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat praktijkgericht onderwijs het beste is. Intervisie is zo'n leermethode, waarbij teamleden kunnen leren van elkaars praktijkervaringen door met elkaar te hierover te reflecteren.

5. Nieuwe vormen van begeleiding.

Bij de beantwoording van de laatste deelvraag wordt er eerst duidelijkheid geschept wat betreft de gevolgen van de decentralisatie van de begeleiding. Hoe wordt er op landelijk niveau en in de stad Den Haag aangekeken tegen deze veranderingen. Daarna wordt er gekeken hoe de gemeente Den Haag zich voorbereidt op deze veranderingen, hoe professionals daarmee omgaan en wat voor ideeën en oplossingen er al ontwikkelt zijn. De deelvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is:

Welke ideeën en/of oplossingen zijn er al ontwikkelt voor de uitvoering/inzet van de begeleidingsfunctie binnen de WMO?

5.1 De decentralisatie.

Wat verandert er nu precies met de op handen zijnde decentralisatie? Volgens de huidige kabinetsplannen wordt vanaf 1 januari 2015 de begeleiding en persoonlijke verzorging door de gemeenten uitgevoerd in het kader van de WMO (VNG (1), 2013).

5.1.1 De visie van de VNG op de decentralisatie.

De plannen van het kabinet Rutte 2 omtrent de decentralisatie van de AWBZ-functies begeleiding en verzorging hebben voor alle gemeenten in Nederland gevolgen. Als belangenbehartiger van alle gemeenten in Nederland is de VNG betrokken bij het bestuurlijk overleg met het ministerie van VWS als het gaat om zaken als de decentralisatie. In het kader van het bestuurlijk overleg met staatssecretaris Van Rijn heeft de VNG een brief gestuurd met haar standpunten waarover zij met de bewindsvoerder overleg wilden plegen. De brief *'Input voor bestuurlijk overleg over decentralisatie AWBZ'* (VNG (2), 2013) verwoordt duidelijk vanuit welk standpunt de VNG naar de decentralisatie kijkt en wat zij hopen te bereiken.

Allereerst vindt de VNG de decentralisatie een goede ontwikkeling, het standpunt van de VNG is dat alle niet-medische handelingen gericht op participatie bij de gemeente horen. Er is kritiek op dit standpunt volgens de VNG, maar een *'knip'* in voorzieningen is er nu en zal er altijd blijven, het is geen probleem om een knip te maken tussen de voorziening persoonlijke verzorging en persoonlijke verpleging. Belangrijk is dat de cliënt niets merkt van deze knip, daartoe moeten alle partijen wel verplicht worden tot duidelijke afspraken omtrent samenwerking. In de mini-toolkit *'Samenwerken aan decentralisatie'* van de VNG en Zorgverzekeraars Nederland wordt met *'alle'* partijen bedoelt, de zorgkantoren, het CIZ, MEE en de uitvoerende organisaties. Met elkaar moeten zij tot een samenhangend aanbod van zorg komen. Met de decentralisatie moet er *'anders'* gekeken worden naar de inzet van voorzieningen. Niet meer vanuit het recht op voorzieningen, maar ter compensatie van een beperking van de zelfredzaamheid.

De VNG pleit daarom voor verdere invoering van wat zij noemen het *'keukentafelgesprek'*. De term keukentafelgesprek is ontstaan vanuit de extramuralisering van de zorg, burgers blijven langer zelfstandig wonen en hebben daarbij behoefte aan ondersteuning in hun eigen woonomgeving. Met de invoering van de WMO is de VNG vanuit het project *'De Kanteling'* begonnen met gesprekken bij de cliënt thuis in de eigen woonomgeving. Onderwerp van het keukentafelgesprek is niet het recht op een voorziening, maar onderzoeken wat de burger nog zelfstandig uit kan voeren en welke ondersteuningsbehoefte de burger daarbij heeft. Vanuit deze werkwijze blijft de burger probleemhouder, daarbij uitgaande van de zelfredzaamheid van de burger zoals dat ook in de WMO bedoelt is.

Met de invoering van de WMO verdween het recht op voorzieningen zoals de huishoudelijke verzorging en kwam de compensatieplicht van de gemeente om een burger te compenseren in de ervaren beperkingen wat betreft het zelfstandig functioneren. Met de compensatieplicht hebben burgers het recht gekregen om bij de gemeente een aanvraag in te dienen voor een compensatie. De VNG (VNG (2), 2013) pleit in de brief aan de staatssecretaris naast het *'recht op aanvraag'* ook het *'recht op een gesprek'* expliciet te benoemen. Het doel van dit recht is om met behulp van het keukentafelgesprek op zoek te gaan naar *'de vraag achter de vraag'*. Het keukentafelgesprek moet als doel hebben om naast het beantwoorden van de hulpvraag van de burger ook alle andere levensdomeinen te onderzoeken. Om zo de draagkracht en draaglast van de burger inzichtelijk te maken.

5.1.2 Welzijn Nieuwe Stijl en de decentralisatie van begeleiding.

De decentralisatie van begeleiding sluit goed aan op de doelen van de WMO (Hoenderkamp, 2011). Om de uitvoering van de WMO en het welzijnswerk te vernieuwen is het ministerie van VWS in samenwerking met de VNG in 2010 begonnen met het programma Welzijn Nieuwe Stijl. Vanuit het programma Welzijn Nieuwe Stijl zijn er acht bakens opgesteld van waaruit het professionaliseringstraject voor het welzijnswerk vorm moest gaan krijgen.

Deze acht bakens zijn (Movisie, 2012):

- ✓ *Baken 1: Gericht op de vraag achter de vraag;*
- ✓ *Baken 2: Gebaseerd op de eigen kracht van de burger;*
- ✓ *Baken 3: Direct er op af;*
- ✓ *Baken 4: Formeel en informeel in optimale verhouding;*
- ✓ *Baken 5: Doordachte balans van collectief en individueel;*
- ✓ *Baken 6: Integraal werken;*
- ✓ *Baken 7: Niet vrijblijvend, maar resultaatgericht;*
- ✓ *Baken 8: Gebaseerd op ruimte voor de professional.*

De acht bakens van het welzijn nieuwe stijl vormen de basis van al het beleid en de uitvoering van het *'nieuwe welzijnswerk'* zoals dit vanuit de WMO wordt uitgevoerd. Al het aanbod vanuit de WMO moet aansluiten op deze acht bakens. In het rapport *'Samenwerken aan decentralisatie'* (VNG en Zorgverzekeraars Nederland, 2011) worden gemeenten erop gewezen om de acht bakens concreet om te zetten naar beleid. Daarbij worden de gemeenten gewezen op een aantal vragen; Hoe kan *'eigen kracht'* ingezet worden om in de ondersteuningsbehoefte te voorzien? Hoe kan en moet er samengewerkt worden en de krachten gebundeld worden? Welke hulpverleners die nu al contact hebben met de kwetsbare burgers kunnen extra taken op zich nemen? En welke collectieve voorzieningen kunnen ingezet worden om de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl uit te voeren.

In de WMO staat de burger centraal en wordt er uitgegaan van wat mensen nog wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen, Eigen Kracht! Om die eigen kracht te versterken zien gemeenten vooral een taak weggelegd door de participatie van mensen met een matige tot ernstige beperkingen te vergroten (Hoenderkamp, 2011). Dit willen de gemeenten doen door de draagkracht van mensen en hun omgeving zo vroeg mogelijk, preventief, te versterken. Dat moet gebeuren door niet de mens met een beperking apart te zetten van zijn omgeving en de hulp te richten op het probleem, maar de mens en zijn omgeving centraal te stellen. Het probleem behoort bij een persoon, maar de persoon is niet het probleem, het beïnvloedt het leven van de persoon in meer of mindere mate. De ondersteuning moet zich op de persoon en zijn omgeving richten en onderzoeken welke rol deze zelf kan vervullen. Begeleiding moet binnen de WMO als onderdeel van de integrale zorg behouden worden. Daarbij is het van belang dat de doelmatigheid van de hulpverlening verhoogd wordt door te ontbureaucratisering. Dat wil zeggen dat de professional meer ruimte moet krijgen om te functioneren.

5.1.3 De begeleider en Welzijn Nieuwe Stijl.

Jeroen Hoenderkamp heeft in 2011 onderzoek gedaan naar de decentralisatie van begeleiding in opdracht van de VNG en de G32 (Hoenderkamp, 2011). Daarbij is ook onderzocht hoe de *'nieuwe begeleider'* moet werken. De conclusie van zijn onderzoek was dat de nieuwe begeleider moet werken vanuit de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl. Daarbij moeten begeleiders veel meer outreachend werken, actief op mensen afstappen en hun helpen met het zelf oplossen van problemen. Er wordt op gewezen dat de hulpverlener weer herkenbaar moet zijn, die mensen in hun eigen leefwereld aanspreekt en op hun niveau contact maakt en onderhoud. De professional moet zelf weer gaan bepalen hoe de hulpverlening er uit moet gaan zien, wat de cliënt nodig heeft. Daarbij is de menselijke maat leidend. De huidige situatie is er één van deelp Problemen, bij ieder loket moet een deel van het probleem verteld worden. Binnen Welzijn Nieuwe Stijl moet er één hulpverlener zijn waar men met het hele verhaal kan aankloppen, vandaar uit wordt er gezocht naar oplossingen. Het kan dat een hulpverlener die oplossing moet bieden, maar het kan ook de omgeving van de cliënt zijn. De professional zoekt naar de beste oplossing door zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de cliënt aan te sluiten. Daarbij richt de professional zich op de eigen kracht van de cliënt en zijn systeem om daar ondersteuning aan te bieden. De professional moet daarbij waakzaam zijn om niet tussen de cliënt en zijn systeem te gaan staan, maar juist naast het systeem waar de cliënt onderdeel van uitmaakt.

Jeroen Hoenderkamp wijst erop dat de rol van de professional verstevigt moet worden, met meer vrijheden om te bepalen welke inzet er nodig is. Daarbij wordt er gewerkt vanuit de verantwoordelijkheidsladder van de WMO. Dit betekent dat er niet geïndiceerd wordt, maar gekozen wordt voor preventie en presentie. De professional is herkenbaar aanwezig in de omgeving. Bij problemen wordt er direct ingezet op de cliënt, zijn omgeving en de collectieve voorzieningen die beschikbaar zijn. Als laatste kan er individuele hulpverlening ingezet worden die het beste aan kan sluiten op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

5.2 De gemeente Den Haag en de begeleiding.

5.2.1 Visie van de gemeente Den Haag.

In 2011 heeft de gemeente Den Haag haar ouderenbeleid voor de periode 2012 – 2014 gepresenteerd onder de naam 'Oud is in!' (Gemeente Den Haag (1), 2011). De kern van het ouderenbeleid van de Gemeente Den Haag is om ouderen zolang mogelijk actief te laten deelnemen aan de samenleving. De verantwoordelijkheid voor deelname ligt bij de ouderen zelf en bij hun sociale netwerk, de gemeente biedt ondersteuning aan de ouderen en het netwerk om te kunnen blijven participeren.

Het huidige ouderenbeleid van de gemeente Den Haag vestigt speciaal de aandacht op de kwetsbare ouderen, deze worden gekenmerkt door zaken als alleenstaand, oudere migranten, mensen met aandoeningen als dementie en onvoldoende financiële middelen om mee te kunnen blijven doen. Het risico dat kwetsbaarheid met zich mee brengt is afhankelijkheid van anderen en een groter risico op eenzaamheid.

De gemeente Den Haag stelt dat de basis voor het ouderenbeleid bij de samenleving ligt, daarmee wordt de verantwoordelijkheid bij de samenleving neergelegd. De ouderen en de gehele samenleving moeten actief elkaar opzoeken en verbanden aangaan. Als er beperkingen optreden in dit participatieproces die niet opgelost kunnen worden door de ouderen of de samenleving zelf, dan kan de gemeente ondersteuning bieden.

De doelen van het coalitieakkoord (Oud is in! Ouderenbeleid 2012-2014, 2011) in de gemeente Den Haag zijn onder andere dat als er zorg geleverd moet worden, dit zorg op maat moet zijn. Om zo effectief mogelijk te werken. Daarnaast moet de combinatie van zelfstandig wonen en zorg thuis worden bevordert. Tenslotte ziet de Haagse coalitie nog groeimogelijkheden wat betreft het welzijnswerk. Deze moeten meer ruimte gaan bieden aan de eigen inbreng van burgers en hun netwerk, daarnaast moet er een actieve samenwerking ontstaan tussen de welzijnsorganisaties en de zorginstellingen. De krachten moeten gebundeld worden, het organisatiebelang moet plaats maken voor het belang van de oudere, deze moet centraal komen te staan. De samenwerking mag niet gebaseerd zijn op vrijblijvendheid, maar moet getekend worden door concrete afspraken en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Karsten Klein de Haagse wethouder voor Jeugd, Welzijn en Sport heeft mede namens de G4 en G32 de brief 'Zorgen over zorg' aan de vaste Kamercommissie voor VWS gestuurd (Klein, Visscher, & Noom, 2012). In deze brief spreken de leden van de G4 en G32 hun zorgen uit over de bezuinigingen die samen gaan met de decentralisatie van de begeleiding. Volgens de plannen van het kabinet Rutte 2 wordt er 75% bezuinigt op hulp bij huishouden en 25% op de begeleiding. Met de brief 'Zorgen over zorg' wordt opgeroepen om de extramurale zorg en voorzieningen te bezien vanuit de totale zorg. Door middel van laagdrempelige voorzieningen kunnen dure voorzieningen als opname in een instelling worden voorkomen. Daarmee wordt aangegeven dat het niet goed zou zijn om zo'n drastische bezuiniging door te voeren, dat zou uiteindelijk alleen maar dure zorg opleveren.

5.2.2 Concrete uitvoering van het beleid.

Met de start van het ouderenbeleid 2012-2014 heeft de gemeente Den Haag ook concreet een twaalfal projecten van start laten gaan om het beleid ook concreet uit te voeren. De doelen van deze projecten zijn gericht op participatie, adequate ondersteuning en goede en verantwoorde zorg.

Eén van deze projecten is de drie pilots die gestart zijn onder de naam 'Centrum voor Ouderen'. In drie stadsdelen zijn deze centra gestart, ieder met een eigen opzet en eigen vormen van samenwerking, met als doel om de krachten en middelen wat betreft zorg en welzijn van het stadsdeel te bundelen. Per stadsdeel moet de versnippering van het zorg en welzijnsaanbod voor ouderen tegen worden gegaan en één duidelijk en herkenbaar aanspreekpunt op worden gezet. Veel van de lokale partners van de gemeente Den Haag hadden dit ook als klacht aangegeven, dat ouderen wel wisten dat er een aanbod was, maar niet wisten waar zij terecht konden met hun vraag. Door het Centrum voor Ouderen te starten hoopt de gemeente dat ene herkenbare aanspreekpunt te creëren, die ook als basis kan fungeren tot het leveren van integrale zorg. Coördinatie van de zorg is daarvan een doel. Daarnaast is ook trajectbewaking van de te leveren zorg een doel, er op toezien dat de zorg niet alleen start, maar ook tot een goed einde wordt gebracht. Door één aanspreekpunt te creëren hoeft de oudere niet overal een deelprobleem te vertellen, maar het hele verhaal in één keer. De hulpverlener bij het Centrum voor Ouderen kan dan ook beter zicht krijgen op de 'vraag achter de vraag'.

In 'Zorg voor elkaar' (Gemeente Den Haag (2), 2011), het meerjarenbeleidsplan voor maatschappelijke ondersteuning van de Gemeente Den Haag worden de algemene doelen gesteld wat betreft alle voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Het beleid van de gemeente Den Haag gaat uit van een zorgzame samenleving, waar een wisselwerking bestaat tussen burgers onderling. De gemeente dient als een vangnet voor de kwetsbaren, door voorlichting en advies te bieden, maar ook voorzieningen als maaltijden en hulp bij huishouden. Daarnaast wil de gemeente de mogelijkheid blijven bieden van individuele en groepsbegeleiding, waarbij het tweede de eerste voorkeur zal hebben. Bij hulpverleners wordt er daarnaast op aangedrongen om actief op zoek te gaan naar de verborgen noden. Het ouderenbeleid 'Oud is in' is hier een concrete uitwerking van, daarin staan ook een aantal signalen verwoordt van samenwerkingspartners van de gemeente Den Haag rondom het ouderenbeleid.

Zo wordt er gesignaleerd dat:

- *Ouderenbeleid gaat over alle facetten van het leven, zorg en welzijn zijn daar onderdeel van,*
- *Vooraf 'actieve' ouderen komen op gemeentelijk beleid af, kwetsbare ouderen blijven vaak weg;*
- *Er is een grote cultuuromslag nodig voor de participatiemaatschappij, de verzorgingsstaat heeft mensen 'lui' gemaakt;*
- *Om actief bij de buurt betrokken te raken zijn veiligheid en toegankelijkheid belangrijke voorwaarden;*
- *Meer aansluiten op individuele behoeften en minder collectief aanbod doen;*
- *De samenwerking tussen zorg en welzijn moet worden verstevigd;*
- *Meer samenwerking met en ondersteuning van het sociale netwerk door de zorg en welzijn.*

Samenwerkende partners van de gemeente Den Haag, zoals de ouderenbonden, welzijnsinstellingen en zorginstellingen, zijn het met de gemeente eens dat er vroegtijdig ingezet moet worden op preventie en presentie. Kan dit door het sociale netwerk te activeren of te verstevigen, dan is dit de beste optie. Waar dit niet mogelijk is moet er ingezet worden op eenvoudige zorg en niet gewacht worden tot er zwaardere vormen van zorg nodig zijn.

5.3 De professional als generalist aan de basis.

5.3.1 De generalist.

In 2012 werd het boek 'De generalist' (Scholte, Sprinkhuizen, & Zuithof) gepubliceerd. De schrijvers hebben onderzoek gedaan naar de nieuwe rol van de sociale professional met alle veranderingen op het gebied van onder andere de WMO. In hoofdstuk 5.2 werden de nieuwe centra voor ouderen besproken zoals deze nu vorm krijgen in Den Haag. Vanuit deze centra moet alle hulp voor ouderen beschikbaar zijn, daarvoor is een breed georiënteerde professional nodig met een brede kennis van alle problemen waar ouderen mee te maken krijgen. Margot Scholte e.a. (2012) noemen deze breed georiënteerde professional de generalist. Een sociale professional in de 1^e lijn van de zorg die in staat is om te verbinden:

- *Verbinden tussen de leefwereld van de cliënt en de institutionele wereld;*
- *Tussen de professional en de burger;*
- *De nadruk weet te leggen op empowerment;*
- *Geen 'diepe' kennis heeft, maar 'brede' kennis waarmee de professional in staat is tot de eerste hulp die nodig is.*

Daarmee wordt de sociale professional eigenlijk de huisarts van de sociale problematiek. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor lichamelijke problemen, zo is de sociale professional dit bij sociale problematiek. Margot Scholte e.a. (2012) stellen duidelijke eisen aan de generalist. Deze moet doortastend te werk gaan, welke vragen gaan er eventueel schuil achter de eerste vraag? Om de burger te kunnen helpen is er kennis nodig van meerdere leefgebieden die burgers en netwerken kunnen ondersteunen en activeren. De generalist moet de verbinding maken tussen de individuele behoefte van de burger, de inzet van vrijwilligers, het aanbod van collectieve voorzieningen en diensten en tot slot de individuele voorzieningen zoals onder andere beschikbaar vanuit de WMO. De generalist moet daarbij een terughoudende houding innemen en zich dienstbaar opstellen. De eerste inzet moet gericht zijn op het versterken van de zelfredzaamheid, onderzoeken van de mogelijkheden en behoeften van de cliënt en zijn netwerk. Verder moet er gekeken worden hoe de cliënt en zijn netwerk versterkt kunnen worden. De verantwoordelijkheidsladder van de WMO is daarbij leidend (Hoenderkamp, 2011).

5.3.2 Mogelijkheden en beperkingen.

Wethouder Karsten Klein e.a. (2012) attendeerden de vaste Kamercommissie voor VWS al op het feit dat de geplande bezuinigingen op de hulp bij huishouden en de begeleiding negatieve gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit van de extramurale zorg. Margot Scholte e.a. (2012) noemen dit een spagaat in het huidige beleid, er wordt bezuinigt op het mensen betrekken bij de samenleving terwijl er juist investeringen nodig zijn.

De visie van Margot Scholte e.a. (2012) op de hulpverlening komt sterk overeen met die van het gemeentelijk ouderenbeleid in Den Haag. Ook zij herkennen veel overlap en veel gaten in het huidige hulpverleningsaanbod. Daarom wordt er gepleit voor een betere samenwerking en afstemming gebaseerd op een aantal basisvoorwaarden, namelijk; elkaar kennen, vertrouwen en elkaars deskundigheid kennen. Daaraan zijn wel een aantal voorwaarden gekoppeld om het proces en de werkwijze te verbeteren, er moeten wel voldoende middelen beschikbaar zijn. Verder moet de gemeente dit ondersteunen met passend beleid en de organisaties moeten daarvoor voldoende scholing en intervisie bieden aan de professional. Het Centrum voor Ouderen lijkt hiermee een eerste stap in de goede richting, aangezien de gemeente hier als beleidsmaker en regisseur optreedt en verschillende partijen dwingt tot samenwerking.

5.3.3 Samenwerking en professionaliteit.

Margot Scholte e.a. (2012) wijzen erop dat een generalist vaak hiërarchisch als lager gezien wordt dan een specialist. Zij noemen de generalist daarom liever de generalist-specialist, het specialisme zit hem in de brede kennis van het gewone leven. Daarbij vervult de generalist een poortwachtersfunctie die boven een bepaald domein uitstijgt. In een schema gezien zou de generalist in het midden staan en daarom heen de domeinafhankelijke generalisten van een specialisme, zoals de huisarts en de 1^e lijns psycholoog. Zij hebben op hun beurt weer toegang tot specialisten op hun vakgebied. De generalist bepaalt welke hulp het beste ingezet kan worden, dit vraagt een bepaalde deskundigheid (Scholte, Sprinkhuizen, & Zuithof, 2012), namelijk:



- Een brede kennis van meerdere kennisdomeinen;
- Integraal kunnen richten op het functioneren van personen op (bijna) alle levensterreinen;
- Instaat zijn om met systemen, netwerken en individuen te werken en daar tussen te kunnen schakelen;
- Instaat zijn om een scala aan lichte interventies uit te voeren;
- Oog hebben voor problemen en kansen;
- Hulp- en dienstverlening kunnen verbinden met maatschappelijke participatie.

Margot Scholte e.a. (2012) wijzen erop dat er naast deskundigheid ook voorwaarden (2012) gesteld moeten worden aan de professionele handelingsruimte van de generalist. Deze moet snel kunnen handelen, zodat de hulp op tijd komt. Maar ook instaat zijn om een specialist in te schakelen waar nodig en maatwerk te leveren zodat de geboden hulp effectief is. Dat vraagt op zijn beurt weer om meer bevoegdheden voor de generalist en minder indicaties via de gemeente of andere instanties. Dit zou ten koste gaan van de efficiëntie. Om de generalist ook daadwerkelijk deze professionele handelingsruimte te bieden moet er geïnvesteerd worden in meer professionaliteit, zodat de generalist een overwogen keuze kan maken wanneer hij nodig is of wanneer er een stap terug gedaan moet worden.

De generalist kan zijn functie alleen goed uitoefenen als er ook samengewerkt kan worden, daarvoor is de generalist dan ook afhankelijk van de andere hulpverleners. Alle disciplines moeten dan ook over voldoende deskundigheid beschikken die past bij de functie. En alle disciplines moeten met elkaar samen kunnen werken. De generalist moet weten welke ondersteuning de hulp bij huishouden kan bieden, zodat als er een cliënt is met een behoefte aan begeleiding er een afweging gemaakt kan worden tussen de inzet van groepsbegeleiding of individuele begeleiding. Is de cliënt meer gebaat bij concrete ondersteuning in het dagelijks leven of juist bij het in contact komen met andere mensen?

Naast samenwerking betekent dit een investering in de professionaliteit van de generalist, maar ook van alle andere hulpverleners. De laatste decennia is er juist sprake van deprofessionalisering door met name de strengere regelgeving en enorme controlezucht van met name de overheid. Niet de professional bepaalde wat de cliënt nodig had, maar de financier of de instelling bepaalde wat goed is voor de cliënt. Om de veranderingen in de samenleving het hoofd te kunnen bieden is professionalisering hard nodig. Professionaliteit wordt door Hans van Dartel en Ronald Jeurissen (Professionaliteit als normatief organisatiekenmerk, 2008) omschreven als;

'het vermogen om voorbij het toepassen van standaardoplossingen op standaardproblemen adequaat te reageren op het unieke in een bepaalde situatie en daarbij altijd te streven naar excellentie in een particuliere context'.

Acteren op unieke problemen bij unieke mensen vraagt om voldoende handelingsruimte van de professional en vertrouwen in zijn kunnen, dit wordt door Hans van Dartel en Ronald Jeurissen als discretionaire ruimte omschreven. Een inbreuk op de discretionaire ruimte wordt deprofessionalisering genoemd.

5.3.4 Sociale wijkteams of Centra voor Ouderen.

In het boek *'de generalist'* (Scholte, Sprinkhuizen, & Zuithof, 2012) wordt er gesproken van sociale wijkteams. Deze bestaan uit één domeinonafhankelijke generalist-specialist met daarom heen domeinafhankelijke generalisten, zoals op het gebied van wonen, werken en gezondheid. De generalist moet instaat zijn om vanuit een integraal perspectief naar de cliënt te kunnen kijken. Vandaaruit moet de generalist zaken af kunnen stemmen en integraal aan kunnen pakken met de cliënt, het netwerk, vrijwilligers en hulpverleners. Om de samenwerking goed te laten verlopen moeten er duidelijke en concrete afspraken gemaakt kunnen worden met de betrokken instellingen. Dat betekent echter wel dat deze instellingen een deel van hun autonomie los moeten laten en vanuit het perspectief van de cliënt gaan denken. Waar is de cliënt het meeste bij gebaat? De generalist moet binnen dit sociale wijkteam of centrum voor ouderen de regie op zich nemen. Andere voorwaarden voor een goede samenwerking zijn het bieden van intervisie, delen van ervaringen en daar lering uit kunnen trekken met elkaar. Dit kan er voor zorgen dat er ruimte ontstaat voor elkaar, niet met elkaar concurreren maar samenwerken. Iedere hulpverlener beschikt over bepaalde kennis, kunde en kunst die een bijdrage kan leveren aan de juiste hulp voor een cliënt.

Margot Scholte e.a. (2012) wijzen erop dat oplossingen niet alleen binnen de wijk gezocht moeten worden, sommige problemen, maar ook oplossingen overstijgen de wijk of hebben meer kansen buiten de wijk. Het uitgangspunt van dit soort teams hoeft niet alleen de wijk te zijn, bijvoorbeeld in Den Haag is het Centrum voor Ouderen gericht op één doelgroep. Soms volstaat de hulpverlening met symptoombestrijding, als dat voor de cliënt voldoende is, dan is daar niets mis mee.

Martin Zuidhof (2012) heeft voor het boek *'De generalist'* negentien professionals geïnterviewd die in meer of mindere mate werken als generalist. Een aantal karakteristieke eigenschappen kwamen bij al deze mensen naar boven, namelijk:

- Ze zijn gedreven om te helpen en staan klaar voor de ander;
- Ze zijn eigenzinnig en hebben vaak een onorthodoxe manier van problemen aanpakken;
- Ze hebben behoefte aan waardering en rugdekking vanuit het management, deze moeten het vertrouwen in hen uitspreken, de mogelijkheid bieden om maatwerk te leveren en intervisie aanbieden.

Margot Scholte e.a. (2012) sluiten het boek af met een aantal ingrediënten voor het nieuwe sociaal werk. Eén van deze ingrediënten is dat de zorg- en dienstverlening duurzamer en efficiënter aangepakt kan worden door een model van getrapte zorg en sobere oplossingen. Dat betekent zorg leveren via de verantwoordelijkheidsladder vanuit de WMO, daarbij mag als er individuele voorzieningen geleverd moeten worden ook gekeken worden welke *'eenvoudige'* hulpverleners een rol kunnen spelen. De hulp bij huishouden kan niet indiceren, maar kan wel in opdracht van een professional de cliënt begeleiden of ondersteunen in het aanleren van een vaardigheid. Dit beperkt de inzet van de professional tot het minimum en toch kan er maatwerk geleverd worden.

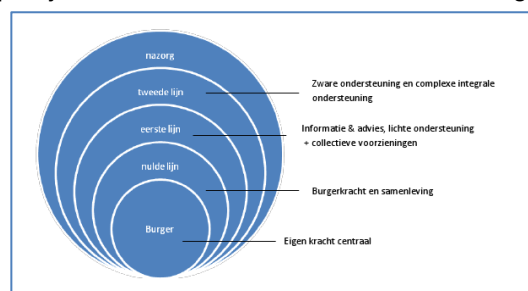
5.4 Concrete voorbeelden van Welzijn Nieuwe Stijl.

5.4.1 Centrum voor Ouderen.

Eerder bespraken we al uitgebreid het ouderenbeleid *'Oud is IN!'* (Gemeente Den Haag (1), 2011), hierin worden de centra voor ouderen in Den Haag benoemd. Deze hebben tot doel om per stadsdeel één loket aan te bieden waar ouderen met al hun vragen terecht kunnen. Een casemanager ondersteunt de zorgvrager in het vinden van een oplossing, deze kan van een andere hulpverlener komen, de casemanager blijft het gehele proces bewaken. Daarmee wordt getracht om integrale zorg te leveren, versnippering tegen te gaan en eerder en beter zicht te krijgen op de eventuele vraag achter de vraag. De centra voor ouderen zijn nog in ontwikkeling, er is gekozen voor drie verschillende manieren om dit aan te pakken. In April 2013 wordt dit geëvalueerd en zal er een keuze gemaakt worden welke van de drie aanpakken het beste werkt. Dit zou ook een combinatie van de verschillende werkwijzen kunnen zijn.

5.4.2 Wijkondersteuningsteam Schiedam.

De gemeente Schiedam is de initiator van het Wijkondersteuningsteam Nieuwland (Gemeente Schiedam, 2012). De wijk Nieuwland is in het verleden bekend geworden als één van de Vogelaarwijken, of achterstandswijken waar grote sociale problemen zijn. De gemeente Schiedam wil met het wijkondersteuningsteam bereiken dat er één duidelijk en herkenbaar team is waar alle sociale partners in de wijk Nieuwland bij betrokken zijn. Om zo tot één integraal zorg- en dienstverleningspakket te komen waarin alle betrokken partijen met elkaar samenwerken en de burger met zijn problemen bij één loket terecht kan. De sociale partners in de wijk Nieuwland zijn 'Maatschappelijk Dienstverlening Nieuwe Waterweg' MDNW, SWS welzijn, MEE Rotterdam Rijnmond, Sonor (opbouwwerk), HOEDEN (Huisartsen onder één dak) in Nieuwland en de gemeente Schiedam. In de hieronder weergegeven afbeelding (Gemeente Schiedam, 2012) is te zien hoe de gemeente Schiedam wil werken, daarbij staat in lijn met de doelen van de WMO de burger en zijn eigen kracht centraal.



5.5 In de praktijk.

De laatste twee stellingen uit bijlage 5 gaan over de rol van de professional en op wat voor manier deze nieuwe rol al wordt uitgevoerd in de praktijk.

Stelling 8: De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!

Mw. Spierenburg (*Vilans*) noemde de rol van de professional in de ouderenzorg die van de 'spin in het web'. Mw. Van Leeuwen (*Stichting Transmurale zorg*) benoemde de rol van de professional die van de 'generalist'. De generalist is een term die Margot Scholte e.a. (2012) introduceerden in het gelijknamige boek. Mw. Van Leeuwen zag een duidelijke rol voor de professional in de functie van generalist, waarbij er ook direct samengewerkt moet worden met de huishoudelijke verzorging. Er moet een gezonde wisselwerking zijn tussen de generalist en een specialist, zoals ook de huishoudelijke verzorging. Een neiging van specialisten is om alles zelf te doen, een ongezonde eigenschap. Signalering is een taak die goed past bij de huishoudelijke verzorging, maar de gehele sociale kaart kennen van een stad of wijk is teveel gevraagd. De sociale kaart is daarvoor te divers en verandert te vaak. Op dat punt is samenwerking noodzakelijk. Signalen moeten doorgegeven worden aan een professional, deze heeft de taak om samen met de cliënt de ervaren problemen te ontrafelen en daar passende hulp bij te zoeken, aldus Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*).

Mw. Spierenburg (*Vilans*) en Mw. Baggerman (*ANBO*) zien beide een belangrijke rol weggelegd voor de professional in het opzetten van samenwerking en ketenzorg. Mw. Spierenburg vertelde dat de professional in de rol van de casemanager instaat zou moeten zijn om vraag en aanbod bij elkaar te brengen. Daarbij zijn kennisoverdracht en vaardigheden aanleren een belangrijke taak.

Mw. Baggerman (*ANBO*) zag met name de rol van kennis en vaardigheden overbrengen op het netwerk als een belangrijke taak. Professionals moeten niet bang zijn voor het verliezen van hun eigen functie als zij kennis en vaardigheden overbrengen op het netwerk, zoals mantelzorgers, vrijwilligers en huishoudelijk verzorgende. Op deze wijze kan het netwerk versterkt worden en kan iedereen op zijn eigen niveau passende hulp en ondersteuning bieden. Dit vraagt om een nieuwe rol en houding van de professional, in plaats van altijd direct contact met de cliënt moet er meer naar het netwerk uitgereikt worden. Op die wijze wordt het netwerk versterkt en zal het op den duur een enorme besparing op kunnen leveren. Dit terwijl de kwaliteit juist wordt verbeterd, omdat de ondersteuning echt aansluit bij de behoefte van de cliënt.

Mw. Solter (*AMW*) benadrukt het belang van de ondersteunende rol aan het netwerk van de cliënt door de professional. Om deze taak goed uit te kunnen voeren is er allereerst een mentaliteitsverandering nodig bij de professional. Deze moet allereerst het belang in gaan zien van de verandering van 'zorgen voor de cliënt naar zorgen dat de cliënt'. De verantwoordelijkheidsladder van de WMO moet daarbij leidend zijn, welke ondersteuning heeft de cliënt nodig? Wat kan het netwerk, wat kunnen vrijwilligers, wat kunnen collectieve voorzieningen bieden en tenslotte welke individuele ondersteuning is nodig.

Het AMW (*Mw. Solter*) in Schiedam past een concrete vorm van netwerkondersteuning in de vorm van bemoeizorg toe. Vrijwilligers gaan bij iedere deur langs in een bepaalde wijk en stellen zich voor, vertellen wie zij zijn, wat zij te bieden hebben en hoe zij bereikbaar zijn. Het doel hiervan is om interesse te tonen naar de wijkbewoners, laten zien dat er hulp beschikbaar is en om de drempel naar de hulpverlening te verlagen. De verandering van verzorgingsstaat naar participatiestaat gebeurt niet door een draai aan een knop. Het is een kwestie van investeren in het winnen van vertrouwen, veranderingen in de maatschappij uitleggen aan mensen, het nut en de noodzaak van die veranderingen duidelijk maken en daarmee begrip kweken.

Mw. Solter (AMW) ziet juist door een intensievere samenwerking met alle netwerkpartners van een cliënt, formeel en informeel, juist mogelijkheden. Daarmee kan de professional zich duidelijk in de markt zetten, zijn meerwaarde aantonen en laten zien wat men doet en wat dit oplevert. Dit vraagt om een professional die trots is op zijn vak, geen last heeft van valse bescheidenheid, zelf verantwoordelijkheid durft te nemen en andere zover krijgt om dit ook te doen. De professional kan in de rol van casemanager optreden als de huisarts van de geestelijke gezondheidszorg. Als deze rol goed uitgevoerd wordt, kan het een enorme doorstroom naar 2^e lijnszorg voorkomen. Mw. Solter zei; *'Als mensen niet in hun eigen kracht gezet worden maak je ze afhankelijk'*. Dat is wat de professional tot doel heeft, mensen in hun eigen kracht zetten, als dat bereikt wordt door de huishoudelijk verzorgende nieuwe kennis en vaardigheden aan te leren, dan is dat de taak van de professional.

Mw. Hagen ziet mogelijkheden vanuit haar functie als ouderenconsulent om de huishoudelijk verzorgende te ondersteunen door het organiseren van intervisiebijeenkomsten. Daarmee kan een professional de huishoudelijk verzorgende inhoudelijk ondersteunen en adviseren. Komen de huishoudelijk verzorgende en de cliënt voor een probleem te staan waar zij samen geen oplossing voor weten, dan kan de professional ondersteuning bieden door met de cliënt en de huishoudelijk verzorgende naar een oplossing te gaan zoeken. De professional analyseert de situatie, stelt een plan op, met doelen en een einddatum en geeft de cliënt *'tools'* om samen met de huishoudelijk verzorgende aan de slag te gaan. Daarnaast kan de professional nieuwe inzichten, informatie en kennis delen met de huishoudelijk verzorgende, zodat deze het weer in kan zetten tijdens het werk. Daarmee vergroot de professional de reikwijdte van zijn handelen enorm.

Stelling 9: Zorgorganisaties werken al projectmatig met integrale teams!

De integrale aanpak van zorg en welzijn begint steeds meer vorm te krijgen, al dan niet van bovenaf opgelegd. De twee gesprekken met Mw. Solter (AMW) en mw. Hagen (ouderenconsulent) lieten dit ook duidelijk zien. De gemeente Schiedam en de gemeente Den Haag hebben beide initiatieven ontwikkeld om meer wijkgericht te werken met integrale teams.

Zo vertelde mw. Hagen van de wijkgerichte aanpak waar zij als ouderenconsulent bij betrokken is. Binnen dit integrale team nemen naast de ouderenconsulent ook onder andere mensen plaats van de thuisverpleging, de GGZ en Midden. Daarnaast wordt er actief samengewerkt met vrijwilligers die doelgericht ingezet worden bij ouderen die mogelijk tot de doelgroep *'kwetsbare ouderen'* behoren. Mogelijk behoren omdat de vrijwilligers met behulp van een vastgestelde vragenlijst in gesprek gaan met de ouderen en zo bekijken of iemand voldoet aan vastgestelde criteria wat betreft kwetsbaarheid. Als uit de vragenlijst blijkt dat een oudere mogelijk kwetsbaar is, dan neemt de ouderenconsulent contact op met deze persoon om samen te gaan kijken welke beperkingen er ervaren worden en hoe deze eventueel opgelost zouden kunnen worden.

Mw. Solter (AMW) vertelde dat zij actief betrokken zijn bij het wijkondersteuningsteam Nieuwland in Schiedam. In dit team werken naast het AMW ook het welzijnswerk/opbouwwerk, de GGZ, de gemeente Schiedam, MEE en de huisartsen binnen de wijk mee. Het initiatief van deze nieuwe aanpak komt bij de gemeente Schiedam vandaan en alle partijen worden zoals mw. Solter zei; *'vrijwillig gedwongen om mee te doen'*. Mw. Solter onderschrijft de integrale aanpak die de gemeente hiermee nastreeft, maar gelooft niet dat het mogelijk is om op deze wijze alle problemen aan te pakken. Met name de inzet van vrijwilligers zal altijd beperkt blijven. Er is een belangrijke rol voor de vrijwilligers weggelegd, maar het blijft vrijwilligerswerk en kan nooit de plaats innemen van de professional. Vrijwilligerswerk kan wel een ondersteunende rol spelen, zoals vrijwilligers nu actief ingezet worden om mensen te ondersteunen in de thuisadministratie. Daarmee kan de administratie van een cliënt op orde worden gebracht voordat zij naar de schuldhulpverlening stappen. Dit zorgt ervoor dat de schuldhulpverlening niet eerst nog orde moet aanbrengen in de chaos.

Vrijwilligers, maar ook huishoudelijke verzorgende en wijkverpleegkundige signaleren problemen, deze kunnen via het wijkondersteuningsteam bij het AMW gebracht worden. Zodat de professional een beter zicht krijgt op de problemen die er leven in de wijk en daar gericht op kan reageren. Mw. Solter vertelde dat er nog geen actieve samenwerking is tussen de huishoudelijke verzorging en het wijkondersteuningsteam, maar dat zij zeker ook het wijkondersteuningsteam wilde wijzen op de meerwaarde en de rol van de huishoudelijke verzorging. Mw. Solter zag een grote meerwaarde in de samenwerking met en de signaleringsfunctie van de huishoudelijk verzorgende.

Mw. Spierenburg (*Vilans*) was met name erg te spreken over de komst van de organisatie Buurtzorg en Buurtdiensten. Deze organisatie probeert op een andere manier te werken aan kwalitatief goede thuiszorg. Dit wordt gedaan door middel van kleine zelfsturende teams met goed opgeleid personeel. Belangrijk doel van Buurtzorg is om aan te sluiten bij de verwachtingen en beleving van de cliënt. Mw. Spierenburg zag duidelijk een tweestrijd in de extramuralisering van de zorg met aan de ene kant de steeds groter wordende groep zelfstandig wonende mensen met een zorgvraag en aan de andere kant de verder oplopende bezuinigingen op alle vormen van thuiszorg. Dit levert veel onzekerheid en onduidelijkheid op, maar tegelijkertijd wordt het werkveld gedwongen om op zoek te gaan naar nieuwe initiatieven en manieren van werken. Buurtzorg is volgens Mw. Spierenburg hier een goed voorbeeld van. Om Buurtzorg en vergelijkbare initiatieven tot een blijvend succes te maken is het belangrijk dat alle hulpverleners vanuit ketenzorg gaan werken. Daarbij is een bottom-up aanpak nodig en een regelarme werkomgeving. Niet de regels moeten het werk bepalen maar de behoefte van de cliënt, want de enige echte graadmeter van de zorg is de tevredenheid van de burger, aldus mw. Spierenburg. Dat betekent wel dat alle zorgmedewerkers, zorgorganisaties en overheden bestaande kaders los moeten durven laten en nieuwe manieren van werken moet ontwikkelen.

Mw. Van Leeuwen (*Stichting Transmurale zorg*) ziet langzamerhand meer initiatieven ontstaan wat betreft een integrale aanpak. Veel zorgverleners weten niet van elkaar wie wat doet op dit moment. Daarom is mw. Van Leeuwen enthousiast over de ideeën die Margot Scholte e.a. (2012) gepubliceerd hebben in het boek *'De Generalist'*. Mw. Van Leeuwen is er van overtuigd dat de professional als generalist een belangrijke rol heeft te vervullen. Dat betekent wel dat de professional deze rol op moet eisen, want specialisten hebben heel snel de neiging om alles wat op hen afkomt ook op te lossen. Specialisten moeten leren om zich binnen hun grenzen te blijven functioneren en de functie-overstijgende taken moeten bij de generalist neergelegd worden. Dit vraagt durf en moed van de professional.

Mw. Kooijman (*Stichting Eykenburg*) is sinds een paar maanden in dienst bij Stichting Eykenburg en heeft geen goed zicht op de laatste ontwikkelingen in Den Haag wat betreft de integrale aanpak in de extramurale zorg. Wat mw. Kooijman als belangrijke ontwikkeling ziet is dat er anders gekeken moet gaan worden naar de huishoudelijke verzorging. In haar vorige functie als locatiemanager van een verpleeghuis heeft zij het team van huishoudelijk verzorgende nieuw leven ingeblazen. Door de medewerkers veel meer verantwoordelijkheid te geven, zoals het maken van afspraken met de bewoners over de uit te voeren werkzaamheden. Dit gaf de bewoner en de medewerker het gevoel dat zij controle kregen over hun werk en leven. Daarnaast werd benadrukt dat het *'praatje'* met de bewoner erg belangrijk is, op de tijden dat de huishoudelijk verzorgende op bezoek komt is het niet de bedoeling dat de bewoner andere afspraken heeft. Door de huishoudelijk verzorgende de kans te geven om een praatje te maken met de bewoner en de bewoner geen andere afspraken heeft, kan er bereikt worden dat deze tijd een waardevol contactmoment wordt. Daarnaast moet de huishoudelijk verzorgende deel zijn van een integraal team, een team met verschillende functies en één doel, namelijk het welzijn van de cliënt.

Mw. Baggerman (*ANBO*) vertelde niet goed op de hoogte te zijn van nieuwe initiatieven wat betreft de bredere inzet van de huishoudelijk verzorgende of het werken in integrale teams. Wel heeft de ANBO in het voorjaar van 2013 een enquête gehouden onder haar leden in Den Haag om te onderzoeken wat voor initiatieven er zijn of ontwikkelt kunnen worden om ouderen onderling meer bij elkaar te betrekken. Mw. Baggerman benadrukte dat ouderen echt moeten gaan beseffen dat de overheid niet alles regelt en bekostigt, nu niet en zeker in de toekomst niet. Dat betekent dat de burger zelf aan zet is. De huishoudelijk verzorgende is gedegradeerd tot schoonmaker, wat er nodig is zijn investeringen op de lange termijn in de kwaliteiten van de huishoudelijke verzorging. Daarnaast moet er een strengere selectie van cliënten komen, met name de categorie HH-1 cliënten. Zodat er alleen mensen overblijven die echt zorg en ondersteuning nodig hebben. Goed opgeleid personeel is instaat om samen te werken met andere professionals. Dit betekent wel investeren op de lange termijn in plaats van bezuinigen op de korte termijn, aldus Mw. Baggerman.

5.6 Conclusie.

De VNG vindt de decentralisatie van de begeleiding een goede ontwikkeling. Zij pleitten voor verdere doorvoering van de cliëntgerichte aanpak met behulp van het *'keukentafelgesprek'*. Deze decentralisatie sluit goed aan bij de bakens van *Welzijn Nieuwe Stijl*. De mens en zijn omgeving worden in deze nieuwe werkwijze centraal gesteld en niet het probleem, dat is onderdeel van de mens en zijn omgeving. Verder ziet de VNG goede mogelijkheden wat betreft de ontbureaucratisering van de zorg en welzijn, de professional moet meer ruimte gaan krijgen. De *'nieuwe begeleider'* in de WMO moet herkenbaar zijn en outreachend werken. Daarbij is het van belang dat de cliënt bij één hulpverlener zijn verhaal kan doen, deze zoekt naar een integrale aanpak die het dichtst bij de cliënt past.

De visie van de gemeente Den Haag is dat de verantwoordelijkheid van het welzijn van ouderen bij de samenleving ligt en de gemeente ondersteuning biedt waar nodig. De benodigde zorg moet op maat geleverd worden, waar mogelijk thuis met het belang van de oudere voorop. Het organisatiebelang moet op de tweede plaats komen en de samenwerking tussen alle betrokken partijen op de eerste plaats. De Haagse wethouder voor Jeugd, Welzijn en Sport protesteert tegen de voorgenomen bezuinigingen op huishoudelijke zorg en begeleiding. Deze zorg vormt de basis van alle zorg en kan opname in een instelling voorkomen.

Die ene hulpverlener waar de VNG voor pleit krijgt in Den Haag een concreet gezicht met de nieuwgevormde centra voor ouderen. Daarmee zet de gemeente in op preventie en presentie op wijkniveau, waarbij veiligheid en toegankelijkheid belangrijke aandachtspunten zijn. Daarnaast wil de gemeente meer op individueel niveau ondersteuning bieden en minder collectief aanbod. Om daarmee effectievere en efficiëntere zorg te kunnen bieden. Een basisvoorwaarde daarbij is wel dat alle betrokken partijen intensiever gaan samenwerken. De hulpverlener binnen de centra voor ouderen zou een professional moeten zijn, een *'generalist'*, *'spin in het web'* of *'casemanager'* zoals deze wel worden genoemd. Deze generalist moet een brede kennis bezitten, moet zich integraal kunnen richten op alle levensdomeinen van de cliënt en lichte interventies uit kunnen voeren. Daarvoor heeft de generalist wel meer handelingsruimte nodig, niet met indicaties werken, maar direct kunnen handelen of een specialist in kunnen schakelen, om zo effectief mogelijk te kunnen werken. Daarnaast vraagt het wel om investering in de kwaliteiten van de professional, oftewel professionalisering van de zorg.

Kenmerkende eigenschappen van de generalist zijn een gedreven en eigenzinnige persoonlijkheid die op onorthodoxe wijze op zoek gaat naar oplossingen. Om op deze wijze te kunnen werken moet men wel voldoende waardering en rugdekking krijgen vanuit het management. De generalist moet werken vanuit de verantwoordelijkheidsladder van de WMO, oftewel door middel van getrapte zorg. Begin bij de cliënt en zijn netwerk, maar maak ook veel meer gebruik van *'eenvoudige'* zorgverleners. Deze staan dicht bij de cliënt en kunnen met ondersteuning van een professional de cliënt op praktische wijze begeleiden naar zelfstandigheid en participatie.

Vanuit de praktijk wordt er met veel enthousiasme gekeken naar de generalist en de integrale aanpak. Outreachend werken en het versterken van het netwerk wordt gezien als belangrijke voorwaarden om goede zorg te leveren binnen de WMO. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de professional, deze heeft de taak om als generalist de *'spin in het web'* te zijn, waarbij kennisoverdracht en aanleren van nieuwe vaardigheden aan de netwerkleden een belangrijke taak is. Naar de huishoudelijke verzorging toe kan dit door het opzetten van intervisiebijeenkomsten. De professional kan ook directe ondersteuning bieden bij complexe problemen waar een huishoudelijk verzorgende en een cliënt samen niet uitkomen. De professional kan dan door middel van substitutie de huishoudelijk verzorgende de tools aanreiken om aan een oplossing te werken. De generalist moet zijn rol opeisen en door zich duidelijk te profileren en zijn meerwaarde aan te tonen. Specialisten moeten binnen hun kaders blijven en meer samenwerken met generalisten.

Er wordt steeds meer in integrale teams gewerkt, de huishoudelijke verzorging wordt daarbij vaak buiten ogenschouw gelaten. Mede door alle bezuinigingen uit het verleden is de huishoudelijke verzorging gedegradeerd tot schoonmaak, daarvoor moet er een herwaardering komen van de huishoudelijke verzorging door deel uit te gaan maken van kleine wijkgerichte zelfsturende teams die een integraal ondersteuningsaanbod leveren aan zelfstandig wonende ouderen.

6. Conclusie en aanbevelingen.

6.1 Conclusie.

In dit hoofdstuk geef ik een antwoord op de hoofdvraag en doe ik op basis van de analyse, uitkomsten uit de literatuur en interviews, aanbevelingen aan Stichting Eykenburg en suggesties voor toekomstig onderzoek. De conclusie is gebaseerd op de beantwoording van de deelvragen zoals weergegeven in de eerdere hoofdstukken, in de conclusie zal er verder niet worden ingegaan op de deelvragen.

Hoofdvraag.

Aan welke inhoudelijke en randvoorwaardelijke eisen moeten beroepsbeoefenaars in de Extramurale Huishoudelijke Verzorging voldoen, zodat deze beroepsbeoefenaars vaardig zijn om de begeleidingsfunctie voor zelfstandig wonende 'kwetsbare' ouderen binnen de gemeente Den Haag vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning uit te kunnen voeren?

Zelfstandig wonende kwetsbare ouderen in Den Haag hebben te maken met lichamelijke, psychische, sociale en materiële problemen, vaak in combinatie met elkaar. Kwetsbaarheid is een begrip wat met name in de literatuur wordt gebruikt, daarmee wordt een proces bedoeld met een onvoorspelbaar verloop, ouderen zelf spreken liever van *'kwaliteit van leven'*. De individuele verschillen tussen mensen zijn heel groot en worden sterk bepaald door de verschillende problematiek en hoe deze ervaren worden. Met name de balans tussen de draaglast, welke problemen worden er ervaren en de draagkracht, hoeveel problemen kan men dragen, beïnvloedt de kwetsbaarheid.

De aanpak van kwetsbaarheid moet gericht zijn op gezondheid en preventie, in de onderzochte literatuur en vanuit de praktijk werd steeds benadrukt dat er ingezet moet worden op preventie van kwetsbaarheid. Dit moet onder andere gebeuren door mensen te ondersteunen in plaats van te helpen, ouderen leren om te gaan met nieuwe situaties en het bevorderen van de zelfstandigheid. Daarnaast is het ook nodig om te werken aan een positieve beeldvorming van ouderen.

De officiële term van de huishoudelijke verzorging is *'hulp bij huishouden'*. Het doel van de huishoudelijke verzorging en de begeleiding is het bereiken, behouden of compenseren van de zelfstandigheid en daarmee opname in een verpleegtehuis te voorkomen of uit te stellen. Dankzij de huishoudelijke verzorging zijn ouderen in staat om zelfstandig te wonen en te participeren, ouderen ervaren deze hulp niet als luxe maar als noodzaak. Echter is de laatste jaren de nadruk van de huishoudelijke verzorging op het schoonmaken komen te liggen. Het zorg- en ondersteuningsaspect is op de achtergrond geraakt vanwege bezuinigingen. Dit heeft er toe geleid dat er niet geïnvesteerd is in de huishoudelijke verzorging, daarmee is het preventief werken, signaleren, integraal werken en *'zorgen dat'* in de verdrukking gekomen.

Extramurale begeleiding biedt ondersteuning bij en oefenen van vaardigheden en handelingen, aanbrengen van structuur en het voeren van regie. Ondersteunen is zorgen dat de cliënt zelfstandig kan (*gaan*) functioneren en daarbij ondersteunt wordt zodat deze niet omvalt. Daarvoor is kennis van de doelgroep nodig en moet men in staat zijn om echt contact te krijgen met de doelgroep. Zodat signalering en preventief werken echt mogelijk zijn.

De WMO is een participatiewet, deze gaat uit van de *'Eigen Kracht'* van de burger en zijn omgeving. De hulpverlening en ondersteuning moeten een mentaliteitsverandering ondergaan van *'zorgen voor naar zorgen dat'*, zodat de burger verantwoordelijk blijft voor de kwaliteit van het eigen leven. Begeleiding is een gedeelde taak die deel uitmaakt van alle zorgfuncties, een deel van de begeleiding kan door de huishoudelijk verzorgende worden uitgevoerd. Daarvoor moet de huishoudelijk verzorgende wel worden opgeleid. Iedereen moet gaan beseffen dat alle vormen van hulp- en dienstverlening een ondersteuning zijn om de zelfstandigheid en participatie te vergroten. Daarvoor is de term *'Huishoudelijk Ondersteuner'* beter geschikt in plaats van de term *'Hulp bij huishouden'*. Hulp bij huishouden veronderstelt helpen, overnemen. Huishoudelijke ondersteuning veronderstelt samen doen, zorgen dat iemand toch zelfstandig een huishouden kan voeren.

De nieuwe 'huishoudelijk ondersteuner' moet instaat gesteld worden om naast het schoonmaakwerk ook begeleiding aan te kunnen bieden, daarvoor moeten zij wel opgeleid worden. Het opleiden moet op een praktijkgerichte manier gebeuren, bijvoorbeeld door middel van intervisie. Naast opleiden moet er een herwaardering komen van de functie huishoudelijke verzorging/ondersteuning, zodat het mogelijk wordt om op een integrale wijze de zorg en dienstverlening aan te bieden. Waarbij uitgegaan wordt van de participatiebehoefte van de cliënt om zo effectief mogelijk de ervaren belemmeringen tot zelfstandig wonen en participeren op te heffen.

Een integrale aanpak van zorg- en dienstverlening rondom de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen vraagt om een generalistisch werkende professional die als *'spin in het web'* alle zorg kan coördineren en door middel van substitutie de zorg zo dicht mogelijk bij de cliënt kan organiseren. Daarbij moet het cliëntbelang voorop staan en het organisatiebelang op de tweede plaats. De professional moet herkenbaar zijn door outreachend en wijkgericht te werken. Daarbij is er ruimte nodig voor professionalisering en moet de handelingsruimte van de professional worden vergroot, dit betekent minder indicaties en meer direct inzetbare en waar mogelijk kortdurende zorg. Kenmerken aan deze generalistische professional is dat het een eigenzinnige en gedreven professional moet zijn met een onorthodoxe werkwijze die de verantwoordelijkheidsladder van de WMO als leidraad neemt. Zo dicht mogelijk bij de cliënt ondersteuning en versterking aanbieden.

6.2 Discussie.

Een praktijkonderzoek op exact dezelfde wijze herhalen zal niet leiden tot exact dezelfde resultaten omdat de omstandigheden in de praktijk continu aan verandering onderhevig zijn. Daarom is het belangrijk om te verantwoorden hoe dit praktijkonderzoek tot stand is gekomen. *'Betrouwbaarheid en validiteit hebben allebei te maken met het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en de handelwijze van de onderzoeker, aldus'* Migchelbrink (2009).

Dit onderzoek begon met een vaag idee over de mogelijke rol van de huishoudelijk verzorgende als begeleider van zelfstandig wonende ouderen. Een kort oriënterend onderzoek waarbij er gekeken is naar actuele zaken en ontwikkelingen in de maatschappij hebben geleid tot het onderzoeksontwerp (bijlage 7). Tijdens het oriënterende onderzoek is er gekeken naar zaken als de ophanden zijnde decentralisatie van de begeleidingsfunctie, bezuinigingen op de huishoudelijke verzorging, de extramuralisering van de ouderenzorg, de oplopende vergrijzing en de nationale en internationale aandacht voor kwetsbare ouderen. Wat verandert er allemaal voor ouderen en wat voor gevolgen hebben deze veranderingen voor ouderen? De vraag die naar voren kwam tijdens deze oriënterende fase was of en hoe de huishoudelijk verzorgende in kan spelen op deze veranderingen? Voor Stichting Eykenburg is het van belang te weten hoe zij zich voor kunnen bereiden op deze veranderingen en wat zij daarvoor nodig hebben. Deze oriënterende fase resulteerde in de formulering van de probleemstelling met daarin de hoofdvraag en een viertal deelvragen, een voorlopige literatuurlijst (bijlage 6) en onderzoeksontwerp en planning (bijlage 7).

De eerste stap in dit onderzoek was het uitvoeren van een literatuuronderzoek. Aan de hand van het literatuuronderzoek zijn de interviewvragen geformuleerd. De interviews hadden tot doel om de opgedane kennis van de literatuur te toetsen aan de praktijk door deze voor te leggen aan verschillende sleutelfiguren. Helaas konden of wilden niet alle relevante partijen mee werken aan een interview waardoor er meer gebruik gemaakt moest worden van informatie uit beleidsnota's, websites en artikelen om zo de praktijk en de theorie aan elkaar te toetsen. Naar aanleiding van de literatuurstudie en de interviews is de verkregen informatie geanalyseerd en verwerkt in dit rapport. Tot slot zijn de conclusies, discussie en aanbevelingen van dit rapport geschreven op basis van de analyse.

Door nauwkeurig te werken is er voor gezorgd dat dit rapport betrouwbaar en valide is. De gebruikte literatuur is terug te vinden in de literatuurlijst, verder zijn er uitgebreide samenvattingen van gemaakt. De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur en volledig en direct uitgeschreven na het interview eer deze geanalyseerd werden. De geraadpleegde website staan allemaal vermeld inclusief de data van raadpleging. De werkbegeleider bij dit onderzoek is de voormalig manager zorg en begeleiding van Stichting Eykenburg, hij heeft als expert met een kritische blik het hele onderzoeksproces van het begin af aan gevolgd en regelmatig van feedback voorzien. Om de validiteit en de betrouwbaarheid nog extra te vergroten is er gebruik gemaakt van het principe van triangulatie. Dit is gedaan door bewust gebruik te maken van een combinatie van verschillende databronnen, de uit de literatuur verkregen kennis is vergeleken met informatie van websites, beleidsnota's en artikelen, deze staan allemaal vermeld in de literatuurlijst en lijst met websites. Daarnaast is de verkregen

informatie voorgelegd aan een zestal sleutelfiguren en zijn de actuele ontwikkelingen in de maatschappij en in de politiek meegenomen in dit onderzoek.

Vervolgonderzoek.

Met dit onderzoek is aangetoond dat het mogelijk is om de huishoudelijk verzorgende ook als ondersteunend begeleider in te zetten. In het verleden behoorde begeleiding ook al bij het takenpakket van de huishoudelijk verzorgende. In de huidige situatie is de gemeente Den Haag verantwoordelijk voor de huishoudelijke verzorging en in de toekomst ook van de ondersteunende begeleiding. Dit vormt een uitgelezen mogelijkheid voor Stichting Eykenburg en de gemeente Den Haag om samen te werken aan de rol van de *'nieuwe huishoudelijk ondersteuner'*. Om dit concreet uit te voeren zouden Stichting Eykenburg en de gemeente Den Haag gezamenlijk een ontwikkelonderzoek uit moeten voeren. Door een nauwe samenwerking tussen deze twee partijen kan er een concrete nieuwe functieomschrijving ontworpen worden, met bijpassende opleidingseisen en competenties, zodat de nieuwe rol van huishoudelijk ondersteuner voor iedereen duidelijk wordt. Door middel van een kleinschalig pilotproject kan deze nieuwe vorm van ondersteuning uitgetoetst worden en door middel van onderzoek kan nagegaan worden of het gemaakte plan uitvoerbaar is en werkt. Na de proefperiode kan deze nieuwe vorm van huishoudelijke ondersteuning in de gehele gemeente Den Haag geïmplementeerd worden. Of deze hulp effectief is en hoe het invoeringsproces verlopen is moet onderzocht worden met een evaluatieonderzoek.

6.3 Aanbevelingen.

Naar aanleiding van de conclusies van dit onderzoek worden er een aantal aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn verdeeld over een aantal categorieën, namelijk aanbevelingen over ouderen, het hulpaanbod, de huishoudelijk ondersteuner en de professional. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met concrete en vernieuwende toepassingen voor de praktijk van Stichting Eykenburg van zorg- en dienstverlening aan zelfstandig wonende ouderen.

Ouderen;

- ✓ Het is tijd voor een positieve beeldvorming over ouderen en ouder worden. Ouderen hebben bij bepaalde zaken zeker hulp en ondersteuning nodig, maar tegelijkertijd bezitten zij een levenswijsheid en flexibiliteit om met de veranderingen en uitdagingen van het leven om te gaan. Het is tijd dat ouderen waardering en erkenning krijgen voor hun zelfstandigheid, veel ouderen zijn al op vergevorderde leeftijd eer zij een beroep doen op thuiszorg. Biedt de ouderen de ondersteuning om die zelfstandigheid zo lang mogelijk vol te houden. Laat dat het uitgangspunt zijn voor alle zorg!
- ✓ Kwetsbaarheid is een proces, de aanpak moet niet gericht zijn op ziekte en vandaaruit zoeken naar genezing. De aanpak moet gericht zijn op gezondheid, waarbij er gericht actie moet worden ondernomen op het gebied van preventie en het versterken van de draagkracht.
- ✓ De cliënt en zijn omgeving moeten centraal staan, de hulp- en dienstverlening moeten de cliënt en zijn omgeving ondersteunen. Dit vraagt om een mentaliteitsverandering van *'zorgen voor naar zorgen dat'*, deze verandering moet allereerst binnen de organisatie plaats vinden.
- ✓ Gevoelens van eenzaamheid zijn menselijk en niet te voorkomen, wel moet er preventief gewerkt worden om *'alleen zijn'* en een sociaal isolement te voorkomen.

Het hulpaanbod:

- ✓ Het hulpaanbod moet zich richten op de ondersteuningsbehoefte van ouderen, door outreachend te werken, het probleem en de behoefte te analyseren en het aanbod af te stemmen op de mogelijkheden en beperkingen van de ouderen. Waarbij een integrale aanpak en substitutie voorop staan. Dit kan het beste wijkgericht en outreachend worden uitgevoerd.
- ✓ De inzet van ondersteuning moet individueel afgestemd worden op de draagkracht van de cliënt en zijn omgeving, de ernst en duur van het probleem. Om zo effectiever en efficiëntere hulp te bieden die de kwaliteit van leven kan behouden of vergroten.
- ✓ Alle cliënten van de hulp bij huishouden moeten opnieuw worden geïndiceerd, door middel van huisbezoeken een reële inschatting maken van de individuele behoefte en daar het aanbod op afstemmen. Niet alle cliënten een vast percentage korten op hulp, maar gericht kijken waar en hoe er gekort kan worden, maatwerk leveren.
- ✓ Begeleiding heeft de beste resultaten als deze in de eigen omgeving wordt aangeboden, een schoon huis vormt de basis om zelfstandig te functioneren en te participeren.

Huishoudelijk ondersteuner:

- ✓ Hulp bij huishouden herbenoemen tot huishoudelijk ondersteuner, met daarbij een duidelijke taakomschrijving, opleidingseisen en herwaardering van het vak door burgers en hulpverleners.
- ✓ De huishoudelijk ondersteuner moet deel uitmaken van een integraal team met een professional aan de basis, deze kan intervisie en individuele ondersteuning aanbieden door middel van kennisoverdracht en informatievoorziening.

De Professional:

- ✓ De professional moet als '*generalist*' of '*spin in het web*' herkenbaar in de wijk aanwezig zijn en outreachend werken.
- ✓ De professional moet de rol van '*generalist*' opeisen en werken aan professionalisering. Dat betekent minder indiceren en meer maatwerk leveren met behulp van directe ondersteuning of inzet van een specialist.

Stichting Eykenburg.

Voor Stichting Eykenburg hebben deze aanbevelingen een aantal concrete gevolgen die de huidige praktijk op een aantal punten zal vernieuwen. Binnen het huidige systeem van huishoudelijke verzorging voldoet Stichting Eykenburg aan de eisen die gesteld worden, maar om in toekomst aan te kunnen sluiten aan de behoefte van de zelfstandig wonende ouderen en de eisen van de gemeente moeten er een aantal zaken veranderen. Namelijk;

Stichting Eykenburg moet investeren in een mentaliteitsverandering. Deze mentaliteitsverandering is nodig omdat ouderen gezien moeten worden vanuit hun kracht, deze moet versterkt of behouden worden. Het feit dat de ouderen nog zelfstandig wonen wijst op een bepaalde kracht die zij bezitten, de huishoudelijk verzorgende moet '*zorgen dat*' deze kracht wordt behouden of versterkt. Om de mentaliteitsverandering van '*zorgen voor naar zorgen dat*' te doen slagen moet de huishoudelijk verzorgende over meer kennis beschikken. Met name kennis over kwetsbaarheid en eenzaamheid. Kwetsbaarheid is een onomkeerbaar proces waarbij ondersteuning nodig is en er meestal geen sprake is van een genezing. Gevoelens van eenzaamheid heeft ieder mens weleens, ouderen lopen het risico om veel '*alleen te zijn*'. Daardoor kan sociale isolatie ontstaan. De huishoudelijk verzorgende kan mensen stimuleren om sociaal actief te blijven zodat de sociale participatie wordt vergroot.

Verder moet Stichting Eykenburg investeren in een nieuwe manier van werken van de huishoudelijk verzorgende, namelijk outreachend werken. Deze moet proactief signaleren, zaken bespreekbaar maken, cliënten informeren over mogelijkheden van zorg- en dienstverlening en daarmee de verbindende schakel vormen.

Stichting Eykenburg en cliënten houden zich vast aan de door de gemeente gestelde indicatie. Deze indicatie biedt zekerheid voor beide partijen. Stichting Eykenburg moet pleitten voor een flexibeler inzet van hulp en ondersteuning toegespitst op de behoefte van de cliënt. De cliënt moet niet bang zijn om een indicatie te verliezen, maar zien dat dankzij de ondersteuning de zelfstandigheid is vergroot. Mocht de ondersteuningsbehoefte toe nemen dan moet deze snel en efficiënt beantwoord worden.

Om de functie van huishoudelijke verzorging te verstevigen moet Stichting Eykenburg deze functie herbenoemen tot huishoudelijk ondersteuner. De huishoudelijk ondersteuner biedt geen hulp, wat '*helpen of zorgen voor*' betekent. Maar ondersteuning, wat '*zorgen dat*' betekent. Een vak dat naast schoonmaken ook begeleiding, signalering, informatie verstrekking en preventie biedt. Daarnaast moeten er integrale teams gevormd worden waarin alle hulpverleners gelijkwaardig zijn. De huishoudelijk ondersteuner moet worden geleerd om met andere hulpverleners te communiceren en alle hulpverleners moeten leren werken vanuit de kracht van samenwerking. De professional kan aan de basis staan van dit proces, door het team huishoudelijk ondersteuning te begeleiden en te trainen. Dit kan op individueel niveau en op groepsniveau door middel van intervisie. Daarnaast moet Stichting Eykenburg de professional ondersteunen door een sterkere rol op te eisen voor de professional, met ruimte voor indicatiestelling en gerichte interventie gebaseerd op de individuele behoefte van de cliënt.

In bijlage 8 staat een stappenplan uitgewerkt hoe deze nieuwe aanpak kan worden uitgevoerd. Dit vraagt om een ontwikkelonderzoek met een pilotproject om tot een concreet plan van aanpak te komen wat voldoet aan de wensen van de cliënt en de eisen van de gemeente.

Begrippenlijst.

Allochtonen	; personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). Ook wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. (cbs.nl)
Begeleidingsfunctie	; somatische , psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van; - de sociale redzaamheid, - het bewegen en verplaatsen, - het psychisch functioneren, - het geheugen en de oriëntatie, of - die matig of zwaar probleemgedrag vertonen. De activiteiten, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. (Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009, 2009)
Beperking	; beperkingen, moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten. (Van Campen & Ross, 2011)
Beroepsbeoefenaar	; Mensen die een vakopleiding afgerond hebben en daarmee instaat zijn om de theorie in de praktijk toe te passen, bijv. verpleegkundige, huishoudelijk verzorgende.
Chronisch	; langdurig of voortdurend.
Comorbiditeit	; is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt. (Rigter, 2008)
Decentralisatie	; Taken die van de landelijke overheid overgeheveld worden naar lokale overheden.
Deprofessionalisering	; Machtsbeperking van de handelingsruimte van de professional van binnenuit door bijvoorbeeld protocollering en controle of van buitenaf door bijvoorbeeld nieuwe wetten of regels. (Van Dartel & Jeurissen, 2008)
Discours	; een typische 'samenhang' van theorieën (wetenschappelijk, beleidsnota's) enerzijds en 'praktijken' (organisaties, instellingen, leefwerelden) anderzijds.
Discretionaire ruimte	; De handelingsruimte van de professional.
Extramurale zorg	; Extramuraal betekent letterlijk 'buiten de muren', oftewel zorg geleverd aan mensen die niet binnen de muren van een zorginstelling verblijven maar in hun eigen huis.
Intervisie	; Leren van praktijksituaties door met anderen daarover te reflecteren, met als doel beter te functioneren en leren reflecteren op het eigen handelen.
Intramurale zorg	; Gezondheidszorg in instellingen voor dag- en nachtverpleging.
Keukentafelgesprek	; De WMO-consulent gaat bij de burger op bezoek om samen te bepalen wat de beperking is en hoe deze kan worden gecompenseerd.
Knip	; er wordt over een knip gesproken in het zorgpakket van persoonlijke verzorging, verpleging en huishoudelijke verzorging wat gefinancierd wordt uit twee verschillende bronnen. De zogenoemde 'knip' zit tussen de financiering van de huishoudelijke zorg uit de WMO en de andere twee uit de AWBZ.

Kwetsbaarheid	; Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). (Van Campen & Ross, 2011)
Multimorbiditeit	; Zie comorbiditeit.
Outreachend werken	; Er op af, de professional neemt zelf het initiatief tot contact opnemen met een cliënt.
Participatiewet	; de WMO is een wet gericht op participatie, het doel is dat iedereen mee kan doen.
Professional	; de professional is een persoon met een opleiding op HBO niveau, SPH/MWD. Een professional is in staat om de geleerde theorie toe te passen, maar ook om de theorie om te vormen en mee te produceren. Een professional blijft zich continu ontwikkelen en stelt daarbij steeds drie vragen, namelijk; 1. <i>Is mijn handelen ethisch verantwoord? (Normatief).</i> 2. <i>Is mijn handelen effectief en efficiënt? (Technisch-Instrumenteel).</i> 3. <i>Is mijn handelen echt, waarachtig? (Persoonlijk).</i> (Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker, 2011)
Professional	; Het vermogen om voorbij het toepassen van standaardoplossingen op standaardproblemen adequaat te reageren op het unieke in een bepaalde situatie en daarbij altijd te streven naar excellentie in een particuliere context.
Psychogeriatrisch	; Psychogeriatric, ook wel dementie genoemd, is een ziektebeeld dat zich kenmerkt door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren.
Sociale netwerk	; mensen die om je heen staan en het gevoel geven er <i>'bij te horen'</i> (Scheffers, 2010)
Somatisch	; lichamelijke klachten en kwalen.
Substitutie	; geheel of gedeeltelijk vervangen van bestaand zorgaanbod door andersoortige zorg om te komen tot zorg op maat afgestemd op de hulpvrager, en mogelijk kostenbesparing.
Thuiszorg	; Werksoort die als doel heeft om cliënten zodanig te begeleiden in hun thuissituatie dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is. (www.cbs.nl)
Vaardigheden	; intellectuele en fysieke handelingen (en reacties) die een persoon op deskundige wijze uitvoert om een doel te bereiken; niet alleen praktische, maar ook cognitieve, psychomotorische, interactieve en reactieve vaardigheden.
Verantwoordelijkheidsladder	; De WMO hanteert deze term, waarmee bedoeld wordt dat er eerst gekeken wordt wat de burger zelf kan, zijn sociale netwerk, vrijwilligers e.d., daarna wat collectieve voorzieningen kunnen bieden en tenslotte wat individuele hulpverlening voor ondersteuning kan bieden. (Hoenderkamp, 2011)
Vermaatschappelijking	; Zorgbehoevende mensen die in het verleden in een intramurale instelling woonden, wonen nu zelfstandig en ontvangen zorg thuis.
Zelfoplossend vermogen	; Het vermogen van een cliënt of de burger om zelf problemen op te kunnen lossen.

Gebruikte afkortingen.

AMW	: Algemeen Maatschappelijk Werk.
ANBO	: Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen.
AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
BIG (de wet)	: De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
CBS	: Centraal Bureau voor de Statistiek.
CIPO	: Centraal Informatie Punt Ouderen.
CIZ	: Centrum Indicatiestelling Zorg.
EHV	: Extramurale Huishoudelijke Verzorging.
GGZ	: Geestelijke GezondheidsZorg.
G4	: Organisatie van de vier grote gemeenten in Nederland, te weten Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.
G32	: De organisatie voor grote en middelgrote gemeenten in Nederland, bestaande uit 34 gemeenten.
HBO	: Hoger Beroeps Onderwijs.
HH	: Hulp bij Huishouden.
HV	: Huishoudelijke Verzorging.
MWD	: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.
MEE	: Organisatie die mensen ondersteunt met een beperking.
PCMD	: Programmeringscollege Onderzoek Maatschappelijke Dienstverlening.
SCP	: Sociaal Cultureel Planbureau.
SPH	: Sociaal Pedagogische Hulpverlening.
VNG	: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
V&VN	: Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.
VWS	: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
WMO	: Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
4-P Problematiek:	psychosociale, psychogeriatrische, psychiatrische en pedagogische problematiek.

Literatuurlijst.

ABVAKABO FNV. (2010). ABVAKABO FNV komt met herstelplan huishoudelijke verzorging. *Zorg en Financiering*, 67-68.

Aleman, A. (2013). *Het seniorenbrein*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas contact.

Baarda, D. D.-M. (2007). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. Groningen: Noordhoff uitgevers.

Baars, J. (2012). *Het nieuwe ouder worden*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D., Hummel, S., Karunananthan, S., et al. (2007). Engels (VS) Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62 (7), 731-737.

Brown, S., & Gobbens, R. (2010). Ouderenzorg. In S. Brown, & R. Gobbens, *Ouderenzorg*. Amsterdam: Pearson education Benelux.

CIZ. (2005). *Van indicatiestelling voor huishoudelijke verzorging naar hulp bij huishouden*. Driebergen: CIZ.

CIZ. (2011). *Wie is de cliënt? Begeleiding individueel en begeleiding groep van AWBZ naar WMO*. Driebergen: CIZ.

Deelstra, W. (2008). *Huishoudelijke verzorging en de WMO*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dekker, F., Stavenuiter, M., & Tierolf, B. (2012). *Kwetsbare ouderen in tel. De balans tussen lokale zorgvraag en lokale ondersteuning*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.

Feijen, E., & Trietsch, P. (2010). *Snel afstuderen. Stap voor stap naar een geslaagde scriptie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Fried, L. (2001). Engels (VS) Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of gerontology: Series A*, 146-157.

Gemeente Den Haag (1). (2011). *Oud is in! Ouderenbeleid 2012-2014*. Den Haag: Gemeente Den Haag.

Gemeente Den Haag (2). (2011). *Zorg voor Elkaar!* Den Haag: Gemeente Den Haag.

Gemeente Den Haag. (2011). *Oud is in! Ouderenbeleid 2012-2014*. Den Haag: Gemeente Den Haag.

Gemeente Schiedam. (2012). *Visienota Schiedams maatwerk in het sociale domein*. Schiedam: Gemeente Schiedam.

Gobbens, R., van Assen, M., Luijkx, K., Wijnen-Sponselee, M., & Schols, J. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of American Medical Director Association* (11), 344-355.

Goewie, R., s'Jacob, R., & Van Overbeek, R. (1980). Huishouden in Holland: ontwikkelingen in de huishoudelijke verzorging 1965-1980. In R. Goewie, R. s'Jacob, & R. van Overbeek, *Huishouden in Holland: ontwikkelingen in de huishoudelijke verzorging 1965-1980*. Den Haag: Nimawo.

Hoenderkamp, J. (2011). *Van zorg naar participatie. De overgang van de begeleiding naar de WMO*. Maastricht: VNG & G32.

Hoenderkamp, J., & Bos, Y. (2010). *Inventarisatie gemeentelijke inzet Pakketmaatregel*. Maastricht: PCKwadraat.

Jagt, N. (2011). *Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker*. Utrecht: NVMW.

Klein (1), K. (2012). *Hulp bij huishouden, bezuinigingen in beeld gebracht!* Den Haag: Gemeente Den Haag.

- Kort, H., & Bakker, E. (2004). Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg. In H. Kort, & E. Bakker, *Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg*. Utrecht: NIZW.
- Liefhebber, S., Mast, J., van de Haterd, J., Luijkx, J., van Dam, C., & Verhagen, R. (2007). *Beroepscompetentieprofiel helpende*. Utrecht: Movisie beroepsontwikkeling en Vilans.
- Maatwerk. (2012, juni). Maatwerk, vakblad voor Maatschappelijk Werkers.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Rigter, J. (2008). *Het palet van de psychologie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rijksoverheid. (2009). *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Scheffers, M. (2010). *STERK met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Schellingerhout, R. (2004). *Gezondheid en Welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: SCP.
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A., & Zuithof, M. (2012). *De Generalist. De sociale professional aan de basis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schutte, S., & Van Limpt, W. (2012). *Van Zorgverlener naar ondersteuner. Op jou komt het aan!* Denekamp: Transfer opleidingen.
- Sijtema, d. T. (2008). Wegwijzer Wmo. In d. T. Sijtema, *Wegwijzer Wmo*. Deventer: Wolters Kluwer business.
- Spierenburg, M. (2012). De Nieuwe Zorgmedewerker. *Zorg en Welzijn* (11), 34-36.
- Stichting Eykenburg. (2012). *Functieomschrijving Huishoudelijke Verzorging*. Den Haag: Stichting Eykenburg.
- Stuurgroep Verantwoorde Zorg. (2009). *Het Kwaliteitsdocument voor verantwoorde hulp bij het huishouden*. Voorburg: Stuurgroep Verantwoorde Zorg.
- Tieleman, M. (2007). *Levensfasen. De psychologische ontwikkeling van de mens*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Van Campen, C., & Ross, J. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Van Dartel, H., & Jeurissen, R. (2008). *Professionaliteit als normatief organisatiekenmerk*. Amsterdam: SWP Publishers.
- Van de Beek, B., & Schaub-de jong, M. (2009). *Intervisie leren*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Van der Linde, L. (2008). *Basisboek geschiedenis sociaal werk in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Van der Neut, S. (2011). *Ouderenmonitor 2011*. Den Haag: Gemeente Den Haag.
- Verhagen, S. (2008). Thuiszorg in de Wmo; wat is er nu werkelijk aan de hand? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 116-117.
- VNG (2). (2013, Februari 21). Input voor Bestuurlijk Overleg over decentralisatie AWBZ. Den Haag.
- VNG en Zorgverzekeraars Nederland. (2011). *Samenwerken aan decentralisatie van begeleiding*. Den Haag/ Zeist: VNG en Zorgverzekeraars Nederland.
- Willemse, J. (2006). *Anders kijken. Een breder zicht op menselijk gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Websites.

ABVAKABOFNV. (2012). Opgeroepen op Maart 19, 2013, van ABVAKABO FNV:
<http://www.abvakabofnv.nl/nieuws/archief/390461/470558/thuiszorg-is-zorg-geen-schoonmaak>

Gemeente Den Haag. (2012). Opgeroepen op Maart 18, 2013, van denhaag.nl:
<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/zorg-en-welzijn/to/Hulp-bij-uw-huishouden.htm>

Gemeente Schiedam. (2012). Opgeroepen op Maart 30, 2013, van
<http://www.schiedam.nl/Def/nieuws/Het-Wijkondersteuningsteam-Nieuwland-helpt-elkaar-te-helpen!.html>

Klein (2), K. (2012). Opgeroepen op Maart 21, 2013, van denhaag.nl:
<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Tot-19-koopkrachtverlies-door-bezuinigingen-huishoudelijke-hulp-1.htm>

Klein, K. (2013). Opgeroepen op Maart 21, 2013, van denhaag.nl:
<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Aanbesteding-huishoudelijke-hulp-succesvol-verlopen.htm>

Klein, K., Visscher, J., & Noom, C. (2012). Opgeroepen op Maart 30, 2013, van
<http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Tot-19-koopkrachtverlies-door-bezuinigingen-huishoudelijke-hulp-1.htm>

Movisie. (2012). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Opgeroepen op Maart 28, 2013, van
http://www.prestatieveld4.nl/140139/def/home/welzijn_nieuwe_stijl/artikelen/de_schatten_van_welzijn_nieuwe_stijl/

Spierenburg, M. (2012, December 19). *Vilans*. Opgeroepen op Maart 17, 2013, van
<http://www.vilans.nl/Pub/Home/Home-Weblog/Het-nieuwe-werken-in-de-zorg.html>

Stichting Eykenburg. (2013). Opgeroepen op April 10, 2013, van http://eykenburg.nl/over_ons

VNG (1). (2013). Opgeroepen op Maart 28, 2013, van
<http://www.vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/van-awbz-naar-wmo/vraag-en-antwoord/wat-is-de-ingangsdatum-van-de-decentralisatie-van-awbz-taken>

Bijlage 1. Functieomschrijving Huishoudelijk Verzorgende.

Hieronder volgt een functieomschrijving voor de functie van Huishoudelijk Verzorgende, zoals gebruikt door Stichting Eykenburg (Stichting Eykenburg, 2012).

- 1. Handelend optreden in beroepssituaties (interactie):**
 - a. Gesprekken voeren/ onderhouden met de cliënt.
 - b. Een samenwerkingsrelatie kunnen aangaan met de cliënt en zijn naasten.
 - c. De relatie met de zorgvrager functioneel houden.
 - d. Knelpunten signaleren en rapporteren.
 - e. Handelen in noodsituaties.
- 2. Methodisch werken:**
 - a. Werkplanning maken, uitvoeren, bijstellen.
 - b. Werken volgens de regels.
 - c. Rekening houden met de mogelijkheden van de zorgvrager en zijn/haar naasten.
 - d. Niet taakgericht maar doelgericht werken.
(zelfredzaamheid van de cliënt stimuleren)
- 3. Zorg voor de huishouding:**
 - a. Op orde houden van de woonomgeving van de cliënt.
 - b. Zorgen voor sfeervolle omgeving.
 - c. Toepassen van voorschriften.
 - d. Het geheel of gedeeltelijk overnemen van de huishoudelijke taken.
- 4. Basic Life Support:**
 - a. Basic Life Support (reanimatie).
 - b. AED gebruik. (automatische externe defibrillator)
- 5. Ziekte en gezondheid:**
 - a. Basiskennis voorkomende (ouderdoms) ziekten.

Bijlage 2. Tilburg Frailty Indicator.

(Gobbens, van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010)

Onderdeel A Determinanten van fragiliteit

- | | | |
|--|--|---------|
| 1. Wat is uw geslacht? | 0 man | 0 vrouw |
| 2. Wat is uw leeftijd? |jaar | |
| 3. Wat is uw burgerlijke staat? | 0 gehuwd of samenwonend
0 ongehuwd
0 gescheiden
0 weduwnaar/weduwe | |
| 4. Wat is uw geboorteland? | 0 Nederland
0 Nederlands Indië
0 Suriname
0 Nederlandse Antillen
0 Turkije
0 Marokko
0 Anders,
namelijk..... | |
| 5. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? | 0 geen of lager onderwijs
0 middelbaar onderwijs
0 hoger beroepsonderwijs of
universiteit | |
| 6. In welke categorie valt het netto maandinkomen van uw huishouden? | 0 €600,- of minder
0 €601,- tot en met €900,-
0 €901,- tot en met €1200,-
0 €1201,- tot en met €1500,-
0 €1501,- tot en met €1800,-
0 €1801,- tot en met €2100,-
0 €2101,- of meer | |
| 7. Hoe gezond vindt u alles bij elkaar uw manier van leven? | 0 gezond
0 niet gezond, niet ongezond
0 ongezond | |
| 8. Heeft u twee of meer ziekten en/of chronische aandoeningen? | 0 ja | 0 nee |
| 9. Heeft u het afgelopen jaar één of meerdere van de volgende gebeurtenissen meegemaakt? | | |
| - het overlijden van een dierbaar persoon | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van uzelf | 0 ja | 0 nee |
| - een ernstige ziekte van een dierbaar persoon | 0 ja | 0 nee |
| - een scheiding, verbreking duurzame, intieme relatie | 0 ja | 0 nee |
| - een verkeersongeval | 0 ja | 0 nee |
| - een misdrijf | 0 ja | 0 nee |
| 10. Bent u tevreden met uw woonomgeving? | 0 ja | 0 nee |

Onderdeel B Componenten van fragiliteit

B1 Lichamelijke componenten

- | | | |
|---|------|-------|
| 11. Voelt u zich lichamelijk gezond? | 0 ja | 0 nee |
| 12. Bent u de afgelopen periode veel afgevallen zonder dit zelf te willen?
(veel is: 6 kg of meer in de afgelopen 6 maanden of 3 kg of meer in de afgelopen maand) | 0 ja | 0 nee |
| Heeft u problemen in het dagelijks leven door | | |
| 13.slecht lopen? | 0 ja | 0 nee |
| 14.het slecht kunnen bewaren van uw evenwicht? | 0 ja | 0 nee |
| 15.slecht horen? | 0 ja | 0 nee |
| 16.slecht zien? | 0 ja | 0 nee |
| 17.weinig kracht in uw handen? | 0 ja | 0 nee |
| 18.lichamelijke moeheid? | 0 ja | 0 nee |

B2 Psychische componenten

- | | | | |
|---|------|--------|-------|
| 19. Heeft u klachten over uw geheugen? | 0 ja | 0 soms | 0 nee |
| 20. Heeft u zich de afgelopen maand somber gevoeld? | 0 ja | 0 soms | 0 nee |
| 21. Heeft u zich de afgelopen maand nerveus of angstig gevoeld? | 0 ja | 0 soms | 0 nee |
| 22. Kunt u goed omgaan met problemen? | 0 ja | | 0 nee |

B3 Sociale componenten

- | | | | |
|---|------|--------|-------|
| 23. Woont u alleen? | 0 ja | | 0 nee |
| 24. Mist u wel eens mensen om u heen? | 0 ja | 0 soms | 0 nee |
| 25. Ontvangt u voldoende steun van andere mensen? | 0 ja | | 0 nee |

Scoring onderdeel B: range van 0 tot 15

- | | |
|------------------|----------------------|
| Vraag 11: | ja = 0, nee = 1 |
| Vraag 12: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 13 t/m 18: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 19: | nee/soms = 0, ja = 1 |
| Vraag 20 en 21: | nee = 0, ja/soms = 1 |
| Vraag 22: | ja = 0, nee = 1 |
| Vraag 23: | nee = 0, ja = 1 |
| Vraag 24: | nee = 0, ja/soms = 1 |
| Vraag 25: | ja = 0, nee = 1 |

Afkappunt: 5 (bij ≥ 5 is iemand fragiel)

Bijlage 3. Samenvatting decentralisatie gevolgen.

Samenvatting effecten optelling van kabinetsmaatregelen decentralisatie AWBZ en WMO. (Klein (2), 2012)

Inleiding

De gemeente Den Haag bereidt zich voor op de overheveling van de AWBZ-functies begeleiding en persoonlijke verzorging naar de WMO. Van de overheveling van de functie begeleiding was onder het vorige kabinet al sprake, net als het afschaffen van de zorgzwaartepakketten 1 tot en met 3 in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Het nieuwe kabinet zet aanvullende maatregelen bovenop, zoals de bezuiniging op het budget van de hulp bij het huishouden met 75% (voor een opsomming van de verschillende maatregelen zie einde samenvatting).

Gevolgen voor inwoners van de gemeente Den Haag

Een grote groep kwetsbare inwoners van de gemeente Den Haag wordt in de periode 2014-2016 geconfronteerd met veranderingen als gevolg van de overheveling van AWBZ-functies naar de Wmo of de afschaffing van de diverse zorgzwaartepakketten. Op basis van diverse bronnen blijkt dat circa

20.000 Hagenaars met ondersteuning te maken krijgen met veranderingen. In onderstaand figuur zijn de stapelingseffecten van de verschillende maatregelen voor de Haagse burgers weergegeven. Hierin zijn nieuwe gevallen en de ZGP-maatregelen buiten beschouwing gelaten.

Uit het figuur blijkt dat tweederde van de mensen die geïndiceerd zijn voor hulp bij het huishouden gebruik maakt van meer dan 1 voorziening.

In de volgende tabel wordt specifiek voor de hulp bij het huishouden weergegeven in hoeverre er sprake is van een stapeling van maatregelen. Zo blijkt 20% van de Haagse burgers met een indicatie voor hulp bij het huishouden ook te maken te krijgen met de maatregelen op de begeleiding, de persoonlijke verzorging en de verpleging.

Maatregelen	
Hulp bij het huishouden	33%
Hulp bij het huishouden & Begeleiding	7%
Hulp bij het huishouden & Persoonlijke Verzorging & Verpleging	39%
Hulp bij het huishouden & Begeleiding & Persoonlijke Verzorging & Verpleging	20%

Maatregelen (chronologisch) 2013-2016

- Afschaffing zorgzwaartepakketten 1 en 2 (sectoren V&V,GZ,GGZ) in 2013
- Afschaffing van de groepsbegeleiding (dagbesteding) in 2014
- Afschaffing van de kortdurende (<6 maanden) persoonlijke verzorging in 2014
- Beperking budget voor huishoudelijke hulp in de Wmo met 75% vanaf 2014
- Afschaffing zorgzwaartepakket ZGP3 V&V in 2014
- Overheveling verpleging naar Zorgverzekeringswet in 2015 met 5% korting
- Overdracht persoonlijke verzorging naar de gemeente in 2015 met 25% korting
- Overdracht begeleiding naar de gemeente in 2015 met 25% korting
- Afschaffen zorgzwaartepakketten ZGP3 VG en GGZ in 2015
- Afschaffen zorgzwaartepakketten ZGP4 V&V en GZ in 2016

Bijlage 4. Beroepscompetentieprofiel helpende.

(Liefhebber, Mast, van de Haterd, Luijkx, van Dam, & Verhagen, 2007)

Competenties.

Vraaggericht werken;

1. Werkt vraaggericht
2. Signaleert veranderingen in de situatie van de zorgvrager en mantelzorger

Verzorgen en ondersteunen;

3. Ondersteunt bij ADL
4. Ondersteunt bij eenvoudige problemen
5. Ondersteunt bij wonen en een huishouden voeren
6. Ondersteunt bij recreatieve en dagelijkse activiteiten
7. Activeert tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen
8. Geeft de zorgvrager tips en adviezen over ADL en huishouden

Communicatie;

9. Bouwt een relatie op met de zorgvrager en mantelzorg

Systematisch en resultaatgericht werken;

10. Werkt systematisch en resultaatgericht
11. Werkt vakbekwaam
12. Handelt op adequate wijze bij onvoorziene situaties en calamiteiten

Omgaan met grenzen;

13. Bewaakt grenzen en gaat beheerst om met spanningen

Professioneel werken;

14. Werkt samen
15. Blijft leren
16. Werkt op adequate wijze in de thuissituatie

Bijlage 5. Analyse interviews.

Vraagstellingen half gestructureerd half open Interviewvragen.

1. Wat verstaat u onder de term 'Kwetsbare ouderen'?
2. Wat hebben zij nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren?
3. Welke rol kan de Huishoudelijk verzorgende hierbij vervullen?
Alleen schoonmaak of ook zorg/welzijn?
4. Sinds de invoer van de WMO meer HV-1 dan HV-2! Daardoor lager geschoold personeel ingezet, wat voor gevolgen heeft dit voor de cliënt en de zorgverlening?
5. Wat is dan (nog) de meerwaarde van de Huishoudelijke Verzorging? Kan deze dan nog een bijdrage tot betere integrale zorg leveren?
6. Wat verstaat u onder de functie begeleiding (nu AWBZ)? Is dit een zelfstandige functie of juist deel van een/iedere functie?
7. Kan de Huishoudelijke verzorging dit ook (deels) uitvoeren?
8. Welke rol kan de professional (AMW, ouderenconsulent) hierin vervullen?
9. Wat voor organisaties/ projecten werken al met breder inzetbare huishoudelijk verzorgende? Of deel uitmakend van integrale teams/aanpak?

De hierboven vermelde vragen heb ik gebruikt voor het half gestructureerde interview. Deze vragen waren leidend voor het interview, het interview vond plaats in de vorm van een gesprek waarbij alle vragen expliciet of minder expliciet ter sprake kwamen. Naar aanleiding van de vragen heb ik het hieronder vermelde beoordelingsschema gebruikt en de negen vragen omgezet naar een stelling en gecontroleerd in hoeverre de geïnterviewden het eens waren met deze stelling (Baarda, 2007). De feitelijke beantwoording staat in de toelichting. Dat heb ik weer gebruikt in de hoofdstukken 'in de praktijk'.

Analyse. Interview Mw. L. Hagen.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Kwetsbaarheid Ja! Maar niet altijd te meten aan de hand van een standaard vragenlijst.

- is voor mij de zelfstandig wonende oudere waar het kantje boord is of ze dat nog redden. Ze willen wel, maar kan het nog wel, is het nog veilig genoeg? Zijn er genoeg mensen die het in de gaten houden, is er zorg genoeg?
- Geïsoleerd raken, kleiner wordend netwerk, geen kinderen,
- Financieel, een minimuminkomen, iets hoeft maar kapot te gaan en dan...
- Angst, bang zijn dat zaken niet meer kunnen vanwege financiën, lichamelijke problemen e.d.
- Iedereen van 85/90 jaar is per definitie kwetsbaar, zou op z'n minst eenmaal een bezoek van een ouderenconsulent moeten krijgen,

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Jongere oudere preventief, oudere ouderen ondersteuning,

- Relatief jonge ouderen zijn vaak preventief bezig, voorlichting als valpreventie kan al voldoende zijn,
- Oudere ouderen mankeren vaak al wat als zij contact zoeken, dan is er vaak sprake van concrete ondersteuning, aanvragen voorzieningen, schulden, omgaan met verlies e.d. overnemen van het huishouden,
- Huisbezoeken is de enige manier om de vraag achter de vraag te achterhalen, er is toch een vertrouwen nodig, dat gebeurt bij één op één contact,

3. De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

Het zou niet alleen schoonmaken moeten zijn,

- De huishoudelijke verzorging komt achter de voordeur,
- Signaleert problemen, maar weten zij wat en waar zij met deze signalen naar toe kunnen?
- Eigenlijk mag je van ongeschoold en onderbetaald personeel niet verwachten dat zij signaleren,
- Maar zij komen achter de voordeur en zien dingen, daar moeten ze toch iets mee,
- Een vaste huishoudelijke hulp kent de klant, bouwt een vertrouwensrelatie op, weet wat er gedaan moet worden, heeft de tijd en ruimte om te signaleren en zaken bespreekbaar te maken,
- Daarvoor is wel geschoold personeel nodig, met een duidelijke takenpakket, en er moeten grenzen duidelijk gesteld worden,

4. Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

Het heeft zeker gevolgen voor de cliënt,

- Van ongeschoold personeel mag je geen signalering verwachten,
- Dan mogen cliënten dus ook niet meer verwachten dan schoonmaken,
- Dat betekent dat alle andere ondersteuning ergens anders vandaan moet komen,

5. <i>De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Zij komen achter de voordeur, • Vaak één van de eerste hulpverleners die de oudere ziet, • Kan daardoor andere problemen signaleren, • Samenwerking is daarom nodig, zodat de huishoudelijk verzorgende weet waar hij met z'n signalen terecht kan, • Alle vormen van ouderenzorg zouden uit moeten gaan van de 'kwaliteit van leven', wat bepaalt voor iemand de kwaliteit van leven, • Als iemand niet zelf z'n bed hoeft te verschonen of te zuigen, dan heeft zo iemand energie over om naar buiten te gaan, naar de bingo een concert e.d. dat bepaalt veel meer de kwaliteit van leven, • Huishouden bij houden moet gebeuren, maar het doen van het huishouden verhoogt niet noodzakelijkerwijs de kwaliteit van leven, • Een vervuild huis verlaagt wel de kwaliteit van leven,						

6. <i>Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Maakt deel uit van iedere functie, • Alle hulpverleners die bij de cliënten thuis komen hebben een signalerende functie, • Kunnen ondersteuning aanbieden, • Moet wel passen bij de functie, schoenmaker moet bij z'n leest blijven, daarvoor moeten er duidelijke begeleidingstaken afgesproken worden voor de huishoudelijk verzorgende, zodat er ook reële verwachtingen kunnen worden gewekt,						

7. De huishoudelijk verzorgenden is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Ja dat kan, maar alleen als daar een opleiding voor wordt aangeboden,

- Dit kan heel praktijkgericht,
- Het beste via casuïstiek, eigen inbreng van de huishoudelijk verzorgende,
- Regelmatig d.m.v. intervisie leren van elkaars ervaringen,
- Het vraagt wel om een mentaliteitsverandering, huishoudelijke hulp, de term spreekt al van helpen of overnemen,
- Dit moet ondersteunen worden, samen doen, beter huishoudelijke ondersteuning, dit creëert andere verwachtingen,
- Ondersteunen doe je samen, dan neem je niet over, maar empower je mensen,

8. De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

De professional kan een rol spelen,

- Door het organiseren van intervisie bijeenkomsten,
- Deze coördineren en inhoudelijk ondersteunen,
- Bij concrete situaties de huishoudelijk verzorgende adviseren, samen zoeken naar oplossingen,
- De huishoudelijk verzorgende zou telefonisch om advies moet kunnen vragen bij een professional, of een afspraak plannen met de cliënt en de professional samen,
- De professional stelt doelen op en een stappenplan, de cliënt voert dit uit met ondersteuning van de huishoudelijk verzorgende of beter huishoudelijk ondersteuner,
- De professional kan daarnaast, informatie verstrekken over voorzieningen in de buurt, dit kan de huishoudelijk ondersteuner weer doorgeven aan de cliënt,

9. (zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!						
Geheel mee oneens	1	2	3 ***	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? De wijkgerichte aanpak is in Den Haag van start gegaan, • samenwerking tussen verschillende sociale partners, • geen actieve samenwerking met extramurale huishoudelijke verzorging, • wel met thuisverpleging van Florence zorg, • zou ook met de thuiszorg moeten, zij komen achter heel veel voordeuren, • vrijwilligers worden ingezet om bij ouderen een gesprek te voeren over kwetsbaarheid aan de hand van een standaard vragenlijst,						

Interview Mw. L. Hagen.

Ouderenconsulent bij VOOR Welzijn.

Wat versta jij onder kwetsbare ouderen?

Wij zijn bezig met signalerende huisbezoeken. Vrijwilligers gaan met vaste vragenformulieren bij ouderen op bezoek en aan de hand van de score van de formulieren wordt bepaald of iemand kwetsbaar is. Als iemand kwetsbaar is gaat de ouderenconsulent samen met de huisverpleegkundige op bezoek. De een vanuit een gezondheidsperspectief en ik (de ouderenconsulent) vanuit Welzijn. Ik ben niet erg te spreken is over de vragenlijst, zodra iemand 80 is en twee gezondheidsklachten heeft en er is iemand overleden, dan is hij al kwetsbaar. Dan ben je kwetsbaar, ik vind dat dat ook bij de leeftijd hoort. Mensen die niet als kwetsbaar worden beschouwd vind ik wel kwetsbaar. Een minimuminkomen, twee ziektes en niet meer buiten kan komen, dan is iemand kwetsbaar. Wat is kwetsbaar, kwetsbaar is voor mij de zelfstandig wonende oudere waar het kantje boord is of ze dat nog redden. Wel willen, maar kan het nog wel, is het nog veilig genoeg. Is er genoeg mensen die het in de gaten houden, is er zorg genoeg?

Wat voor problemen kom jij veel tegen bij deze doelgroep?

Geïsoleerd raken, geen kinderen zijn, sociaal netwerk is minimaal, op een bepaalde leeftijd zijn heel veel mensen dood. Familie, vrienden en kennissen. Financieel, met een minimuminkomen, er moet niet iets gek gebeuren, een wasmachine die kapot gaat wordt dan een probleem. Vroeger was er nog de bijzondere bijstand, er is altijd wel weer ergens iets los te krijgen, maar het is afschuwelijk voor die mensen. Zeker mensen die ieder dubbeltje moeten omdraaien, de oorlog hebben meegemaakt.

Speelt angst een grote rol?

Ja, hoe moet ik dat dan op gaan lossen. En al die eigen bijdragen van gezondheidskosten, alles kost gewoon geld. Als je een minimuminkomen hebt, dan zijn er ook wel weer voorzieningen. Daar moet je dan een klein beetje zelf bijdragen, maar het zijn allemaal tientjes bij elkaar. Die zorgen ervoor dat mensen bijna geen extra meer hebben. Alle comfort in het leven wordt weggehaald. Er is kwetsbaarheid in gezondheid, bewegen, naar buiten, sociale contacten, bepaalde leeftijd ben je per definitie kwetsbaar daarin. Eigenlijk alle mensen boven de 85/90 zijn per definitie kwetsbaar. Ik voel de behoefte om ze allemaal een keer op te zoeken of te bellen en te vragen of zij op de hoogte zijn van dit en dat. Zoals wat onze organisatie te bieden heeft. Vooral om mensen uit hun isolement te halen.

Zijn mensen op de hoogte van beschikbare voorzieningen?

Dat is onze taak, we hebben wel folders en advertentie, maar krijg toch heel veel vragen over bijvoorbeeld de wijkbus. Dat geeft de mensen meer bewegingsvrijheid, niet iedereen weet dat. Voorlichting is vooral gericht op de individu. Mensen maken een afspraak i.v.m. een vraag, ik ga op huisbezoek en zoek naar de vraag achter de vraag. Dan blijkt er vaak meer aan de hand, bijvoorbeeld schulden. Of ik stik nog in het verdriet omdat mijn man is overleden. Geen contact met kinderen. Het is een ui die je gaat afpellen, en dat kan alleen maar als je bij mensen thuis komt. Toch min of meer een beetje een vertrouwensband opbouwt. Natuurlijk kunnen we voorlichting geven over valpreventie, babbeltucs, doen we ook, maar om echt de vraag achter de vraag boven te krijgen moet je op huisbezoek. Echt één op één contact. Groepsvoorlichting is goed voor algemene onderwerpen, maar je blijft aan de buitenkant aftasten. Het is vaak een jongere groep, die preventief bezig is. Terwijl de mensen waar ik kom is meestal al wat aan de hand. De zelfstandig wonende ouderen zijn vaak heel daadkrachtig, hele sterke vrouwen. Soms ook mannen, zoals de 95-jarige die zelf via Albert.nl zijn dagelijkse boodschappen bestelt, de krant leest via z'n iPad.

Ouderen zijn de leukste doelgroep, ze kunnen heel inspirerend zijn, ze hebben een hele grote wilskracht en een flinke brok eigenwijsheid. Je moet het op je 'eigen wijze doen'.

Welke rol kan de huishoudelijke verzorging spelen bij deze doelgroep?

De huishoudelijke verzorging, zij komen er één of soms twee keer per week, zij zouden een signalerende functie moeten hebben. Dat hebben zij ook wel, ik heb het idee dat ze geen plek hebben waar ze dat kwijt zouden kunnen. Daar heb ik moeite mee, zij zijn degene die achter die deur komen. En zien dat iemand wat meer achteruit gaat. De huishoudelijk verzorgende zou beter geschoold

moeten worden en beter gewaardeerd, betaalt, moeten worden. Want ik vind niet dat je van ongeschoold personeel dat zo onderbetaalt wordt dat zij ook nog eens die verantwoordelijkheid, signalering, op zich krijgen. Ik weet dat er heel veel klachten waren over de huishouding, nu is dat volgens mij iets minder. Geen Nederlands spraken, continu met hun mobiel bezig zijn, eerst een half uur pauze nemen, veel wisselingen. Bij oudere kan je niet elke keer een andere hulpverlener te sturen. Zodat alles weer uitgelegd moet worden. De laatste tijd hoor ik wat minder klachten, vijf jaar geleden was dat een hot item.

Wordt schoonmaak dan minder belangrijk of een deel van de taken?

Bij een vaste hulp wordt de schoonmaak toch wel gedaan, die weet de weg en de wensen van de cliënt. Heeft daardoor de tijd en de ruimte om ook te signaleren, een band op te bouwen en zaken bespreekbaar te maken. Het is erg dom dat er de laatste jaren niet of nauwelijks is geïnvesteerd in de hv, wil je ouderen zolang mogelijk zelfstandig laten wonen, dan hebben zij juist die ondersteuning nodig. Dat gaat net iets verder dan het huishoudelijk werk, het zou zo fijn zijn als de hv ook eens mee kon naar het ziekenhuis of dat je kan bellen naar een instantie om voor dat soort zaken iemand in te zetten. Maar dan moet je wel geschoold personeel hebben, maar dat is afhankelijk van de persoon waar die toe bereidt is. Dan ga je heel snel over je grenzen, ik heb nu ook wel eens te maken met huishoudelijke hulpen met administratieve dingen. Dan denk ik ook jeetje, schoenmaker blijf bij je leest, je gaat te ver. Het is goed bedoelt, maar doe het niet.

Heeft dat met opleiding te maken? Ja, je moet weten wat je grenzen zijn en hoe en waar je hulp in kan schakelen. Pas op, geef een vinger en sommige pakken je hele hand.

De begeleiding wordt gedecentraliseerd, zou de hv een rol van betekenis kunnen spelen in de individuele begeleiding?

Ja dat denk ik wel ja. Juist diegene die regelmatig bij iemand komt en dus die vertrouwensband heeft die zou op de momenten dat het nodig is op in kunnen springen. Daarvoor moeten mensen wel worden opgeleid. Er moeten specifieke taken in het begeleidingspakket worden gezet, zodat de verwachtingen en het aanbod overeenkomen. Ik zou het ondersteunende begeleiding noemen, geen hulp, in ondersteunende begeleiding zit ook een aandeel van de ander in. Anders worden de zaken overgenomen door iemand, dat is ook de nieuwe stijl, ouderen moeten geempowerd worden. Zorgen voor naar zorgen dat. Om die mentaliteitsverandering te weeg te brengen bij de helpers, dat is heel lastig. Want het huishoudelijk werk is dat je taken overneemt, zelf stoft of zuigt, en dan wordt er gevraagd om ondersteunende begeleiding te geven. Toch moet je dan zoiets hebben van, we gaan het samen doen, ik neem het niet over.

Zou de term huishoudelijke ondersteuning beter zijn dan huishoudelijke hulp?

Ja, het geeft een andere gevoelswaarde. Met de term geef je aan dat je naast iemand gaat staan en samen met die persoon naar een oplossing toe gaat werken. Ondersteunen doen we samen en hulp neem ik het van je over. Het schept voor de ouderen ook duidelijkheid wat betreft verwachtingen. Huishoudelijke ondersteuning kan juist die ondersteuning bieden waardoor een oudere bijvoorbeeld z'n krant kan blijven lezen omdat hij geen energie hoeft te steken in het verschonen van zijn bed. Dat bepaalt heel erg de kwaliteit van leven. Het uitgangspunt van de ouderenzorg zou moeten zijn 'wat is de kwaliteit van leven'. Dingen als huishoudelijk werk horen bij de basisvoorwaarde, dat je lekker eet, je huis op orde is, er een bloemetje op tafel staat. Dat hoort bij de kwaliteit van leven.

Het vergroot de mogelijkheid tot participatie, als iemand niet meer hoeft te stofzuigen, bedden verschonen en dat soort zware en steeds terugkerende klussen te doen. Dat schept ruimte om andere dingen die de kwaliteit van leven bevorderen te kunnen doen. Zelfredzaamheid, zit dan niet zozeer in het zelf doen van huishoudelijk werk, maar in zaken die ervoor zorgen dat je eigenwaarde op peil blijft. Als je nog zelf boodschappen kan doen of kan koken, al is het maar twee keer per week, of naar de bingo. Iets nieuws kopen van kleding, dat is toch belangrijker dan zelfstandig een huishouden kunnen doen.

Welke rol zou het maatschappelijk werk of de ouderenconsulent hierbij kunnen spelen?

Ik kom een keer of vijf a zes keer bij een oudere. Als mensen mij bellen, dan ga ik er naar toe. Wat ik belangrijk vind is dat de huishoudelijke hulp mij makkelijk kan vinden als er signalen zijn. Zodat je met de oudere om de tafel kan zitten en kijken wie wat doet. Wij kunnen altijd ingeschakeld worden als er

een 'niet pluis gevoel' is. Eigenlijk zou er een databank moeten zijn op de computer waar je kan zien wie je in kan schakelen als er problemen zijn. Wij kunnen als generalist niet alles beantwoorden, maar weten wel waar de hulp anders vandaan kan komen.

Om goed aan te kunnen sluiten op de verwachtingen en wensen van de cliënt heb je een bepaalde mentaliteit nodig. Je moet je kunnen verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt. Daarvoor hebben mensen wel een training nodig, ik denk dat zo'n training heel praktisch moet zijn. Door met heel veel casussen te werken, voorbeelden geven, om te weten wat mensen er mee kunnen. Maar het is ook belangrijk dat mensen weten dat ze hulp kunnen gaan vragen, ik weet het even niet meer, deze cliënt en deze situatie loop ik in vast, en dat ze dan bij iemand als de ouderenconsulent aan kunnen kloppen voor advies. Dan zou je ze voor een concrete situatie ook concrete handvatten kunnen geven, na een paar weken kan er dan even, bijvoorbeeld telefonisch, gekeken worden of het werkt en hoe het eventueel verbeterd kan worden. Daarnaast kan je de huishoudelijke hulp ook nog wat informatie meegeven, zoals bijvoorbeeld waar men maaltijden kan krijgen of wat voor activiteiten er in die buurt beschikbaar zijn. Dan snijdt het mes aan twee kanten. Zo'n maaltijdvoorziening waar mensen gezamenlijk eten zorgt ervoor dat mensen hun huis uitkomen, ze hebben aanspraak, eten gezond en van het één komt het ander. Daarmee doorbreek je ook deels het sociaal isolement. Daar kunnen zelfs vriendschappen uit ontstaan.

Goede training, afbakening van taken, een maatschappelijk werker om bij eventuele problemen te ondersteunen en advies te geven in de te nemen stappen!

Dat klopt, maar dan zouden de thuishulpen eens in de zoveel tijd een soort van intervisie bijeenkomsten moeten hebben. Waar ze in kleine groepjes casuïstiek bespreken, want daar leer je echt iets van. Het moet geen hele heftige opleiding zijn, maar ik denk dat het heel belangrijk is dat ze van elkaar leren. Heel praktisch gericht, aan de hand van een casus laten zien wat voor mogelijkheden er zijn om toch tot een oplossing te komen. Een goede maatschappelijk werker zou de thuishulpen inhoudelijk aan kunnen sturen, door intervisie te organiseren, ondersteuning te bieden bij concrete situaties.

In Schiedam is er sinds kort een wijkondersteuningsteam waarin alle sociale partners samenwerken, alleen de thuiszorg werd daar niet in betrokken, hoe is dat hier in Den Haag?

Wij werken inderdaad nu ook in een wijkgerichte aanpak, verplicht vanuit de gemeente. Daarbij werken we wel samen met ggz, de huisverpleegkundige van Florence. Maar met de thuiszorg zelf werken we niet, dat is inderdaad een missing link. Dat zou er wel bij moeten, want zoals ik achter de voordeur kom, zo komen de thuishulpen ook achter die voordeur en signaleren daar als eerste. Ik ga zeker in een komend gezamenlijk overleg meenemen dat de thuiszorg actief betrokken moet worden bij het wijkondersteuningsteam, omdat zij bij heel veel mensen komen.

Abvakabo voert actie om de thuiszorg te behouden. Hun leus is thuiszorg is zorg geen schoonmaak.

Mijn idee is dat als je nu investeert in de thuiszorg, en daar goed opgeleide mensen voor gaat gebruiken, dan kan je op den duur besparen op de zorg. Want ik denk nu zullen mensen eerder naar een verzorgingshuis gaan, niet omdat ze dat willen, maar omdat het niet anders kan. Er zou veel meer controle op moeten komen, zoals ook op de PGB's, is ongelooflijk veel fraude mee, geen controle. Voor een deel van de mensen is huishoudelijke hulp lekker makkelijk, met een minimuminkomen is de eigen bijdrage nog geen twintig euro. Er moet gecontroleerd gaan worden of mensen hulp nodig hebben door middel van huisbezoeken. Ouderen die eerlijk zijn en aangeven dat zij de meeste dingen nog wel zelf kunnen, verliezen daardoor hulp. Want de indicaties gaan schriftelijk of hooguit telefonisch. Als je maar aangeeft dat je niets kan, dan maak je nog kans op hulp. Sommige ouderen geven ook aan dat zij gewoon huisbezoek willen, dan zien mensen hoe ze wonen en wat voor hulp zij nodig hebben. Dat vraagt om maatwerk.

Analyse. Interview Mw. C. Baggerman.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Geen kwetsbaarheid, maar de regie hebben over het eigen leven.

- Ieder mens is op bepaalde momenten kwetsbaar,
- Gaat niet over zelfredzaam zijn of worden, maar over de regie behouden of terug krijgen,
- Eenzaamheid is geen kwetsbaarheid, geïsoleerd zijn wel,
- Geen tijd en aandacht voor de persoon, vergroot het risico op depressie, ouderen komen hier bijna nooit meer uit.

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Hulpverleners die echt aan kunnen sluiten op belevingswereld van de cliënt,

- Ondersteunen mantelzorgers, herkennen van gevoelens van angst, pijn, verdriet e.d. bij mantelzorgers,
- Dit signaleren en bespreekbaar maken met cliënt/mantelzorger,
- Wel tijd en aandacht voor nodig,
- Weinig/niet geïnvesteerd in personeel, veel wisselend HV-ers,
- Geen vertrouwensband met cliënt.

3. De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoordt toelichten?

Categorie 1 alleen schoonmaken, categorie 2 ook regie ondersteuning,

- HH-1 bijna volledig weg bezuinigt in 2014/15,
- ANBO stelt alleen HH-2 indicaties voor,
- Gemeente kan dan eisen van leveranciers dat al het personeel goed opgeleid is,
- Voldoende kennis heeft,
- Kan samenwerken, signaleren, bespreekbaar maken,
- Cliënt zelf laten doen wat mogelijk, ondersteunen waar nodig en overnemen wat niet anders kan,

4. Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoordt toelichten?

Het 'vak' van huishoudelijke verzorging is langzamerhand uitgehold,

- Reden HV in AWBZ/WMO is de signaleringsfunctie,
- Aanbesteding gemeente bezuinigt,
- Weinig controle, veel laag/ongeschoold personeel,
- Veel HH-1 indicatie voor HH-2 cliënten,
- Overheid zegt, klopt het is schoonmaak en geen zorg, dus niet in de WMO,
- Signaleringsfunctie verdwijnt, medewerker niet voldoende kennis,
- Degradatie van het vak HV.

5. <i>De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Het kan maar alleen met investeren,

- Meerwaarde HV is signaleren, bespreekbaar maken,
- Inschakelen andere zorg/hulpverleners,
- Door bezuinigen is aantoonbare meerwaarde verdwenen,
- Investeren in, kan meerwaarde terug,
- Volwaardig lid van integraal team,
- Eist ook andere houding van andere beroepsbeoefenaars/professionals naar de HV.

6. <i>Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Maakt deel uit van iedere functie,

- Niet één hulpverlener, maar alle hulpverleners bieden begeleiding,
- Integraal aanbod, alle partijen samenwerken, kennis, ervaringen uitwisselen,
- Niet eigen terrein bewaken, maar samenwerken,
- Substitutie, wie het kan doet het,
- Professional investeert in cliënt, mantelzorger, HV-er, kennis delen,
- Taken duidelijk afspreken, per cliënt kan het verschillend zijn.

7. De huishoudelijk verzorgenden is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

De functie HV opsplitsen in twee aparte groepen, HV-1 en 2,

- HV-1, hulp in huishouding, laag/niet geschoold personeel, Niet zelf kunnen en geen steun uit netwerk,
- HV-2, HV en regie ondersteuning, gekwalificeerd personeel,
- Ook signalering, preventie, bespreekbaar maken, ketenzorg, verwijzen, kennis sociale kaart is nodig voor HV-2 cliënten.

8. De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

De professional heeft de kennis om te coördineren en te investeren in de begeleiding,

- Inzetten om de keten te versterken,
- Nu veel weerstand bij professionals voor trainen van vrijwilligers e.d. uit angst voor baan,
- Dit is juist taak van de professional, versterken van de ketenpartners,
- Niet angstig vasthouden, maar bewust opkomen voor de doelgroep en laten zien wat de meerwaarde van het netwerk is,
- Alleen met de juiste ondersteuning kunnen ouderen langer zelfstandig wonen, dan ga je pas echt besparen,
- Met elkaar, ieder op zijn niveau werken aan ondersteuning, dan worden mensen echt zelfredzamer, samenredzaam.

9. (zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!						
Geheel mee oneens	1	2 ***	3	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? ANBO kent weinig/geen projecten, • Alleen eigen enquête onder de leden om zelfstandig een oplossing te bedenken voor de weg te bezuinigen HV , • Ouderen moeten leren dat overheid niet alles regelt en bekostigt, • De burger is zelf aan zet, • Geen seniorencomplexen, teveel van hetzelfde, • HV is gedegradeerd tot schoonmaak, alleen HH-2 indicaties, werken met gekwalificeerd personeel, integraal werken, • ANBO weinig vertrouwen hierin, betekent lange termijn investeren i.p.v. bezuinigen op korte termijn.						

Interview Mw. Baggerman.

Voorzitter ANBO Den Haag.

3200 leden, sterke groei sinds de onzekerheid wat betreft bezuinigingen.

± 40 vrijwilligers.

1. Wat verstaat u onder de term 'Kwetsbare ouderen'?

Kwetsbaar, ieder mens is op bepaalde momenten in zijn leven kwetsbaar. Ook ouderen. Waar het omgaat met kwetsbaarheid is niet de vraag of je zelfredzaam bent of dat je zelfredzaam kan worden, maar of je in staat bent om de regie over je eigen leven te voeren. Iemand van 45 zonder enige hoop is oud en kwetsbaar, iemand van 90 die vitaal is, in staat is om z'n eigen zaken te regelen of daar hulp bij te vragen is misschien fysiek kwetsbaar, maar misschien wel minder dan de 45 jarige.

Eenzaamheid is op zich geen kwetsbaarheid, iedereen voelt zich wel eens eenzaam, geïsoleerd zijn van je omgeving is veel meer kwetsbaarheid, als er geen tijd en aandacht is voor de persoon, dan raakt iemand kwetsbaar. Het vergroot het risico op depressieve klachten, ouderen die in een depressie raken, komen hier niet/nauwelijks nog uit.

DE OUDEREN bestaan niet, onder ouderen is net zoveel diversiteit als onder jongeren of Europeanen. Oog hebben voor die diversiteit en daarop afstemmen is belangrijk. Daarnaast geen ouderen de schuld geven van het ouder worden, we willen allemaal ouder worden. Bovendien zorgen ouderen de komende decennia voor meer werkgelegenheid. De tegenstelling tussen oud en jong moet weggenomen worden. HV-ers moeten leren om aan te sluiten op de belevingswereld van de oudere.

2. Wat hebben zij nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren?

Hulpverleners die echt aan kunnen sluiten op de unieke belevingswereld van de cliënt. Zoals interesses, hobby's. Ondersteuning van de mantelzorger, met name bij licht dementerende. Mantelzorgers hebben te maken met gevoelens van angst, frustratie, onbegrip, pijn, acceptatie, verlies, afscheid. HV-er moet dit kunnen signaleren en bespreekbaar maken met de cliënt/mantelzorger. Daarvoor is wel tijd en aandacht nodig. Laatste jaren is er weinig/ of niet geïnvesteerd in goed personeel en hebben cliënten veel te maken gehad met steeds wisselende HV-ers. Dit levert onzekerheid op, maar kan ook geen vertrouwensband opbouwen met cliënt.

3. Welke rol kan de Huishoudelijk verzorgende hierbij vervullen? *Alleen schoonmaak of ook zorg/welzijn?*

Signaleren en bespreekbaar maken, zo vroeg mogelijk, kennis van de sociale kaart, zorgen dat cliënten naar de juiste plek gestuurd kan worden, niet alles zelf doen, maar weten wie wat doet.

HH-1 is puur schoonmaken, dit zijn ouderen die in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren. Waarschijnlijk zal in 2014/2015 het grootste deel van deze HH-1 weg bezuinigt worden. Ouderen zullen zelf iets moeten regelen. ANBO stelt dat er eigenlijk alleen HH-2 geïndiceerd zou moeten worden. Zodat de thuiszorg alleen ingezet zal worden bij cliënten die naast hulp in het huishouden ook regie ondersteuning nodig hebben. Dat zou betekenen dat de gemeente vanuit de WMO van de thuiszorgleveranciers kan eisen dat de medewerkers allemaal een gekwalificeerd zijn tot het leveren van HH-2. Zonder dit diploma mogen medewerkers anders geen hulp bieden aan deze cliënten. Dit betekent goede opleiding, waarin de benodigde kennis wordt aangeboden, geleerd wordt om samen te werken (ketenzorg), signaleren, bespreekbaar maken, de cliënt zelf laten doen wat hij zelf kan, ondersteunen waar nodig en overnemen wat niet anders kan.

4. Sinds de invoer van de WMO meer HV-1 dan HV-2! Daardoor lager geschoold personeel ingezet, wat voor gevolgen heeft dit voor de cliënt en de zorgverlening?

De reden dat de huishoudelijke verzorging eerst in de AWBZ en nu in de WMO is opgenomen is gebaseerd op de signaleringsfunctie. Daarmee hebben o.a. de ouderenbonden kunnen hard maken dat dit zo geregeld moest worden. Vervolgens is er heel veel bezuinigt bij de aanbestedingen (marktwerking) en weinig controle geweest op de uitvoerende organisaties,

waardoor er heel veel ongeschoold/ te laag gekwalificeerd personeel werd ingezet. O.a. daardoor heeft de gemeente Den Haag heel veel HH-2 cliënten nu geïndiceerd op HH-1. Dus alleen schoonmaken. Ook al hebben deze cliënten eigenlijk HH-2 zorg nodig, dus medewerkers die opgeleid zijn en in staat zijn om die regieondersteuning te bieden. Dit gebeurt nu minder, wat weer tot gevolg heeft dat de overheid, o.a. gemeenten, zeggen het is schoonmaak werk, dus dat hoeft minder te kosten en niet vanuit de WMO betaalt te worden. Zo wordt het idee, HV is alleen een hulp in de huishouding en geen zorgmedewerker, werkelijkheid. De signaleringsfunctie is langzamerhand aan het verdwijnen. Terwijl daar juist in geïnvesteerd moet worden. Er werden veel niet gekwalificeerde medewerkers ingezet bij cliënten met HH-2, dit leidt tot uitholling/degradatie van het vak.

5. Wat is dan (nog) de meerwaarde van de Huishoudelijke Verzorging? Kan deze dan nog een bijdrage tot betere integrale zorg leveren?

De meerwaarde van de HV is het signaleren, bespreekbaar maken en het inschakelen van andere zorgverleners, alle disciplines. Daarom moet de HV een gelijkwaardig lid zijn van integrale teams. Maar door alle bezuinigingen, veranderingen, nieuwe indicaties is juist die signalering en bespreekbaar maken van... verdwenen. En is de aantoonbare meerwaarde van de HV verdwenen. Alleen door te investeren in de HV kan die meerwaarde terug komen en kan de HV ook echt een volwaardig lid worden van een integraal team. Dit zal dan ook van de andere beroepsbeoefenaars en professionals een andere houding vragen en echt samenwerken eisen.

6. Wat verstaat u onder de functie begeleiding? Is dit een zelfstandige functie of juist deel van een/iedere functie?

De begeleiding zit al in de functie HV, maar moet serieus genomen worden, dat betekent een investering.

Begeleiding is niet een op zich staand product wat aangeboden kan worden door één hulpverlener. Het is een integraal aanbod, de juiste hulpverlener voor het juiste probleem. Daarbij is samenwerking met ALLE partijen, kennisoverdracht, uitwisselen van ervaringen onontbeerlijk. Niet je eigen terrein bewaken (angst voor het wegbezuinigen van je functie), maar de samenwerking aangaan. Substitutie, laat degene die het kan het ook uitvoeren. Niet alleen de professional, maar juist de professional laten investeren in de cliënt, de mantelzorger, de huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorger/verpleger. De kennis van de professional moet gedeeld worden, en de taken moeten duidelijk onderscheiden worden. Men moet onderling duidelijke afspraken maken, dit kan per cliënt/situatie verschillen, afhankelijk van cliënt, diens omgeving, de individuele hulpverlener.

7. Kan de Huishoudelijke verzorging dit ook (deels) uitvoeren?

De functie HV hoeft niet aangepast te worden, er moet alleen onderscheidt gemaakt worden tussen de twee doelgroepen van de HH, namelijk 1 en 2. Dan kunnen leveranciers twee verschillende groepen medewerkers aannemen, schoonmakers of liever gezegd, hulp in de huishouding inzetten voor mensen die dat zelf echt niet meer fysiek kunnen en ook niet in staat zijn om via hun sociale netwerk of d.m.v. het inschakelen van een eigen betaalde hulp een oplossing kunnen vinden.

En daarnaast HH-2 opgeleide medewerkers die gekwalificeerd zijn om naast ondersteunende taken in de huishouding ook regie ondersteuning te bieden, m.n. op het gebied van signalering, preventie, bespreekbaar maken, ketenzorg, verwijzen, kennis van de sociale kaart.

8. Welke rol kan de professional (AMW, ouderenconsulent) hierin vervullen?

Ouderenadviseurs kunnen vrijwillige ouderenadviseurs ondersteunen, d.m.v. kennisoverdracht, coördinatie, samenwerking, investeren. Daarnaast kunnen zij ook een ondersteunende taak bieden aan HV-ers, De beroepskwalificaties van de professional zorgen er voor dat zij meer kennis, vaardigheden, inzichten, toegang tot netwerken, mogelijkheden om te verwijzen, indiceren hebben dan beroepsbeoefenaars en vrijwilligers. Zij moeten dit inzetten om er voor te zorgen dat de inzet van vrijwilligers en beroepsbeoefenaars kwalitatief verbeterd kan worden. De ANBO merkt nu dat er heel veel angst heerst in het welzijnswerk

(waar de ouderenadviseurs toe behoren), *als wij de vrijwilligers goed trainen, dan nemen zij ons werk over en worden wij weg bezuinigt*. Die angst is deels terecht, dat is ook veel gebeurt, maar die angst zou niet nodig moeten zijn. Nu leeft heel sterk de gedachte bij professionals van; *'als wij hen trainen, dan nemen zij (vrijwilligers) onze taken over, en dat kan niet, want wij hebben niet voor niets een HBO opleiding'*. De taak van de professional is een bijdrage leveren aan de professionalisering, door alle bezuinigingen heen, veranderingen zoals hierboven beschreven is er een proces van deprofessionalisering op gang gekomen. De taak van de professional is om dit proces een halt toe te roepen, niet door angstig vast te houden aan je eigen taak en zorgen dat anderen deze niet 'afpakken'. Maar juist op staan voor je vak, voor je doelgroep en investeren in de keten, de vrijwilligers, beroepsbeoefenaars en daarmee aantonen dat al die mensen samen er voor zorgen dat mensen inderdaad langer thuis kunnen blijven wonen, zelfredzamer zijn, of zoals mw. Baggerman vertelde samenredzaam zijn. Alleen dan wordt er echt financieel bezuinigt op de lange termijn, want alleen met de juiste ondersteuning kunnen ouderen langer zelfstandig wonen en worden zij minder snel opgenomen in een intramurale instelling.

De ANBO heeft als regel dat professionals, zoals de AMW-er, geen vrijwilliger mogen worden zoals ouderenadviseur, dan vervalt je altijd in je oude rol, terwijl de vrijwilliger een gelijkwaardige relatie aan kan gaan met de oudere. Beide zelfde levensfase, vaak vergelijkbare ervaringen, herkenning, begrip en inlevingsvermogen.

9. Wat voor organisaties/ projecten werken al met breder inzetbare huishoudelijk verzorgende? Of deel uitmakend van integrale teams/aanpak?

De ANBO is bezig met een enquête onder haar leden over de te verwachten bezuinigingen op de HH. Zij onderzoeken hoe de ouderen elkaar zouden kunnen gaan helpen. De ANBO verwacht niet dat de overheid in de toekomst nog HH-1 zal bekostigen, daarom wil de ANBO ouderen helpen om dit zelfstandig op te gaan lossen onder elkaar. Zodat de HH-2 ook echt gedaan gaat worden door gekwalificeerde mensen en de HH-1 gedaan kan worden door mensen vanuit het eigen netwerk. Zelfredzaamheid, de ouderenbond heeft genoeg ideeën, de ouderen moeten alleen een knop omzetten en leren dat de overheid niet alles meer regelt en bekostigt. De bal ligt bij de burger zelf.

De ANBO is geen voorstander van seniorencomplexen, beter is het de bestaande woning aan te passen, levensbestendig maken. Bij nieuwbouw is dit nu standaard.

Nadelen van seniorencomplexen zijn;

- Alleen ouderen bij elkaar;
- Je creëert verwachtingen, zoals rust, terwijl het complex naast een school kan staan, waar is die rust dan op een doordeweekse dag?,
- Het eilandeffect, alleen maar ouderen om je heen die je iedere dag ziet, er komt roddel, verveling, burenruzies, haat en nijd, in nieuwbouwwijken is dit erger dan in bestaande wijken.

Daarnaast ziet de ANBO een aantal andere problemen;

- Hiërarchische problemen, het is maar huishoudelijke hulp, *daar hoeven wij niet mee samen te werken*, HH is gedegradeerd tot schoonmaak,
- Gedwongen inzet van werklozen heeft veel schade berokkend, ongemotiveerd en ongeschoold, dit veroorzaakte veel en soms grote problemen,
- Opleiden en integraal werken gebeurt nu niet, dit moet gaan gebeuren,
- Logboek als communicatiemiddel tussen de verschillende hulpverleners bij 1 klant.
- Niet alleen een praatje bieden, ook de afgesproken taken uitvoeren, daarbij kan er ook prima gesproken worden.
- Te weinig kennis van de sociale kaart.

Wat gebeurt er al? Niet veel is het idee van de ANBO in Den Haag, wat zou er moeten gebeuren? Alleen HH-2 indicaties, thuiszorgleveranciers alleen HH-2 gekwalificeerd personeel, goed opleiden, integraal werken. Dan wordt hulp bij huishouden schoonmaken met zorg. De ANBO heeft hier weinig vertrouwen in, want dat betekent ook een financiële injectie. Dat is nu juist waar het bij de politiek aan ontbreekt, die willen op de korte termijn bezuinigen en niet op de lange termijn investeren.

Analyse. Interview Mw. B. Kooijman.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Ik kijk liever naar wat ouderen nog wel zelf kunnen.

- Dan moet er vandaar uit wel gekeken worden naar wat men niet kan, en wat voor hulp daarvoor nodig is,

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

- Als zij zichzelf in gevaar brengen of anderen, dan is er zeker ondersteuning nodig,
- Al is het maar dat hun huis leefbaar is,
- Want wat is schoon, iedereen heeft daar z'n eigen kijk op, het moet leefbaar zijn, geen vervuiling van bijv. huisdieren e.d. overlast van ongedierte,

3. De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

De huishoudelijk verzorgende heeft een belangrijke signalerende functie,

- Maar moet goed opletten wat binnen zijn functie valt,
- Anders het signaal afgeven,
- Als ouderen alleen puur schoonmaakhulp nodig hebben, dan moet je daar ook mensen neerzetten die vooral alleen willen schoonmaken,
- Is het schoonmaken of levensondersteuning, dat is de vraag!
- Een schoon huis is enorm belangrijk voor het welbevinden van een persoon,

4. Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

Het heeft zeker gevolgen voor de cliënt,

- Ongeschoold personeel signaleert wel, je hoeft geen opleiding te volgen om mensgericht te werken,
- Maar als je niets met die signalen kan, dan ontstaat er een gevoel van onmacht,
- Daar is de klant ook niet mee geholpen,
- Met de bezuinigingen van 75% blijven er alleen schrijnende gevallen over, dat vraagt meer van de werkers, problemen worden groter,

5. <i>De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? De specialistische zorg kan heel goed zijn, maar, • Als iemands huis vervuult is, dan voelt iemand zich nog niet goed, • Het is wel een kans om schoonmaken en begeleiden samen te voegen, zodat er naast het schoonmaken ook ondersteuning geboden wordt, • Dan moeten er wel duidelijke voorwaarden gecreëerd worden, mensen zijn snel geneigd om meer te doen dan soms goed is, • Huishoudelijke verzorging moet gezien worden als volwaardig deel van de integraal te leveren zorg, • De huishoudelijke verzorging moet trots zijn op de organisatie en op collega's,						

6. <i>Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? Maakt deel uit van iedere functie, • Begeleiding kan zijn dat iemand inzicht wordt verschaft in zijn eigen situatie, • Huishoudelijke verzorging wordt financieel wel zover uitgekleeft dat er vooral nog naar de kostprijs gekeken wordt, waardoor er weinig ruimte voor iets extra's is,						

7. De huishoudelijk verzorgenden is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Ja dat kan, maar dit is per medewerker heel verschillend,

- Een goede match verzorgen tussen medewerker en cliënt,
- Zorgen dat goede schoonmakers ook echt schoon moeten maken,
- Is er meer behoefte aan begeleiding, zet dan iemand met die capaciteiten in,
- Competenties van medewerker en behoefte van cliënt bij elkaar brengen,

8. De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Wij werken met woonconsulenten,

- Zij zouden de signalen kunnen verzamelen,
- Onderzoeken wie er het beste ingezet kan worden,
- Samenwerken met de huisarts,
- Ondersteunen van de huishoudelijk verzorgende bij vragen over cliënten,

9. (zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!						
Geheel mee oneens	1	2	3 ***	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? Zelf ken ik de thuiszorgsituatie in Den Haag niet goed, ik werk sinds kort voor Eykenburg, • In mijn vorige functie als locatiemanager heb ik het team intramurale huishoudelijk verzorging nieuw leven ingeblazen, • Elke persoon verantwoordelijk voor eigen afdeling, • Maakt zelf afspraken met bewoners, wanneer en hoe, • Dit geeft de controle aan de bewoner en de medewerker, • Door een foto op elke afdeling laten weten wie de medewerker is, • Zo wordt deze herkenbaar en aanspreekbaar, • Naast schoonmaken is het praatje met de bewoner ook belangrijk, • Een extra contactmoment met een bewoner, interesse, • Dan ook zorgen dat de huishoudelijk verzorgende komt op een moment dat de bewoner geen andere afspraken heeft, • Onderdeel van het hele zorgteam, ieder z'n eigen functie, maar het is één team, • Meer verantwoordelijkheid bij de medewerker neerleggen en deel uit laten maken van een integraal team, zou ook in de thuissituatie tot een verbetering kunnen leiden,						

Interview Mw. B. Kooijman,

Manager Zorg en dienstverlening bij Stichting Eykenburg.

Wat verstaat u onder kwetsbare ouderen?

Ik zou liever niet van kwetsbare ouderen spreken, maar voor het onderzoek is het wel belangrijk om te weten wat het is. Ik vind het veel meer belangrijk wat mensen wel kunnen en dat signaleert waar het niet kan, de huishoudelijk verzorgende heeft daarin een hele belangrijke signaleerfunctie. Die komt daar als eerste naar binnen. Maar over het algemeen is het een bepaald niveau wat daar werkt, jij bent (André) daar denk ik een uitzondering op. Wat belangrijk is dat als zij zien dat die meneer of mevrouw het niet meer alleen kan, er een signaal naar de organisatie gaat, moeten we daar niet een keer een gesprek gaan voeren?

Die signalering is dat puur signaleren en dat door geven aan een leidinggevende?

De huishoudelijke hulp kan ook een heleboel, het is wel een contactmoment. Een moment dat je even aandacht aan iemand besteedt, of dat je juist iemand stimuleert om mee te helpen. Als huishoudelijk verzorgende kan je ook heel veel daar (bij de cliënt). Alleen als het iets is dat buiten jou eigen kunnen gaat, dan zou ik een signaal afgeven bij je leidinggevende.

Het is belangrijk voor de huishoudelijk verzorgende om te weten wat het takenpakket is, de grenzen zijn?

Dit gaat er overheen dan contact opnemen met de leidinggevende. Als je ziet dat een huis smerig is, wat is smerig? Wij vinden allebei dat het schoon is bij ons, wat bij jou schoon is, is anders als bij mij. Soms zie je van die programma's op tv waar het zo ernstig vervuild is, mensen noemen dat zelfs wel een ziekte. Een verzamelwoede.

Ik heb zelf in dit soort situaties geholpen, en merkte heel erg dat je tegen de grenzen aanloopt van wat je wel en wat je niet mag/kan. Je bent beperkt en tegelijkertijd kan je veel betekenen.

Volgens mij is het dan belangrijk dat de wc, badkamer, keuken en dergelijke schoon zijn. Verder beperk je de schade zoveel mogelijk. Mensen hebben niet het inzicht dat hun huis vuil is, zij voelen zich prettig in hun situatie. Zelf stel ik me dan altijd de vraag, wie heeft er nu eigenlijk last van? Zolang het huis leefbaar is, geen vervuiling in de zin van bedorven eten, ongedierte in huis.

Zelf heb ik in een situatie meegemaakt dat een meneer in een in mijn optiek vuil huis woonde, ik kon voorkomen dat er eten bedierf, er geen ongedierte was e.d. Verder was hij heel gelukkig in mijn optiek, in overleg met de begeleider van de GGZ besloten om de situatie in stand te houden, zolang meneer geen overlast voor andere bezorgt en zelf niet ziek wordt.

Voor mij is echt de grens als er ook nog eens twintig katten door het hele huis heen lopen en overal poepen en plassen. Dan gaan de burens er ook last van krijgen. Signaleren vind ik heel erg belangrijk. Maar ook weten hoe jij als huishoudelijk verzorgende er mee om moet gaan, dat je je onmachtig voelt. Als je tien keer aangegeven hebt dat het anders moet en diegene wil dat niet, dat de hv dan ook daarin wordt begeleidt. Dit is gewoon de grens, anders kunnen wij geen hulp bieden.

Kunnen de huishoudelijke verzorgende in de huidige manier van werken ook begeleidende taken op zich nemen?

Volgens mij wel, je moet die huishoudelijke verzorging ook niet onderschatten, die misschien de ander ook kunnen helpen. Je hoeft geen opleiding te hebben om mensgericht te kunnen werken! Om wat voor de ander te kunnen doen of te begeleiden. Maar je moet dit per persoon bekijken, de één kan zelf z'n doelen bepalen met de cliënt en bij de ander moet je inderdaad zeggen met begeleiding wat het doel is en samen een plan opstellen. Maar je moet wel iets met die onmacht van de hv, denk ik. Want eigenlijk kom je om iemands z'n huis schoon te maken. Mijn schoonmoeder is brandschoon en kan alles zelf, maar heeft één keer in de veertien dagen hulp. Die hulp zit daar alleen maar koffie te drinken. Dan vraag je je af waarom zo iemand huishoudelijke verzorging heeft.

In de AWBZ had je twee categorieën huishoudelijke verzorging, het grote deel zat in de tweede (zware) categorie, nu is dat helemaal omgedraaid en heeft bijna iedereen de eerste categorie, wat voor gevolgen heeft dit?

Ze gaan ook 75% korten op de HV, dus ik denk dat we alleen nog maar die schrijnende gevallen helpen. En als je dat tarief ziet, je gaat steeds meer van die HV verwachten, het moet allemaal zo goedkoop mogelijk. Dus misschien zitten er ook wel mensen bij die de Nederlandse taal niet of niet goed spreken. Die alleen maar schoonmaakwerk kunnen doen en blij zijn met een paar euro per uur. Want een weldenkend mens gaat daar misschien wel helemaal niet meer voor werken. Het is allemaal zo tegenstrijdig, vind je niet?

Persoonlijk vind ik dat je naar categorie 1 heel streng kan kijken, daar zitten veel mensen bij waarvoor het een sociale taak is. Dan vraag ik me af of dit echt nodig is. Maar tegelijkertijd ik ben student MWD, maar collega's zijn gewoon huismoeder en werken een paar uur en komen ook bij die schrijnende gevallen. Hoe kunnen die dan de juiste hulp bieden?

Zou daar meer opleiding voor nodig zijn? Of is praktijkondersteuning/begeleiding veel nuttiger?

*Ik denk veel meer praktisch, je hebt namelijk ook gewoon hele praktische mensen nodig. Je moet mensen niet doodknuffelen, op het moment dat je ziet dat een cliënt gelukkig is met de hulp die hij krijgt, dan moet dat ook voldoende zijn. Ik zou alleen bij de ene cliënt een hele andere medewerker neerzetten dan bij de andere. Als iemand begeleiding nodig heeft, dan moet daar een ander soort medewerker neergezet worden dan iemand die denkt, ik moet schoonmaken en poetsen. Degene die gewoon goed kan schoonmaken is bij andere cliënten weer meer op zijn plaats. Je moet veel meer kijken naar wat de competenties van de medewerker en de behoefte van de cliënt zijn. Veel meer op maat. **Mensen gericht inzetten?** Ja inderdaad, en ik kan me voorstellen als je bijvoorbeeld studenten hebt, dat je die weer bij hele andere cliënten inzet. En bij anderen waar het gewoon schoonmaken is, moet ook gewoon een goede schoonmaker ingezet worden. Dus daar zou je veel meer naar moeten kijken, maar de HV wordt natuurlijk zo uitgekleeed. Dat we gaan denken, we moeten daar zo goedkoop mogelijke kracht opzetten.*

Zou Stichting Eykenburg zo selectief mensen in kunnen zetten? Hebben zij daar de middelen en mogelijkheden toe?

Dat weet ik niet zeker, ik ben hier nog niet zolang werkzaam. Maar volgens mij is Eykenburg vooral bezig om het betaalbaar te houden, om binnen de tariefstelling van de gemeente te voldoen aan de eisen die gesteld worden.

Wat wel leuke is uit mijn vorige werk, als locatiemanager bij Sammersbrug, is dat we een reorganisatie hebben gedaan. Wij zeiden, dat op een verpleegafdeling de verpleegster voor het hele pakketje verantwoordelijk is, voor verpleging maar ook schoonmaak, de koffie. Daarnaast liepen mensen huiskamerdiensten. We hadden schoonmakers lopen die huurden wij in van een bedrijf. Dat waren veelal allochtone vrouwen die de taal niet spraken, die liepen dan een beetje ongezien door het huis. Van die huiskamerdiensten hebben we gezegd, we houden op met dat schoonmaakbedrijf, we gaan die nu de huiskamerdiensten nu verantwoordelijk maken voor een afdeling. Zij liepen al jaren die diensten, kenden die mensen, hadden ook best een belangrijke signalerende functie. Wisten hoe de afdeling werkt, wij hebben gezegd, we gaan daar een sterrenteam van maken. Niemand had daar zin in, want het was toch een soort degradatie, we gaan daar tijd in besteden, want we hadden nog drie maanden het contract met het schoonmaakbedrijf. In die drie maanden gaan we het sterrenteam opleiden, ze mogen hun eigen kleding uitkiezen en werkspullen. Gedegen opleiding. Wat wij wilden is dat mensen de afdeling opgingen niet alleen om schoon te maken, maar dat ze ook contact zochten met de bewoners, dat er een contactmoment was. Want er zijn heel weinig contactmomenten, ook dat wordt helemaal uitgekleeed. Dus terwijl ze schoonmaakten gingen ze ook een praatje aan en toonden belangstelling. Daarnaast gingen ze met de bewoners in overleg om te zien wanneer er bij welke bewoner schoongemaakt zou worden. Natuurlijk beperkt. Zo gaven we ook controle aan de bewoners terug. Daarnaast moest het sterrenteam gaan komen op momenten dat bewoners ook gewoon thuis zijn, zodat zij naast activiteiten waar ze naar toe gaan ook thuis bezoek krijgen en waardevolle contacten hebben. De reacties waren ontzettend leuk, foto's van de medewerkers per afdeling opgehangen. Voor vragen kunt u bij haar terecht, zo werden zij een aanspreekpunt voor bewoners en bezoekers. Door op een positieve manier dit team op te zetten gingen mensen zich ook positief opstellen. Iedereen, bewoners, medewerkers en zelfs critici zoals andere managers werden enthousiast. De waardering voor de schoonmaak ging van een vijf naar een negen.

Daarnaast had het team te maken met een gigantisch verzuim, want waar we niet aan hadden gedacht is dat het ook heel zwaar werk is. Veel lichamelijke klachten en terechte uitval. Maar ondanks het zware werk, hadden mensen ineens wel plezier in hun werk en ging de waardering voor hun werk omhoog naar een negen. Willen we de WMO binnenhalen en gaat het ons vooral om de centen? Of willen we daar ook iets mee uitstralen. Het is vaak de eerste die binnenkomt, straalt die iets positiefs uit van Eykenburg? Wat eis je van die mensen.

Dus het vraagt ook van de organisatie van hoe kijk jij naar je medewerker?

Ja, als we met elkaar eens dat je hier hele goede specialistische zorg hebben, maar op het moment dat je binnenkomt en de vloer is vies, wat ga ik dan denken? Kan ik het hier wel vertrouwen? Dan ga ik zeuren over de meest kleine dingen. De huishoudelijk medewerker hoort bij het hele team van alle disciplines en moet zo ook behandeld worden. De HV moet trots zijn op haar werk en het als haar toko zien. Als je dat ook in de thuissituatie kan doen, we hebben allemaal verschillende verantwoordelijkheden en verschillende salarissen, maar het gaat om het plezier in je werk. Hoe trots ben je op jezelf en hoe trots is de organisatie op zijn medewerkers? En dan moet er geen onderscheid gemaakt worden.

Vraagt dat dan een andere houding van de extramurale verpleging en verzorging?

Vaak is het beeld van de schoonmaak dat diegene dom is. Het is veel meer dan schoonmaken, goed dan spreek je van kwetsbare ouderen omdat hij het niet meer zelf kan. Hij kan bijvoorbeeld zijn handen niet meer gebruiken. Je huis schoon is zo ontzettend belangrijk, voor je welbevinden. Als het bij mij een zootje is, dan wordt ik onrustig. Een schoon huis heeft een enorme impact op hoe iemand zich voelt. Door dat de regering zegt het mag niet te veel kosten slaan we noodgedwongen ook de andere kant op. Zo krijg je ook alleen maar mensen die niet willen werken en gedwongen worden om 'iets' te doen. Zet juist die mensen niet bij die kwetsbare ouderen. Ik heb meegemaakt dat mensen vanuit de sociale dienst moesten gaan werken, maar dat echt niet wilden, ik stuurde ze gerust weg. Het mag niets kosten de HV, maar het wordt gewoon onderschat, hoe belangrijk het is.

De begeleiding is dat een aparte functie of juist een integrale taak voor alle functies?

Met de decentralisatie is het misschien wel een kans om het integraal te maken. Iemand die schoonmaakt en tegelijkertijd ondersteuning biedt, is het nu schoonmaken of juist levensondersteuning. Als je zegt het is schoonmaken dan haal je de betekenis weg dat het belangrijk is voor je welbevinden en voor je sociale leven. Ik vind het wel interessant, ik moet daar wel even over nadenken.

Is het schoonmaken, zorg of ondersteuning? In een artikel stond ook dat de zorgkant van de HV uit de term is verdwenen met de WMO, door het hulp te noemen in plaats van verzorging. Zou ondersteuning niet een betere term zijn? Ja dat zou kunnen, maar dan moet je er wel voor zorgen dat een medewerker weet wat hij wel of niet kan doen, want je bent wel geneigd om snel meer te doen. Op het moment dat er iets gebeurt reageer je daarop!

Dus je moet je taken goed kennen en weten waar je met je signalen naar toe kan?

Met de extramurale zorg willen we groeien, hoe kunnen we dan beter nieuwe klanten trekken? Als jij dan zegt dat er bij een cliënt een andere zorgverlener persoonlijke verzorging levert, dan vraag ik me af of iedereen weet dat we een compleet pakket aan kunnen bieden die goed op elkaar aansluit. Maar dat je ook trots bent op de organisatie. Dan kunnen we het voor de klant beter organiseren en tegelijkertijd is het ook een stukje marketing. Als de medewerkers het idee hebben van ik ben maar huishoudster en ik word onderbetaald, dan ga je de organisatie ook niet uitdragen. Er moet dus aandacht aan de medewerker besteed worden en hen laten weten dat zij een belangrijk deel van de organisatie zijn.

Zou een maatschappelijk werker of casemanager een soort ondersteunende rol kunnen vervullen naar de HV?

Wij werken met transfermedewerkers, woonconsulenten, mensen die de intake verzorgen. Dat zou de eerste persoon kunnen zijn waar je je signalen neerlegt. Dat dat de centrale persoon is en dat die zegt van, daar moet een casemanager of een maatschappelijk werker naar toe. Maar dat diegene ook inzicht heeft in indicaties. Zo iemand kan een eerste intake doen, clusteren wat er aan problemen

leven bij de klant. En die gaat kijken wat er mee gedaan moet worden, en die kan ook de huisarts informeren. Zo'n transfermedewerker kan dan ook meer samenwerken met de HV, om vroegtijdig problemen te signaleren. Het moet in vertrouwen gaan en een doel hebben, de klant moet weten dat je dit signaal doorgeeft aan, en weet wat het doel daarvan is. Met toestemming van de klant.

Het probleem bij schoonmaakbedrijven is dat mensen vaak de taal niet spreken! Dan kan je niet signaleren, het persoonlijk contact is ontzettend belangrijk. Eigenlijk zou je tegen de gemeente moeten zeggen voor dat geld doen we het niet, dat betekent dan dat je je vaste mensen moet ontslaan. En meer betalen om dat je het werk en de functie belangrijk vind zal niet snel gebeuren, want de organisatie moet aan het einde van het jaar ook goed uitkomen, financieel.

Analyse. Interview Mw. A. Solter.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Vooral eenzaam zijn, onbekendheid over voorzieningen, toeslagen e.d.

- Onbekend met mogelijkheden, te hoge drempel,
- Niet tussen de 'oudjes' willen zitten, te veel praten over wat men mankeert en niet meer kunt,
- Eenzaamheid moeilijk op te heffen,
- Grotere diversiteit onder ouderen, voor hogeropgeleide is er niks/weinig,
- Hogeropgeleide zijn beter beschermt tegen kwetsbaarheid, kunnen meer betekenen en zijn actiever,
- Niet zelf meer actief, dan vooral intellectuele uitdaging, deze ontbreekt vaak.
- Op individueel niveau uitdagen en actief houden.

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Om participatie te vergroten, moeten zij begeleidt worden.

- Meer kijken naar mogelijkheden op eigen niveau van ouderen,
- Aansluiten op de interesses,
- Alle vormen van zorg (formeel en informeel) aansluiten op belevingswereld individu,
- Dan kunnen ouderen zelfstandiger worden/blijven en participeren.

3. De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!

Geheel mee oneens	1	2 ***	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	---	----------	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

‘De HV is meer dan alleen schoonmaak, bouwt een vertrouwensrelatie op, mensen vertellen hun verhaal’.

- HV geeft mensen aanspraak en kan informatie geven,
- HV kan mensen d.m.v. informatie laten zien dat hulp mogelijk is,
- AMW moet meer outreachend werken, de wijk in, de thuiszorg komt achter de voordeur en is een belangrijke samenwerkingspartner,
- Mensen met problemen hebben vaak ook familie met problemen en burens die het maar net redden,
- AMW kan thuiszorg tools geven om te signaleren,
- Integrale aanpak is belangrijk,
- HV bouwt vertrouwen op met cliënt, die vertelt verhaal, vaak met een reden, HV moet daar alert op zijn,
- Niet zelf een oplossing bieden, maar signaal oppikken en doorgeven aan.

4. Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!

Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
-------------------------	----------	---	---	---	---	-----------------

Wil je je antwoord toelichten?

De gevolgen zijn negatief voor de ouderen.

- Thuiszorg moeilijker te krijgen, op sociale gronden kan niet meer,
- Mensen op sociale gronden ondersteunen voorkomt opname in psychiatrie,
- Ouderen minder aandacht, geen zorg meer, verder geïsoleerd, drempel om hulp te vragen nog hoger,
- Voor hulpverlening nog moeilijker om achter de voordeur te kijken,
- Veranderingen nodig, niet alleen halen, maar ook bijdrage leveren,
- Geholpen worden is nu de norm, zelfredzaamheid de nieuwe norm, nu nog veel weerstand!

5. <i>De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Intensievere samenwerking met thuiszorg is ons doel.

- Thuiszorg signaleert, wij pakken dit op.
- Samen in één gebouw, nu makkelijker intensief samenwerken,
- AMW kan trainingen bieden,
- Thuiszorg moet deel uitmaken van integrale zorgketen

6. <i>Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Begeleiding is geen zelfstandige functie,

- Hoort bij iedere functie,
- Iedereen heeft tools nodig om mensen te begeleiden,
- Vanwege bezuinigingen verdwijnen mensen en functies, dit vergroot de noodzaak tot intensievere samenwerking en moet iedereen begeleidingstaken uitvoeren.

7. De huishoudelijk verzorgenden is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Zeker,

- Taken van HV geeft cliënt de mogelijkheid om zelf andere taken te (blijven) doen,
- Zoals participeren en zelfstandig blijven wonen,
- Verder zie vraag 3.

8. De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

AMW als ondersteuner van het netwerk, casemanager, een andere rol, niet direct met de cliënt maar met het netwerk.

- Mentaliteitsverandering nodig, allereerst bij professionals, *'niet zorgen voor, maar zorgen dat'*.
- Wat kan de cliënt zelf, omgeving, algemene middelen e.d.
- Bemoeizorg, achter voordeur, eerst veel wantrouwen, nu zien bewoners het nut er van in,
- Niet even de knop omzetten, maar vertrouwen winnen, maatschappij veranderingen uitleggen, wat is het nut en de noodzaak, begrip kweken,
- AMW moet zich in de markt zetten, geen valse bescheidenheid, weest trots, het is een vak,
- Laat zien wat je doet en wat het oplevert,
- AMW huisarts van de Geestelijke Gezondheidszorg, voorkomen dat mensen in de 2^{de} lijn komen,
- Daarom geen valse bescheidenheid, professioneel handelen, verantwoordelijkheid nemen en zorgen dat anderen dat ook doen, casemanagement,
- Mensen in hun eigen kracht zetten, anders afhankelijk maken,

9. (zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten? In Schiedam is het eerste Wijkondersteuningsteam (WOT) opgericht, • Integraal team van welzijn, AMW, GGZ, gemeente, MEE, huisartsen. • Gemeente de initiator, dit is de toekomst, gemeente denkt alle problemen zo aan te pakken, dat is te naïef. • Welzijn zet vrijwilligers/maatjes in, • Bijv. thuisadministratie, vrijwilliger brengt administratie op orde voor de schuldhulpverlening, • Vrijwilligers signaleren ook veel problemen die door professionals moet worden opgelost, • Thuiszorg/ zichtbare schakels/wijkverpleging werkt ook mee.						

Interview Mw. A. Solter,

Teamleider MDNW,

AMW instelling in Schiedam, Vlaardingen, Maassluis en Hoek van Holland.

O.a. betrokken bij het Wijkondersteuningsteam (WOT) Nieuwland in Schiedam. Een nieuwe aanpak van wijkgericht en integraal werken.

1. Wat verstaat u onder de term 'Kwetsbare ouderen'?

Ouderen die vaak eenzaam zijn is een groot issue. Soms is alleen 'tafeltje dekje' de enige persoon die een oudere die dag ziet. Er heerst veel onbekendheid onder ouderen wat betreft voorzieningen, toeslagen waar zij recht op hebben, aanspraak op kunnen maken/ beschikbaar is.

Dienstencentra vaak of onbekend wat betreft mogelijkheden, of een te hoge drempel om naar toe te gaan. Vooral ook omdat zij niet tussen 'die oudjes' willen gaan zitten. Gesprekken gaan vaak over wat men mankeert en niet meer kunt. Niet tussen leeftijdgenoten willen zitten, Mw. Solter herkent dit zelf ook nu zij 55 is, zij voelt zich geen 55. Dat maakt de drempel hoog, je gaat ook wat vaker iets mankeren en in deze dienstencentra gaat het dan ook vaak over deze kwaaltjes en daar hebben mensen dan geen zin in. Eenzaamheid is moeilijk op te heffen. Voor hoogopgeleide mensen is er eigenlijk weinig of niks.

Wordt de doelgroep steeds meer divers?

'Ja, toen ik (Mw. Solter) zelf in het ouderenwerk actief was waren dit vooral laagopgeleide mensen, nu met de grijze golf wordt de diversiteit steeds groter en de verschillen tussen hoog en laagopgeleide ook steeds groter.'

Beschermt hoogopgeleid zijn mensen tegen kwetsbaarheid?

Aan de ene kant wel, hogeropgeleide zijn actiever in vrijwilligerswerk en kunnen meer betekenen als vrijwilliger. Maar als zij dit niet meer kunnen, vanwege lichamelijke kwalen, gaan zij zeker niet naar een dienstencentrum om tussen zeurende oudjes te eten. Zij moeten intellectueel uitgedaagd worden. Er wordt te weinig gekeken naar de mogelijkheden om mensen op hun eigen niveau uit te dagen en actief te houden.

2. Wat voor begeleiding hebben zij nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren?

Er wordt te weinig gekeken naar de mogelijkheden om mensen op hun eigen niveau uit te dagen en actief te houden. Er moet aangesloten worden op de interesses van de oudere zelf, als we willen dat ouderen zelfredzamer worden en gaan participeren, dan moeten we zorgen dat alle vormen van zorg aansluit op de beleavingswereld van de individuele oudere.

3. Welke rol kan de Huishoudelijk verzorgende hierbij vervullen? Alleen schoonmaak of ook zorg/welzijn?

Er komt steeds minder thuiszorg, de thuiszorgmedewerker kan zeker een bijdrage leveren. Ten eerste de aanspraak die mensen op deze manier hebben, daarnaast kunnen zij informatie mee nemen, over voorzieningen e.d. Wij werken o.a. samen met Careyn thuiszorg. Ouderen hangen hun vuile was niet buiten, vragen niet om hulp, zeker niet naar hun kinderen toe. De HV-er kan mensen net dat zetje geven om toch om hulp te vragen. Of de stap naar de hulpverlening te zetten. Samenwerken met thuiszorgorganisaties wordt steeds belangrijker. Meer outreachend werken, de wijk in, wat vroeger de norm was, komt weer helemaal terug. De verzorgingsstaat loopt op z'n einde, 'er op af', mensen aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid is die nieuwe norm. Niet wachten tot de cliënt bij jou komt, maar op zoek gaan naar de cliënt. Daarvoor moet je met iedereen samenwerken, de thuiszorg kan daarin een belangrijke rol spelen.

Iedereen weer voor elkaar zorgen. Mensen met problemen hebben vaak ook familie in de problemen, burens die het hoofd net boven water kunnen houden, om mensen zelf hun problemen op te laten lossen is een nobel streven maar zal nog heel wat voeten in de aarde hebben.

Kan het AMW ook d.m.v. substitutie samenwerken met de thuiszorg?

Het AMW kan de thuiszorgmedewerker helpen om anders te gaan kijken naar de problemen die zij signaleren. Om zo naar oplossingen te zoeken en daar aan te werken. Het zou een heel mooi initiatief zijn als de huishoudelijke zorg meer ingezet wordt in de integrale aanpak van problemen. Door ze alert te maken op problemen en samen naar oplossingen te gaan zoeken. Mensen snappen vaak niet wat bijvoorbeeld de bewindsvoering doet, de huishoudelijk verzorgende kan de cliënt helpen om tot het inzicht te komen wat de bewindsvoering doet. Het is zeker goed als mensen die thuis komen tools krijgen om zaken te zien, nog niet eens zo zeer om er mee om te gaan, maar het signaleren is een belangrijke taak.

Het is belangrijk dat iedereen weet wat zijn taak is, maak die duidelijk. HV is meer dan alleen schoonmaak, maar dan moeten mensen wel wat meer tools krijgen om mee aan de slag te gaan. En daarbij alert zijn op de grenzen van je vak en je mogelijkheden. Er is altijd overlap van taken en activiteiten. Mensen raken gewend aan hun hulp, die wint het vertrouwen, mensen vertellen hun verhaal. De hv-er moet zich bewust zijn waarom mensen hun verhaal vertellen, er zit vaak een reden achter. De hoop dat men er toch iets mee doet. Daar moeten HV-ers zich bewust van zijn. Niet dat zij de oplossing moeten zoeken/bieden, maar mensen kunnen wijzen op hulpbronnen. Signaleren en weten waar je het signaal neer kan leggen.

4. Sinds de invoer van de WMO meer HV-1 dan HV-2! Daardoor lager geschoold personeel ingezet, wat voor gevolgen heeft dit voor de cliënt en de zorgverlening?

Steeds moeilijker om thuiszorg te krijgen, op sociale gronden hulp krijgen is er al helemaal van af. Daardoor komen heel veel mensen tussen wal en schip, mensen ondersteunen op sociale gronden voorkomt dat zij in de psychiatrie terecht komen. Ouderen krijgen te weinig aandacht, het risico dat mensen geen contacten meer hebben en niet gemist worden. Met de bezuinigingen op de thuiszorg zullen meer mensen geen zorg meer krijgen, dat betekent dat zij nog verder geïsoleerd raken. Dan wordt de drempel om om hulp te vragen nog hoger en is het voor de hulpverlening steeds moeilijker om achter de voordeur te kijken.

De veranderingen zijn nodig, het werd te duur, alles kon, mensen moeten beseffen dat zij ook een bijdrage moeten leveren aan deze maatschappij. Niet alleen halen, maar een bijdrage leveren. Mensen zijn gewend om geholpen te worden, zaken werden voor hen gedaan en dat was ook de norm en de verwachting. Nu wordt de zelfredzaamheid steeds meer aangesproken, dit levert veel weerstand op, maar is wel de enige manier om mensen echt te helpen.

5. Wat is dan (nog) de meerwaarde van de Huishoudelijke Verzorging? Kan deze dan nog een bijdrage tot betere integrale zorg leveren?***Werken jullie bewust met de thuiszorg samen?***

Niet alleen in Nieuwland, in heel Schiedam. Als de thuiszorg iets signaleert, dan laten zij ons dit weten. De thuiszorg zit nu in ons gebouw en we hebben daardoor ook directer contact met elkaar en proberen meer aansluiting te vinden op elkaars werk. We willen intensiever samenwerken, bijvoorbeeld trainen van thuiszorgmedewerkers. Bijvoorbeeld een item als ouderenmishandeling, d.m.v. training kunnen wij thuiszorgmedewerkers tools meegeven om hiermee om te gaan.

6. Wat verstaat u onder de functie begeleiding? Is dit een zelfstandige functie of juist deel van een/iedere functie?

Nee, het hoort bij iedere functie. Iedereen moet de tools hebben om mensen te begeleiden, binnen elke functie komt dit voor. Mede vanwege de bezuinigingen verdwijnen overal mensen en functies, iedereen krijgt het drukker, en daarvoor moeten we met elkaar die begeleiding vervullen.

7. Kan de Huishoudelijke verzorging dit ook (deels) uitvoeren?

Zeker, taken van de HV zorgen er voor dat de cliënt in staat is om energie in andere zaken te steken. Zoals participeren en zelfstandig blijven wonen. Zie vraag 3.

8. Welke rol kan de professional (AMW, ouderenconsulent) hierin vervullen?

Zeker, het gebeurt hier in Schiedam nog niet. Wij zijn wel bij verschillende dingen betrokken, zoals ondersteunen van Mantelzorgers, wijkcoaches, vrijwilligers. Maar je moet deze mensen wel trainen en tools geven om te weten wat zij kunnen doen. Weten wat te doen of waar de hulp te krijgen is. Dit vraagt een andere rol van de professional, niet direct naar de cliënt, maar ondersteuning bieden aan het netwerk. Zonder professionals kan je niet, het is een vak, gecompliceerde casussen kunnen niet door vrijwilligers opgelost worden. Vrijwilligers en familie kunnen een bijdrage leveren, maar vaak hebben zij al een hoop gedaan en weten ook niet hoe zij verder moeten.

Is er een mentaliteitsverandering nodig bij de cliënten?

Inderdaad, maar eigenlijk bij iedereen. Deze moet bij de professional beginnen, niet zorgen voor, maar zorgen dat mensen zelfredzaam worden. Wij gaan al onze mensen hier de komende tijd voor opleiden om die mentaliteitsverandering door te voeren. Wat kan de cliënt zelf, de omgeving, de vrijwilliger en dan pas de professional. Niet alle professionals willen mee in deze verandering, een aantal oude 'rotten' hebben de keuze gemaakt om te stoppen met hun vak hierdoor.

Bemoeizorg vinden mensen ook niet leuk, maar in Nieuwland (WOT) hebben we 'samen buurten', gewoon van deur tot deur langs gaan en belangstelling tonen. Het zijn geen hulpverleners, maar zetten de mogelijkheden uit. Eerst veel wantrouwen, maar na anderhalf jaar zagen bewoners wel het nut er van in en komen nu zelf ook voor hulp bij samen buurten. Er op af!

Deze veranderingen vraagt tijd, het is niet even een knop omzetten, maar vertrouwen winnen en laten zien waarom dit nodig is en wat de resultaten zijn. Daarnaast verandert er heel veel in de maatschappij, bezuinigingen, participatie. Onze taak is ook aan mensen uitleggen wat er verandert, waarom en hoe, zodat mensen er begrip voor op gaan brengen en mee willen werken. Maar daarvoor moet je eerst bij de professionals beginnen, zij moeten dit uitdragen. Veranderingen zijn er altijd, de maatschappij verandert en daar moet je op inspelen. AMW moet zich continu op de veranderingen inspelen.

AMW moet zich in de markt zetten, marketing?

Nog veel valse bescheidenheid, we zijn er toch om elkaar te helpen! Niet dus, laten zien wat je doet, hoe en wat dit oplevert. Je oefent een vak uit, laat dat ook zien en wees er trots op. Je moet zakelijk zijn. Minder bescheiden.

De hulp die je biedt is niet normaal, je moet hard werken en bereikt daar veel mee. Erken en herken dit en laat anderen dit weten. Je moet laten zien dat je kwaliteit levert. Dit moet je duidelijk maken aan de gemeente. Valse bescheidenheid laten varen, op scholen moet dit beginnen. Het is een vak en je hebt er voor geleerd! Wees trots op je werk en je vak. Bagatelliseer het niet, je hebt geleerd en je kennis onderscheidt je van anderen.

Bescheidenheid laten varen en van 'zorgen voor naar zorgen dat'!

Moet je jezelf continu bewijzen als AMW-er?

Altijd bewijzen wat je meerwaarde is. Voorkomen dat mensen in de 2^{de} lijn komen, de duurdere zorg. Weg met die valse bescheidenheid. Mensen weten nog steeds niet wat het AMW doet, de huisarts hoeft zich ook niet te bewijzen, wij zijn de huisarts van de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn heel veel kernpartners, mede daarom lastiger waarom wij er zijn, maar ook juist daarom, wij hebben het overzicht kunnen doorverwijzen en kunnen het casemanagement op ons nemen. Dan moeten wij wel de valse bescheidenheid laten varen naar onze kernpartners en deze aanspreken op de gemaakte afspraken. Verantwoordelijkheid nemen en zorgen dat anderen dat ook doen.

Er moet nog steeds gehamerd worden op de professionaliteit. Wij helpen mensen niet, wij geven mensen kracht om het zelf te doen. Empowerment, dat vraagt veel van de professional, maar je hebt de kennis en de ervaringen en dan moet je je ook hard maken om op te komen voor je vak. Niet uit je hart, of een roeping, maar een vak waar je hard voor hebt moeten vechten. Niet 'Ik wil mensen helpen, maar het is een vak, een leuk vak wat er voor zorgt dat ik m'n geld verdien. Het is een leuke manier van geld verdienen, maar het blijft toch geld verdienen. Het is ook denigrerend, want dan voel

je jezelf beter dan een ander. Je hebt gewoon wat meer kennis, specifieke kennis om een ander weer in z'n eigen kracht te zetten.'

Als je mensen niet in hun eigen kracht wil zetten, dan maak je ze afhankelijk. Afhankelijk van jou als hulpverlener. Veel mensen gaan dit doen omdat ze zelf dingen meegemaakt hebben. En daarom willen ze nu ook anderen helpen. Je moet afstand houden, er boven staan.

9. Wat voor organisaties/ projecten werken al met breder inzetbare huishoudelijk verzorgende? Of deel uitmakend van integrale teams/aanpak?

Wij hebben nu een wijkondersteuningsteam (WOT), daar zitten welzijn, AMW, Pameijer, de Gemeente, MEE, huisartsen in, er wordt gewerkt m.b.v. keukentafelgesprekken door vrijwilligers en inzetten van vrijwilligers. Schiedam is als gemeente de initiator. Wij zijn vrijwillig/ gedwongen er bij betrokken. Dit wordt wel de toekomst. De gemeente had het idee dat zij op deze wijze alle problematiek op kan lossen. Maar dat is te naïef, te kort door de bocht.

Op 1-11-2012 begonnen, eigenlijk te snel begonnen, maar begint nu februari 2013 begint het een beetje te lopen. Maar je loopt tegen beperkingen op.

MDNW 1 fte, MEE 2 parttimer, Pameijer 1 parttimer, Werk en Inkomen ingevlogen als het nodig is, van zichtbare schakel (huisartsen) betrokken, welzijn voor vrijwilligers/maatjes. Samenwerking is groot genoeg om de wijk te behappen, maar daarnaast heb je professionals nodig. Vrijwilligers kunnen ingezet worden, maar er zijn grenzen. Thuisadministratie zijn vrijwilligers die administratie van mensen op orde brengen, klaar maken voor de schuldhulpverlening, zodat zij daar snel hulp kunnen krijgen. Maar signaleren vaak ook andere problematiek die niet door vrijwilligers opgelost kan worden, dan heb je toch de professional nodig.

Analyse. Interview Mw. M. Spierenburg.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Dit is de term die door SCP in 2010 is geïntroduceerd,

- Gaat om gezondheid en gedrag, kwaliteit van leven.
- Niet om wat niet kan, maar wat wel kan, wat compenseren om toch zelfstandig te leven,
- Wat vindt de persoon zelf belangrijk, zijn normen, niet jouw of mijn normen,
- Traditionele ouderen kwetsbaar, vinden dat zij recht op zorg hebben, veel aandacht nodig zij moeten ook mee in deze tijd, geldt ook voor traditionele medewerkers,
- Tweedeling, extramuralisering en vermaatschappelijking, bezuinigen op thuiszorg,
- Voldoende thuiszorg, mensen kunnen langer thuis wonen, anders groter risico op opname,

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Ouderen hebben een integrale aanpak nodig, samenwerking met het hele netwerk,

- Aansluiten op wensen en behoeften van ouderen, customizen op individueel niveau,
- Mentaliteitsverandering nodig bij ouderen en medewerkers,
- Van zorgen 'voor' naar zorgen 'dat',
- Cultuurverandering nodig, dit vraagt een grote investering,
- Begeleiding maakt daar deel van uit.

3. <i>De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3 ***	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? Signalering is een belangrijke taak voor iedereen, • Aansluiten op belevingswereld, • Denken en werken vanuit de '<i>zorgen dat</i>' mentaliteit, • Om zo een bijdrage te leveren aan zelfredzaamheid en participatie, • Signalering niet overnemen, maar met elkaar, iedereen, maar daar zijn wel tools (vaardigheden en kennis) voor nodig.						

4. <i>Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!</i>						
Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? Het ontbreekt aan investering in personeel, • Goedkoop en niet/ te laag opgeleid personeel, • Niet personeel, maar gemeente stelt de tarieven te laag, • Aanbieders thuiszorg geen financiële ruimte voor opleiding, • Personeel geen financiële stimulatie voor volgen van opleiding,						

5. <i>De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Er moet vanuit de oudere gedacht worden, • Hele netwerk aanspreken, alle zorgverleners over eigen muren laten kijken en samenwerking aangaan, • Signalering belangrijke taak HV, maar dan wel investeren in kennis, • HV als belangrijk deel van de zorgverlening zien, • Meer ketenzorg, wijkgericht werken, gezamenlijke verantwoordelijkheid, • Niet alleen overheid, meer inzet vrijwilligers, • Geen ouderencomplexen, maar eigenvertrouwde omgeving, • Veel ouderen bij elkaar versterkt het ouderengevoel i.p.v. zelfredzaamheid, • Huisartsen steeds vaker kijken naar sociale oorzaken van medische problemen, • HV kan bij langer zelfstandig wonen, maar ook bij sociale problematiek een rol vervullen, in samenwerking met...? Ketenzorg!						

6. <i>Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4 ***	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Deels zelfstandig/deels onderdeel van: • Twee vormen van begeleiding; Interesse voor activiteiten, juiste mensen bij elkaar brengen, Dagstructuur bieden, ontlasting mantelzorger, zelfstandige functie, • Begeleiding is mensen bij elkaar betrekken, contact leggen, • Activiteiten niet bedenken voor, maar interesses koppelen, • Geen standaardaanbod, actieve ouderen normaliseren, betrekken bij normale leven, • Vrijwilligers inzetten op hun interesses, kennis en vaardigheden, deze koppelen aan ouderen met zelfde interesse. • Decentralisatie moet van onderaf (bottom-up), vanuit de burgers, niet top-down., • Geldt ook voor begeleiding, wat heeft de cliënt nodig, wie kan dit het beste leveren.						

7. De huishoudelijk verzorgenden is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Vilans heeft een programma voor lager opgeleide zorgmedewerkers,

- Hierin wordt geleerd wat er vanuit de WMO/welzijn nieuwe stijl wordt verwacht van hen,
- Daarnaast intensiever samenwerken met keten, gelijkwaardig partner zijn,
- Begeleiding customizen op individueel niveau,
- Cultuur/mentaliteitsverandering nodig, van zorgen 'voor' naar zorgen 'dat',
- Eerst bij organisaties, vraagt een investering,
- Nu geen geld beschikbaar voor investering thuiszorgmedewerker,
- Geen financiële stimulatie, training weinig effect,
- Wordt technisch gekeken, wat kost het, niet naar meerwaarde van thuiszorg, sociale, zorg en welzijn aspect over het hoofd gezien.

8. De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoord toelichten?

Voor de professional ligt hier een belangrijke rol weggelegd,

- Als 'spin in het web',
- Vaardigheden en kennis overdragen op gehele keten/netwerk,
- Casemanagement, vraag en aanbod bij elkaar brengen,
- Samenwerking opzetten en bevorderen,

9. (zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4 ***	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoordt toelichten? Er zijn verschillende initiatieven gaande, • Een bekende is Buurtzorg/diensten, • Kleine zelfsturende teams met goed opgeleid personeel, • Die aansluiten op verwachtingen en belevingswereld cliënten, • Ene kant bezuinigen, andere kant nieuwe initiatieven, een nieuwe manier van werken, • Meer ketenzorg, bottom-up aanpak, regelarm, • Tevredenheid van burgers is enige graadmeter, • Bestaande kaders loslaten nieuwe manier van werken.						

Interview Mw. M. Spierenburg.**Beleidsmedewerker bij kenniscentrum Vilans.*****Wat verstaat u onder de term Kwetsbare ouderen?***

Een term die steeds meer gebruikt wordt, SCP heeft dit in 2010 ingevoerd. Het gaat om gezondheid en gedrag, dan kun je kijken naar wat kunnen ze nog wel, de kwaliteit van leven. Niet kijken naar wat ze niet kunnen, maar wat wel. Wat moet je compenseren, wat is er nodig om toch zelfstandig te functioneren. Wat vindt de persoon zelf belangrijk, wat heeft deze nodig om prettig te leven. Dat hoeven niet jou en mijn normen te zijn. Het is een totaal andere norm waarmee je in het werk staat en je naar ouderen gaat kijken.

De manier waarop we naar ouderen kijken is dit de laatste jaren aan het veranderen?

De slogan de 'cliënt centraal', is meer een non-issue. Een uithangbord waar daadwerkelijkheid weinig mee gedaan werd, er was veel handelingsverlegenheid hoe dit in te vullen. De laatste jaren neemt de urgentie toe, mede vanwege te hoog oplopende zorgkosten, wordt de zorg gedwongen om hier mee aan de slag te gaan. Het dwingt ons na te denken wat zorg is. Veel AWBZ zorg hoort er eigenlijk niet thuis, meer binnen sociale/welzijnszorg. Ook steeds meer samenwerking tussen welzijn en zorg. Ze hebben elkaar ook meer nodig.

De drie typen ouderen hebben die andere verwachtingen?

Een deel vind dat zij recht hebben op zorg, jij moet voor mij zorgen. De andere vinden juist dat zij zelf de regie behouden. En een groep die daar tussen in zit. Uit onderzoek blijkt dat hoogopgeleide mensen langer blijven leven, 14 jaar langer, 7 jaar langer gezond. De manier waarop je in het leven staat. Zolang mogelijk de regie behouden en actief blijven.

Vergroot het de kwetsbaarheid?

De traditionele ouderen vragen de meeste aandacht, het is belangrijk om ook deze mensen mee te krijgen in de veranderingen, zodat zij aansluiting blijven vinden en weten hoe de samenleving fungeert. Dit geldt ook voor medewerkers.

Veel veranderd in de ouderenzorg, twintig jaar geleden was het normaal om in een verzorgingshuis te gaan wonen na je 65^{ste}. Nu is dat een belediging. Er is nog steeds een groep die dit wel zo zou willen.

We zitten nu in een soort tweedeling, aan de ene kant de extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg en daarnaast de bezuinigingen op de thuiszorg. Dit staat bijna haaks op elkaar, niet alles tegelijk, dit zal veel discussie veroorzaken. Met voldoende thuiszorg kunnen mensen inderdaad langer thuis wonen, maar als daar op bezuinigt wordt is het risico groter dat mensen eerder in een dure instelling terecht komen.

Kan iedereen de signaleringsfunctie overnemen?

De HV heeft een belangrijke signaleringsfunctie. Allerlei typen contacten van bijv. mensen met dementie worden d.m.v. het netwerk dementie geleerd om de eerste signalen van dementie op te merken. Dit kan iedereen leren. Zo kan je mensen van politie, vrijwilligers, mantelzorgers trainen om alert te zijn op signalen van dementie, CVA e.d. De HV moet dit zeker ook kunnen.

Signaleren en bespreekbaar maken?

Bespreekbaar maken niet zo zeer nodig, maar weten bij wie men met de signalen terecht kan. Niet vanuit alleen je eigen professie denken en opereren, maar in ketens denken, ik zie dit en weet dat ik daarvoor bij hem/haar terecht kan. Samen vormen wij het vangnet rondom de cliënt. Meer inzetten op ketenzorg, wijkgericht werken. In de wijk een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor elkaar. Vroeger familie, nu inzetten op je omgeving. Niet alleen de overheid, maar vooral ook de inzet van vrijwilligers.

Niet mensen van een bepaalde levensfase in een buurt of huis zetten, juist de mix versterkt de kwaliteit van leven. Ouderencomplexen hebben op de lange termijn geen positieve effecten, het is een opeenstapeling van dezelfde problematiek. Dit versterkt het ouderengevoel, i.p.v. de zelfredzaamheid.

Nu ook initiatieven van huisartsen i.p.v. een medische oplossing steeds meer oog voor een sociale oplossing. Vaak ligt de oorzaak van medische klachten in het sociale domein en moet daar een oplossing gezocht worden i.p.v. pillen en behandelingen. Vaak is de sociale kant van het probleem significant belangrijk om tot een oplossing te komen.

Niet meer standaard naar een medisch model/oplossing gezocht wordt. De huisarts komt steeds meer uit z'n praktijk om aansluiting te zoeken bij de omgeving en de sociale partners om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken.

Is de begeleidingsfunctie een zelfstandige functie?

Begeleiding is ook organiseren van activiteiten, mensen bij elkaar betrekken op hun eigen niveau. Contacten leggen tussen mensen. Niet activiteiten voor mensen bedenken, maar mensen met dezelfde interesses aan elkaar koppelen om dan samen activiteiten te ondernemen. Geen grote centra met een standaardaanbod, maar interesses aansluiten bij elkaar. Actieve ouderen normaliseren, betrekken bij het normale leven. De één vindt inderdaad die bingoavond heel leuk, maar een andere zou liever naar een operavoorstelling gaan. Of een museum.

Begeleiding is ook een vorm van dagstructuur aanbieden, op welke manier kun je daar verschillende doelgroepen op afstemmen. Ontlast ook de mantelzorg, daarmee stel je opname ook meer uit.

Twee vormen van begeleiding, normale activiteiten koppelen aan mensen die hierin geïnteresseerd zijn. Maatwerk gaan leveren. Daarnaast ontlasting mantelzorgers en aanbieden van dagstructuur.

Vrijwilligers weten vaak ook niet dat er veel meer mogelijk is, dat er ook door hen activiteiten georganiseerd mogen en kunnen worden die ook aansluiten bij hun kennis, ervaring en interesse. Een goede match. Ik zie ook wel heel veel kansen! We kunnen mensen meer in hun eigen kracht zetten.

Per gemeente is er heel veel diversiteit hoe de decentralisatie wordt uitgevoerd.

Alle ontwikkeling van de decentralisatie, niet van bovenaf (de overheid) maar vanuit de burgers. Voor activiteiten en begeleiding, wat wil de cliënt en hoe kan men hierop aansluiten? Bottom-up.

De nieuwe zorgmedewerkers, www.vilans.nl/nieuwezorgmedewerker

Samenwerken met mantelzorgers, vrijwilligers, multidisciplinair werken, laagopgeleide mensen die veel contacten hebben met cliënten.

Customizen op individueel niveau, ouderen zijn mensen die ook in een tijd leven waarin ze gewend zijn om hun eigen voorkeuren te laten kennen.

Mensen zijn opgeleid om te 'zorgen voor', dit moet veranderen van naar 'zorgen dat'. Een mentaliteitsverandering die langzaam aan opgang komt. Het is bij veel organisaties nog steeds de cultuur van zorgen voor. Voor de cultuur om gaat moet er veel geïnvesteerd worden.

Vilans, www.invoorzorg.nl, daarin kunnen organisaties gecoacht worden om een transitie door te maken om tot een cultuurverandering te komen.

BTN gaf vorig jaar ook al aan dat er geen geld is voor investeringen in de thuiszorgmedewerker. De uurprijs is zo laag dat er geen ruimte is voor investering in het personeel. Trainingen volgen waar geen financiële stimulatie tegen over staat zullen weinig effect hebben, dan moet je het hebben van intrinsieke motivatie. Er wordt nu vooral gekeken naar hoeveel geld iets kost, niet wat de meerwaarde is van de thuiszorg. Er wordt heel technisch naar gekeken, waardoor het sociale, welzijn en zorgaspect volledig over het hoofd wordt gezien.

Jos Blom van Buurtzorg/diensten.nl probeert hier wel wat aan te doen, door op een andere manier met goed opgeleide mensen in kleine zelfsturende teams te werken aan zorg die aansluit op de verwachtingen en belevingswereld van mensen.

Aan de ene kant bezuinigen aan de andere kant komen er ook 'stutten', initiatieven/alternatieven om op een 'nieuwe' manier van werken over te gaan. Er is bijna een perverse regel aan de hand "we gaan

meer ondersteunen thuis, tegelijkertijd gaan we zo zwaar korten op huishoudelijke zorg en thuiszorg, behalve als mensen heel afhankelijk zijn. Dit is bijna een tegenstelling.”

Conclusie: meer inzetten op ketenzorg en van onderaf werken. Veel experimenten op het gebied van regelarm. Meer intensievere samenwerking tussen gemeenten, zorg en welzijn. Welke regels kunnen weg en welke moeten blijven. Iedereen moet breder gaan kijken, slimmer kijken, hoe tevreden burgers en cliënten zijn is de enige graadmeter. Daar kunnen we nog heel veel winnen, en bezuinigen.

We hebben lef nodig om bestaande kaders los te laten en nieuwe manieren van werken op te zetten.

Analyse. Interview Mw. M. Van Leeuwen.

1 staat voor geheel mee oneens en een 5 voor geheel mee eens.

1. Ouderen zijn kwetsbaar!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Geen kwetsbaarheid, maar zelfredzaamheid.

- Bepaalde risico's groter op hogere leeftijd,
- Grijs begrip, leeftijd geen item,
- Gedrag is bepalend, omgaan met, kunnen compenseren, dan niet kwetsbaar,
- Iedereen last van eenzaamheid, groter risico is alleen zijn,
- Samenwerken aan zelfredzaamheid, samenredzaamheid.

2. Ouderen hebben begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren en te participeren!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Om problemen te compenseren hebben ouderen ondersteuning nodig bij het zelfstandig functioneren.

- Belangrijk is 'kwaliteit van leven',
- Aansluiten op wensen van cliënten,
- Geen algemene middelen voor stad of wijk,
- Per individu maatwerk leveren,
- Interesses vrijwilligers en cliënten koppelen, goede match, langdurig van aard,
- Vrijwilligers signaleren en bieden toegang tot groter netwerk,

Niet wie, maar hoe.

- Een integrale aanpak,
- Substitutie, elke taak die je over kan laten aan iemand in een lagere functie, moet je aan diegene overlaten,
- Deze staan het dichtst bij de cliënt,
- Mantelzorger/vrijwilliger een gelijkwaardige relatie met cliënt,
- Elke vorm van ondersteuning is begeleiding,
- Kijken vanuit de WMO gedachte, eerst cliënt zelf, eigen netwerk, informele zorg, algemene voorzieningen, formele zorg.

3. De rol van de huishoudelijk verzorgende is puur en alleen schoonmaken!						
Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Niet alleen schoonmaak, ondersteuning zodat participatie mogelijk is, • Signalering belangrijke taak voor HV, • Iedereen kan het, maar scholing kan helpen tot eerder en duidelijkere signalering, • Laag uurtarief belemmert zorgleveranciers tot investering HV,						

4. Het inzetten van laag gekwalificeerd of ongeschoold personeel heeft geen gevolgen voor de cliënt!						
Geheel mee oneens	1 ***	2	3	4	5	Geheel mee eens
Wil je je antwoord toelichten? Laag geschoold personeel heeft negatieve gevolgen voor de cliënt. • HV-1 lager opgeleid dan HV-2 personeel, • Meer opleiding, beter signaleren. Signaalfunctie, waar terecht? • Sociale kaart te divers en ingewikkeld, overlaten aan een generalist, • Eén generalist voor hele wijk, met overzicht van alle specialisten, • Over en weer samenwerking generalist en specialisten, • Specialist, neiging zelf alles doen, • Bezuiniging thuiszorg, goede ontwikkeling, van zorgen voor naar zorgen dat, risico te ver doorslaan. • Alle vormen van thuiszorg in één pakket houden, geen knip,						

5. De huishoudelijk verzorgende heeft een meerwaarde in de bijdrage tot integrale zorg!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Wel als er geïnvesteerd wordt. Dat resulteert in;

- Voorkomen verergering problemen,
- Vroegtijdig signaleren,
- Opname AWBZ instelling voorkomen,
- Behoud kwaliteit van leven.

6. Begeleiding van cliënten is onderdeel van alle zorgfuncties!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Deels zelfstandig, deels bij iedere functie.

- Iedereen levert een beetje,
- Wel aparte functie voor mensen die alleen regie ondersteuning nodig hebben,
- Wie dit uitvoert afhankelijk van problematiek,
- Wel resultaatgericht werken, stappenplan en einddatum, uitvoering door de degene dit dit het beste kan.

7. De huishoudelijk verzorgende is in staat om begeleiding te geven aan een cliënt!						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Taken overlaten aan de meest geschikte persoon.

- Ouderenconsulent stelt plan op, uitvoering door cliënt en hv,
- Gebeurt al bij revalidatieproces, samenwerking fysiotherapie en verzorging,
- Geen standaardoplossingen, maar kijken naar mogelijkheden cliënt,
- Gezamenlijk behandelplan, integrale aanpak en doelen, elkaars werk versterken.

8. <i>De professional (AMW, ouderenconsulent) heeft een rol bij de coördinatie van begeleiding!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3	4	5 ***	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

De professional als generalist,

- Margot Scholte, drie cirkels, welzijn, zorg en opbouwwerk,
- Iedere cirkel één generalist, kent 'zijn' specialisten en de andere twee generalisten,
- Wisselwerking tussen generalist en specialist.

9. <i>(zorg) organisaties werken al projectmatig met integrale teams!</i>						
Geheel mee oneens	1	2	3 ***	4	5	Geheel mee eens

Wil je je antwoordt toelichten?

Het begint te komen,

- Mensen weten vaak niet wie wat doet,
- Generalist moet zich profileren,
- Specialist moet binnen z'n grenzen blijven,
- Margot Scholte beschrijft de rol van de generalist duidelijk in haar boek 'de generalist', daar moet meer naar toe gewerkt worden.

Interview Mw. Van Leeuwen.

Directeur Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

1. Wat verstaat u onder de term 'Kwetsbare ouderen'?

Kwetsbaarheid bij ouderen, Mw. Van Leeuwen bekijkt het vooral zorg/medische kant. Ouderen lopen bepaalde risico's eerder dan anderen waardoor zij een beroep gaan doen dan anderen op zorg. Het is een grijs begrip, leeftijd geen item in, bepaalde handicap, overlijden ouders is/kan risico op kwetsbaarheid zijn. Iedereen kan een periode kwetsbaar zijn. Natuurlijk is leeftijd een risicofactor. Maar het hangt vooral af van het gedrag van iemand, hoe ga je met belastende factoren om. Kan je het compenseren of niet.

Koningin Wilhelmina, Eenzaam maar niet alleen. Mijn hoop is dat ouderen zich niet alleen voelen en zijn, eenzaam voelt iedereen zich wel eens. Geen ouderencomplexen bouwen, je haalt mensen uit hun eigen omgeving,

Vanuit het netwerkouderenzorg haaglanden niet ingezet op kwetsbaarheid maar op zelfredzaamheid. Samenwerken aan zelfredzaamheid, als je bepaalde dingen niet meer kunt, maar je kan dat compenseren met andere dingen, dan ben je niet kwetsbaar, maar zelfredzaam. Onderzoek van Joost (van Vliet), met studenten onder ouderen, wat doet u om uw zelfredzaamheid te behouden.

2. Wat hebben zij nodig om zelfstandig te kunnen blijven functioneren?

Wat is belangrijk voor de kwaliteit van leven, aansluiten op de wensen van de cliënt. Wil iemand liever met hulp één keer in de week de deur uit i.p.v. koken, laat dan gewoon maaltijden thuis bezorgen. Een voorbeeld van Margot Scholte was van een mw. die graag wilde bridgen, maar de deur niet uit kon komen. De generalist (professional) heeft geregeld dat er drie mensen iedere week een middag komen bridgen bij haar thuis. Dat werkte heel goed en gebeurt nu al twee jaar op die manier. De generalist heeft geluisterd naar de cliënt en ontdekte dat dit voor haar de kwaliteit van leven verhoogde. Geen algemene middelen inzetten voor de hele stad of wijk, niet iedereen houdt van bingo. Per individu maatwerk leveren.

Het is niet makkelijker om vrijwilligers te vinden, maar je kan gericht zoeken, en een betere match voor elkaar krijgen. Vrijwilligers die gevonden worden, kunnen ingezet worden bij iets wat ze ook echt leuk vinden. Interesses van vrijwilligers en cliënten aan elkaar koppelen waardoor een goede match ontstaat, die langdurig van aard kunnen zijn. De taak van de professional vervalt of wordt veel minder frequent. De vrijwilligers bieden die signaleringstaak, maar bieden ook toegang tot een nieuw en groter netwerk.

Wie kan deze vorm van begeleiding bieden?

Het vraagt een integrale aanpak van substitutie. Elke taak die je over kan laten aan iemand in een lagere functie, moet je aan diegene overlaten. Zij staan het dichtst bij de cliënt, de mantelzorger/vrijwilliger heeft een gelijkwaardige relatie met de cliënt en kan daardoor een betere vertrouwensband opbouwen. Elke vorm van ondersteuning uit het netwerk kan tot de begeleidingstaak worden gerekend. Gekeken moet worden vanuit de WMO gedachte, wat kan de cliënt zelf, zijn netwerk, vrijwilligers, algemene voorzieningen en professionele hulp.

3. Welke rol kan de Huishoudelijk verzorgende hierbij vervullen? *Alleen schoonmaak of ook zorg/welzijn?*

Zorg of schoonmaak, HV kan ondersteuning bij ouderen, kwetsbaren, vanwege bepaalde factoren kan iemand niet meer schoonmaken, HV kan inderdaad dan ondersteuning bieden.

Signalering is een belangrijke taak van de HV. 'Signalering kan niet iedereen', (ANBO) het is niet dat iemand het niet kan, maar d.m.v. scholing kan je iemand wel helpen om eerder en duidelijker te signaleren. Op dit moment is het uurtarief zo laag, dat organisaties niet de middelen hebben om hun personeel behoorlijk te scholen. Voor dat HV een overheidstaak werd signaleerde het sociale netwerk ook, het is niet voorbehouden aan professionals en beroepsbeoefenaren.

4. Sinds de invoer van de WMO meer HV-1 dan HV-2! Daardoor lager geschoold personeel ingezet, wat voor gevolgen heeft dit voor de cliënt en de zorgverlening?

'*Signalering en HV-1 horen niet bij elkaar*', dat kan niet, er moet altijd gesignaleerd kunnen worden. De mensen die nu HV-1 leveren, hebben vaak minder opleiding, de HV-2 opgeleide mensen hebben meer opleiding en zouden daardoor beter kunnen signaleren. Meer investering in personeel is nodig. Signaalfunctie, waar kunnen zij terecht, casemanager in kunnen schakelen of leidinggevende. HV blijft bij je functie.

Sociale kaart is zo ingewikkeld, vooral signalering voor de HV, kennis van de sociale kaart over laten aan bijv. leidinggevende of andere contact persoon, per wijk te divers, de hele stad kennen is onmogelijk. Ook andere professional kunnen dit niet weten. Zoals een ergotherapeut niet wist waar hij/zij terecht kon in de wijk, wie wat doet.

Alle specialisten moeten terug kunnen vallen op een generalist in de wijk die dat overzicht wel heeft. De generalist pakt die signalen op en neemt dit zelf in behandeling of verwijst naar de juiste specialist. '*de neiging om het zelf te doen*', bij specialisten. Dit moet niet, specialisten weten heel veel van een heel klein stukje en moeten het verder over laten aan anderen.

Bezuinigingen thuiszorg, participatie, ondersteuning, collectieve voorzieningen. Heeft goede kanten, maar het risico is dat het doorslaat. De beweging, *van zorgen voor naar zorgen dat is een goede beweging*. Maar er blijft altijd een groep mensen waar je voor moet blijven zorgen. Goede beweging, maar dat het in het begin doorslaat is een groot risico, en zal later weer gecorrigeerd worden.

Goede ontwikkeling van verzorging, verpleging en begeleiding naar de WMO? Lijkt er nu op dat verpleging naar de zorgverzekeringswet gaat, verzorging naar de WMO. Knippen in het pakket is geen goede ontwikkeling, geen financiële knip, het moet één pakket blijven. Het maakt niet uit wie het pakket krijgt, als het maar één pakket is, zodat alle vormen van zorg ingezet kunnen worden waar dit nodig is. Wie dit beter kan? gemeente, zorgverzekeraar, is niet duidelijk en wil ik me ook maar niet over uit laten.

5. Wat is dan (nog) de meerwaarde van de Huishoudelijke Verzorging? Kan deze dan nog een bijdrage tot betere integrale zorg leveren?

Wel als er geïnvesteerd wordt, dan krijgt de HV een belangrijke meerwaarde, kan verergering van problemen voorkomen of tijdig signaleren, daardoor minder (snelle) opname in dure AWBZ instelling en afname kwaliteit van leven.

6. Wat verstaat u onder de functie begeleiding? Is dit een zelfstandige functie of juist deel van een/iedere functie?

Begeleiding zit overal een stukje, iedereen levert dit. Elke hv, pv, iedereen biedt nu ondersteunende begeleiding. OB, sommige mensen hebben alleen iemand nodig om wat structuur aan te bieden, zij kunnen zichzelf verzorgen, eten koken, boodschappen, maar missen structuur. OB moet een aparte functie blijven voor mensen die alleen ondersteuning nodig hebben in het behouden van de regie, iemand moet daar wel voor ingezet kunnen worden, afhankelijk van hoe gecompliceerd de problematiek is, kunnen verschillende hulpverleners dit uitvoeren. Als je OB inzet moeten er wel duidelijke doelen gesteld worden met een stappenplan en een einddatum. Het moet niet eindeloos ingezet worden, tenzij de problematiek dat vereist, zoals verstandelijk beperkten. Of als mensen steeds zieker worden en uiteindelijk komen te overlijden, dan is dat de einddatum. Resultaatgericht werken is wel noodzakelijk. En uit laten voeren door diegene die dat het beste kan.

7. Kan de Huishoudelijke verzorging dit ook (deels) uitvoeren?

Om te signaleren moet er meer geïnvesteerd worden in het personeel, kennisoverdracht is zeer belangrijk. Maar door alle bezuinigingen is daar op dit moment geen enkele financiële ruimte voor.

Een voorbeeld van samenwerking met de HV. De ouderenconsulent, kan de HV inschakelen om de cliënt te begeleiden, de consulent zet een stappenplan uit met een doel en de HV gaat dit uitvoeren met de cliënt. Dit gebeurt al in het revalidatieproces, de fysiotherapie leert de cliënt oefeningen aan, de verzorging gaat hier dagelijks mee aan de slag en brengt zo continuïteit aan in de zorg. Diezelfde oefeningen die geleerd zijn uitoefenen tijdens gewone dagelijkse bezigheden. Geen

standaardoplossingen voor alle problemen, dus niet voor iedereen die moeite heeft met koken automatisch maaltijden bestellen, maar kijken wat die cliënt graag zou willen en wat de mogelijkheden zijn. Kan de cliënt nog koken met wat ondersteuning? Als de 'dure' zorg van de fysiotherapie geen continuïteit in de thuissituatie krijgt, dan werk je eigenlijk het herstel proces tegen in plaats van dat de andere zorg deze zorg versterkt. Een gezamenlijk behandelplan, een integrale aanpak, met gezamenlijke doelen en aanpak.

8. Welke rol kan de professional (AMW, ouderenconsulent) hierin vervullen?

Ouderenconsulenten kunnen de generalisten zijn. Margot Scholte liet tijdens een presentatie aan de HHS drie cirkels zien, welzijn (AMW), zorg (medisch) en maatschappelijke (opbouwwerk) zorg invalshoek. In iedere invalshoek/cirkel één generalist die weet wat de specialisten er om heen doen. En wanneer iemand doorgestuurd moet worden naar één van de twee andere generalisten. Daarom heen specialisten die ingezet kunnen worden of de generalist in kunnen zetten. Signalen van specialisten terugschakelen naar de generalist en vice versa. Wisselwerking tussen generalisten en specialisten.

9. Wat voor organisaties/ projecten werken al met breder inzetbare huishoudelijk verzorgende? Of deel uitmakend van integrale teams/aanpak?

Vaak weten mensen niet wie wat doet, er zijn wel al enkele generalisten, maar vaak ongemerkt/ vanzelfsprekend ontstaan. Generalisten moeten duidelijker naar voren treden en specialisten moet binnen hun vakgebied blijven en anders doorverwijzen/ hulp inschakelen van generalist.

Bijlage 6. Literatuurverantwoording per deelvraag.

In deze bijlage heb ik de deelvragen opgedeeld in subvragen om richting te geven aan het literatuuronderzoek. Op deze wijze hoop ik gericht en efficiënter het onderzoek uit te kunnen voeren. Om zo kwalitatief en kwantitatief een beter onderzoek te krijgen.

1. Welke problemen ervaren zelfstandig wonende ouderen met een lichte tot matige beperking?

- Wie zijn de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen?
- Wat wordt er verstaan onder kwetsbare ouderen en wat voor problemen ervaart deze doelgroep?
- Wat voor begeleiding wenst deze doelgroep voor hun problemen?
- Wat voor alternatieven zijn er voor individuele extramurale begeleiding?
- Wat kan het sociale netwerk voor begeleiding/ondersteuning bieden?
- Welke rol heeft de EHV/begeleider naar het sociale netwerk?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heb ik een voorlopige literatuurlijst opgesteld, namelijk:

- Kwetsbare ouderen* (Van Campen & Ross, 2011), hierin wordt wat kwetsbaarheid is bij ouderen, hoe te signaleren, wat het beloop is en hoe mensen beschermt kunnen worden tegen kwetsbaarheid.
- Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies* (Bergman, et al., 2007) een beschrijving van kwetsbaarheid in de internationale wetenschappelijke literatuur.
- Ouderenmonitor 2011* (Van der Neut, 2011), geeft specifieke informatie van de doelgroep ouderen in Den Haag.
- Anders kijken.* (Willemse, 2006), ieder mens maakt deel uit van verschillende systemen, deze systemen zijn weer gerelateerd aan verschillende systemen, wat voor invloed hebben de systemen op kwetsbaarheid?
- Gezondheid en Welzijn van allochtone ouderen* (Schellingerhout, 2004), wat voor specifieke problemen ervaren allochtone ouderen en wie zijn zij?
- Ouderenzorg* (Brown & Gobbens, 2010), wat voor problemen ervaren mensen bij het ouder worden en hoe moet/kan daarmee worden omgegaan.
- Samenwerken aan decentralisatie van begeleiding* (VNG en Zorgverzekeraars Nederland, 2011) een toolkit van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland m.b.t. de decentralisatie van begeleiding, met o.a. wie krijgen begeleiding?

2. Welke vaardigheden worden nu geëist van de Extramurale Huishoudelijke Verzorging?

- Hoe ziet de functieomschrijving van de EHV er uit?
- Is EHV alleen maar schoonmaken of is het ook zorg leveren?
- Met wat voor cliënten heeft de EHV te maken?
- Welke houding is er vereist om EHV uit te voeren?
- Wat voor andere hulpverleners zijn er actief bij deze cliënten?
- Hoe wordt er met deze hulpverleners samengewerkt?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heb ik een voorlopige literatuurlijst opgesteld, namelijk:

- Functieomschrijving Huishoudelijk Verzorgende.* (Stichting Eykenburg, 2012) zoals deze op het moment van schrijven wordt gehanteerd.
- Huishouden in Holland* (Goewie, s'Jacob, & Van Overbeek, 1980) historisch beeld van het ontstaan de huishoudelijke verzorging tussen 1965 en 1980.
- Huishoudelijke Verzorging en de WMO* (Deelstra, 2008), beschrijft de historie, ontwikkelingen en de plaats van de huishoudelijke verzorging in de thuiszorg, daarnaast het verschil tussen de huishoudelijke verzorging in de AWBZ en de hulp bij huishouden in de WMO, (de)professionalisering, doel van de huishoudelijke verzorging en de kwaliteit.
- Thuiszorg in de WMO, wat is er nu werkelijk aan de hand?* (Verhagen, 2008) een eerste onderzoek naar de resultaten van de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de WMO.
- ABVAKABO FNV komt met herstelplan huishoudelijke verzorging* (ABVAKABO FNV, 2010) Visie van de vakbond op de verbetering van de huishoudelijke verzorging.
- Wegwijzer WMO* (Sijtema, 2008), waarin voorziet de WMO en wat is de toekomst visie van de VNG op de WMO in 2008.

- *Van indicatiestelling Huishoudelijke Verzorging naar Hulp bij Huishouden* (CIZ, 2005) wat wordt er verstaan onder hulp bij huishouden in de WMO, een protocol opgesteld door het CIZ om gemeente te helpen bij de decentralisatie.
 - *Kwetsbare mensen op de stoep van de thuiszorg* (Kort & Bakker, 2004), wat voor problemen ervaren met psychosociale, psychogeriatrische, pedagogische en psychiatrische problemen, en hoe kan de thuiszorg in samenwerking met de GGZ deze mensen ondersteunen. Kansen en valkuilen voor de thuiszorg, scholing, visie op de organisatie en ondersteuning medewerkers.
- 3. Welke vaardigheden zou de Extramurale Huishoudelijke Verzorging nodig hebben om de begeleidingsfunctie uit te kunnen voeren?**
- a. Wat wordt er verstaan onder begeleiding?
 - b. Wie voert deze begeleiding uit?
 - c. Welke vaardigheden zijn er nodig om dit uit te voeren?
 - d. Wat voor kennis is er nodig om begeleiding uit te voeren?
 - e. Welke houding is er vereist om begeleiding uit te voeren?
 - f. Hoe kunnen EHV-ers de benodigde kennis en vaardigheden het beste op doen/aanleren?
 - g. Welke rol kan/moet de professional in dit proces vervullen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heb ik een voorlopige literatuurlijst opgesteld, namelijk:

- *Van zorg naar participatie* (Hoenderkamp, 2011) Wat wil de gemeente met begeleiding in de WMO.
- *Van zorgverlener naar ondersteuner. Op jou komt het aan!* (Schutte & Van Limpt, 2012). Op welke manier kan je de cliënt, zijn omgeving en sociale netwerk ondersteunen om het zelf te doen. i.p.v. zorgen voor de cliënt...
- *Wie is de cliënt* (CIZ, 2011) Informatie van het CIZ over de huidige doelgroep van de functie begeleiding aan het einde van periode dat dit nog onder de AWBZ viel en het CIZ de indicatie stelde.
- *STERK met een vitaal netwerk. Empowerment en de sociaal netwerkmethodiek* (Scheffers, 2010). Het belang van het netwerk, empowerment (de kracht van het zelf doen, staat ook in de WMO).

4. Welke ideeën en/of oplossingen zijn er al ontwikkelt voor de uitvoering/inzet van de begeleidingsfunctie binnen de WMO?

- a. Hoe wordt hier over op landelijke niveau nagedacht bij de overheid, belangenorganisatie en kenniscentra?
- b. Hoe wordt hier over nagedacht op gemeentelijk niveau in Den Haag?
- c. Zijn er al oplossingen/ideeën tot een daadwerkelijke uitvoering gekomen?
- d. Wat zijn de resultaten en wat kan Stichting Eykenburg hiervan leren?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heb ik een voorlopige literatuurlijst opgesteld, namelijk:

- *Om deze vraag te beantwoorden zal ik vooral gebruik maken van interviews, bij de vorige vragen wil ik de uitkomsten uit de beschreven literatuur voorleggen aan sleutelinformanten om hun visie hierop te krijgen. Bij deze vraag wil ik vooral de visie van de sleutelinformanten en daar verder onderzoek naar doen in de literatuur.*
- *Oud is in!* (Gemeente Den Haag, 2011) 12 concrete projecten om ouderen in Den Haag te ondersteunen in de periode 2012-2014.
- *Inventarisatie gemeentelijke inzet Pakketmaatregel* (Hoenderkamp & Bos, 2010) inventarisatie hoe gemeenten omgegaan zijn met een toegenomen zorgvraag vanwege de wijziging pakketmaatregel AWBZ waarbij alle mensen met een psychosociale beperking geen aanspraak meer konden maken op de functie begeleiding.

Bijlage 7. Onderzoeksontwerp.

Onderzoeksaanpak:

- Bronnen.
 - Literatuur. (in bijlage 6 staat per deelvraag uitgewerkt welke boeken, rapporten ik ga gebruiken)
 - (wetenschappelijke) Artikelen.
 - Onderzoeken en Rapporten van wetenschappelijke organisaties zoals het:
 - Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
 - Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
 - Het Verwey-Jonker instituut.
 - Nationaal Programma Ouderenzorg.
 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
 - Internet.
 - Informatie vanuit het werkveld, zoals overkoepelende brancheorganisaties, samenwerkingsverbanden extramurale zorg.
 - Informatie vanuit de doelgroep, zoals overkoepelende ouderenorganisaties als de UnieKBO, PCOB, NVOG en NOOM.
- Methoden/technieken van informatieverzameling:
 - Literatuurstudie.
 - (Half) gestructureerde interviews.
 - Analyse van de uitkomsten van interviews.
 - Vergelijken van uitkomsten van interviews met bevindingen uit de literatuur.
- Methodische verantwoording van het onderzoek.

Om de validiteit van het onderzoek te bewaken zal ik bij de interviews en de literatuurstudie aan de volgende zaken aandacht besteden;

Interview: De interviews wil ik afnemen met verschillende sleutelinformanten die allemaal vanuit een andere invalshoek betrokken zijn bij de doelgroep zelfstandig wonende ouderen. Daarbij denk ik aan beleidsmakers (gemeente Den Haag), uitvoerende organisaties (Actiz), cliëntorganisaties (ANBO) en werknemersorganisaties Thuiszorg (ABVAKABO FNV). De interviews zullen half-gestructureerd zijn, daarbij zijn de onderwerpen wel goed uitgewerkt en van te voren bepaald waar het interview over zal gaan. Tijdens het interview zal er ruimte zijn om door te vragen op de gegeven antwoorden. Daarbij zal ik gebruik maken van opname apparatuur om het interview vast te leggen. Dit is een valide methode omdat ik bewust kies voor sleutelinformanten vanuit verschillende invalshoeken omdat dit onderzoek zich meer op het mesoniveau in de organisatie en de gemeente Den Haag richt. De individuele beleving van cliënten of medewerkers is hier niet van belang, het gaat om het 'grote plaatje' van de uitvoering van de Ondersteunende Begeleiding vanuit de WMO.

Literatuur: het gebruik van literatuur zal valide en betrouwbaar zijn omdat ik gebruik ga maken van meerdere theorieën en bronnen. Door middel van analyse en vergelijking met de uitkomsten van de interviews kan ik uiteindelijk valide en betrouwbare conclusies gaan trekken.

Stappenplan voor het afstuderen.

Per fase is er kort uitgewerkt wat de te nemen stappen zijn en het verwachte resultaat.

1. Oriëntatie en voorstel;

- verdiepen in het onderwerp via internet, literatuur en de actuele ontwikkelingen rondom het onderwerp,
- uitwerken onderzoeksopzet, planning uitwerken, zie verderop in deze bijlage, operationaliseren van de onderzoeksvragen (bijlage 6),
- inleveren onderzoeksopzet en feedback verwerken,
- tekenen contracten met opdrachtgever.

Resultaat: verder verdiepen in het onderwerp en de probleemstelling, met name onderzoeken wat de recente ontwikkelingen zijn en welke informatie er al is omtrent het onderwerp. Aan de hand van deze informatie een onderzoeksopzet uitwerken en inleveren bij de afstudeerbegeleider ter beoordeling. Na de goedkeuring kunnen de contracten met alle betrokken partijen getekend worden.

2. Voorbereiding;

- Verdiepen in onderwerp door middel van een literatuuronderzoek,
- Ontwerpen van interviewvragen aan de hand van het literatuuronderzoek (bijlage 5),
- bepalen welke sleutelinformanten benaderd moeten worden en afspraken maken met sleutelinformanten voor interviews,

Resultaat: verzamelen van relevante bronnen, markeren wat betrekking heeft op het onderwerp en die verschillende invalshoeken belichten. Om zo verschillende invalshoeken te gebruiken tijdens de interviews, zodat de interviews gebruikt kunnen worden als praktisch klankbord van de theorie.

3. Uitvoering;

- Literatuurstudie, relevante informatie verwerken in het onderzoek,
- Sleutelinformanten interviewen,

Resultaat: beschrijven van de geschiedenis van het probleem en de actuele (politieke) ontwikkelingen. Vanuit de literatuur een doelgroep beschrijving, ervaren problemen van de doelgroep, mogelijke ondersteuning/begeleiding van de doelgroep, benodigde vaardigheden van de hulpverleners, benodigde coaching.

4. Analyse en conclusie;

- Analyse van de uitkomsten van de interviews,
- Vergelijken van de uitkomsten van de interviews met de beschreven literatuur,
- Conclusies trekken op basis van het onderzoek, aanbeveling van de haalbaarheid van het plan om EHV in te zetten voor Ondersteunende Begeleiding aan Stichting Eykenburg.

Resultaat: De uitkomsten van de interviews analyseren, deze vergelijken met de uitkomsten van het literatuurstudie. Deze uitkomsten met elkaar vergelijken en aan de hand van de uitkomsten conclusies trekken en de bevindingen verwerken in de het eindproduct.

5. Ontwikkeling/advisering;

- Ontwerpen van een eindproduct, een adviesrapport waarmee concrete stappen ondernomen kunnen worden.

Resultaat: Een duidelijk eindproduct waaruit blijkt of de inzetbaarheid van de afdeling EHV als begeleiding van zelfstandig wonende ouderen met een lichte tot matige beperking haalbaar is. En of een coachingstraject waarmee EHV-ers opgeleid kunnen worden tot ondersteunende begeleiders een goede aanpak is en wie deze coaching uit moet voeren.

6. Presentatie;

- Presentatie door middel van het voorleggen van stellingen aan de beoordelingscommissie met betrekking tot het onderwerp.

Resultaat: De presentatie bestaat uit een drietal stellingen die verdedigd moeten worden tegenover de beoordelingscommissie met betrekking tot het onderwerp.

7. Omschrijving te verwachten eindproduct;

Een adviesrapport met daarin een duidelijk overwogen advies met betrekking tot de inzetbaarheid van EHV-ers in de functie van Ondersteunende begeleiders aan zelfstandig wonende ouderen met een lichte tot matige beperking.

Planning onderzoek.

Onderwerp	week	Door wie
Opstellen voorstel afstudeeronderzoek.	46	André
Inleveren onderzoeksvoorstel.	46	André
Beoordeling onderzoeksvoorstel	47/48/49	Afstudeerbegeleider/ beoordelaar
Uitvoeren literatuuronderzoek.	50/51/1/2/3	André
Vakantie.	52	André
Vorbereiden/vorm geven van interviews.	4/5/6	André
Afnemen van interviews.	8/9	André
Analyseren van interviews/literatuuronderzoek. Opstellen eerste voorlopige conclusies.	10/11/12	André
Schrijven van onderzoeksverslag	13/14/15/16/17	André
Inleveren concept onderzoeksverslag	17	André
Beoordeling concept onderzoeksverslag	18/19/20	Afstudeerbegeleider/ beoordelaar.
Feedback onderzoeksverslag verwerken	21/22	André
Uploaden van onderzoeksverslag in Ephorus ter beoordeling.	22	André
Opstellen stellingen m.b.t. verdediging onderzoek	23/24/25	André
Beoordeling onderzoek	25	Afstudeerbegeleider/ beoordelaar
Stellingen verdedigen voor de examencommissie	26	André/ afstudeerbegeleider/ beoordelaar school/ praktijkbegeleider.

Bijlage 8. Plan van aanpak aanbevelingen.

De aanbevelingen afsluitend aan dit onderzoek vragen om een ontwikkelonderzoek (Migchelbrink, 2009). Met dit inventariserend onderzoek is er gekeken of de huishoudelijk verzorgende ingezet kan worden als begeleider bij zelfstandig wonende ouderen. Om de uitkomsten uit dit onderzoek concreet vorm te geven moet er een ontwikkelonderzoek plaats vinden. Daarvoor is een goede samenwerking tussen Stichting Eykenburg en de gemeente Den Haag nodig, beide partijen moeten er van overtuigd zijn of worden dat de decentralisatie van de begeleiding naar de WMO kansen biedt om twee aparte functies samen te voegen tot één.

Ontwikkelonderzoek in stappen.

Stap 1: Analyse en beschrijving uitgangsprobleem.

Dit inventariserend onderzoek bevat de analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem. De grootste verandering is de decentralisatie van de begeleiding vanuit de AWBZ naar de WMO. Daarnaast dreigen er enorme bezuinigingen aan te komen op de huishoudelijke verzorging. Deze twee veranderingen bieden bedreigingen en mogelijkheden. Veel cliënten van de huishoudelijke verzorging verliezen dit mogelijk geheel of gedeeltelijk. De cliënten die wel huishoudelijke verzorging blijven ontvangen zijn vaker ouder, kwetsbaarder en hebben meerdere chronische aandoeningen. De decentralisatie van de begeleiding leidt tot een extra uit te voeren functie voor de gemeente Den Haag.

Stap 2: Het omschrijven van een oplossingsrichting.

De decentralisatie van de begeleiding vanuit de AWBZ naar de WMO biedt mogelijkheden om de functies huishoudelijk verzorging en begeleiding samen te voegen tot één functie. Stichting Eykenburg wil graag de cliënten die ondersteuning bieden die zij nodig hebben, naarmate de zorgvraag toeneemt wordt er ook meer gevraagd van de huishoudelijke verzorging. Door de functies huishoudelijke verzorging en begeleiding samen te voegen wordt er meer geëist van de huishoudelijk verzorger. Dat betekent dat er geïnvesteerd moet worden in kennis, maar ook een vraag is het om een andere mentaliteit. Schoonmaken is taken overnemen, begeleiding is een ondersteuning bieden in het zelf doen.

Stap 3: Inventarisatie van ontwerp- of oplossingsmogelijkheden.

Dit vraagt om verder onderzoek naar een nieuw vast te stellen functieomschrijving van de huishoudelijke verzorging met daarin begeleidingstaken. Welke eisen moeten er worden gesteld aan deze nieuwe huishoudelijk verzorgende? Hoe kan men deze mensen het beste opleiden? Hoe kan deze nieuwe medewerker het beste gemanaged worden? Welke ondersteuning en begeleiding hebben de medewerkers nodig om hun nieuwe functie uit te kunnen voeren?

Onderzocht moet worden welke verschillende mogelijkheden er zijn, hoe dit uitgevoerd moet worden en wat het oplevert en wat de voor- en nadelen zijn van deze mogelijkheden.

Stap 4: Keuze voor het te maken ontwerp.

Dit ontwikkelonderzoek moet in nauwe samenwerking tussen Stichting Eykenburg en de gemeente Den Haag plaats vinden. De uitkomsten van stap 3 moeten in een ontwerp samengevoegd worden met alle mogelijke alternatieven erbij. Een team bestaande uit medewerkers van Stichting Eykenburg en de gemeente Den Haag moeten samen tot een overeenstemming komen over het ontwerp dat de beste mogelijkheden en resultaten biedt.

Stap 5: Inschatting van de realiseerbaarheid.

Door middel van onderzoek moet er een inschatting gemaakt worden of dit plan haalbaar is. Hoe staan betrokkenen er tegenover? Wat gaat dit kosten en wat levert het uiteindelijk op? Zijn de kosten om de huishoudelijke verzorging op te leiden tot begeleider in evenwicht met de meerwaarde die een huishoudelijk ondersteuner dan kan bieden?

Stap 6: Uitwerken/ vervaardigen van het ontworpen product.

Op basis van de verkregen informatie uit het inventariserend onderzoek en vanuit het ontwikkelonderzoek kan het ontwerp ingevuld worden. Het idee en de grote lijnen zijn uitgezet in de ontwerpfase, in deze fase is het de taak om de plannen concreet te maken. Dit houdt in, mensen selecteren, training opzetten en uitvoeren.

Stap 7: Testfase.

Het concreet uitgewerkte plan moet eerst op kleinschalige niveau uitgetest worden. Door met een kleine groep huishoudelijk verzorgenden dit plan uit te proberen kan er nagegaan worden of het realistisch is, wat de zwakke en sterke kanten zijn en hoe problemen opgelost kunnen worden. Door middel van onderzoek wordt er nagegaan of het ontworpen plan ook echt de juiste resultaten oplevert. Ook mogelijke kinderziektes kunnen op deze wijze aan het licht worden gebracht.

Stap 8: Implementatie.

Nadat de laatste verbeteringen zijn aangebracht kan de implementatie plaats vinden op het hele team. De keuze kan gemaakt worden om dit stapsgewijs of in één keer in te voeren. Dit is sterk afhankelijk van de beschikbare mogelijkheden en middelen. Na verloop van tijd kan het zeer zinvol zijn om door middel van een evaluatieonderzoek na te gaan of deze verandering ook daadwerkelijk de verwachte resultaten heeft opgeleverd.

Tot slot.

De tijd die nodig is om dit plan uit te voeren is ongeveer 1 jaar. Nadat dit inventariserend onderzoek is goed gekeurd moet allereerst de gemeente Den Haag zich achter dit plan scharen. Aangezien er heel veel veranderd en er grote bezuinigingen dreigen zal dit nog heel wat voeten in de aarde hebben. In een realistische planning kan men er vanuit gaan dat er al snel vier maanden nodig zijn om overeenstemming te bereiken met de gemeente. Nadat hier overeenstemming over bereikt is, is er vier maanden nodig om het ontwikkelonderzoek uit te voeren en een ontwerp te maken. Na goedkeuring van het ontwerp moet er zeker vier tot zes maanden proef worden gedraaid. De decentralisatie van de begeleiding zou volgens de huidige planning in gaan op 1 Januari 2015. Daarmee zou er voldoende tijd zijn voor de gemeente Den Haag om dit plan uit te testen voordat zij de begeleidingsfunctie uit moeten gaan voeren.