

2013



Mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

's Heeren Loo 

Sandra Brussee -Beukers
Studentnummer 1057877
April 2013

Inhoud

Management Samenvatting	3
Management Summary	4
1. De aanleiding	6
2. Pluriform beeld	6
2.1 DESTEP – Analyse	7
2.2 De SWOT – Analyse	11
2.3 Samenvatting van de Analyses	12
3. Voorlopige vraagstelling	13
3.1 De voorlopige vraagstelling	13
4. Het theoretisch kader	13
4.1 Wat is dementie?	14
4.2 Wat is er bekend over de zorgvraag op het gebied van wonen met dementie?	14
4.3 Woonwensen van verstandelijk beperkten met dementie	15
4.4 Domotica en dementie	15
4.5 Samenvatting theoretisch kader	15
5. Conceptueel model	17
6. De doelstelling	17
7. De definitieve centrale vraagstelling en de deelvragen	18
7.1 De definitieve centrale vraagstelling	18
7.2 De deelvragen	18
8. De randvoorwaarden van het onderzoek	18

9. Plan van Aanpak	18
9.1 De onderzoeksstrategie	19
9.2 Deelvraag 1	19
9.3 Deelvraag 2	20
9.4 Deelvraag 3	21
9.5 Kwaliteit en bruikbaarheid van de gegevens	22
9.6 Fasering van het onderzoek	23
9.7 Planning	23
10. Onderzoeksresultaten	23
10.1 Resultaten per onderzoekstechniek	23
10.2 Inhoudelijke onderzoeksresultaten per deelvraag	25
10.2.1 Resultaten deelvraag 1	25
Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 1	29
10.2.2 Resultaten deelvraag 2	30
Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 2	36
10.2.3 Resultaten deelvraag 3	37
Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 3	40
11. Conclusies en Aanbevelingen	41
11.1 Conclusies	41
11.2 Aanbevelingen	45
12. Reflectie	46
Literatuurlijst	48
Geraadpleegde websites	49
Bijlage	50

Management Samenvatting

Door besluiten vanuit de overheid veranderde het zorgaanbod van 's Heeren Loo Noordwijk in 2010 van 960 cliënten woonachtig op het terrein van de hoofdlocatie naar ca. 550 op het terrein en 400 in de regio. Deze regio is de regio Zuid-Holland Noord.

In het brede aanbod aan zorg in de regio Zuid-Holland Noord welke aan de hand van de woon- werk carrière in kaart wordt gebracht ontbreekt een woning voor mensen met een verstandelijke beperking die aan het dementeren zijn. Mede in verband met de toenemende vergrijzing en bovenstaand besluit van de overheid is er vraag naar een dusdanige woonvorm.

Het doel van het onderzoek dat in dit verslag beschreven wordt is om de woonvoorwaarden van de mens met een verstandelijke beperking met dementie in kaart te brengen. Deze woonvoorwaarden zullen in een later stadium meewegen in het realiseren van een dusdanige woonvorm.

De definitieve centrale vraagstelling is op basis van het pluriform beeld in de probleemverkenning, het theoretisch kader en het conceptueel model geformuleerd.

De centrale vraagstelling is: Welke voorwaarden op het bouwtechnisch gebied en domotica vloeien voort uit de zorgvraag van de mens met een verstandelijke beperking met dementie die in de wijk woont?

De conclusies en aanbevelingen, waarmee antwoord wordt gegeven op bovenstaande centrale vraagstelling, zijn tot stand gekomen middels literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek. De onderzoeker heeft breed onderzoek gedaan door zowel intern als externe onderzoekstechnieken toe te passen. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op een kleine populatie respondenten. De onderzoeker heeft echter wel gemeten wat zij wilde meten en de uitkomsten van het onderzoek bevatten voor 's Heeren Loo nuttige informatie om in de toekomst een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk te realiseren.

Vanuit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de voorkeur uit gaat naar gelijkvloerse laagbouw gerealiseerd in nabijheid van ondersteunde diensten zoals een arts en pedagoog maar ook in de buurt van winkels, scholen of een park. Het is belangrijk dat er reuring in de buurt is en bij voorkeur is het uitzicht vanuit de centrale woonkamer hier op gericht. De centrale woonkamer dient minimaal 10 m² per cliënt te bevatten met om de meter een stopcontact vlak bij de grond. De woning dient rolstoelvriendelijk te zijn met een voorspelbare indeling. Een brede rondgang met verschillende nisjes en brede deuren zijn belangrijk. Om volume te creëren voor contact en samenwerkingsmogelijkheden onder verzorgende is het belangrijk om minimaal twee woningen naast elkaar te situeren. Of de woonkamers hierbij naast elkaar liggen of met een gang er tussen blijft een vraagstuk en het onderzoeken hiervan is opgenomen in de aanbevelingen. Een half open keuken, ruime lichtinval, en een tuin met hoge plantenbakken waar bewoners zelfstandig gebruik van kunnen maken verdienen de voorkeur. Grote beveiligde ramen voor voldoende zonlicht zijn belangrijk, echter geen ramen tot de grond. De vloer mag geen kleurverschil bevatten ook niet in drempels en overgangen naar een andere ruimte. Het is belangrijk om de woning levensbestendig te bouwen. Een XY til systeem in iedere slaapkamer en badkamer waar alle voorzieningen aanwezig zijn om de cliënt in iedere fase van zijn dementie optimaal te kunnen ondersteunen wordt aanbevolen.

In verband met deze fasen en de steeds wisselende zorgvraag van cliënten is het belangrijk dat meubels eenvoudig verplaatsbaar zijn en er een grote opslagruimte is om deze even uit de woning te halen indien nodig. De voorkeur gaat uit naar een aparte snoezelruimte en een aparte dagbestedingsruimte in de woning. Wat domotica betreft is het wenselijk dat de gebruikelijke domotica zoals nachtbeluistering, bewegingsmelders, bedmatten en deurmelders in de bouw worden meegenomen. Het gebruik van een leefcirkelconcept (detectie en preventie op dwalen) en biologische klok stimulerende verlichting lijkt gezien de doelgroep toepasselijk. Het belangrijkste is dat de basisvoorzieningen om met domotica te werken in de bouw worden mee genomen. Daarmee kan men indien er later behoefte aan is, alles makkelijk koppelen en gebruiken (plug and play). Aanpassen van een woning waarbij dit niet gerealiseerd is kan alsnog worden gedaan maar afhankelijk van het tempo van het dementeringsproces, kan het zijn dat er achter de feiten wordt aangelopen. Door de aanpassing in de bouw mee te nemen kan er vanuit de individuele cliëntvraag gekeken worden wat nodig en noodzakelijk is. Bij dementerenden is het van belang om vroegtijdig in te spelen op het verlies van functies en het soms daarmee samenhangende gevoel van falen te compenseren. Omdat dementeren (vaak) een geleidelijk proces is, moet worden opgepast dat er geen sprake is van betutteling. Er zijn namelijk ook momenten dat een cliënt bepaalde zaken wel zelf kan, dus geen hulp(middelen) nodig heeft. Dus ook hier geldt: maatwerk. Stelregel: waarneming, signalering en reactie.

Management Summary

Due to decisions made by the government, the offer for Housing of 's Heeren Loo Noordwijk changed from 960 clients living on the premises in 2010 to around 550 living on the premises and another 400 in the region, this region being South –Holland North. The wide variety of care in the region South- Holland North which has been studied and mapped by housing – work and career, lacks housing for people who are mentally impaired and are suffering from dementia. Mainly due to the growing number of elderly and because of the above mentioned decision of the government there is a demand for such housing.

The objective of the research which is described in this report, is to determine the housing requirements of people who are mentally impaired and suffer from dementia. These housing requirements will, in a later stage, partly determine the realization of such housing.

The final central research question has been determined based on a multiform representation in problem orientation, the theoretical framework and the conceptual model . The central research question is : Which structural and home automation conditions are required based on the care that people who are mentally impaired and suffering from dementia need when living in a housing estate?

The conclusions and recommendations to the central question have been defined through research in literature and qualitative research. The researcher has done the research in a very broad manner looking at internal and external research methods. The researcher did measure what she wanted to measure and the result of the research does contain useful information for 's Heeren Loo.

With the results 's Heeren Loo will, in future, be able to realize housing in existing housing estates, that meet the requirements of people with a mental impairment suffering from dementia.

From this research it can be concluded that the preference goes out to one story housing all on one floor, built in close proximity to services like doctors and pedagogues , but also near shops, schools or a park. It is important that there is some activity in the neighborhood and that preferable the view from the sitting room shows this activity. The central living rooms need to be a minimum of 10 square meters per client and have an electricity socket every meter close to the floor. Housing needs to be wheelchair friendly and the mapping of the house needs to be predictable. Hallways need to be wide as must the doors. There should be enough room to enable working together.

To enable contact and collaboration for the careers it is important to have a minimum of two houses situated next to each other. If this means that the living rooms need to be located next to each other or with a hall way in between them, remains unanswered. One of the recommendations of this research it is to further investigate this question.

A half open kitchen, with enough light and a garden with raised bedding to enable the habitant to garden independently, are other preferences of housing. Large safety windows which allow for plenty of sunlight are important, however windows should not reach to the floor. The floor needs to be in one colour, thresholds in the same colour. It is important that housing is built for full lifetime living possibilities. A XY liftingsystem in each bedroom and bathroom and all requirements for a client to support the needs in every phase of dementia.

Because of the different phases and the changing needs of care of the clients, it is important the furniture is easily (re) moveable and that there is room to store this furniture if required. The preference goes to a separate "snoezel" area and a separate area for day care. Regarding home automation, the usual automation such as a night monitoring system, motion sensors, bedmats, doorsensors etc, should be built in during the building phase. Use of a so called life circle concept and lightening that simulate the biological clock seems to be relevant for these groups of patients.

When all of this automation is built in, this offers the possibility to use it as plug and play as required in the different stages of dementia and presents lagging begin the needs of the patients when this will need to be built in afterwards. With dementia it is important that the patient is prevented from feeling they are failing, and for this it is important to monitor and offer those additional care options when required.

Seeing as dementia is often a gradual process, care must be taken that the clients is not patronized in the early stages. There will be moments that the clients can life without aid and moments when additional aid is required. Precept: observation, signalling and reaction.

1. De aanleiding

De overheid heeft in 1999 bepaald dat per 2010 bijna de helft van de mensen met een verstandelijke beperking van het wonen op een beschermd terrein een kleinschalige woonvorm in de wijk aangeboden moesten krijgen (Determeijer, 1999). Hierdoor veranderde de samenstelling van het zorgaanbod van 's Heeren Loo Noordwijk van 960 cliënten woonachtig op terrein naar ca. 550 op het terrein en 400 in de regio. Deze regio is de regio Zuid-Holland Noord. Op het terrein wonen cliënten met een gedragscomponent die behoren bij de groep met een zorgzwaartepakket zes en zeven. Tevens wonen cliënten met een grote lichamelijke zorgvraag op het terrein. De overige cliënten zijn op een paar uitzonderingen na gehuisvest in de regio. Hierbij gaat het om de groep cliënten met een zorgzwaartepakket twee, drie, vier, vijf en acht.

De regio Zuid-Holland Noord heeft een breed aanbod aan zorg dat in de regio/wijk gegeven wordt. Aan de hand van een woon- werk carrière wordt dit aanbod in kaart gebracht. In het brede aanbod dat deze regio biedt ontbreekt een woning voor mensen met een verstandelijke beperking die aan het dementeren zijn. Mede in verband met de toenemende vergrijzing en het besluit van de overheid in 1999 is er vraag naar een dussdanige woonvorm. In andere regio's wordt deze zorg wel geboden maar niet buiten het terrein. In de regio Zuid-Holland Noord wordt vaak zo lang mogelijk geprobeerd de zorg voor deze cliënten in de huidige woongroep te blijven bieden. Helaas gebeurt het met regelmaat dat de zorgvraag van de cliënt uiteindelijk te zwaar wordt en de huidige visie en doelgroep van deze woonvorm niet meer aansluit bij deze cliënt. Daarnaast gebeurt het ook dat huisgenoten belemmerd worden in hun dagelijkse doen en laten door de specifieke zorgvraag van de dementerende cliënt. Nu worden cliënten die aan het dementeren zijn overgeplaatst naar het terrein maar de praktijk wijst uit dat zij dit niet willen omdat we hen geleerd hebben dat zij prima in de wijk kunnen wonen of omdat zij vanuit de thuissituatie direct in een woonvorm in de wijk (buiten het terrein) zijn opgenomen. Tevens geeft een groot gedeelte van de familie van deze cliënten aan hier moeite mee te hebben.

In de visie van de regio Zuid-Holland Noord (bijlage1) staat omschreven dat we het belangrijk vinden dat de cliënt zelf in regie is. Dat we hem kennen en weten wat hij belangrijk vindt. Vanuit deze visie is het onze taak om ons zorgaanbod te verbreden. Dit om te kunnen voldoen aan de zorgvraag van de cliënt die aan het dementeren is en aangeeft niet te willen verhuizen naar het instellingsterrein, aangezien dit aanbod nog geen onderdeel is van het totale zorgaanbod.

2. Pluriform beeld

Hieronder wordt het pluriform beeld van de IST situatie aan de hand van twee modellen weergegeven. In paragraaf 2.1 is de DESTEP- Analyse beschreven. Middels deze Analyse is de IST situatie weer gegeven vanuit demografisch, economisch, sociaal- cultureel, technologisch, ecologisch en politiek oogpunt.

In paragraaf 2.2 is de Swot- Analyse beschreven. De sterke en zwakke kanten van de onderneming zijn in kaart gebracht. Daarbij zijn de kansen en bedreigingen die op de onderneming afkomen benoemd.

2.1 DESTEP – analyse

De DESTEP- analyse is een externe analyse die een kader van de macro- omgevingsfactoren omschrijft die van belang zijn voor het strategisch management (Mulders,2010).

D= Demografisch E= Economisch S = Sociaal-cultureel T= Technologie E= Ecologisch P = Politiek

2.1.1 Demografische factoren

De levensverwachting in 2011 was voor mannen 79 jaar en voor vrouwen bijna 82,7 jaar. Daarmee is voor mannen is de levensverwachting van 2001 tot 2011 gestegen met 3,2 jaar en voor vrouwen met twee jaar. Dit schrijft het Centraal Bureau Statistiek [CBS] (2012) in het verslag Gezondheidszorg in cijfers.

In het signaleringsrapport van het college bouw- en ziekenhuisvoorzieningen (2003) staat dat dit te maken heeft met een aantal ontwikkelingen. Er is sprake van een verbetering van de medische zorg en een stijging van het welvaartspeil in het algemeen.

In de tabel bevolking; kerncijfers (CBS,2012) staat beschreven dat in 1975 70,3% procent van de bevolking jonger dan 20 jaar was en 29,4 % van de bevolking had een leeftijd tussen de 20 en 40 jaar. Van de bevolking had 25,6% procent een leeftijd tussen 40 en 65 jaar en 6,7% was destijds ouder dan 65 jaar.

In 2008 was het percentage jongeren onder de twintig jaar 24% en was 26% van de bevolking tussen de twintig en veertig jaar. In de leeftijd tussen 40 en 65 jaar was het percentage 35,3%. En was 11% ouder dan 65 jaar. Bovenstaande percentages laten duidelijk zien dat er sprake is van een toenemende vergrijzing die de komende jaren alleen nog maar zal stijgen.

Daarbij is voor mensen met een verstandelijke beperking naast de maatschappelijke vergrijzing een duidelijke vergrijzing van de instroom in instellingen waar te nemen. De gemiddelde leeftijd van nieuw opgenomen cliënt neemt toe.

In de brochure dementie bij mensen met een verstandelijke handicap (Maaskant & Schuurman,n.d.) staat beschreven dat het niet bekend is hoeveel mensen met een verstandelijke beperking in Nederland dementie hebben. Er zijn geen landelijke gegevens hier over. Dementie komt vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen die normaal begaafd zijn. De verstandelijke beperking brengt regelmatig een verhoogde kans op dementie met zich mee. Voorbeelden hiervan zijn mensen die regelmatig een epileptisch insult hebben, het Sanfilippo syndroom of het Down syndroom. Mensen met het downsyndroom hebben een verhoogde kans op dementie vanaf hun veertigste jaar en mensen met het Sanfilippo syndroom al op jong volwassen leeftijd.

2.1.2 Economische factoren

In de indicatiewijzer van het Centrum indicatiestelling zorg [CIZ] (2012) is de rol van de mantelzorger uitvoerig beschreven. Zij zijn een belangrijke factor in de zorgverlening.

Het Sociaal Cultureel Planbureau [SCP] geeft echter aan dat ondanks de vergrijzing die vooral na 2020 duidelijk zichtbaar wordt de balans tussen vraag en aanbod op het gebied van mantelzorg redelijk in balans blijft. De verwachting is wel dat de toekomstige mantelzorger behoed moet worden voor overbelasting omdat zij zelf al op leeftijd zijn.

In het onderzoek naar effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie (provinciale raad voor de volksgezondheid, 2011) staat beschreven dat mantelzorgers van kleinschalige woonvormen meer tevreden zijn dan mantelzorgers van de gewone verpleegafdeling. Gemiddeld krijgt de kleinschalige woonvorm een rapportcijfer van 8,5 ten opzichte van een 7,2 van de verpleegafdeling. De voordelen van kleinschalig wonen worden door de mantelzorgers gezien in de huiselijke sfeer, het persoonlijk contact en het feit dat bewoners en mantelzorgers eigen keuzes kunnen maken. Knelpunten zien zij in de kwetsbare bezetting op kleinschalige woonvormen en het beperkte aanbod aan activiteiten. Daarbij geven zij aan dat in kleinschalige woonvormen minder keuze is met wie je wel of niet om wilt gaan.

2.1.3 Sociale factoren

Dementie raakt niet alleen de mens met de ziekte maar ook zijn omgeving, met name de mensen die het dichtst bij hem of haar staan. Naast de praktische problemen en de zorg die het proces met zich mee brengt krijgen zij te maken met het veranderingsproces van een voor hen geliefd persoon. Zij moeten afscheid nemen van een persoon die liefelijk nog wel aanwezig is, maar steeds meer verandert en hen uiteindelijk niet meer zal herkennen. Boosheid, nabijheid, rouwen en herkenning maken plaats voor een tijd met weinig gevoel en vaak zonder herkenning. Dit kan een gevoel van machteloosheid en onbegrip geven.

Ondersteuning van mantelzorgers en familie is belangrijk als het gaat om de zorg voor de cliënt (Blom, in Nouws, 2005). De relatie van de cliënt en de mantelzorger is van wederzijds belang. Het verstoren van deze relatie is slecht voor de cliënt. Het gebeurt regelmatig dat een mantelzorger een burn-out krijgt ook al is de cliënt opgenomen in een zorgvoorziening (Grijpdonck, 2000). Het is belangrijk dat de organisatie waar de cliënt woont aandacht heeft voor beide partijen.

Het begrip maatschappelijke zorg of te wel community care richt zich op de gevoelens, empathie en emotionele behoeften van de mens. Deze zorg bestaat uit meerdere netwerken van informele en formele relaties waarbij de krachten worden gebundeld bij moeilijkheden, ziekte en rouw.

Maatschappelijke zorg is een combinatie van vrijwillige en professionele inzet waarbij sprake is van zowel verzorging als sociale en emotionele steun. Alle ondersteuning, diensten en hulp die de samenleving en de sector kunnen bieden worden hierin opgevat (Vliet, Duyvendak, Boonstra & Plemper, 2004). Er is geconcludeerd dat de krachtige combinatie van deze verschillende partijen nog niet kenmerkend is voor Nederland (Plemper & Van Vliet, 2002). De samenwerking tussen de niet-professionele zorg en de professionele zorg worden in geringe mate vormgegeven. Het ontwikkelen en invullen van de samenwerking is een uitdaging voor de sector zorg en welzijn (Vliet, Duyvendak, Boonstra & Plemper, 2004). Binnen de regio Zuid- Holland- Noord van 's Heeren Loo is reeds een omslag gemaakt om de combinatie van deze partijen in kaart te brengen en te verbinden. Hiervoor is de netwerkkaart ontwikkeld (bijlage 2) en de methode buurtbesef (bijlage 3).

Middels de netwerkkaart wordt van iedere individuele cliënt het netwerk in kaart gebracht. Dit geeft inzicht in de mogelijkheden en kansen om het netwerk uit te breiden en of te versterken.

De methode buurtbesef leert medewerkers naar buiten treden. Zij zijn diegene die de cliënt ondersteunen in het maken van contact met de buurt en als de cliënt hier zelf niet toe in staat is nemen zij dit over.

2.1.4 Technologische factoren

In toenemende mate worden in zorginstellingen zorgtechnologieën toegepast. Dit noemt men Domotica.

Domotica is afgeleid van het Latijnse woord domus en betekent letterlijk woonhuisautomatisering (Nouws, 2005). Domotica maakt het mogelijk dat verzorgers meer tegemoet kunnen komen aan de wensen van de cliënt. Tevens kan het de werkdruk verminderen die de komende jaren gezien de vergrijzing en de beperkte middelen alleen maar zal toenemen.

Domotica biedt enerzijds ondersteuning in het dagelijkse leven van de cliënt en anderzijds zijn er toezichthoudende vormen in het primaire proces die gericht zijn op het beperken van de vrijheid van de cliënt en/of beveiligen van de cliënt. Deze laatste vorm kan dienen als een mild alternatief van vrijheidsbeperking en fixatie. Domotica is een veelbelovende technologische ontwikkeling die tegelijkertijd ethische en juridische vragen oproept (Depla, Freriks, Hertog & Niemeijer, 2012). Hier wordt nader op ingegaan bij de P van deze analyse.

Voorbeelden van gebruik van domotica die kunnen ondersteunen bij het begeleiden van een mens met een verstandelijke beperking met dementie zijn:

- Bedmatten -> hierbij krijgt een medewerker een melding als een cliënt zijn bed verlaat;
- Bewegingmelders -> hierbij krijgt een medewerker een melding als een cliënt buiten een bepaald gebied komt;
- Beluisteringssysteem -> hierbij kan er vanuit een centraal punt beluisterd worden; ('s Heeren Loo gebruikt dit systeem om in de nacht de slapende cliënt te monitoren. Dit kan op verschillende niveaus).
- Deurmelder -> hierbij krijgt een medewerker een melding als de cliënt een deur open doet;
- Passiviteitalarmering -> hierbij krijgt de medewerker een melding als er geen activiteit meer wordt waargenomen;
- Inbraak aan en uit schakelaar -> zodra de cliënt de woning verlaat gaat het licht uit en staat het inbraakalarm aan;
- Beeldtelefonie;
- machinebediening door communicatie.

Bij het toepassen van domotica is het belangrijk om de cliëntgroep goed in kaart te brengen en de wensen en behoeften van de cliënt te inventariseren. Hierbij dient het uitgangspunt van de kleinschaligheid en het zo gewoon mogelijk leven in acht te worden genomen (Swemmer, 2004).

2.1.5 Ecologische factoren

Dementie op zich wordt niet gezien als welvaartziekte, dementie kan wel ontstaan als neveneffect van welvaartziektes zoals suikerziekte of alcoholvergiftiging. Door de toenemende welvaart en betere zorg in de westerse landen worden mensen steeds ouder waardoor het aantal dementerende toe neemt.

In Zuid – Holland zal het aantal dementerenden de komende jaren groeien van ruim 34.000 in 2005 tot 64.000 in 2030. Dit is een groei van 48%. In de regio Zuid- Holland is ten opzichte van andere regio's een achterstand te zien in het realiseren van kleinschalige woonvormen. Als mogelijke oorzaak hiervan wordt het cultuur instituut denken, de fusiegolf bij zorginstellingen en de grondprijspromblematiek bij de gemeenten genoemd (Regionaal Bureau Gezondheidszorg, 2010). In het rapport van het regionaal planbureau gezondheidzorg Zuid- Holland van 2010 staat beschreven dat slechts een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking een kleinschalige woonvorm heeft opgezet. Er staat beschreven dat het uitgangspunt in deze sector is dat de dementerende verstandelijk beperkte mens zo lang mogelijk in zijn huidige groep blijft wonen en niet in aparte groepen. De zwaarte van de verstandelijke beperking is leidend en niet de dementie.

2.1.6 Politieke en Juridische factoren

Politiek

De overheid heeft in 1999 bepaald dat vanaf 2010 bijna de helft van de mensen met een verstandelijke beperking van het wonen op een beschermd terrein een kleinschalige woonvorm in de wijk aangeboden moesten krijgen (Determeijer, 1999). Hierdoor veranderde de samenstelling van het zorgaanbod van 's Heeren Loo Noordwijk van 960 cliënten woonachtig op terrein naar circa 550 op het terrein en 400 in de regio. De 400 cliënten die in de regio wonen vallen onder de regio Zuid- Holland- Noord.

De regio Zuid- Holland- Noord heeft een breed voorzieningsaanbod op het gebied van dagbesteding, werken en wonen. Deze voorzieningen verspreid tussen Noordwijk, Katwijk aan Zee, Alphen aan de Rijn en Haarlem.

Om dit aanbod inzichtelijk te maken zijn alle mogelijkheden op het gebied van werken en wonen in kaart gebracht. In het overzicht van de woonwerkcarrière is te zien dat producten op elkaar aan sluiten en kan men eenvoudig zien waar een cliënt zijn volgende stap kan zetten in deze ladder. Wil hij een stapje terug doen, rustiger aan doen of wil hij doorgroeien naar meer zelfstandigheid (bijlage 4). In het aanbod van deze woonwerkcarrière mist het aanbod voor mensen met een verstandelijke beperking die aan het dementeren zijn.

Juridisch

Zoals bij technologische factoren omschreven is, is het gebruik van domotica niet waardevrij. Ondanks dat domotica vaak wordt ingezet om andere maatregelen in het kader van de wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen [BOPZ] af te schaffen, is er tot op heden nog geen duidelijke ethische en juridische consensus omtrent de toepassing (Niemeijer, Fredriks, Riphagen, Legemaate, Eefsting & Hertogh, 2010).

Zorginstellingen wenden domotica aan als alternatief voor bijv. gesloten deuren, fixatie en separatie. Dit wordt over het algemeen gezien als een positieve ontwikkeling omdat deze maatregelen de vrijheid van de cliënt minder beperken (Zwijssen, Niemeijer, & Hertogh, 2011). Voorbeelden hiervan zijn GPS technologieën, passieve alarmeringssytemen en deur en bewegingsmelders. Echter kan domotica ook als een vrijheidsbeperking gezien worden. Een elektronische barrière is ook een barrière. In de huidige wet en de Wet BOPZ wordt niet gesproken over domotica.

In het wetsvoorstel zorg en dwang (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008) wordt dit wel benoemd. Hierin staat dat het toepassen van toezichthoudende vormen van domotica alleen mogen worden toegepast in overeenstemming met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger.

2.2 De SWOT - Analyse

De reeds onderzochte theorieën en gegevens worden in figuur 1 weergegeven aan de hand van een Swot Analyse. De sterke (strengths) en zwakke (weaknesses) kanten van de nieuwe woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie zijn in kaart gebracht. Daarbij zijn de kansen (opportunities) en bedreigingen (threats) die op de onderneming afkomen benoemd (Mulders, 2010).

	Positief	Negatief
Intern	Strengths:	Weaknesses:
	Wonen in de wijk/regio	Bij ziekte zijn tekorten
	Huiselijke sfeer	lastiger op te vullen dan bij
	Meer inspelen op individuele wensen van de cliënt	grote groepen/ teams
	Kleinere cliëntgroepen	Goede samenstelling woongroep
Extern		Formatie personeel indicatie afhankelijk
	Opportunities:	Threats:
	Vergrijzing zet door	
	Aantal dementerenden neemt toe	Wetten en regels (domotica)
	Meer vraag naar kleinschaligheid	Financieringsproblemen- bezuinigingen
	Ondersteund door de overheid	
	Uniek product in de regio t.o.v. concurrent	Waarden en normen maatschappij

Figuur 1

Vanuit de eerder benoemde gegevens kan geconcludeerd worden dat er behoefte is naar een woning voor mensen met een verstandelijke beperking in de wijk. Dit is opgenomen in de externe analyse. De vergrijzing neemt toe en er ontstaat een grotere vraag naar kleinschalige wooneenheden. Dit initiatief wordt tevens ondersteund door de overheid.

De externe analyse laat zien dat de wetten en regels die de zorg kent, de bezuinigingen in de zorg en de waarden en normen van de maatschappij een bedreiging vormen.

Vanuit de interne analyse is te zien dat de positieve punten aansluiten bij de visie van de regio Zuid-Holland- Noord. Er kan meer worden ingespeeld op de individuele behoefte van een cliënt in kleinere cliëntgroepen en een huiselijke sfeer.

De interne zwakte waar men mee te maken krijgt is het formeren van een goede groepssamenstelling, het opvangen van personeel bij ziekte en de personele formatie. Deze moet aansluiten bij het zorg zwaartepakket van de cliënten.

2.2.1 Conclusie vanuit de Swot Analyse

Gezien de vergrijzing toeneemt en daarmee het aantal dementerenden is bij de opportuniteiten weer gegeven dat er vraag is naar een woning voor mensen met een verstandelijke beperking die aan het dementeren zijn. De Strengths geven aan dat deze woonvorm goed aansluit bij de behoefte van de cliënt.

De weaknesses en threats bij het realiseren van een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie in de wijk zijn duidelijk aanwezig. Het zijn aandachtspunten die mee wegen bij de inrichting van het uiteindelijke project. Daarentegen is duidelijk te zien dat de kans van slagen groter is. De zwakke punten die zijn weergegeven zijn niet van dusdanige aard dat de kans van slagen van het product onwaarschijnlijk is.

2.3 Samenvatting van de Analyses

De Destep-Analyse laat zien dat de levensverwachting van zowel mannen als vrouwen toe neemt, er is sprake van vergrijzing. Bij mensen met een verstandelijke beperking neemt naast de maatschappelijke vergrijzing een duidelijke vergrijzing van de instroom in instellingen waar te nemen (CBS, 2012). Dementie komt vaker voor bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij mensen die normaal begaafd zijn.

In de indicatiewijzer (CIZ, 2012) is de rol van de mantelzorger uitvoerig beschreven. De verwachting is dat de toekomstige mantelzorger behoedt moet worden voor overbelasting omdat zij zelf al op leeftijd zijn. De voordelen van kleinschalig wonen worden door de mantelzorgers gezien in de huiselijke sfeer, het persoonlijk contact en het feit dat bewoners en mantelzorgers eigen keuzes kunnen maken. Knelpunten zijn de kwetsbare bezetting op kleinschalige woonvormen en het beperkte aanbod aan activiteiten.

Community care richt zich op de gevoelens, empathie en emotionele behoeften van de mens. Deze zorg bestaat uit meerdere netwerken van informele en formele relaties waarbij de krachten worden gebundeld bij moeilijkheden, ziekte en rouw. Er is geconcludeerd dat de krachtige combinatie van deze verschillende partijen nog niet kenmerkend is voor Nederland (Plempers & Van Vliet, 2002). Binnen de regio Zuid-Holland Noord van 's Heeren Loo is reeds een omslag gemaakt om de combinatie van deze partijen in kaart te brengen en te verbinden. Hiervoor is de netwerkkaart ontwikkeld (bijlage 2) en de methode buurtbesef (bijlage 3).

In toenemende mate worden in zorginstellingen zorgtechnologieën toegepast. Dit noemt men Domotica. Domotica biedt enerzijds ondersteuning in het dagelijkse leven van de cliënt en anderzijds zijn er toezichthoudende vormen in het primaire proces die gericht zijn op het begrenzen en/of beveiligen van de cliënt. Bij het toepassen van domotica is het belangrijk om de cliëntgroep goed in kaart te brengen en de wensen en behoeften te inventariseren. Hierbij dient het uitgangspunt van de kleinschaligheid en het zo gewoon mogelijk leven in acht te worden genomen (Swemmer, 2004).

Ondanks dat domotica vaak wordt ingezet om andere maatregelen in het kader van de wet BOPZ af te schaffen, is er tot op heden nog geen duidelijke ethische en juridische consensus omtrent de toepassing (Niemeijer, Fredriks, Riphagen, Legemaate, Eefsting & Hertog, 2010).

In Zuid – Holland zal het aantal dementerenden de komende jaren groeien van ruim 34.000 in 2005 tot 64.000 in 2030. Dit is een groei van 48%. In de regio Zuid- Holland is ten opzichte van andere regio's een achterstand te zien in het realiseren van kleinschalige woonvormen. In het rapport van het regionaal planbureau gezondheidszorg Zuid- Holland van 2010 staat beschreven dat slechts een organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking een kleinschalige woonvorm heeft opgezet. Vaak is de mate van de verstandelijke beperking leidend en niet de dementie.

De regio Zuid-Holland Noord heeft een breed voorzieningsaanbod op het gebied van dagbesteding, werken en wonen. Deze voorzieningen zijn verspreid tussen Noordwijk, Katwijk aan Zee, Alphen aan de Rijn en Haarlem.

Om dit aanbod inzichtelijk te maken zijn alle mogelijkheden op het gebied van werken en wonen in kaart gebracht. In het overzicht van de woonwerkcarrière is te zien dat producten op elkaar aan sluiten en kan men eenvoudig zien waar een cliënt zijn volgende stap kan zetten in deze ladder. Wil hij een stapje terug doen, rustiger aan doen of wil hij doorgroeien naar meer zelfstandigheid (bijlage 4).

In de Swot- Analyse laten de Opportunities zien dat er vraag is naar een woning voor mensen met een verstandelijke beperking die aan het dementeren zijn. De vraag naar deze woonvorm zal in de toekomst toenemen. De Strengths geven aan dat deze woonvorm goed aansluit bij de behoefte van de cliënt. De Weaknesses en Threats bij het realiseren van een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie in de wijk zijn duidelijk aanwezig. Het zijn aandachtspunten die mee wegen in de inrichting van het uiteindelijke project echter is duidelijk te zien dat de kans van slagen groter is. De zwakke punten die zijn weergegeven zijn niet van dusdanige aard dat de kans van slagen van het product onwaarschijnlijk is.

3. Voorlopige vraagstelling

De voorlopige vraagstelling is geschetst op basis van het pluriform beeld in de probleemverkenning. Het onderzoek zal ontwerpgericht en deels diagnostisch zijn. Het diagnostisch onderzoek is er op gericht kennis en inzicht te krijgen over de behoefte van de verstandelijk gehandicapte cliënt die aan het dementeren is.

Het ontwerpgerichte onderzoek is gericht op de specifieke zorgvraag van de cliënt en het in kaart brengen van deze. De voorlopige vraagstelling is sturend voor het theoretisch kader dat in hoofdstuk vier wordt uitgewerkt.

3.1 De voorlopige vraagstelling

De voorlopige vraagstelling is:

Welke voorwaarden moeten er worden gesteld om een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie in de woonwijk te realiseren?

4. Het theoretisch kader

Het theoretisch kader dat deels antwoord geeft op de voorlopige vraagstelling is vormgegeven door middel van literatuuronderzoek. In het theoretisch kader wordt eerst beschreven wat dementie is.

Daarna wordt weergegeven wat er bekend is over de zorgvraag op het gebied van wonen met dementie. De woonwensen van de mens met een verstandelijke beperking met dementie wordt in kaart gebracht en tot slot de ondersteuning die domotica zou kunnen bieden in een dussdanige woonvorm.

4.1 Wat is dementie?

We zeggen net zo makkelijk dat iemand een beetje dement wordt als dat we zeggen dat iemand vergeetachtig is. Dementie is echter meer dan alleen vergeetachtigheid. Naast het aangetaste geheugen kan ook het taalgebruik (afasie) of de motorische planning (apraxie) en de herkenning van mensen en voorwerpen (agnosie) zijn aangetast. Tijdens de normale dagelijkse bezigheden kan iemand met dementie last hebben van deze symptomen. De cognitieve achteruitgang kan het gevolg zijn van vele aandoeningen. De meest bekende is de ziekte van Alzheimer maar ook de ziekte van Creutzfeld-Jakob, Huntington en Parkinson kunnen dementie veroorzaken.

Bij dementie gaan de hersenfuncties achteruit. De hersenen worden onherstelbaar aangetast. Symptomen die in eerste instantie door de omgeving waargenomen worden zijn het niet meer weten waar iets is of hoort, problemen met het dagelijkse uitvoeren van handelingen bijvoorbeeld zich zelf wassen, problemen met rekenen en met taal. Mensen met dementie veranderen vaak van karakter, soms doen ze dingen die ze voorheen nooit gedaan zouden hebben. Ieder dementieproces verloopt op zijn eigen wijze, niet alle symptomen zijn bij iedereen zichtbaar.

Een vaak voorkomend symptoom in een volgend stadium is onrust, het gevoel steeds iets te moeten doen, opruimen, rondlopen, het krijgen van slaapproblemen en gaan dwalen. Soms verstoort het dag-nachtritme. In een verder stadium van dementie kan het voorkomen dat mensen een voorwerp niet meer herkennen en niet meer weten wat ze er mee moeten doen, bijvoorbeeld een beker. Ze kunnen moeite krijgen met bewegen.

De motoriek neemt af waardoor zij steeds meer spullen laten vallen, zich stoten of zelf vallen. Daarbij kan decorumverlies optreden, dat wil zeggen dat het gevoel van schaamte en de drang naar zelfverzorging af neemt. In de laatste fase van dementie herkent de dementerende de eigen familie, vrouw en kinderen niet meer. De onrust neemt af en de dementerende mens is in zichzelf gekeerd (Gezondheid.nl, 2011).

4.2 Wat is er bekend over de zorgvraag op het gebied van wonen met dementie?

In een onderzoek naar het gedrag van dementerenden wordt het wonen in een kleinschalige woonomgeving positiever beoordeeld dan van dementerenden die in een verpleeghuis wonen.

In traditionele verpleeghuizen of grote groepswoningen worden taken over genomen en wordt het dagritme door anderen bepaald. Voor sommige mensen kan dit niet anders maar veel dementerenden kunnen nog lang redelijk goed functioneren in kleinschalige woonvoorzieningen zelfs tot aan hun overlijden toe.

Hierdoor draagt kleinschalig wonen bij aan een hogere kwaliteit van leven (Bauer, 2008).

De internationale denktank (Salmon-Groep 1998) heeft onderzocht of kleinschalig wonen geschikt is voor mensen met dementie en vermeld welke zaken er nodig zijn om aan de behoefte van deze groep te gemoed te komen.

De doelstellingen die men wil bereiken zoals beperkingen compenseren, negatief gedrag voorkomen, kwaliteit van leven, restvermogens handhaven, zijn te realiseren door bij het vormgeven van een woonvorm, rekening te houden met een aantal voorwaarden.

Deze zijn:

- Ruimte om vrij te bewegen. Dit vergroot de keuzevrijheid en privacy, voorkomt stress en vermindert storend gedrag;
- Streven naar gewoon wonen. In een herkenbare omgeving voelen cliënten zich prettiger;
- Zelfstandig en veilig verplaatsen moet mogelijk zijn. Ondanks eventuele lichamelijke beperkingen moeten cliënten in staat kunnen zijn zich zelfstandig te verplaatsen. Dit geeft bewegingsvrijheid;
- Zorg dat cliënten zich goed kunnen oriënteren in de woning. Hiermee wordt de psychische beperking gecompenseerd. Cliënten moeten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en zelfvertrouwen hebben. Als zij zich goed kunnen oriënteren voelen zij zich beter en vertonen minder storend gedrag.

4.3 Woonwensen van verstandelijk beperkten met dementie

Er is geen onderzoek gedaan naar de woonwensen van mensen met een verstandelijke beperking en dementie (Nouws, 2005). NIVEL heeft onderzoek gedaan bij een somatisch en geriatrisch verpleeghuis (de Veer & Kerkstra 1998). Dit onderzoek geeft aan dat cliënten respect het belangrijkste vinden.

Cliënten willen een goede relatie met het personeel en verwachten van hen met respect benaderd te worden. Keuzevrijheid is het volgende belangrijke aspect. Hiermee wordt bedoeld dat zij graag zelf het moment kiezen van het naar toilet of naar bed gaan. Een ruimte hebben om eigen bezoek te ontvangen vinden cliënten minder belangrijk maar komt wel duidelijk naar voren als negatieve ervaring. Naast deze punten zijn er klachten over het klimaat en de temperatuur in de verpleeghuizen. In een publicatie van de Landelijke Organisatie cliëntenraden [LOC] (1999) is een alternatief referentiekader voor verpleeghuiszorg vanuit de optiek van cliënten gepubliceerd. Hierin staat beschreven dat de behoefte op woongebied ligt op huiselijke sfeer. Daarbij geven zij aan dat het huis van de cliënten is en dat het personeel op bezoek is. De zorg moet ondersteunend zijn, er moet respect voor privacy zijn voor de cliënt en respect voor de eigen spullen van de cliënten. Cliënten willen niet het gevoel hebben dat zij in een verpleeghuis zijn.

4.4 Domotica en dementie

Het begrip Domotica is bij de probleemstelling in het pluriform beeld al kort aan de orde geweest. Domotica wordt in de verstandelijke gehandicaptenzorg steeds meer toegepast. Belangrijk bij het in gebruik nemen van domotica is het uitgangspunt dat de cliënt centraal staat (Nouws 2005). Domotica vervangt geen handen, kan wel personeel wat extra ogen en oren geven zodat ze meer tijd en aandacht overhouden voor andere taken.

Het is belangrijk dat apparatuur goed wordt toegepast om niet de wet voor bescherming van privacy te schenden. Domotica is bedoeld voor het vergroten van de bewegingsvrijheid van cliënten door bijvoorbeeld deuren open te laten gaan en voor het aanpassen van de woonomgeving aan de individuele wensen. Met de volgende doelstellingen van domotica een bijdrage leveren aan kleinschalig wonen voor dementerenden:

- Volledige controle over geluid en licht;
- Verruiming van de leefruimte met behoud van veiligheid;
- Ondersteuning van de nachtsituatie zodat ook gedurende de nacht de zelfstandigheid gewaarborgd blijft.

Voorbeelden zijn: Belmatten, babyfoons, bewegingsschakelaars voor licht, bewegingsmelders en automatische deurvergrendeling (Depla et al., 2012).

4.4.1 Domotica in de wet

De wet BOPZ richt zich op vormen van vrijheidsbeperking zoals bijvoorbeeld het fixeren in een Zweedse band. In deze wet zijn tot nu toe geen elektronische alternatieven opgenomen. Domotica wordt als onvrijwillige zorg gezien wanneer de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger verzet vertoont tegen het toepassen van domotica. Zonder toestemming van de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger mag geen domotica worden ingezet (Depla et al., 2012).

4.5 Samenvatting theoretisch kader

Bij dementie kan naast het aangetaste geheugen ook het taalgebruik (afasie) of de motorische planning (apraxie) en de herkenning van mensen en voorwerpen (agnosie) zijn aangetast. Tijdens de normale dagelijkse bezigheden kan iemand met dementie last hebben van deze symptomen.

De cognitieve achteruitgang kan het gevolg zijn van vele aandoeningen. De meest bekende is de ziekte van Alzheimer maar ook de ziekte van Creutzfeld-Jakob, Huntington en Parkinson kunnen dementie veroorzaken. Bij dementie gaan de hersenfuncties achteruit. De hersenen worden onherstelbaar aangetast.

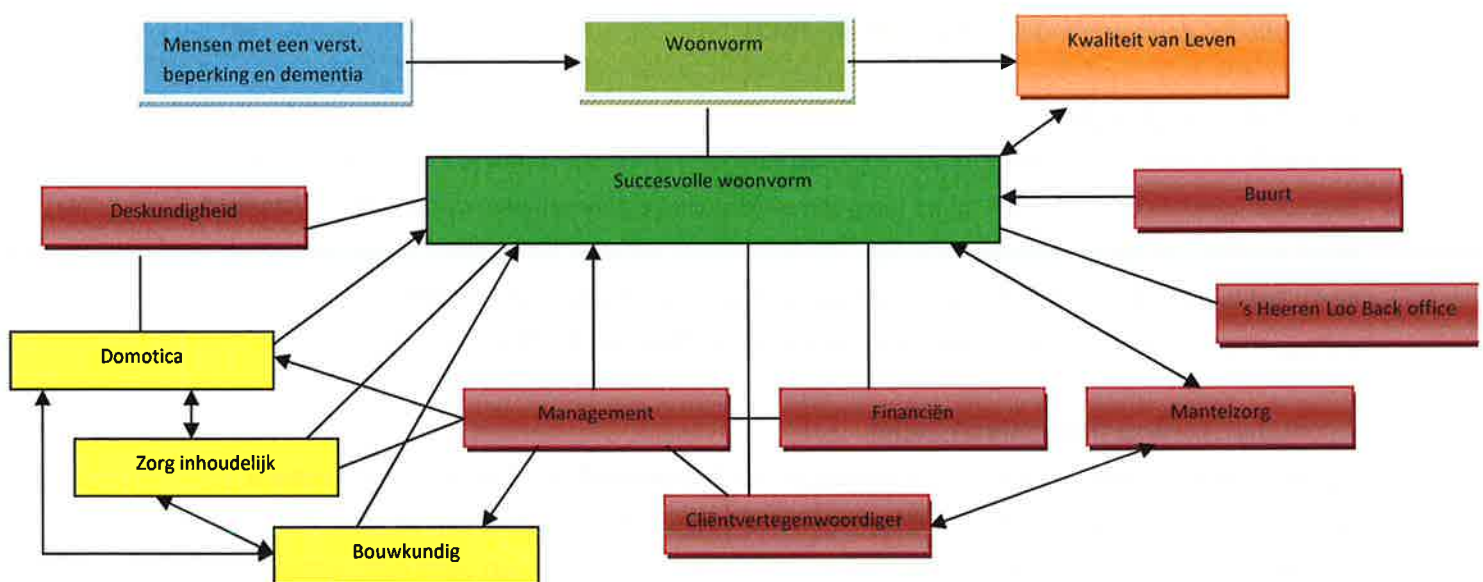
In een onderzoek naar het gedrag van dementerenden wordt het wonen in een kleinschalige woonomgeving positiever beoordeeld dan van dementerenden die in een verpleeghuis wonen. (Bauer, 2008). Er is geen onderzoek gedaan naar de woonwensen van mensen met een verstandelijke beperking en dementie (Nouws, 2005). NIVEL heeft onderzoek gedaan bij een somatisch en geriatrisch verpleeghuis (de Veer & Kerkstra, 1998). Dit onderzoek geeft aan dat cliënten respect het belangrijkste vinden. Cliënten willen een goede relatie met het personeel en verwachten van hen met respect benadert te worden.

Domotica wordt in de verstandelijke gehandicaptenzorg steeds meer toegepast. Belangrijk bij het in gebruik nemen van domotica is het uitgangspunt dat de cliënt centraal staat (Nouws, 2005). Domotica is bedoeld voor het vergroten van de bewegingsvrijheid van cliënten door bijvoorbeeld deuren open te laten gaan en voor het aanpassen van de woonomgeving aan de individuele wensen.

De wet BOPZ richt zich op vormen van vrijheidsbeperking zoals bijvoorbeeld het fixeren in een Zweedse band. In deze wet zijn tot nu toe geen elektronische alternatieven opgenomen. Domotica wordt als onvrijwillige zorg gezien wanneer de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger verzet vertoont tegen het toepassen van domotica. Zonder toestemming van de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger mag geen domotica worden ingezet (Depla et al., 2012).

5. Conceptueel model

Een conceptueel model helpt om de probleemstelling te analyseren. Het conceptueel model geeft een selectie van variabelen weer en de relatie tussen deze variabelen (Afstudeerbegeleider.nl, 2012). Het conceptueel model geeft duidelijkheid over de afbakening van het onderzoek.



Figuur 2

In dit conceptuele model is te zien welke factoren invloed hebben op een succesvolle woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie. De pijlen geven verbanden weer die uit onderzoek aantoonbaar effect hebben en de lijnen geven vermoedelijke onderlinge verbanden weer. Dit onderzoek beperkt zich tot het onderzoeken van de zorginhoudelijke voorwaarden met betrekking tot de woonvorm en de inrichting, de domotica en van daar uit de bouwkundige voorwaarden.

6. De doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de woonvoorwaarden van de mens met een verstandelijke beperking met dementie in kaart te brengen. Deze woonvoorwaarden zullen in een later stadium meewegen in het realiseren van een dusdanige woonvorm.

7. De definitieve centrale vraagstelling en de deelvragen

De definitieve centrale vraagstelling is op basis van het pluriform beeld in de probleemverkenning, het theoretisch kader en het conceptueel model geformuleerd. De deelvragen maken onderdeel uit van de centrale vraagstelling.

7.1 De definitieve centrale vraagstelling

Welke voorwaarden op het bouwtechnisch gebied en domotica vloeien voort uit de zorgvraag van de mens met een verstandelijke beperking met dementie die in de wijk woont?

7.2 De deelvragen

1. Welke voorwaarden met betrekking tot bouw en domotica worden vanuit de literatuur weergegeven aan een te realiseren woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk.
2. Wat zijn de wensen ten opzichte van de bouw en inrichting vanuit de ervaring van medewerkers van de eigen en andere organisaties en van vertegenwoordigers van cliënten met een verstandelijke beperking en dementie met inachtneming van de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?
3. Welke vormen van domotica sluiten aan bij deze doelgroep en de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?

8. De randvoorwaarden van het onderzoek

- De onderzoeker krijgt toegang tot alle benodigde informatie en documenten om het onderzoek goed uit te kunnen voeren.
- De onderzoeker heeft de mogelijkheid om contact te zoeken met medewerkers die betrokken zijn bij de zorg van cliënten met dementie alsmede het netwerk van deze cliënt.
- De onderzoeker krijgt de vrijheid om bij andere zorginstellingen informatie in te winnen of te benchmarken.
- De opdrachtgever Corine Postma is goed bereikbaar per e-mail en per telefoon en is bereid mogelijke vragen of dilemma's met de student te bespreken.
- De studiebegeleider Mariette Stradmeijer is goed bereikbaar per e-mail en per telefoon en is bereid mogelijke vragen of dilemma's met de student te bespreken.

9. Plan van Aanpak

In dit hoofdstuk worden de onderzoekseenheden en de gekozen strategie weergegeven. Per deelvraag wordt beschreven wat de onderzoekseenheden zijn of het gaat om kwalitatieve of kwantitatieve onderzoekstechnieken en waarom deze keuze is gemaakt.

Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt hoe de onderzoeksdata worden weergegeven en geanalyseerd. Tot slot is een planning weergegeven voor de periode van het uitvoerende onderzoek.

9.1 De onderzoeksstrategie

Om de centrale vraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden zal deels kwalitatief en deels kwantitatief survey onderzoek plaatsvinden. Bij meerdere onderzoekseenheden worden in een bepaalde periode gegevens verzameld over een aantal kenmerken.

Het doel van dit onderzoek is om informatie vanuit de theorie over bouw- en domoticavoorwaarden, de ervaringen van externen en de ervaringen van medewerkers en vertegenwoordigers van de eigen organisatie bij elkaar te brengen om tot bruikbare conclusies en aanbevelingen te komen. Deze conclusies en aanbevelingen zullen in de toekomst waardevol zijn bij het realiseren van een woonvorm voor deze doelgroep. De gegevens worden deels verzameld aan de hand van een aselecte en deels volgens een selecte steekproef. Voor het verzamelen van de gegevens wordt naast het literatuuronderzoek gebruik gemaakt van enquêtes, focusgroeps gesprekken, benchmark en een interview. Het onderzoek wordt afgesloten middels een onderzoeksverslag en een presentatie binnen de organisatie.

9.2 Deelvraag 1 - Welke voorwaarden met betrekking tot bouw en domotica worden vanuit de literatuur weergegeven aan een te realiseren woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk?

Het doel van deze deelvraag is om vanuit de theorie te onderzoeken wat er tot nu toe bekend is over de bouwvoorwaarden van een dussdanige woonvorm. Eerdere onderzoeken en ervaringen kunnen relevante informatie bevatten om mee te nemen in dit onderzoek.

Onderzoekseenheid deelvraag 1

De onderzoeker gaat navraag doen bij de afdeling Vastgoed van 's Heeren Loo en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland [VGN] om te onderzoeken wat hun ervaringen op dit gebied zijn. Daarnaast zal informatie worden gezocht op het internet. Naast dit literatuuronderzoek zal een benchmarkbezoek plaatsvinden.

De onderzoekseenheden van deelvraag 1 zijn de afdeling vastgoed, de VGN, het internet en de organisatie waar het benchmarkbezoek plaats vindt.

Onderzoekstechniek deelvraag 1

Deze deelvraag wordt beantwoord door literatuuronderzoek. Literatuuronderzoek is een kwantitatieve methode. Op deze manier kunnen eerdere onderzoeken en studies een bijdrage leveren aan een zo goed mogelijk eindproduct. Naast dit literatuuronderzoek zal een benchmarkonderzoek plaatsvinden (bijlage 7). Dit is een kwalitatieve methode. De uitkomsten van deze onderzoeken zullen als input worden meegenomen voor deelvraag 2 en 3.

Ordering, registratie en analyse deelvraag 1

De gegevens van het literatuuronderzoek worden gebundeld en in een verslag weergegeven. De uitkomsten van het literatuuronderzoek zullen naast de input voor deelvraag 2 en 3 worden meegenomen in de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek.

9.3 Deelvraag 2 - Wat zijn de wensen ten opzichte van de bouw en inrichting vanuit de ervaring van medewerkers van de eigen en andere organisaties en van vertegenwoordigers van cliënten met een verstandelijke beperking en dementie met inachtneming van de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?

Het doel van deze deelvraag is om te inventariseren wat de ervaringen van medewerkers van de eigen en andere organisaties en vertegenwoordigers van cliënten van 's Heeren Loo zijn ten opzichte van de huidige woonvormen en wat zij vinden van de uit de literatuur verkregen nieuwe informatie. Door deze groep in het onderzoek te betrekken en mee te laten denken is het systeem rondom de cliënt compleet. Op deze wijze kunnen conclusies en aanbevelingen worden gedaan die vanuit een breed perspectief tot stand zijn gekomen.

Onderzoekseenheid deelvraag 2

De onderzoekseenheden van deze deelvraag zijn de medewerkers van de eigen en van een andere organisatie en de vertegenwoordigers van de cliënten. De ervaringen van deze partijen zullen meewegen in de uitkomsten van het onderzoek.

Onderzoekstechniek deelvraag 2

Om deze deelvraag te beantwoorden zal deels kwantitatief en deels kwalitatief onderzoek plaatsvinden.

Er zal een benchmarkonderzoek plaatsvinden (bijlage 9). Dit is een kwalitatieve methode. De uitkomsten van deze onderzoeken zullen als input worden meegenomen voor deelvraag 3.

Naast dit benchmarkonderzoek zal een enquête worden verspreid (aselect) onder 35 medewerkers die op dit moment werken met mensen met een verstandelijke beperking met dementie om te achterhalen of zij bouwtechnische feedback of informatie omtrent domotica hebben bij het gebouw waar zij nu werken (bijlage 5).

Aan de hand van deze enquête zullen middels een selecte steekproef 5 medewerkers, van wie blijkt dat zij voor het onderzoek nuttige feedback hebben, worden benaderd voor een focusgroeps gesprek. Door een focusgroeps gesprek kunnen de medewerkers op elkaar reageren, de dialoog aangaan en er kunnen nieuwe ideeën worden gegenereerd.

De thema's voor dit gesprek zullen voortvloeien uit het literatuuronderzoek van deelvraag 1 en de antwoorden van de enquêtes die medewerkers hebben ingevuld.

Net als met medewerkers, zal ook met 5 vertegenwoordigers van cliënten met een verstandelijke beperking en dementie die op dit moment wonen bij 's Heeren Loo, een focusgroeps gesprek worden georganiseerd (bijlage 10). Deze keuze is gemaakt om vanuit een breder perspectief te kijken naar de mogelijkheden en/of knelpunten. Vertegenwoordigers zullen eveneens middels een selecte steekproef worden benaderd.

Het doel hiervan is om betrokken cliëntvertegenwoordigers te benaderen die inhoudelijk bruikbare informatie kunnen geven omtrent beschreven vraagstelling. De thema's voor het groepsgesprek met vertegenwoordigers zullen dezelfde thema's zijn als van het groepsgesprek met medewerkers.

Ordering, registratie en analyse deelvraag 2

De informatie vanuit het benchmarkonderzoek en de enquête zal worden gebundeld en in een samenvatting zullen de belangrijkste conclusies worden weergegeven. De onderzoeker heeft de keuze gemaakt om de uitkomsten van de enquêtes, gezien de hoeveelheid open vragen niet via SPSS weer te geven maar waar mogelijk met antwoordpercentages per vraag. De bruikbare uitkomsten van de enquête zullen worden meegenomen in het focusgroepsgesprek en in de conclusies en aanbevelingen.

De focusgroepsgesprekken zullen worden opgenomen en er zal een notulen worden gemaakt. Als het nodig is zal het gesprek letterlijk worden uitgeschreven. De bruikbare uitkomsten van deze gesprekken zullen naast de input voor deelvraag 2 ook input leveren voor deelvraag 3. De gegevens zullen worden meegenomen in de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek.

9.4 Deelvraag 3 - Welke vormen van domotica sluiten aan bij deze doelgroep en de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?

Het doel van deze deelvraag is om inzichtelijk te krijgen welke vormen van domotica bruikbaar zijn voor deze doelgroep zonder de huiselijkheid van het kleinschalige wonen uit het oog te verliezen.

Onderzoekseenheid deelvraag 3

De onderzoekseenheid in deze deelvraag is de interne domotica deskundige, medewerkers en vertegenwoordigers van cliënten. De domotica deskundige is bekend met de kleinschalige woonvormen en de huiselijkheid die wordt nagestreefd binnen 's Heeren Loo.

Onderzoekstechniek deelvraag 3

Voor deze deelvraag wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. Zoals in onderzoekstechnieken van deelvraag 2 staat beschreven zal een enquête worden verspreid onder medewerkers die op dit moment werken met mensen met een verstandelijke beperking met dementie om te achterhalen of zij feedback op het gebied van domotica en bouw hebben op het gebouw waar zij nu werken (bijlage 5). Aan de hand van deze enquête zullen middels een selecte steekproef 5 medewerkers, van wie blijkt dat zij voor het onderzoek nuttige feedback te hebben, worden benaderd voor een focusgroepsgesprek.

Door een focusgroepsgesprek kunnen de medewerkers op elkaar reageren, de dialoog aangaan en er kunnen nieuwe ideeën worden gegenereerd. De thema's voor dit gesprek zullen voortvloeien uit het literatuuronderzoek van deelvraag 1 en de antwoorden van de enquêtes die medewerkers hebben ingevuld.

Net als met medewerkers, zal ook met vertegenwoordigers van cliënten met een verstandelijke beperking en dementie die op dit moment wonen bij 's Heeren Loo, een focusgroepsgesprek worden georganiseerd.

Deze keuze is gemaakt om vanuit een breder perspectief te kijken naar de mogelijkheden en/of knelpunten. Vertegenwoordigers zullen eveneens middels een selecte steekproef worden benaderd. Het doel hierin is om betrokken cliëntvertegenwoordigers te benaderen die inhoudelijk bruikbare informatie kunnen geven omtrent beschreven vraagstelling.

De thema's voor het groepsgesprek met vertegenwoordigers zullen dezelfde thema's zijn als van het groepsgesprek met medewerkers.

Naast de enquête en de focusgroepsgesprekken zal een half gestructureerd interview plaatsvinden met de domoticadeskundige van 's Heeren Loo (bijlage 6). Het gesprek zal worden voorbereid met een aantal richting gevende vragen. Deze vragen zullen voortvloeien uit het literatuuronderzoek van deelvraag 1. Een interview geeft de mogelijkheid om diep in te gaan op het thema en de dialoog aan te gaan.

Ordering, registratie en analyse deelvraag 3

De informatie vanuit de enquête zal worden gebundeld en in een samenvatting zullen de belangrijkste conclusies worden weergegeven. De bruikbare uitkomsten van de enquête zullen worden meegenomen in het focusgroepsgesprek en in de conclusies en aanbevelingen.

Het interview en de focusgroepsgesprekken zullen worden opgenomen. Van de focusgroepsgesprekken zal een notulen worden gemaakt en het interview zal letterlijk in een verslag worden verwerkt. Als nodig zal ook het focusgroepsgesprek letterlijk worden uitgeschreven. De belangrijkste conclusies zullen in een samenvatting worden weergegeven en de uitkomsten zullen mee worden genomen in de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek.

9.5 Kwaliteit en bruikbaarheid van de gegevens

De onderzoekstechnieken zijn van invloed op de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek.

Het literatuuronderzoek dat zal worden gedaan kan een jaar later gezien de ontwikkelingen en de maatschappij waarin we leven andere uitkomsten bieden.

Het voordeel van benchmark onderzoek is dat je de eigen kennis of werkwijze kunt vergelijken met een andere organisatie en af kunt wegen (digitale professionals, 2012). Benchmark helpt bij het stellen van realistische doelen in plaats van doelen op basis van intuïtie. Nadelen van benchmark kunnen optreden als de verschillen van de bedrijfsvoering te groot zijn en niet inpasbaar zijn in de eigen organisatie. De verwachting is dat de uitkomsten van het benchmarkonderzoek niet met deze nadelen te maken krijgt aangezien de bedrijfsvoering in de centrale vraagstelling is opgenomen en leidend was voor het zoeken naar een organisatie om het benchmarkonderzoek plaats.

Het voordeel van focusgroepsgesprekken is dat de deelnemers elkaar stimuleren om verder te kijken en te denken dan de eigen omgeving/visie (Pronamic, 2012). Aan de hand van stellingen ontstaan discussie en wordt de dialoog aangegaan. Er wordt gezocht naar een algemene visie en denkwijze. Een focusgroepsgesprek is een goed middel om de wensen van de klant (in dit geval de cliënt) helder voor ogen te krijgen. Het nadeel is dat een focusgroepsgesprek veel tijd kost, een strakke planning en een goede gespreksleider van groot belang is.

De medewerkers en vertegenwoordigers die volgens een selecte steekproef worden uitgenodigd voor een focusgroepsgesprek kunnen over en jaar van mening zijn veranderd door ervaringen of gebeurtenissen. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek negatief beïnvloed.

Betrouwbaar onderzoek is onderzoek dat op een later tijdstip dezelfde uitkomsten geeft. De verwachting is dat dit onderzoek niet betrouwbaar is.

Een betrouwbaar onderzoek wil niet zeggen dat deze ook valide is. Is een onderzoek niet betrouwbaar dan is hij ook niet valide. Validiteit wil zeggen dat je meet wat je wilt meten. Een ander nadeel van het verzamelen van informatie volgens interviews en focusgroepen is het verkrijgen van sociaal wenselijke antwoorden (Baarda & Goede de, 2006). De verwachting is dat hier in dit onderzoek geen sprake van is omdat de uitkomsten hun relatie met 's Heeren Loo niet negatief zal beïnvloeden. 's Heeren Loo wil juist dat deze medewerkers kritisch kijken en hun stem laten horen. Alleen op deze wijze kan de informatie bottom up worden opgehaald en worden gebruikt.

De verwachting is dat de resultaten van het onderzoek bruikbare inzichten oplevert voor alle regio's van 's Heeren Loo met locaties in de wijk. De verwachting is dat de uiteindelijke conclusies en aanbevelingen nuttige informatie bevatten om in de toekomst in de regio Zuid-Holland Noord een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk te realiseren.

9.6 Fasering van het Onderzoek

De Fasering van het onderzoek (bijlage 7) geeft weer in welke volgorde het onderzoek zal plaatsvinden. In dit onderzoek is het belangrijk om te starten met het literatuuronderzoek. De uitkomsten van het literatuuronderzoek zijn nodig om de enquêtes op te stellen en de uitkomsten van de enquêtes zijn belangrijk om inhoud te geven aan de focusgroepsgesprekken.

9.7 Planning

Vanuit bovenstaande fasering is de planning voor het onderzoek (bijlage 8) opgesteld. De opgestelde planning biedt kaders en marges om het onderzoek op gestelde datum afgerond te ronden.

10. Onderzoeksresultaten

Hieronder zijn de onderzoeksresultaten per onderzoekstechniek beschreven. De inhoudelijke resultaten zijn per deelvraag beschreven in paragraaf 10.2.

10.1 Resultaten per onderzoekstechniek

De resultaten per onderzoekstechniek worden hieronder beschreven.

10.1.1 Enquêtes

Voor dit onderzoek zijn 30 medewerkers die intramuraal met de doelgroep verstandelijk beperkten met dementie werken benadert voor het invullen van een enquête. De enquêtes zijn via de mail naar de afdeling verstuurd. Alle medewerkers zijn door hun leidinggevende in de mogelijkheid gesteld de enquête onder werktijd in te vullen. Omdat de response in eerste instantie tegen viel is hierdoor desbetreffende leidinggevende nogmaals aandacht aan besteed.

Van de 30 enquêtes zijn er 10 geretourneerd. Dit geeft een bruto response van 33,3% (bijlage 13).

30% van de respondenten is werkzaam als persoonlijk begeleider;

30 % van de respondenten is werkzaam als begeleider A;

10% van de respondenten is werkzaam als begeleider B;

10 % van de respondenten is werkzaam als begeleider C;

20 % van de respondenten is werkzaam als medewerker nachtzorg.

10.1.2 Benchmarkonderzoek

Er heeft een benchmarkbezoek plaatsgevonden bij Talant in Leeuwarden (bijlage 12). De contacten zijn gelegd via Twitter. Door een tip van een van mijn volgers kwam ik bij de directeur van zorgaanbieder Talant terecht en deze verwees mij door naar een van zijn teamleiders.

Talant heeft twee woningen voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk.

Deze woningen zijn geclusterd in een wooncomplex voor ouder wordende mensen zonder verstandelijke beperking. Er is geen samenwerking tussen deze twee organisaties.

10.1.3 Interview met een domoticadeskundige

Er heeft een interview plaatsgevonden met een domoticadeskundige van 's Heeren Loo (bijlage 17).

10.1.4 Focusgroepsgesprek met Medewerkers

Er heeft een focusgroepsgesprek plaatsgevonden met medewerkers die ook de enquête in hebben gevuld (bijlage 15). Dit zijn medewerkers die op dit moment met deze doelgroep werken op het terrein van 's Heeren Loo in Noordwijk.

10.1.5 Focusgroepsgesprek met vertegenwoordigers

De response vanuit de vertegenwoordigers van cliënten om mee te doen aan een focusgroepsgesprek was klein. Na herhaaldelijk verzoek vanuit de leidinggevende van de woning en de medewerkers daar heeft er maar één vertegenwoordiger aangegeven bereid te zijn om mee te werken aan het onderzoek. Om die reden heeft er geen focusgroepsgesprek plaats gevonden maar een interview (bijlage 14).

Om het onderzoek toch voldoende input te geven heeft er een focusgroepsgesprek plaats gevonden met andere ondersteunende disciplines die nu met deze doelgroep werken (bijlage 16).

Deze medewerkers zijn: een pedagoog, ergotherapeut, en een medewerkers dagbesteding.

De manager primair proces van deze doelgroep zou ook aansluiten bij het focusgroepsgesprek maar was ziek op de dag dat het gesprek gevoerd werd.

Daarnaast heeft er een extra benchmarkonderzoek plaatsgevonden bij Groot Hoogwaak een zorgaanbieder voor de ouderwordende mens met dementie (bijlage 9). Hierbij gaat het om een kleinschalig woonproject.

10.2 Inhoudelijke onderzoeksresultaten per deelvraag

Hier onder zijn de inhoudelijke onderzoeksresultaten per deelvraag weergegeven.

10.2.1 Deelvraag 1:

Welke voorwaarden met betrekking tot bouw en domotica worden vanuit de literatuur weergegeven aan een te realiseren woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk?

Literatuuronderzoek

Er is tot op heden geen onderzoek gedaan en literatuur te vinden over woon en domotica voorwaarden voor het realiseren van een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie (bijlage 11). Dergelijke onderzoeken zijn wel gedaan voor ouder wordende mensen met dementie. De onderzoeker heeft e-mail contact gehad met Henk Nouws die veel heeft gepubliceerd over de ouder wordende mens en deze geeft aan dat hij inderdaad nooit de combinatie van beide, het ouder worden en de verstandelijke beperking in literatuur heeft weergegeven.

In dit literatuuronderzoek beperkt de onderzoeker zich tot de bovenstaande informatie en toetst zij deze informatie in de enquête, de focusgroepsgesprekken, de benchmark en het interview verder in het onderzoek aan de doelgroep waar dit onderzoek over gaat.

Bouw

Gedragsproblemen die zich voordoen bij mensen met dementie worden niet alleen veroorzaakt door de ziekte zelf maar ook door de omgeving. De omgeving kan het functioneren van een dementerende gunstig en ongunstig beïnvloeden. Gedrag is een reactie op prikkels. Dit kunnen innerlijke prikkels zijn zoals pijn of aandrang om te plassen maar het kunnen ook prikkels zijn van andere mensen en of de omgeving (Verbraeck, Plas, v.d., 2012).

Woning

- Een gelijkvloerse woning op de begane grond verdient de voorkeur;
- Een lift heeft niet de voorkeur, cliënten gebruiken deze niet snel zelfstandig waardoor cliënten beperkt worden in hun vrijheid (Nouws, 2005);
- Het is aan te bevelen om de woning rolstoeltoegankelijk te maken en aan te sluiten bij de eisen die hiervoor bestaan (Wijk, 2008).
Met name wat betreft de bereikbaarheid van toilet, slaap en badkamer. Brede deuren, gangen met voldoende draairuimten, zonder drempels en bereikbaarheid van bedieningselementen zoals lichtschakelaars is belangrijk (Nouws, 2005);
- Om een bed van een bedlegerige cliënt naar bijvoorbeeld de woonkamer te kunnen rijden zijn extra brede gangen nodig (Nouws, 2005);
- Om bedden te kunnen vervoeren door de gangen zijn extra brede deuren nodig. Deuren met een extra zijpaneel hebben de voorkeur in verband met de meer huiselijke uitstraling (Nouws, 2005);

- Dementerenden hebben een grote behoefte aan licht, het liefst daglicht. Veel licht heeft een positief effect op het dag- en nachtritme van dementerenden. Grote ramen zijn van belang (Verbraeck, Plas, v.d., 2012).

Woonkamer

- Ruim opgezet waardoor tegemoet kan worden gekomen aan de sociaal- psychologische behoefte van de dementerende cliënt. Meer ruimte en vrijheid in contact met anderen verkleint spanning en vergroot de kans op welbevinden (Nouws, 2005). Uit onderzoek is gebleken dat gedragsstoornissen en spanningen in de groep op nummer één staat bij de reden voor uitplaatsing (Nouws, 1998).
Het kenniscentrum voor langdurige zorg "Vilans" raadt aan om in de woon- eetkamer 10 kwadraatmeter per cliënt per vierkante meter te hanteren (Drenth & Singelenberg, 2004);
- De bovengrens voor het huiselijke effect is 60 m², wat met zich mee brengt dat een groep niet groter dan 6 cliënten zou kunnen zijn. Groepen van 8 of 10 cliënten zijn te groot mits de ruimte gebroken kan worden zonder deze daadwerkelijk fysiek te scheiden, bijvoorbeeld door nisjes of halfhoge muurtjes (Nouws, 2005);
- Het is belangrijk om in de huiskamer en gang kleine nissen te hebben waar aparte zitjes gerealiseerd kunnen worden. Een L-vormige woonvorm kan uitkomst bieden.
Het creëren van twee in plaats van een huiskamer werkt vaak niet. De praktijk leert dat cliënten de neiging hebben om een van de twee ruimtes links te laten liggen (Nouws, 2005);
- Houdt rekening met verkeersroutes in de huiskamer en eventuele rolstoeltoegankelijkheid. Tevens is het belangrijk dat er ruimte is waar hulpmiddelen zoals een rollator kunnen staan (Nouws, 2005).

Keuken

- Een half open keuken kan de behoefte aan ruimte positief beïnvloeden. Zorg dat de keuken ruim genoeg is zodat cliënten uitgenodigd kunnen worden om te helpen met koken (Nouws, 2005).

Toilet

- Het is belangrijk dat het toilet goed te vinden is zowel overdag als in de nacht vanuit alle ruimtes. De afstand naar het toilet mag niet al te groot zijn en het toilet moet goed herkenbaar zijn (Nouws, 2005).

Tuin

- Een tuin met zitjes die uitnodigt voor een wandeling en ontmoeting heeft de voorkeur. Een binnentuin of patio geeft cliënten de mogelijkheid om zelfstandig en veilig naar buiten te gaan en voorkomt dat zij dit altijd onder begeleiding moeten doen (Nouws, 2005).

Woonomgeving

- Het is belangrijk dat de woonkamer uit kijkt op straat. Voorkom hierbij te hoge borstwering bij ramen in verband met rolstoelafhankelijke cliënten. Een groepswoning op de begaande grond verkleint de afstand tot de straat en vergroot de kans om te zien wat zich op straat afspeelt;
- Een locatie in de buurt van winkels en dergelijke heeft de voorkeur. Winkelen is een goede aanleiding om naar buiten te gaan, zowel voor de cliënt als zijn bezoek (Nouws,2005).

Indeling / Gang en Storend gedrag

- Het is belangrijk dat de gang veel daglicht heeft en uitnodigt voor een wandeling. Een rondgang heeft de voorkeur (Nouws, 2005);
- Het realiseren van nisjes met zitjes in de gang heeft de voorkeur al is het wel belangrijk dit in de buurt van de centrale eet- woonkamer is omdat cliënten soms de behoefte hebben actief contact met bepaalde cliënten te vermijden maar niet afgezonderd willen zitten (Nouws,2005);
- Een heldere plattegrond is van groot belang om cliënten zo veel mogelijk zelfstandig te laten functioneren (Voordt,1993);
- Vaak worden de eigen slaapkamer of ruimtes van cliënten herkenbaar gemaakt door een picto's, foto's of naamsaanduiding. Voor licht dementerenden kan dit werken;
- Bij matig tot ernstig dementerenden haalt bovenstaande niet uit. Herkenbaar interieur, eigen muziek en eigen geuren werken het beste. Persoonlijke objecten in de buurt van de eigen slaapkamer zoals bijvoorbeeld een foto, kapstok, kastje of iets dergelijks (Nouws,2005).

Een herkenbare en eenvoudige platte grond van de woning is van groot belang. In Zweden en Amerika is veel ervaring opgedaan (Nouws,2005) (bijlage 11 figuur 6).

Plattegrond A

- Van de weergegeven indeling zoals zichtbaar in bijlage 11 figuur 4 voldoet de gang A met aan het einde de gemeenschappelijke ruimte het minst. Het heeft een institutionele uitstraling en de gang is vaak erg donker.

Plattegrond B en D

- Het kruis van afbeelding B of D voldoet beter. De loopafstand is korter waardoor de oriëntatiemogelijkheid toeneemt.

Plattegrond C

- De haakse vorm van figuur C is voor de oriëntatie de beste. De gemeenschappelijke woonkamer zorgt voor lichtinval in de gang.

Plattegrond E

- Bij figuur E, de cirkel, is lichtinval van boven nodig. Doordat de slaapkamers om de centrale woonkamer heen liggen is er gering contact met de buitenwereld.

Vermijd visuele barrières

- Overgangen van licht en donkere kleuren in de vloer zijn barrières voor mensen met dementie. Ze denken vaak dat ze in een donker gat stappen (Nouws,2005).

Deuren

- Deuren die geen doorgang voor cliënten bieden kunnen het best onopvallend opgaan in de ruimte. Een lichte deur trekt eerder de aandacht dan een donkere kleur. Matige dementerenden hebben het idee opgesloten te zijn. Uit ongenoegen proberen zij te ontsnappen uit de situatie (Nouws,2005).

Domotica

Binnen 's Heeren Loo worden binnen de doelgroep voor mensen met dementie maar ook binnen andere doelgroepen reeds verschillende vormen van Domotica gebruikt. Deze vormen worden hier onder kort benoemd.

Voor de organisatie bekende vormen van domotica:

Voor de nacht:

- Centrale nachtbeluistering;
- Communicatiemogelijkheden met de nachtzorg;
- Deurmelders doorgelinkt naar de nachtzorg;
- Bedmatten – melding komt bij de nacht binnen;
- Bewegingsmelders – melding komt bij de nacht binnen;
- Cameratoezicht – beelden komen bij de nachtzorg binnen of worden op de woongroep bekeken;
- Bewegingsmelders op lichtschakelaars.

Voor overdag:

- Deurdrukknoppen om de deuren te openen;
- Bewegingsmelders op lichtschakelaars;
- Videodeurtelefonie;
- Cameratoezicht in de huiskamer of een ander vertrek (overdag) (Leeuw,2012).

Voor de organisatie onbekende vormen van Domotica:

- Detectie en preventie op dwalen bij dementie (Leeuw,2012);

- Schilbeveiliging;
- Leefcirkelconcept;
- Chip in de schoen;
- GPS.
- Voldoende licht (Leeuw,2012).
 - De automatisch aansturen van het licht in de woonvorm kan volgens twee parameters;
 - Het tijdstip van de dag;
 - Het actuele daglichtniveau.
 - Nachtoriëntatieverlichting;
 - Biologische klok stimulerende verlichting.

Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 1

Er is tot op heden geen onderzoek gedaan en literatuur te vinden over woon- en domotica voorwaarden voor het realiseren van een kleinschalige woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk. Wel is er informatie beschikbaar over kleinschalige woonprojecten voor mensen met dementie. Om die reden beperkt de onderzoeker zich tot de informatie voor mensen met dementie in kleinschalige woonprojecten.

Een gelijkvloerse rolstoeltoegankelijke woning met brede gangen en deuren op de begane grond verdient de voorkeur. Veel licht heeft een positief effect op het dag- en nachtritme van dementerenden. Om die reden zijn grote ramen met een niet al te hoge borstwering en levendig uitzicht van belang. Een ruim opgezette woonkamer en gang met kleine nissen waar aparte zitjes gerealiseerd kunnen worden om tegemoet te komen aan de sociaal- psychologische behoefte van de dementerende cliënt is belangrijk. Een half open keuken kan de behoefte aan ruimte positief beïnvloeden. Zorg dat de keuken ruim genoeg is zodat cliënten uitgenodigd kunnen worden om te helpen met koken.

Het toilet moet goed te vinden zijn zowel overdag als in de nacht vanuit alle ruimtes. De afstand naar het toilet mag niet al te groot zijn en het toilet moet goed herkenbaar zijn.

Een tuin met zitjes die uitnodigt voor een wandeling en ontmoeting heeft de voorkeur. Een binnentuin of patio geeft cliënten de mogelijkheid om zelfstandig en veilig naar buiten te gaan en voorkomt dat zij dit altijd onder begeleiding moeten doen.

Een heldere plattegrond van de woning is van groot belang om cliënten zo veel mogelijk zelfstandig te laten functioneren. Vaak worden de eigen slaapkamer of ruimtes van cliënten herkenbaar gemaakt door picto's, foto's of naamsaanduiding. Voor licht dementerenden kan dit werken. Bij matig tot ernstig dementerenden werkt dit niet.

Herkenbaar interieur, eigen muziek en eigen geuren werken het beste. Persoonlijke objecten in de buurt van de eigen slaapkamer zoals bijvoorbeeld een foto, kapstok, kastje of iets dergelijks zijn aan te raden.

Binnen 's Heeren Loo worden binnen de doelgroep voor mensen met dementie maar ook binnen andere doelgroepen reeds

verschillende vormen van Domotica gebruikt.

Voor de organisatie

onbekende vormen van domotica zijn: detectie en preventie op dwalen bij dementie, schilbeveiliging, leefcirkelconcept, chip in de schoen, GPS, automatisch aansturen van het licht in de woonvorm of andere vertrekken.

10.2.2 Deelvraag 2

Wat zijn de wensen ten opzichte van de bouw en inrichting vanuit de ervaring van medewerkers van de eigen en andere organisaties en van vertegenwoordigers van cliënten met een verstandelijke beperking en dementie met inachtneming van de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?

Benchmarkonderzoek

Er heeft een Benchmarkbezoek plaats gevonden bij de Zorgaanbieder Talant (bijlage 12) bij een woning in Leeuwaarden waar zorg wordt geboden aan mensen met een verstandelijke beperking en dementie. Deze benchmark plek heeft de onderzoeker via twitter gevonden. Er zijn nauwelijks zorgaanbieders voor mensen met een verstandelijke beperking die een specifieke woning bieden voor mensen met dementie in een kleinschalige woonvorm in de wijk.

Mw. Thea van der Veen is teamleider van deze woning. Het gaat om twee naast elkaar gelegen woningen waar in totaal 12 mensen met een verstandelijke beperking en dementie wonen. Naast deze twee woningen is er een aanleunappartement waar een echtpaar kan wonen waarvan een of beide cliënten dementie heeft. Door instroom vanuit de lichtverstandelijk beperkte doelgroep is hier steeds meer vraag naar.

De woningen zijn gerealiseerd op de eerste verdieping van een groot zorgcomplex waar een andere zorgaanbieder zorg biedt aan ouder wordende mensen met of zonder dementie. Talant neemt de nachtdienst af van deze zorgaanbieder maar buiten dat om is er geen samenwerking of onderling contact. Ook is er geen sprake van integratie van de beide doelgroepen.

Mw. van der Veen geeft aan dat het jammer is dat de woningen op de eerste verdieping liggen. Het zou fijn zijn als cliënten zelfstandig gebruik zouden kunnen maken van de tuin en in het zonnetje zouden kunnen zitten. Nu is dit niet mogelijk. Er is ook geen balkon.

Opgedane informatie omtrent Bouw bij Talant

- Deuren die voor cliënten toegankelijk zijn hebben een houtkleur. Deuren die niet voor cliënten toegankelijk zijn hebben de zelfde kleur als de naastgelegen muur;
- Op de deuren van cliënten hangen voor de cliënt herkenbare eigendommen waardoor hij ziet dat dit zijn kamer/eigen plekje is;
- De indeling van de woning is overzichtelijk en voorspelbaar;
- Bij de bouw van de woning is rekening gehouden met de vluchtroutes. Als de gang de vluchtroute is mag je geen gezellige spullen, zitjes neer zetten om de huiselijkheid te bevorderen;

- Brede gangen om bedden te vervoeren;
- Veel loopruimte in de gangen is belangrijk;
- Snoezelruimte in de woning;
- Geen aparte badkamers met een bad. Deze worden in verband met de strenge veiligheidseisen niet gebruikt;
- Op de woning een aparte ruimte realiseren waar een deel van de dag dagbesteding gegeven wordt door opgeleide activiteitenbegeleiders. Het scheiden van wonen en dagbesteding is belangrijk en vindt op deze manier toch in de vertrouwde omgeving plaats.

Naast het Benchmarkonderzoek bij Talant heeft er een Benchmarkbezoek plaats gevonden bij de Zorgaanbieder Groot Hoogwaak (bijlage 12) in Noordwijk waar zorg wordt geboden aan ouderwordende mensen met dementie. Mw. Waasdorp is teamleider van deze woning. Het gaat om twee naast elkaar gelegen woningen waar in totaal 14 mensen met dementie wonen. De woningen zijn toegankelijk voor elkaar, kunnen wel worden afgesloten voor elkaar wanneer daar behoefte naar is. De woningen zijn gerealiseerd op de derde verdieping van een groot zorgcomplex waar zorg geboden wordt aan ouder wordende mensen. Mw. Waasdorp geeft aan dat het jammer is dat de woningen op de derde verdieping liggen. Het zou fijn zijn als cliënten zelfstandig gebruik zouden kunnen maken van de tuin en in het zonnetje zouden kunnen zitten.

Opgedane informatie omtrent bouw bij Groot Hoogwaak

- Brede gangen om bedden te vervoeren;
- De functionele gang niet als vluchtroute, dit omdat het huiselijk maken dan niet haalbaar is omdat men vanuit de brandveiligheid geen objecten in de gang mag plaatsen;
- Grote badkamers waarin een douchebrancard past en de voorzieningen voor deze zijn reeds aangebracht;
- In de badkamer en slaapkamer rekening gehouden met mogelijk gebruik van een tillift. Ook wat interieur (bijvoorbeeld bedden) betreft;
- Gelijkvloers, geen trappen;
- Tuin met hoge tuinbakken, om struikelen te voorkomen. Uit ervaring geeft mw. Waasdorp aan dat cliënten zo door de struiken heen lopen;
- Eenpersoons kamer;
- Thermostaatkranen in de badkamers;
- Geen drempels in de woning;

- Een gladde vloer zoals zijl, parket of linoleum. Loopt makkelijk voor bewoners en is hygiënisch;
- Goed geïsoleerde woning i.v.m. gilgedrag;
- Beveiligde ramen zodat bewoners er niet door naar buiten kunnen;
- Ramen niet tot de vloer, bewoners zien de diepte niet. Kunnen angstig zijn;
- Appartementdeuren van de gangzijde op slot kunnen doen maar van binnenuit open kunnen doen. Dit om bewoners te beschermen voor een bijvoorbeeld onrustige medebewoner maar niet daadwerkelijk opsluiten. Ze kunnen er zelf altijd uit;
- Zichtbaar kantoor voor medewerkers in nabijheid van cliënten om overzicht te houden. Soort balie. Apart kantoor voor gesprekken e.d.

Enquête onder Medewerkers

De enquête is verspreid bij twee teams van medewerkers die op dit moment met mensen met een verstandelijke beperking en dementie werken op het terrein van 's Heeren Loo (bijlage 13).

Bouw voorwaarden die uit de enquête naar voren kwamen zijn:

- Geen balkon maar een tuin;
- Gelijkvloerse woning op de begane grond;
- Grote open keuken die wel afgesloten kan worden;
- Geen verlichting vanuit het plafond dit geeft vlekken op de vloer waar cliënten moeite mee hebben omdat zij vaak lastig diepte kunnen zien;
- Centrale woonkamer als ontmoetingspunt en voor gezamenlijke activiteiten;
- Slaapkamers in nabijheid van de centrale woonkamer;
- Ruime gangen;
- Grote slaapkamerdeuren zodat je gemakkelijk met het bed er door heen kan;
- Gewone herkenbare radiatoren of weggewerkte radiatoren. In verband met vallen/struikelen;
- Geen kleurverschil in de vloeren;
- Wel daglicht maar niet te fel in verband met vaak voorkomende epilepsie. Fel licht verhoogt de kans op insulten;
- Mogelijkheid om trappen en deuren eenvoudig af te sluiten om wegliepgevaar te voorkomen;
- Eigen slaapkamers en badkamers;
- Levensloopbesteding door overal tilliften te plaatsen en voorzieningen en ruimte voor het gebruik van badbrancards;
- Ruime slaapkamers;
- Ruime woonkamer zodat cliënten ook met hun bed in de woonkamer kunnen verblijven;
- Kantoor in of bij de centrale woonkamer zodat er toezicht is;

- Uitzicht naar buiten waar reuring is, is belangrijk. Wat het uitzicht precies is maakt niet zo veel uit. Als er maar wat gebeurt buiten;
- Twee aan elkaar gekoppelde woningen zodat cliënten heen en weer kunnen lopen. Dit om te gemoed te komen aan hun loopdrang.

Inrichting

- Contrast in kleurstelling is belangrijk voor de huiselijkheid;
- Geen hoge plafonds in de woonkamer. Dit gaat ten koste van de huiselijkheid.

Focusgroepsgesprek met medewerkers

Medewerkers die response gegeven hebben op de enquête werden uitgenodigd voor een focusgroepsgesprek (bijlage 15).

Bouw voorwaarden die uit het focusgroepsgesprek naar voren kwamen:

- Airco (het is nu soms erg warm op de groep, dit is niet fijn voor cliënten);
- Gelijkvloers (geen verdiepingen);
- Grote tuin;
- Slaapkamers rondom de woonkamer, de woonkamer hoeft echter niet rond te zijn, liever niet. Wel met hoeken en muren om spullen tegen aan te zetten;
- Meubels moeten verplaatsbaar zijn, bijvoorbeeld roomdividers op wielen. Soms verblijven veel cliënten met hun bed in de woonkamer en soms zijn alle cliënten mobiel. Soms heb je twee mensen die op een bank gaan zitten en soms heb je er 6;
- Grote schuur/opslag ter beschikking om meubels die even overbodig zijn of geen ruimte voor is op te slaan. Zo ook verpleegtechnische spullen zoals bijvoorbeeld rolstoelen, speciale matrassen, linidobad, douchestoelen, sta lift etc.;
- Centraal kantoor;
- Grote keuken om cliënten te betrekken bij het koken, wel afsluitbaar als nodig;
- Alle cliënten een eigen badkamer;
- Centrale snoezelruimte met een bad er in;
- Niet te hoge plafonds – huiselijkheid;
- Andere disciplines (dokter - AVG arts, tandarts, pedagoog) in nabijheid. Door de achterruitgang is dit van groot belang;
- Goed geïsoleerde slaapkamers en woning. Er is in de nacht veel onrust en soms ook gillen;
- Slaapkamers met ramen geen openslaande deuren naar buiten. Hierdoor BOPZ maatregel omdat deze op slot zit;
- Om de meter beveiligde stopcontacten laag bij de grond, dit voorkomt verlengsnoeren en is handig bij het verplaatsen van cliënten in hoog/laag bedden;
- 2 groepen naast elkaar met 6 á 8 cliënten per groep.

Inrichting

Medewerkers die hebben deelgenomen aan de focusgroep hebben onderstaande sfeerkaartjes (zie bijlage 6) gekozen voor de inrichting.



Interview vertegenwoordiger van een cliënt met een verstandelijke beperking en dementie

Deze vertegenwoordiger heeft aangegeven aan een focusgroepsgesprek voor dit onderzoek mee te willen werken. Omdat er onvoldoende response was en een focusgroepsgesprek niet te realiseren was is deze vertegenwoordiger uitgenodigd voor een interview (bijlage 14).

Bouw

- Niet te groot- overzichtelijk en duidelijk;
- Eigen slaapkamer aan de woonkamer;
- Leuke kleurtjes;
- Geen balkon maar een tuin;
- In de tuin een rondgang met een hek er om heen zodat er wel gevoel van vrijheid is maar wel beschermd;
- Gelijkvloers op de begane grond;
- Afsluitbare keuken;
- Slaapwacht in het gebouw;
- Wel twee groepen bij of naast elkaar zodat er intern mogelijkheid is om heen en weer te lopen maar de groepen aan zich wel scheiden qua niveau van achteruitgang. Vertegenwoordigers merken dat hun broer liever op de andere groep is. Daar is iedereen wat mondiger. Er is voor hun broer meer te halen dan op zijn eigen groep.

Inrichting



Vertegenwoordigers hebben bovenstaande sfeerkaartjes (zie bijlage 6) gekozen voor de inrichting. Dit met name vanwege het overzichtelijke, het niet te vol staan en de kleur.

Focusgroepsgesprek met andere disciplines

Er is een focusgroep gevormd met een pedagoog, logopediste en een medewerker van dagbesteding op locatie die op dit moment met de te onderzoeken doelgroep werken (bijlage 16).

Bouw voorwaarden die uit het focusgroepsgesprek naar voren kwamen:

- Voorspelbare bouw;
- Letten op lichtinval, geen onverwachte schaduwen;
- Toegankelijke deuren met kleur accentueren;
- Geen drempels;
- Geen kleurovergang in de vloer, ook niet in een eventuele lift;
- Dwaalgang, rondgang (om de loopdrang te gemoet te komen);
- Rekening houden met akoestiek in de ruimte, geluid moet voorspelbaar zijn;
- Bij de bouw Barthimeus¹ betrekken in verband met lichtadvies voor mensen met een visuele beperking;
- Slaapkamers rondom de woonkamer gesitueerd. Huiskamer als centraal punt;
- Geen ronde ruimtes. Wel hoeken aanbrengen;
- Wel onderscheid creëren tussen de verschillende kamers, niet dat alles het zelfde lijkt;
- Brede gangen;
- Ruime woonkamers;
- Brede deuren;
- Levensbestendige faciliteiten in de badkamers;
- Vanuit het bed direct via een XY² systeem naar de badkamer;
- Laagbouw;
- Ruime tuin die overdekt kan worden;

¹ Specialist in leven met visuele beperkingen.

² Aan het plafond aangebracht tilsysteem.

- In de buurt van faciliteiten zoals supermarkt etc.;
- Veilige auto arme omgeving;
- Park of school in de buurt voor reuring;
- In de buurt of als aanleun aan een geriatrisch verpleeghuis om andere disciplines zoals een arts, pedagoog etc. in nabijheid te hebben;
- Opslagruimte voor meubilair;
- Parkeerruimte voor rolstoelen en rollators;
- Dubbele woning met de huiskamers tegen elkaar aan (voor burenhulp, als niet nodig deur dicht houden);
- Twee slaapkamers met in het midden een badkamer delen, zo kun je toch twee cliënten te gelijk helpen, vergroot/behoudt zelfredzaamheid;
- Aangepaste keuken;
- XY systeem op alle kamers;
- Verlichting aan de hand van advies van Barthimeus voor visueel beperkte cliënten;
- Overzichtelijk en voorspelbaar gebouw en inrichting;
- Toegankelijke deuren accentueren in kleur;
- Meubels moeten makkelijk verplaatsbaar zijn.

Inrichting

- Looplijnen, kleuren om mensen een richting op te sturen met kleurgebruik;
- Contrast kleurgebruik;
- Snoezel principes intrigeren in de inrichting;
- Zowel oud als instellingsmeubilair, cliënten zijn nu ook niet anders gewend.

Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 2

Het verdient de voorkeur om een woning voor deze groep op de begane grond voorzien van airco te realiseren. Het zou fijn zijn als cliënten zelfstandig gebruik zouden kunnen maken van de tuin en in het zonnetje zouden kunnen zitten.

Deuren die niet voor cliënten toegankelijk zijn zouden de zelfde kleur moeten hebben als de naastgelegen muur. Deuren die wel voor cliënten toegankelijk zijn zouden een andere kleur dan de muur moeten hebben. Op de eigen slaapkamerdeuren van cliënten zouden voor de cliënt herkenbare eigendommen moeten hangen waardoor hij ziet dat dit zijn kamer/eigen plekje is. De indeling van de woning moet overzichtelijk en voorspelbaar zijn. Bij de bouw van de woning moet men rekening houden met vluchtroutes.

Als de gang de vluchtroute is mag je geen gezellige spullen, zitjes neer zetten om de huiselijkheid te bevorderen. Brede lange gangen of een rondgang zijn belangrijk om bedden te vervoeren en loopruimte te creëren. Slaapkamers, in de nabijheid van de centrale ruime woonkamer met veel stopcontacten en het kantoor van het personeel in nabijheid van de cliënten heeft de voorkeur. Ook als belangrijk wordt aangegeven dat de woonkamer een uitzicht heeft waar het een en ander gebeurt.

Daarnaast wordt aangegeven geen kleurverschil in de vloeren aan te brengen en er voor te zorgen dat er voldoende daglicht aanwezig is. De respondenten geven aan dat twee aan elkaar gekoppelde woningen met een gang er tussen om de loopdrang van cliënten tegemoet te komen in de praktijk werkt. Makkelijk verplaatsbare meubels in verband met de steeds veranderende zorgvraag van cliënten en een ruime opslagruimte daarvoor is belangrijk. Een grote open keuken met de mogelijkheid deze af te sluiten als nodig is belangrijk om cliënten bij het koken te betrekken. Een aparte snoezelruimte en dagbestedingsruimte binnen de woning is belangrijk. Eenpersoons kamers zonder drempels en gladde vloeren hebben de voorkeur.

Grote levensbestedinge³ bad en slaapkamers zijn van belang. Het idee is ontstaan om twee slaapkamers te koppelen aan een wat ruimere badkamer. De voorkeur gaat er naar uit om alle badkamers levensbestendig in te richten met een xy-systeem aan het plafond. Het is belangrijk dat de woning beveiligde ramen heeft die niet tot de grond reiken. Een kantoor of balie voor medewerkers, zichtbaar en in nabijheid van cliënten verdient de voorkeur. Medewerkers geven aan veel gebruik te maken van een AVG arts en pedagoog waardoor het belangrijk is deze in nabijheid te hebben. Het pand dient goed geïsoleerd te zijn in verband met mogelijke nachtelijke onrust van cliënten.

10.2.3 Deelvraag 3

Welke vormen van domotica sluiten aan bij deze doelgroep en de visie van huiselijkheid en kleinschaligheid?

Opgedane informatie omtrent Domotica bij Talant

- Deze zorgaanbieder gebruikt onderstaande vormen van Domotica of zou deze graag willen gebruiken (bijlage 12).

Opgedane informatie omtrent Domotica bij Groot Hoogwaak

- Gebruik maken van een polssensor, bellen en een dectelefoon;
- Leefcircuitconcept om bewoners meer bewegingsvrijheid te geven;
- Bewegingsmelder op de verlichting als bewoners uit bed komen;
- Oproep/ bel -systeem als een cliënt uit bed stapt ook overdag;
- Systeem zodat collega's gemakkelijk elkaars hulp in kunnen roepen.

³ Zo ingericht dat de badkamer voorzien is van materialen om de cliënt in elke levensfase te verzorgen.

Enquête

Het merendeel van de interne medewerkers van 's Heeren Loo geeft aan geen hinder van domotica te ervaren op het gebied van huiselijkheid (bijlage 13). Vormen van domotica die aansluiten bij deze doelgroep en die zij op dit moment gebruiken zijn de volgende:

- Deurmelders voor de nacht;
- Bedmatten;
- Videobewaking op de dag;
- Beweging en lichtschakelaars;
- Spreek en luisterverbinding met de nachtdienst;
- Chip voor cliënten die weglompdrang hebben.

Focusgroepsgesprek met medewerkers

Medewerkers geven tijdens het focusgroepsgesprek wederom aan dat zij van mening zijn dat domotica de huiselijkheid niet in de weg hoeft te staan (bijlage 15). Zij ervaren geen hinder van domotica.

Vormen van domotica die zij graag in een woning zouden zien zijn:

- Camera toezicht op alle slaapkamers;
- XY systeem⁴ in alle slaapkamers;
- Op verschillende plekken in de woning en in alle slaapkamers zuurstof voorziening/plug aanleggen bij de bouw. Dit voorkomt slangen of stroomkabels over de grond (valgevaar);
- Bewegingsmelders in bed en bij deuren en in de gang om cliënten goed te kunnen volgen;
- Vaste nachtdienst, wakkere wacht geen slaapwacht + ondersteund met beluistering. Nu zijn cliënten vaak al lang aan het dwalen voor er iemand is, maken elkaar wakker;
- Gewone deuren met deurkruk geen schuifdeuren, snappen ze op den duur niet meer;
- Bewegingsmelders in de badkamer voor het licht zodat cliënten de weg kunnen vinden;
- Nachtbeluistering;
- Alarm melders voor personeel (te dragen als clip aan de kleding) voor als personeel hulp inroept dat de collega kan zien waar deze zich bevindt. Vermelding van ruimte waar hulp nodig is;
- Saturatie⁵ meter op verschillende punten in de woning;
- AED⁶ → bij verslikken geldt non reanimatie niet. Vandaar;
- Po spoeler;
- Hoog/ laagbedden voor alle cliënten;

⁴ Tilsysteem dat aan het plafond bevestigd is waarmee men afstanden van een paar meters kan overbruggen.

⁵ Meet het zuurstofgehalte in het bloed en de bloeddruk.

⁶ Automatische externe defibrillator- dit is een draagbaar toestel dat wordt gebruikt voor het reanimeren van een persoon met een circulatiestilstand als gevolg van ventrikelfibrilleren.

- Voordeur sluit van zelf als deze in het slot valt. → zo is de deur altijd dicht. Mobiele bewegingsvrije cliënten faciliteren met sleutel of ander hulpmiddel.

Focusgroepsgesprek met andere disciplines (bijlage 16)

Uit de gesprekken met de mensen uit de focusgroep met andere disciplines komt naar voren dat zij graag de volgende vormen van domotica in een woning zouden zien:

- Beluisteringsysteem;
- Leefcirkel concept met melding naar personeel als een cliënt weg gaat;
- GPS voor buiten om zelfstandigheid van cliënten te vergroten;
- Automatische deuropening bij het vervoer van bedden;
- XY systeem op alle slaapkamers;
- Nachtbeluistering;
- Bewegingsmelders.

Interview vertegenwoordiger

De twee geïnterviewde vertegenwoordigers, twee zussen van een cliënt geven aan geen zicht te hebben op de noodzaak van domotica (bijlage 14). Ze zijn er van overtuigd dat domotica voordelen heeft voor de zorg en veiligheid van hun broer maar welke voordelen kunnen zij niet direct benoemen. Zij staan niet afwijzend tegenover domotica. Ze zouden er voor open staan als bij hun broer om bepaalde redenen meer domotica zou worden ingezet.

Interview domotica deskundige

Jo Dassen, de domotica deskundige van 's Heeren Loo vanuit locatie Noordwijk geeft het volgende advies voor een nieuw te realiseren pand in de wijk voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie (bijlage 17).

- De nachtbeluistering⁷, met als doel: "zo rustig, veilig en normaal als mogelijk". In de tijd van de (slaap-) wachten werd er door de wacht 's nachts gewerkt: er brandde licht en er was geluid. Nu is het donker, stil, vergelijkbaar met een normale thuissituatie;
- Dwaaldetectie; dit voorkomt dat deuren op slot moeten (maatwerk!). Op dit moment is het technisch wel mogelijk maar nog erg duur en (nog) geen maatwerk. Zo is er een signaal/melding bij elke beweging, terwijl gewenst is dat dit alleen het geval is bij afwijkingen. Wel is wenselijk dat het systeem dag en nacht alles registreert, zodat patronen en afwijkingen daarin duidelijk zijn. Bij dementerenden en Alzheimerpatiënten is vaak sprake van een omkering van het dag/nachtritme dat wordt dan duidelijk (ook hoeveel en hoe vaak iemand indut).

⁷ Automatisch uitluistersysteem van verschillende ruimtes van de woning. Het beluisteren bij 's Heeren Loo gebeurt vanuit een centraal punt op het terrein in Noordwijk.

Er is al een horloge (Vivago), dat dit registreert; op basis van feitenanalyse kunnen dan gerichte stappen worden ondernomen. Bij risicogroepen (bijvoorbeeld mensen met down) is het raadzaam om een nulmeting te doen;

- Bij de nieuwbouwproject dient men volledig rekening te houden met domotica, de basis moet in een pand aanwezig zijn. Daarmee kan men indien er later behoefte is, alles makkelijk koppelen en gebruiken (plug and play). Wanneer cliënten van een in de wijk gevestigde locatie dementeren, worden zij over het algemeen overgeplaatst naar de hoofdlocatie. Sommigen willen dit echter per se niet. Wat dan: aanpassen van de oorspronkelijke woning? Dat kan wel, maar afhankelijk van het tempo van het dementeringsproces, kan het zijn dat er achter de feiten wordt aangelopen;
- Belangrijk is ook dat de verschillende systemen te koppelen zijn; dit is nu nog niet het geval (voorbeeld: Caress (cliëntendossier) en nachtbeluistersysteem). Zeker ook belangrijk is dat de verantwoordelijken in de organisatie inzicht hebben in de materie. Een te grote afstand is niet goed, maar andersom, te dichtbij ook niet. Objectieve deskundigheid is dus noodzakelijk, zowel met betrekking tot gedrag, cliënten en domotica;
- Kennisoverdracht domotica moet in de lijn, van bovenaf, niet te breed en –vanwege het maatwerk- niet aan de hand van een catalogus;
- Op de hoofdlocatie zijn twee woningen met/voor dementerenden. J. Dassen werd gevraagd met een soort "catalogus" op het gebied van domotica te komen. Dit werkt echter niet zo: het moet altijd in combinatie met de infrastructuur en de specifieke zorgvraag;
- Heel belangrijk is dat de mogelijkheden van domotica heel gericht worden ingezet en dat het de cliënt is, die bepaalt wat (niet) en wanneer. Ongeacht de doelgroep is de visie met betrekking tot domotica dat het maatwerk is. Opgemerkt wordt dat domotica c.q. een systeem als het nachtbeluistersysteem, staat of valt met wat er aan de achterkant georganiseerd is;
- Bij dementerenden is het van belang om vroegtijdig in te spelen op het verlies van functies en het soms daarmee samenhangende gevoel van falen. Omdat dementeren (vaak) een geleidelijk proces is, moet worden opgepast dat er geen sprake is van betutteling; er zijn namelijk momenten dat een cliënt zaken wel zelf kan, dus geen hulp(middelen) nodig heeft. Dus ook hier geldt, maatwerk. De stelregel is waarneming, signalering en reactie.

Bij het geven van adviezen over domotica houdt Jo Dassen rekening met de huiselijkheid en de kleinschaligheid van een project. Het motto is "zo normaal als mogelijk". Domotica moet iets zijn dat op de achtergrond meedraait, een signaal geeft als het echt nodig is, bijvoorbeeld als er afwijkingen worden registreert.

Samenvatting van de uitkomsten van deelvraag 3

Bij een nieuwbouwproject dient men volledig rekening te houden met domotica, de basis moet in een pand aanwezig zijn. Daarmee kan men indien er later behoefte is, alles makkelijk koppelen en gebruiken (plug and play). Aanpassen van een woning waarbij dit niet gerealiseerd is kan maar afhankelijk van het tempo van het dementeringsproces, kan het zijn dat er achter de feiten wordt aangelopen.

Door de aanpassing in de bouw mee te nemen kan er vanuit de individuele cliëntvraag gekeken worden wat nodig en noodzakelijk is. Bij dementerenden is het van belang om vroegtijdig in te spelen op het verlies van functies en het soms daarmee samenhangende gevoel van falen.

Omdat dementeren (vaak) een geleidelijk proces is, moet worden opgepast dat er geen sprake is van betutteling; er zijn namelijk momenten dat een cliënt zaken wel zelf kan, dus geen hulp(middelen) nodig heeft. Dus ook hier geldt: maatwerk. Stelregel: waarneming, signalering en reactie.

Domotica die op dit moment intern bij 's Heeren Loo of extern bij andere zorgaanbieders gebruikt worden zijn: polssensor, individuele bellen, dectelefoons, deurmelders voor de nacht, bedmatten, videobewaking op de dag, beweging en lichtschakelaars en spreek en luisterverbinding met de nachtdienst.

Wenselijk vanuit de betrokken respondenten is een leefcirkelconcept, bewegingsmelders en een systeem zodat collega's onderling makkelijk hulp in kunnen roepen. Een XY systeem op alle slaapkamers en op verschillende plekken in de woning zoals woon- en slaapkamers zouden zuurstof voorziening in de bouw moeten worden gerealiseerd. Dit voorkomt slangen of stroomkabels over de grond (valgevaar). Er zouden bewegingsmelders in bed, bij deuren en in de gang moeten zitten om cliënten goed te kunnen volgen. Er is behoefte aan een AED op de woning, een pospoeler en standaard hoog- laag bedden. Daarnaast zouden deuren automatisch open moeten gaan bij het vervoer van bedden door de woning.

11. Conclusies en Aanbevelingen

Bij onderstaande conclusies worden de resultaten van de verschillende onderzoekstechnieken met elkaar in verband gebracht. Er zal duidelijk worden of de resultaten op elkaar aan sluiten of strijdig zijn met de andere onderzoeksresultaten en wat dit betekent.

11.1 Conclusies

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten zijn onderstaande conclusies tot stand gekomen en kan de centrale vraagstelling beantwoord worden.

Welke voorwaarden op het bouwtechnisch gebied en domotica vloeien voort uit de zorgvraag van de mens met een verstandelijke beperking met dementie die in de wijk woont?

Punten die tegenstrijdig ten opzichte van elkaar zijn, zijn in de tabel in kleur weer gegeven. Interne uitkomsten van medewerkers van 's Heeren Loo en Externe uitkomsten van de benchmarkonderzoeken zijn volledig neutraal zonder enige sturing of wetenschap van elkaars uitkomsten tot stand gekomen. Hierdoor kunnen er verschillen in uitkomsten zijn hoewel dat niet wil zeggen dat de mening van een andere respondentengroep niet waardevol geacht wordt.

Bouw

	Literatuur	Intern	Extern
In nabijheid van Geriatriesch centrum voor disciplines		x	
In de buurt van winkels, park of school	x	x	x
Begane grond gelijkvloers	x	x	x
voorspelbare/ overzichtelijke bouw	x	x	x
Rolstoelvriendelijk	x	x	x
Brede deuren	x	x	x
Deuren met zijpaneel	x		
Gang met nisjes	x		x
Gangen met veel daglicht	x		
Rondgang heeft de voorkeur	x	x	
twee groepen met een gang er tussen om te lopen		x	x
Gang in de buurt van centrale woongedeelte	x		
Vluchtroute niet via de functionele gang	x		x
Brede gangen	x	x	x
Geen drempels	x	x	x
Lichtschakelaars niet te hoog	x		
Grote ramen voor daglicht	x	x	x
Geen vel licht naar binnen/ zonwering aanbrengen		x	
Lichtadvies van Barthimeus opvragen en opvolgen		x	
Rekening houden met Akoestiek, voorspelbaar geluid		x	
Ruime woonkamer 10m2 per cliënt	x	x	x
Huiskamer met nisjes	x		
L L-vormige woonkamer	x		
1 woonkamer	x		
2 woonkamers met een gang er tussen		x	x
2 woonkamers naast elkaar met afsluitbare deur		x	
Ruimte voor rollators in woonkamer	x	x	x
Half open keuken	x		
Half open keuken met afsluitmogelijkheden		x	x
Goed herkenbaar toilet	x		
Toilet in nabijheid	x		
Toilet zowel dag als nacht goed te vinden	x	x	
Slaapkamers in nabijheid v.d. centrale woonkamer	x	x	
XY-tilsysteem aan het plafond van elke slaapkamer		x	x
Ruime slaapkamers voor gebruik tillift			x
Ruime individuele slaapkamers met aangrenzend de individuele badkamer		x	x
Levensbestedinge badkamers met voorzieningen voor Linidobad, toiletbeugels, thermostaatkranen		x	x
Tuin met hoge plantenbakken			x
Tuin met verschillende zitjes	x	x	x
Tuin waar vrij bewegen mogelijk is bijvoorbeeld patio	x	x	x

Bouw

	Literatuur	Intern	Extern
Vanuit de woonkamer uitzicht op leven buiten	x	x	x
Ramen op borsthoogte van een rolstoelgebruiker	x		
snoezelruimte in de woning		x	x
geen bad in de snoezelruimte			x
bad in de snoezelruimte		x	
aparte ruimte in de woning voor dagbesteding		x	x
Heldere platte grond van de woning	x	x	x
Goed geïsoleerde woning voor geluid		x	x
Geen openslaande deuren in de slaapkamers		x	
Ramen niet tot op de vloer		x	x
Beveiligde ramen met ketting of slotje			x
Eigen appartementdeur van gangzijde op slot kunnen doen maar van binnen open kunnen doen			x
Kantoor voor medewerkers centraal en zichtbaar	x	x	x
Werkplek van medewerkers - balie			x
Aparte ruimte voor gesprekken/ overdracht			x
Gewone hoge radiatoren		x	
Geen hoge plafonds		x	
Airco of klimaatcontrole in de woning		x	
Grote berging in huis/ opslag meubels e.d.		x	x
Woning in nabijheid van medische diensten		x	
Om de meter een beveiligd stopcontact laag bij de vloer in de woonkamer		x	
Op meerdere plekken in de woonkamer zuurstof plug voorziening		x	
Saturatiemeter op verschillende plekken in de woning		x	
Voordeur valt automatisch in het slot bij sluiten		x	

Figuur 3

Vanuit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de voorkeur uit gaat naar gelijkvloerse laagbouw gerealiseerd in nabijheid van ondersteunde diensten zoals een arts en pedagoog maar ook in de buurt van winkels, scholen of een park. Het is belangrijk dat er reuring in de buurt is en bij voorkeur is het uitzicht vanuit de centrale woonkamer hier op gericht. De centrale woonkamer dient minimaal 10 m² per cliënt te bevatten met om de meter een stopcontact vlak bij de grond. De woning dient rolstoelvriendelijk te zijn met een voorspelbare indeling. Een brede rondgang met verschillende nisjes en brede deuren zijn belangrijk. Om volume te creëren voor contact en samenwerkingsmogelijkheden onder verzorgende is het belangrijk om minimaal twee woningen naast elkaar te situeren. Of de woonkamers hierbij naast elkaar liggen of met een gang er tussen blijft een vraagstuk en het onderzoeken hiervan is opgenomen in de aanbevelingen. De vloer mag geen kleurverschil bevatten ook niet in drempels en overgangen naar een andere ruimte. Het is belangrijk om de woning levensbestendig te bouwen met een XY til systeem in iedere slaapkamer en badkamer waar alle voorziening aanwezig zijn om de cliënt in iedere fase van zijn dementie optimaal te kunnen verzorgen.

Domotica		Literatuur	Intern	Extern
	Centrale nachtbeluistering		x	X
	Communicatie mogelijkheden met de nachtzorg		x	
	Deurmelder	x	x	
	Deurmelders met doorschakeling naar nachtzorg		x	
	Bedmatten	x	x	
	Bedmatten met doorschakeling naar nachtzorg		x	
	Bewegingsmelders op meerdere plekken in woning	x	x	
	Bewegingsmelders als lichtschaakelaar	x	x	
	Cameratoezicht in alle slaapkamers	x	x	
	Deur druk knoppen om deur te openen	x		
	Gewone deuren met deurkrukken		x	
	Video deurtelefonie	x	x	
	Detectie en preventie op dwalen	x	x	
	Basisvoorziening domotica moet aanwezig zijn voor plug en play op aanvraag		x	
	Inzet op individuele cliëntvraag niet op voorhand		x	
	Nachtoriëntatie verlichting	x	x	
	automatisch aansturen van hoeveelheid licht	x		
	Polssensor			X
	Bellen			X
	Een alarmsysteem voor medewerkers onderling		x	X
	Dektelefoon			X

Figuur 4

Bovenstaande domotica voorwaarden lijken van belang om een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk te realiseren.

Wat domotica betreft is het wenselijk dat de gebruikelijke domotica zoals nachtbeluistering, bewegingsmelders, bedmatten en deurmelders in de bouw worden meegenomen. Het gebruik van een leefcirkelconcept (detectie en preventie op dwalen) en biologische klok stimulerende verlichting lijkt gezien de doelgroep toepasselijk. Het belangrijkste is dat de basisvoorzieningen om met domotica te werken in de bouw worden mee genomen. Daarmee kan men indien er later behoefte is, alles makkelijk koppelen en gebruiken (plug and play). Aanpassen van een woning waarbij dit niet gerealiseerd is kan dit alsnog worden gedaan maar afhankelijk van het tempo van het dementeringsproces, kan het zijn dat er achter de feiten wordt aangelopen. Door de aanpassing in de bouw mee te nemen kan er vanuit de individuele cliëntvraag gekeken worden wat nodig en noodzakelijk is. Bij dementerenden is het van belang om vroegtijdig in te spelen op het verlies van functies en het soms daarmee samenhangende gevoel van falen te compenseren. Omdat dementeren (vaak) een geleidelijk proces is, moet worden opgepast dat er geen sprake is van betutteling. Er zijn namelijk ook momenten dat een cliënt bepaalde zaken wel zelf kan, dus geen hulp(middelen) nodig heeft. Dus ook hier geldt: maatwerk. Stelregel: waarneming, signalering en reactie.

Inrichting		Literatuur	Intern	Extern
	eigen slaapkamer herkenbaar maken met eigen spulletjes, geur of muziekje van de cliënt	x		X
	Deuren die niet voor cliënten toegankelijk zijn in de zelfde kleur als de muur schilderen	x	x	X
	Looplijnen in de vloer om route aan te geven			
	gladde vloeren zoals parket of Linoleum		x	X
	geen kleurverschillen in de vloer	x	x	X
	biologische klok stimulerende verlichting	x		
	Geen verlichting uit het plafond		x	
	contrast en kleurstelling voor huiselijkheid		x	X
	Makkelijk verplaatsbare meubels in de woonkamer		x	
	Zowel oude als nieuw instellingsmeubels		x	
	Snoezelprincipes integreren in Inrichting		x	
	AED in de woning		x	
	Po- spoeler in de woning		x	
	Hoog - laagbedden voor alle cliënten		x	X

Figuur 5

Bovenstaande voorwaarden kunnen worden gesteld aan de inrichting van een kleinschalige woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie. In verband de steeds wisselende zorgvraag van cliënten is het belangrijk dat meubels eenvoudig verplaatsbaar zijn en er een grote opslagruimte is om deze even uit de woning te halen als nodig

11.2 Aanbeveling

Naar aanleiding van het onderzoek en de in het proces opgedane ervaringen zijn onderstaande aanbevelingen tot stand gekomen.

- De onderzochte woonvorm is een innovatief concept dat nog niet of nauwelijks in Nederland voorkomt. Nader onderzoek is noodzakelijk. Kenniscentrum Vilans zou dit kunnen vormgeven. Ook omdat de doelgroep in omvang toeneemt. Veel kan worden geleerd van ervaringen met kleinschalige woonvormen.
- Aangezien er vanuit de overheid erkend wordt dat de omvang van de doelgroep ouderwordende met dementie toe neemt, zoals middels het Deltaplan op 4 april 2013 in de Tweede Kamer is gepresenteerd, is nader onderzoek op het gebied van financiële ondersteuning voor uitgebreider onderzoek gewenst. De overheid stelt 32,5 miljoen beschikbaar om de zorg rondom deze groep te verbeteren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013).
- Bij het realiseren van een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie zou met de interne medewerkers van het primaire proces die nu met deze mensen werken de conclusies en soms tegenstrijdigheden besproken moeten worden om uiteindelijk tot de juiste keuze per conclusie te komen.

- Bij de bouw en vormgeving van een woonvorm moeten nadrukkelijk de medewerkers en zo mogelijk de gebruikers en/of vertegenwoordigers worden betrokken.
- Voor het realiseren van een kleinschalige woonvorm voor mensen met dementie zal nader onderzoek moeten worden gedaan naar de in het conceptueel model aangegeven andere factoren die invloed kunnen hebben op het succes van deze woonvorm.

12 Reflectie

De onderzoeker is blij met het resultaat dat verwoord is in de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek. Het onderzoek werd beïnvloed door de geringe beschikbaarheid van literatuur. Tevens zijn er weinig concrete projecten in Nederland aanwezig waardoor ervaringen summier zijn. Het enthousiasme van interne medewerkers en vertegenwoordigers om deel te nemen aan dit onderzoek verliep stroef. Eenmaal in gesprek leverde hun deelname belangrijke informatie op. De onderzoeker heeft gemeten wat zij wilde meten hetgeen heeft geresulteerd tot voor de organisatie bruikbare informatie. Het pluriform beeld en het theoretisch kader hebben geholpen om middels een brede oriëntatie tot een conceptueel model te komen. Het conceptueel model was waardevol om het onderzoek kaders te geven. De mantelzorger, deskundige en het management was in het conceptueel model uitgesloten van het onderzoek hoewel de onderzoeker deze mensen later wel als respondenten betrokken heeft bij het onderzoek. De onderzoeker ontdekte na het vaststellen van het conceptueel model dat deze mensen de ervaringsdeskundigen zijn. Het bottom up ophalen van informatie leverde veel op.

Het onderzoek is naast het kwantitatieve literatuuronderzoek uitgevoerd door de juiste kwalitatieve onderzoeksmethoden. Middels een enquête met vooral open vragen, benchmarkonderzoeken, twee interviews en twee focusgroeps gesprekken zijn bruikbare resultaten tot stand gekomen. Door deze onderzoeksmethoden kon de onderzoeker zonder de respondenten te beïnvloeden of te sturen doorvragen, tot de kern van het onderwerp komen en de dialoog met de respondenten aangaan. Om de respondenten niet te beïnvloeden zijn zij niet op de hoogte gesteld van de uitkomsten van de andere respondenten. De meeste informatie heeft de onderzoeker opgedaan middels literatuuronderzoek en middels het focusgroeps gesprek met medewerkers van het primaire proces. Om die reden is het belangrijk indien een dergelijke woonvorm gerealiseerd gaat worden, om met name met medewerkers van het primaire proces de soms tegenstrijdige conclusies te bespreken en om afwegingen te maken om uiteindelijk de juiste keuzes te maken. Dit is opgenomen in de aanbevelingen van dit onderzoek.

Geraadpleegde literatuur

Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek Methoden en technieken*. Houten: Noordhoff.

Bauer, B. (n.d.). *Evaluation of psychological and social effects on patients, staff and relatives?*
Sweden: National Center for Biotechnology information.

Bauwer, B., & Annerstedt, L. (2008). *Group living compared with long-term care institutions*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Depla, M., Freriks, B., Hertog, C., & Niemeijer, A. (2012). *Toezichthoudende domotica*. Amsterdam: VUmc.

Determeijer, B. (1999). Verstandelijk gehandicapten mogen niet langer worden weggestopt in een gesticht ergens in de bossen. Kleinschalig en meer zelfstandig wonen is nu het parool. *NRC-Handelsblad*, 5 januari.

Drenth, J., Singelenberg, J. (2004). *Buiten Gewoon Wonen*. Zwijndrecht: Red Business.

Grijpdonk, M. (2000). Het leven boven de ziekte en de beperkingen uittillen, ook in de zorg voorouderen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 6, 175-180.

Hamers, J. P. H., Kempen, G. J. I. M., Van Rossum, E., Verbeek, H., & Zwakhalen, S. M. G. (2011). *Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie*. Limburg: Provinciale Raad voor Volksgezondheid.

Leeuw, J. van der. (2012). *Functiewijzer Domotica in het kleinschalig groepswonen met dementie*. Utrecht: Vilans.

LOC, Verantwoorde Zorg. (1999). *Referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek*. Utrecht: Landelijke organisatie Cliëntenraden.

Maaskant, M., Schuurman, M. (n.d.). *Dementie bij mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.

Mulder, M. (2010). *101 Management Modellen*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

Nouws, H. (2005). *Huiselijk en Vertrouwd*. Utrecht: NIZW Zorg.

Niemeijer, A. R., Fredriks, B. J. M., Riphagen, I. I., Legemaate, J., Eefsting, J. A. & Hertog, C. M. P. M. (2010). Ethical and practical concerns of surveillance Technologies in residential care for people with dementia of intellectual disabilities. *International Psychogeriatrics*, 4, 1-14.

Salmon Group. (1998). *The use of small housing units for persons suffering form dementia*. Liverpool/ Paris/ Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Swemmer, M. (2004). *Mogelijkheden van domotica in kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen*. Utrecht: Technische Universiteit.

Veer, A. de, Kerkstra, A. (1998). *Bewonerspanel verpleeghuizen*. Utrecht: Nivel.

Verbraek, B., Plas, A., van der. (2012). *De wondere wereld van Dementie*. Amsterdam: Red Business.

Voordt, D. J. M. van der (1993). De weg kwijt in het verpleeghuis: ruimtelijke oriëntatie in bouwkundig perspectief. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 24, 220-226.

Wijk, M. (2008). *Handboek voor toegankelijkheid*. Den Haag: SDU.

Zwijssen, S. A., Niemeijer, A. R. & Hertogh, C. M. P. M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community- dwelling elderly people. *Aging & Mental Health* 15, Issue 4.

Geraadpleegde websites

Afstudeerbegeleider.nl (2012). *Conceptueel model scriptie*:
<http://www.afstudeerbegeleider.nl/conceptueel-model-scriptie/>

Centraal bureau statistiek (2012). *Gezondheidszorg in cijfers*: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2012/2012-c156-pub.htm>

Centraal bureau statistiek (2011). *Vergrijzing*:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70115ned&D1=0,3-4&D2=a&D3=a&HD=081106-1151&HDR=T,G1&STB=G2>

Centrum indicatiestelling zorg (2012). *CIZ indicatiewijzer*:
http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/indicatiewijzer/Indicatiewijzer_50.pdf

College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2003). *Vergrijzing in de gehandicaptenzorg*:
<http://www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut548-5.pdf>

Digitale Professionals (2012). *Benchmarking en uw bedrijfsprestaties*:
www.stemsite.nl/nl/library/download/49102?format

Gezondheid.nl (2011). *Dementie*:
<http://www.gezondheid.nl/dossiers/dementie/287/3/index.html>

Fonds psychische gezondheid (n.d.). *Dossier Dementie*:
<http://www.gezondheid.nl/dossiers/dementie/287/index.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Deltaplan Dementie*:
<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/04/kamerbrief-over-deltaplan-dementie/kamerbrief-over-deltaplan-dementie.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Kamerstukken 31996*:

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31996-4.html>

Pronamic (2012). *De voordelen van een focusgroep*:

<http://pronamic.nl/2009/11/de-voordelen-van-een-focusgroep/>

Regionale commissie Gezondheidszorg (2010). *Onderzoeksrapportage inventarisatie kleinschalige woonvormen door dementerenden in de regio Zuid-Holland Noord*:

http://www.rcgzhn.nl/content/publicaties/wzw_kleinschaligwonen_100302.pdf

Bijlagen

Bijlage 1

kracht biedt keuze

's Heeren Loo 

DOEL

's Heeren Loo is een landelijke organisatie die mensen met een (lichte) verstandelijke beperking die zorg en/of begeleiding nodig hebben, ondersteunt bij wonen, dagbesteding en/of behandeling.

MISSIE

's Heeren Loo draagt met hoogwaardige ondersteuning bij aan een zinvol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. **Respect, verbondenheid, geborgenheid en verantwoordelijkheid** zijn daarbij richtinggevende waarden. In de missie van 's Heeren Loo gaan zij er vanuit dat het leven zin krijgt in de ontmoeting met medemensen. **Het gaat erom te kennen en gekend te worden.** Zij vinden het dan ook belangrijk dat hun cliënten, te midden van anderen, vorm en inhoud aan hun leven kunnen geven en zo kunnen deelnemen aan de samenleving.

VISIE

De visie van 's Heeren Loo is om de cliënten zoveel mogelijk te laten integreren in de samenleving. Mensen met een verstandelijke beperking hebben het recht deel te nemen aan de maatschappij. In de praktijk kan dit betekenen dat cliënten wonen in een gewone woonwijk, werken in een bedrijf, uitgaan in het café op de hoek en sporten bij een sportclub waar ook mensen zonder verstandelijke beperking komen. Deze visie heeft in de afgelopen jaren geleid tot ingrijpende veranderingen binnen de organisatie. Vroeger werden mensen met een verstandelijke beperking meestal uit huis geplaatst en daar was de organisatie op ingericht. Nu proberen we mensen zo lang mogelijk thuis te ondersteunen. Als dat niet meer gaat, bieden we een voorziening aan waarbij er zoveel mogelijk contacten zijn met de samenleving.

WAT BETEKENT DAT VOOR DE REGIO ZHN?

1. Wij geloven erin dat iedereen zich kan **ontwikkelen**. Of dit nu grote stappen of kleine stappen dat maakt niet uit. Belangrijk is om met elkaar een veilig ontwikkelingsklimaat te scheppen. Voor zowel cliënten en medewerkers;
2. Zodat we met elkaar kunnen groeien. Een **lerende organisatie** kunnen zijn. Dan kunnen we goed met elkaar werken aan ons doel, missie en visie;
3. We vinden het belangrijk dat de cliënt **zelf in regie** is. Dat we hem kennen en weten wat hij belangrijk vindt. Dat de doelen in zijn persoonlijk plan, ook werkelijk zijn doelen zijn.

We hebben daarom gekozen voor de **methode "op eigen benen"**. Aangezien deze methode medewerkers ondersteunt, om op een respectvolle wijze, de verantwoordelijkheid en zelfregie van cliënten te bevorderen. We hebben gekozen voor de **instrumenten "INVRA" en "MONIT"**, aangezien daardoor de competenties en wensen van (en voor) cliënten zichtbaarder worden, ruimte voor dialoog ontstaat, en doelen concreter gesteld kunnen worden.

We weten dat niet alle cliënten volledig kunnen integreren in de samenleving. Maar mensen met een beperking zijn wel een onderdeel van de samenleving, en we blijven daarom altijd zoeken naar manieren om inclusie te bevorderen. We hebben daartoe de methode buurtbesef ontwikkeld. Waar mogelijk en/of nodig hanteren we deze **methode buurtbesef**.

We ondersteunen cliënten bij hun **woon en werkcarrière mogelijkheden**, zowel als het goed gaat als wanneer het tegen zit, door al onze diensten continu zo goed mogelijk af te stemmen op hun "vragen". We maken deze mogelijkheden inzichtelijk voor cliënten, verwanten en andere betrokkenen.

Info Netwerkkkaart

Meten is weten, is het motto. Vaak klopt de indruk die de cliënt zelf heeft van zijn of haar netwerk niet. Als u er samen voor gaat zitten, blijkt de cliënt meer mensen te kennen en te ontmoeten dan hij/zij soms denkt. Breng deze in kaart met een sociale netwerkkkaart!

Door alle mensen uit het netwerk in kaart te brengen en een plek te geven in de netwerkkkaart, ontstaat een rijker en preciezer beeld van de huidige situatie van de cliënt. De nadruk ligt hierbij op het inventariseren. Niet meteen oordelen over het netwerk, maar eerst maar eens overzicht krijgen.

Stap 1 – “Bezint eer ge begint”

Het maken van een sociale netwerkkkaart kost tijd. Deze tijd is het dubbel en dwars waard als u de output van de netwerkkkaart wilt koppelen aan een vervolg actie, bijvoorbeeld relatie met familie verstevigen, realiseren van VT vraag, et cetera. Vergeet ook niet dat de netwerkkkaart een momentopname is, na een half jaar kan hij onbruikbaar zijn.

Stap 2 - Kijk goed

Een belangrijke stap op weg naar verbeteringen is: bewust en gericht waarnemen van de bestaande situatie. Juist door goed waar te nemen, te focussen, ontstaat er een natuurlijke spanning tussen hoe het is en hoe het zou moeten zijn.

Stap 3 - Informanten inschakelen

Tijdens deze stap komen volop kansen om een link te leggen tussen de persoon en tussen de mensen die beroepshalve of door hun hobby/relatie ook een indruk kunnen geven van het netwerk van de betrokkene. Het is belangrijk om - met toestemming

van de betrokkene - juist ook deze informanten te vragen naar hun visie op het netwerk. Het kan een medewerker van de dagbesteding zijn, een leerkracht, ouders, een baas, een collega, een sleutelfiguur in de wijk, een buurvrouw, een dominee.

Stap 4 – Brainstorm maken

Maak samen een groslijst van alle mensen die uw cliënt kent, aardig of belangrijk vindt. gebruik eventueel foto's. Zie bijlage “Brainstorm”.

Tip: wat doet een cliënt zoals de hele dag, ga eens mee!

Stap 5 – Netwerkkkaart maken

Maak vervolgens, zo veel mogelijk samen met uw cliënt de persoonlijke netwerkkkaart

Begin met de makkelijke namen. Gebruik tijdens het gesprek een A3 versie en voor de verwerking de digitale A4 versie.

Tijdens deze stap komt het aan op luisteren en doorvragen naar de dagelijkse activiteiten en contacten. U raakt steeds meer bekend met het 'bijzondere' van deze persoon en met de mensen die 'bijzonder' voor hem of haar zijn. Bij het maken van een persoonlijke netwerkkkaart kunt u als persoonlijk begeleider wijzen op wat er allemaal mogelijk is.

Stap 6 – Netwerkkkaart is klaar

Hoe ziet het netwerk er nu uit? Wie mogen er wel /niet op staan?

Er is een persoonlijke netwerkkkaart ontstaan, de persoonlijke beleving staat voorop.

Op deze netwerkkkaart komen de namen van mensen die later zeer waardevol kunnen zijn.

Stel het oordeel over het sociale netwerk uit.

Stap 7 – Netwerkkkaart analyseren

Door de netwerkkkaart goed te bekijken, vormt u zich een beeld van waar de cliënt staat. U kunt zich in de analyse van het netwerk het beste richten op de ondersteunende waarde ervan. Wie zijn verrassende personen in het beeld en wat zijn mogelijke contacten voor een leuker en prettiger bestaan? En ziet de cliënt dat ook op die manier?

Is de cliënt gemotiveerd? Als u door de kaartanalyse aanknopingspunten heeft gevonden voor contacten, dan zit het met de motivatie van de cliënt meestal wel goed. Maar als dit nog niet het geval is, kan een prikkelende manier van begeleiden door u als persoonlijk begeleider de cliënt helpen.

Wat valt op

- Wat heeft u verrast? Verbaasd?
- Waar staat u zelf en wat vindt u ervan?
- Wat valt u op aan de spreiding van de contacten over de kaart?
- Welke conclusies dringen zich op.

Soort contacten en spreiding

- Wat valt op aan de personen die uw cliënt benoemt als onmisbare of liefste mensen?
- Wat valt u op aan het aantal contacten in de eerste, tweede en derde ring?

Welke ondersteuning kan het netwerk bieden

- Is er iemand die samen dingen met hem/haar doet?
- Is er iemand die hem/haar helpt als hij/zij iets niet begrijpt of niet kan?
- Is er een groep waar hij/zij bij hoort?
- Is er iemand naar wie hij/zij heen kan als hij/zij zich ongelukkig of eenzaam voelt?
- Is er iemand die kan helpen als hij/zij ruzie of problemen met andere mensen heeft?

Stap 8- Aan de slag

Er zijn genoeg mensen die wel iets voor je willen betekenen. De kunst is om ze te vinden. Hopelijk kunnen ze met het gedane voorwerk gevonden worden.

- Wat voor steun kunnen deze mensen bieden?
- Wat zijn sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen?
- Wat valt er op?
- Wat wil je bereiken/vermijden?
- Wat heb je tot nu toe gedaan en ervaren? Wat gebeurt er meestal?
- Wat zou jij kunnen doen, en wat kunnen anderen doen? Wat heeft jouw voorkeur?

Stap 9 – Terugkoppeling naar cliënt en/of verwanten

- Bespreek met uw cliënt de netwerkaart of netwerkfoto's.
- Bespreek de resultaten van werkblad 3A. Benoem verbeterpunten en probeer achter zijn of haar wensen te komen.

Let bij het bespreken van de netwerkaart op de volgende aandachtspunten:

- Vat telkens samen wat de cliënt/verwanten opmerkt, controleer of uw samenvatting klopt en vraag door op wat u interessant of onduidelijk vindt;
- Stel u op als een onderzoeker, neutraal, maar wel geïnteresseerd;
- Vermijd discussie. Onthoudt u zoveel mogelijk van commentaar op de antwoorden die u krijgt;

- Wijs eventuele ideeën of suggesties niet te snel af. Noteer ze op een apart vel.

Zie bijlage.

Vraag door! Wat of wie heeft hij/zij nodig om een idee uit te kunnen voeren?

Stap 10 – Consulteren VT coach

De VT vraag van de cliënt is een verantwoording van de persoonlijkbegeleider en deze is vrij de vraag: - zelfstandig op te lossen of met anderen;

- of met hulp van de VT coach.

Meer informatie of hulp bij het invullen van de netwerkaart

Cor Haasnoot - Vrijtijdscoach & Vrijwilligerscoördinator

's Heeren Loo - regio Zuid-Holland Noord

Pianolaan 2 - 2201 AC Noordwijk

e-mail: cor.haasnoot@sheerenloo.nl

telefoon: 06 - 215 535 06

Bijlage 3

Buurtbesef

We weten dat niet alle cliënten volledig kunnen integreren in de samenleving. Maar mensen met een beperking zijn wel een onderdeel van de samenleving, en we blijven daarom altijd zoeken naar manieren om inclusie te bevorderen. We hebben daartoe de methode buurtbesef ontwikkeld. Waar mogelijk en/of nodig hanteren we deze methode buurtbesef.

De methode is niet toegevoegd aan deze bijlage omdat de methode door 's Heeren Loo zelf is ontwikkeld en we deze niet zomaar openbaar willen maken.

Woonwerkcarrière

Binnen regio Zuid-Holland Noord hebben we een breed voorzieningsaanbod als het gaat om wonen, werken of dagbesteding: van beschermd wonen tot zelfstandig wonen en van belevingsgerichte activiteiten tot zelfstandig werk. Al deze voorzieningen liggen verspreid over een groot gebied tussen Haarlem, Alphen aan den Rijn en Katwijk aan Zee.

Om het aanbod voor cliënten, hun begeleiders, verwanten, managers en ondersteuners van regio Zuid-Holland Noord inzichtelijk te maken, hebben we alle keuzemogelijkheden op het gebied van wonen en werken in kaart gebracht via een database met zoekmachine. Zo maken we helder wat we bieden, waar we dit doen en hoe we dit doen. Een cliënt, of zijn begeleider/verwant kan zo zien of het aanbod en de begeleidingswijze aansluit bij zijn levensfase, zijn ontwikkelingsbehoefte en zijn wens waar hij wil wonen of werken.

Doordat het aanbod overzichtelijk is en producten op elkaar aansluiten, is het eenvoudiger om te zien waar een cliënt zijn volgende stap kan zetten, zodat hij kan leren om zelfstandig(er) te wonen of werken of het wat rustiger aan te doen. Het voorzieningsaanbod en het hierbinnen kunnen zetten van grote of kleine stappen noemen we *de woonwerkcarrière*.

De database wordt online beheerd en is zo altijd actueel.

Bijlage 5

Hallo,

Voor mijn studie management in de zorg doe ik een onderzoek omtrent de bouwkundige- en domotica voorwaarden die kunnen worden gesteld aan een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk.

Omdat jullie met deze doelgroep (mensen met een verstandelijke beperking en dementie) werken wil ik jullie vragen om onderstaande vragenlijst in te vullen. Na het verwerken van de uitkomsten van deze enquête wil ik met een 5 van jullie in gesprek gaan. In dit gesprek kunnen we van gedachten wisselen over wat eventueel een perfecte woonvorm voor onze bewoners met dementie zou kunnen zijn.

Het eerste deel van de vragenlijst gaat over de bouwvoorwaarden. Met bouwvoorwaarden doel ik op de indeling van de woning en of slaapkamers, begaande grond, hoogbouw en dergelijke.

Het tweede deel van de vragenlijst gaat over domotica. Domotica betekent letterlijk “woonhuisautomatisering”. Het gaat om de technologieën die worden ingezet om een mens met een beperking langer zelfstandig te laten functioneren en om de druk op de zorg te verminderen. Hierbij kun je denken aan de beluistering vanuit de nachtzorg, het automatisch open en dicht laten gaan van deuren, bewegingsmelders etc.

Mocht je vragen hebben, ergens niet uit komen of wat dan ook kun je altijd contact met mij opnemen.

Ik wil jullie verzoeken om de ingevulde enquête voor 1 februari in mijn postvak te doen bij de ingang van de tulp of af te geven bij de portier met mijn naam en regio er op. (Sandra Beukers M.P.P. Regio - ZHN)

Alvast bedankt voor jullie hulp.

Met vriendelijke groet Sandra Beukers

Sandra Beukers

Manager Primair proces

Regio Zuid-Holland Noord

sandra.beukers@sheerenloo.nl

0652594234

Enquête - Woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

1. Wat is je huidige functie?
 - ☐ Persoonlijk begeleider
 - ☐ Medewerker C
 - ☐ Medewerker B
 - ☐ Medewerker A
 - ☐ Anders
2. Hoe lang werk je al met verstandelijk beperkte mensen met dementie?
 - ☐ 0 – 2 jaar
 - ☐ 2 – 4 jaar
 - ☐ 4-6 jaar
 - ☐ 6-8 jaar
 - ☐ Langer
3. Hoe lang werk je al op de huidige woongroep?
 - ☐ 0 – 2 jaar
 - ☐ 2 – 4 jaar
 - ☐ 4 – 6 jaar
 - ☐ 6 – 8 jaar
 - ☐ Langer

Bouw

De onderstaande vragen gaan over de bouw van de woonvorm. Bouw is een ruim begrip. Hierbij kun je denken aan de indeling van woning of het gehele gebouw. De grote van de ruimtes, de herkenbaarheid of het soort deuren, de hoeveelheid daglicht in het gebouw, de trap of lift die in het gebouw aanwezig is etc.

4. Ervaar je tekortkomingen vanuit de bouw van de woning in je werk met deze doelgroep?
 - ☐ Zo ja welke?
 - ☐ Nee
5. Ervaar je tekortkomingen vanuit de indeling van de woning waar je werkt met deze doelgroep?
 - ☐ Zo ja welke?
 - ☐ Nee

6. Ben je van mening dat de cliënt hinder ervaart van de bouw/indeling van de woning waar hij woont?
- ☐ Zo ja welke?

 - ☐ Nee
7. Kun je positieve punten benoemen aan de woning waar je nu werkt met cliënten met dementie?
- ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
 - ☐
8. Vind jij de woning waar je nu werkt huiselijk?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
- Waarom?
9. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen slaapkamer hebben?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
- Waarom?
10. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen badkamer hebben?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
- Waarom?

11. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen keukenblok in hun slaapkamer hebben?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Waarom?

12. Is het belangrijk dat er een gezamenlijke woonkamer is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Waarom?

13. Wat is de beste plek voor het kantoor van het personeel?

14. Zou jij voor een open of een gesloten keuken kiezen voor deze doelgroep?

(met open bedoel ik zichtbaar vanuit de woonkamer evt. met muur of hekje zodat cliënten niet bij de pannen e.d. kunnen)

- ☐ Open, waarom?
- ☐ Gesloten, waarom?

15. Kun je in de woning waar je nu werkt gedurende de dag voldoende toezicht houden op de cliënten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Heeft dit met de indeling van de woning te maken? Kun je uitleggen waardoor dit komt?

16. Is de woning waar je nu werkt veilig voor jullie cliënten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, wat zou er verbeterd kunnen worden?

17. Kunnen jullie cliënten het toilet goed / zelfstandig vinden?

18. Hoe is jullie toilet herkenbaar gemaakt?

19. Wat is de beste plek voor het algemene toilet van de cliënten?

20. Vind je het belangrijk dat de woning gelijkvloers is?

- Zo ja waarom?

- Zo nee waarom niet?

21. Is het uitzicht vanuit de gezamenlijke woonkamer belangrijk voor de cliënt?

- Ja - ga door naar vraag 19.
- Nee – ga door naar vraag 20.

22. Welk uitzicht heeft voorkeur?

- Weiland met dieren
- Rustige straat
- Drukke straat
- Ander gebouw
- Maakt niet uit als er maar reuring is buiten
- Maakt niet uit als het maar rustig is buiten

Waarom?

23. Mensen met dementie kunnen een verhoogde loopdrang hebben. Sommige de hele dag een andere op bepaalde momenten van de dag? Zie je dit ook terug bij mensen met een verstandelijke beperking en dementie?

- Ja
- Nee

Eventuele toelichting.

24. Hebben cliënten in de woning waar jij werkt voldoende loopruimte?

- Ja, hoe is deze gecreëerd?

- Nee

Eventuele toelichting.

25. Is de woning waar jij werkt overzichtelijk voor de cliënten, vinden ze makkelijk de weg?

- Ja
- Nee

Hoe komt dit volgens jou?

Domotica

Dit gedeelte van de enquête gaat over domotica. Domotica zijn de technologieën die worden ingezet om een mens met een beperking langer zelfstandig te laten functioneren en om de druk op de zorg te verminderen

26. Welke vormen van domotica zijn nu op de woning waar jij werkt aanwezig?

- Deurmelder voor de nacht;
- Deurmelder overdag doorgeschakeld naar een mobiele telefoon;
- Bewegingsmelder dag;
- Bewegingsmelder op de dag;
- Bedmatten;
- Videobewaking nacht;
- Videobewaking dag;
- Beweging- lichtschakelaars;
- Spreek/ luisterverbinding met de nachtdienst;
- Spreek/ luisterverbinding op de dag;

- Chip die de cliënt bij zich draagt om zijn bewegingsruimte te vergroten of te verkleinen (Deuren gaan open of juist dicht);

Anders namelijk.....

Ben je van mening dat voor deze doelgroep meer of juist minder ingezet zou moeten worden op het gebied van domotica ten opzichte van wat er nu wordt ingezet op de woning waar jij werkt?

- Zo ja, welke ideeën heb je?

- Nee

27. Wonen er cliënten op jouw groep met een verstoord bioritme waardoor ze in de nacht onrustig zijn?

- Zo ja wat wordt hier aan gedaan?

- Nee

28. Ervaar je tekortkomingen vanuit domotica in je werk met deze doelgroep?

- Zo ja welke?

- Nee

29. Ben je van mening dat de cliënt voordelen ervaart van de domotica die nu op de woning gebruikt wordt?

- Zo ja, welke?

- Nee.

30. Ben je van mening dat de cliënt hinder ervaart van de domotica die nu op de woning gebruikt wordt?
- ☐ Zo ja, welke?

 - ☐ Nee
31. Ben je van mening dat het gebruik van domotica ten koste gaat van de huiselijkheid van de woning?
- ☐ Ja
 - ☐ Sommige vormen van domotica.
Welke?

 - ☐ Nee
32. Als personeel goed wordt opgeleid in het gebruik van domotica, heb je dan vertrouwen in het gebruik hier van?
- ☐ Ja
 - ☐ Nee, waarom?

Bedankt voor het invullen, met vriendelijke groet, Sandra Beukers.

Bijlage 6 - Interview met Domoticadeskundige

1. Hoe lang werkt u al voor 's Heeren Loo?
2. Hoe lang houdt u zich al met domotica bezig?
3. Wat is het doel van domotica?
4. Is er binnen 's Heeren Loo beleid op het gebied van domotica opgesteld?
5. Wordt uw advies gevraagd op het gebied van domotica bij het realiseren van nieuwbouwprojecten?
6. Houdt u hierbij rekening met de huiselijkheid van de woning?
7. Heeft u in het verleden advies gegeven bij het realiseren van nieuwbouw/renovatie projecten die bedoeld waren voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie?
8. Zijn er in het verleden adviezen gegeven voor een dergelijk project die uiteindelijk niet hebben waargemaakt wat beoogd was?

Wat is hiervan de oorzaak.
9. Welke domotica adviezen zou u geven bij het realiseren van een kleinschalige woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk?
10. Zijn er domotica mogelijkheden die u af raad voor deze doelgroep?

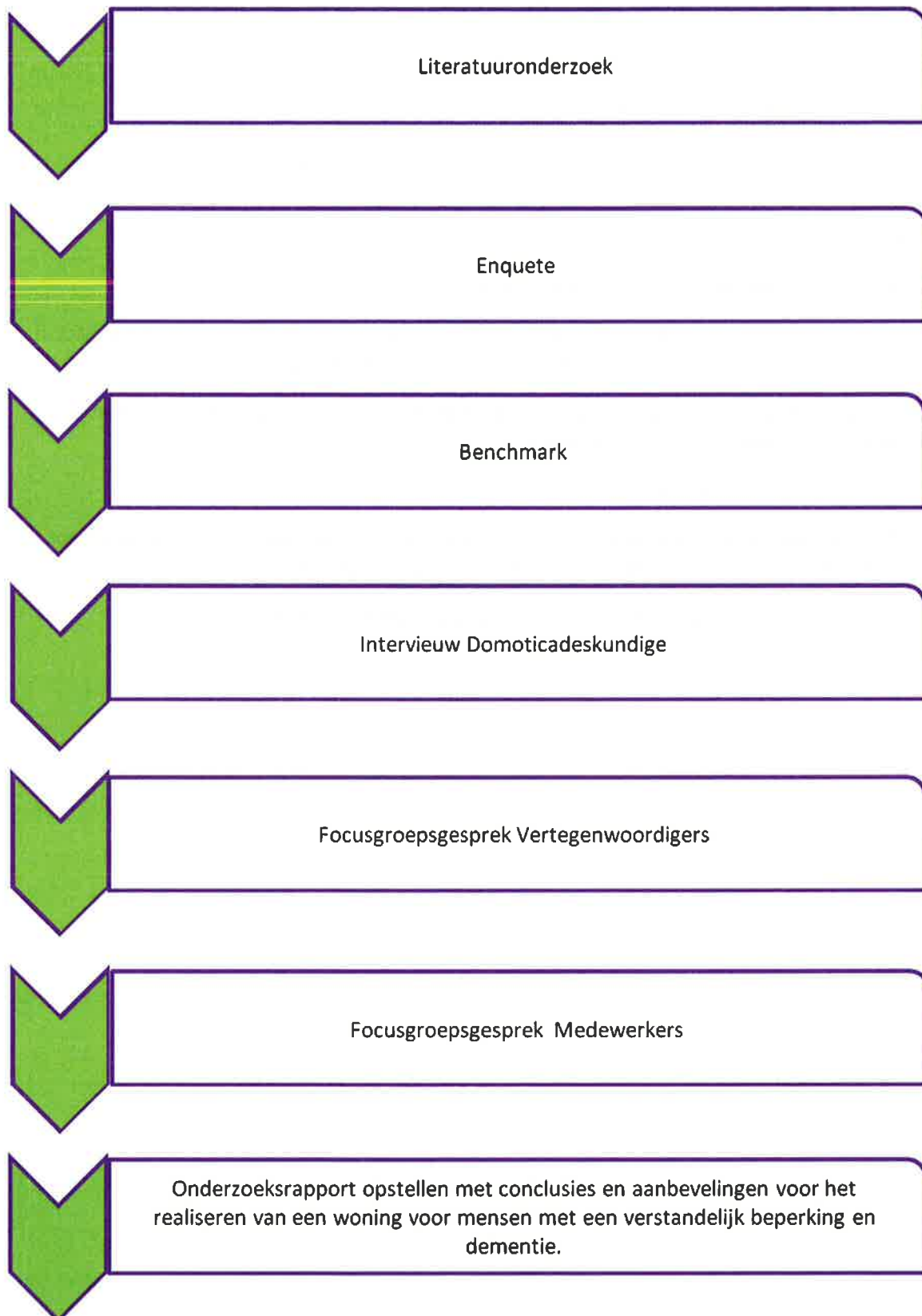


Fig.6

Bijlage 8 – Planning- Figuur 5

Week	52 - 3	4	5	6	7	8	9	10-13
Literatuur onderzoek								
Afspraak plannen met domotica deskundige								
Enquête versturen								
Vertegenwoordigers voor focusgroepsgesprekken uitnodigen								
Gegevens enquête verwerken								
Medewerkers uitnodigen voor een focusgroepsgesprek								
Benchmarkonderzoek								
Interview/gesprek domotica deskundige van 's Heeren Loo								
Focusgroepsgesprek met vertegenwoordigers								
Focusgroepsgesprek met medewerkers								
Verzamelen van onderzoeksgegevens en het opmaken van de analyse, conclusie en aanbevelingen								

Mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

Bijlage 9 - Thema's voor Benchmarktonderzoek bij "Talent" in Leeuwarden

- Groepsgrote.
- In de wijk of op het terrein?
- Is er bij het realiseren rekening gehouden met bepaalde bouweisen?
- Welke bouweisen?
- Reden van de bouweisen.
- Wordt er gebruik gemaakt van Domotica?
- Welke vormen van Domotica?
- Positieve ervaringen met domotica.
- Negatieve ervaringen met domotica.
- Hebben zij tips op het gebied van domotica of bouwtechnische zaken.
- Hoe zouden zij gezien hun ervaringen de centrale vraagstelling beantwoorden?

Bijlage 10 - **Uitnodiging vertegenwoordigers voor het focusgroepsgesprek.**

Beste meneer, mevrouw

Voor mijn studie management in de zorg doe ik een onderzoek omtrent de bouwkundige- en domotica voorwaarden die kunnen worden gesteld aan een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk.

Met bouwvoorwaarden doel ik op de indeling van de woning en of slaapkamers, begaande grond, hoogbouw en dergelijke.

Domotica betekent letterlijk “woonhuisautomatisering”. Het gaat om de technologieën die worden ingezet om een mens met een beperking langer zelfstandig te laten functioneren en om de druk op de zorg te verminderen. Hierbij kunt u denken aan de beluistering vanuit de nachtzorg, het automatisch open en dicht laten gaan van deuren, bewegingsmelders etc.

Omdat u vertegenwoordiger bent van een persoon met een verstandelijke beperking en dementie wil ik u vragen om deel te nemen aan een groepsgesprek waarin we met elkaar kunnen praten over onderwerpen die met domotica of de bouwkundige aspecten van een woonvorm te maken hebben. Ik hoop met u van gedachten te kunnen wisselen over wat eventueel een perfecte woonvorm voor onze bewoners met dementie zou kunnen zijn.

Bent u bereid om met mij in gesprek te gaan? Ik hoop voor via de telefoon of per e-mail iets van u te vernemen.

Met vriendelijke groet, Sandra Beukers

Sandra Beukers

Sandra.beukers@sheerenloo.nl

0652594234

Focusgroepsgesprekken

1. Introductie- Onderwerp- Rol van Sandra en van Dennis benoemen- Voorstellen deelnemers.
2. Wat is het verschil in zorgvraag van een verstandelijk beperkte cliënt met dementie (in jullie vakgebied) ten opzichte van een verstandelijke beperkte cliënt zonder dementie.
3. Zou je aan een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie andere bouw- voorwaarden stellen dan aan een woning voor cliënten zonder dementie? Welke?
4. Stel jij bent de Directeur van 's Heeren Loo en je zou een woning voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie mogen/kunnen realiseren. Hoe zou deze woning er dan uit komen te zien? Wat is het ideaalbeeld? Waarom?
5. Welke sfeer zou je deze woning willen geven. → Sfeerkaartjes.
6. Als je vanuit het vorige prioriteiten zou moeten stellen in welke volgorde zou je dan punten schrappen?
7. Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer domotica nodig dan andere mensen. Welke?
8. Wat zijn voordelen van domotica?
9. Wat zijn nadelen van domotica?

Afbeeldingen Sfeerkaartjes



1.



2.



liever

Plantation in Leder van Duresta op Liever.com

3.



4.



5.



6.



liever

Blue Living van Furnies op Liever.com

7.



liever

Vida van Rolf Benz op Liever.com

8.



liever

Appartement Arnhem van studiokeesmarcelis op Llever.com

9.



11.



12.



13.



14.



15.



16.



17.



18.



19.



20.



21.

Bijlage 11

Literatuuronderzoek

Er is tot op heden geen onderzoek gedaan naar de woon en domotica voorwaarden voor het realiseren van een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie. Dergelijke onderzoeken zijn wel gedaan voor ouderwordende mensen met dementie. In dit literatuuronderzoek beperkt de onderzoeker zich tot deze informatie en toetst hij deze informatie in de enquête, de focusgroepsgesprekken, de benchmark en het interview verder in het onderzoek aan de doelgroep waar dit onderzoek over gaat.

Wonen

Gedragsproblemen die zich voordoen bij mensen met dementie worden niet alleen veroorzaakt door de ziekte zelf maar ook door de omgeving. De omgeving kan het functioneren van een dementerende gunstig en ongunstig beïnvloeden. Gedrag is een reactie op prikkels. Dit kunnen innerlijke prikkels zijn zoals pijn of aandrang om te plassen maar het kunnen ook prikkels zijn van andere mensen en of de omgeving (Verbraeck, Plas,v.d.,2012).

Woning

Een gelijkvloerse woning op de begane grond verdient de voorkeur. In de meeste woonvormen voor mensen met dementie kan 35% tot 85% traplopen. Om die reden is het niet verstandig om slaapkamers op een verdieping te realiseren. Al kunnen cliënten traplopen is men in de praktijk er niet op gerust dat zij dit zelfstandig zonder ongelukken kunnen doen. Een lift heeft niet de voorkeur, cliënten gebruiken deze niet snel zelfstandig waardoor cliënten beperkt worden in hun vrijheid (Nouws, 2005).

Het is aan te bevelen om de woning rolstoeltoegankelijk te maken en aan te sluiten bij de eisen die hiervoor bestaan (Wijk,2008).

Met name wat betreft: De bereikbaarheid van toilet, slaap en badkamer, brede deuren, gangen, draairuimten, vermijden van drempels, bereikbaarheid van bedieningselementen zoals lichtschakelaars en de bereikbaarheid en bruikbaarheid van de keuken (Nouws,2005).

Om een bed van een bedlegerige cliënt naar bijvoorbeeld de woonkamer te kunnen rijden zijn extra brede gangen nodig. Extra brede gangen hebben ook nadelen, het kost veel ruimte en gaat ten koste van het huiselijke karakter (Nouws, 2005). Om bedden te kunnen vervoeren door de gangen zijn extra brede deuren nodig. Deuren met een extra zijpaneel hebben de voorkeur in verband met de meer huiselijke uitstraling.

Dementerenden hebben een grote behoefte aan licht, het liefst daglicht. Veel licht heeft een positief effect op het dag- en nachtritme van dementerenden. Grote ramen zijn van belang (Verbraeck, Plas,v.d.,2012).

Woonkamer

De ruimtes in veel kleinschalige groepsprojecten in Nederland zijn krap waardoor onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de sociaal- psychologische behoefte van de dementerende cliënt. Dit veroorzaakt stress bij de cliënt (Nouws,2005). Meer ruimte en vrijheid in contact met anderen verkleint spanning en vergroot de kans op welbevinden. De druk vanuit de zorgverlening om in te grijpen bij conflicten wordt verkleind en de groep kan rustiger functioneren. Wanneer het uitgangspunt is om cliënten het gehele ziekteproces in dezelfde groep te laten wonen is dit van groot belang. Uit onderzoek is gebleken dat gedragsstoornissen en spanningen in de groep op nummer een staat bij de reden voor uitplaatsing (Nouws, 1998).

Vilans raad aan om in de woon- eetkamer 10 kwadraatmeter per cliënt per vierkante meter te hanteren (Drenth & Singelenberg,2004). De bovengrens voor het huiselijke effect is 60 kwadraatmeter, wat met zich mee brengt dat een groep niet groter dan 6 cliënten zou kunnen zijn. Groepen van 8 of 10 cliënten zijn te groot mits de ruimte gebroken kan worden zonder deze daadwerkelijk fysiek te scheiden, bijvoorbeeld door nisjes of halfhoge muurtjes. De behoefte aan ruimte kan ook worden beantwoord door een half open keuken.

Het is belangrijk om in de huiskamer en gang kleine nissen te hebben waar aparte zitjes gerealiseerd kunnen worden. Een L-vormige woonvorm kan uitkomst bieden.

Het creëren van twee in plaats van een huiskamer werkt vaak niet. De praktijk leert dat cliënten de neiging hebben om een van de twee ruimtes links te laten liggen.

Houd rekening met verkeersroutes in de huiskamer en eventuele rolstoeltoegankelijkheid. Teven is het belangrijk dat er ruimte is waar hulpmiddelen zoals een rollator kunnen staan (Nouws,2005).

Keuken

Een half open keuken kan de behoefte aan ruimte positief beïnvloeden. Zorg dat de keuken ruim genoeg is zodat cliënten uitgenodigd kunnen worden om te helpen met koken (Nouws,2005).

Toilet

Het is belangrijk dat het toilet goed te vinden is zowel overdag als in de nacht vanuit alle ruimtes. De afstand naar het toilet mag niet al te groot zijn en het toilet moet goed herkenbaar zijn (Nouws,2005).

Tuin

Een tuin met zitjes die uitnodigt voor een wandeling en ontmoeting heeft de voorkeur. Een binnentuin of patio geeft cliënten de mogelijkheid om zelfstandig en veilig naar buiten te gaan en voorkomt dat zij dit altijd onder begeleiding moeten doen (Nouws,2005).

Woonomgeving

Cliënten willen graag zien wat er buiten gebeurt. Dit biedt gespreksstof. Het is dan ook belangrijk dat de woonkamer uit kijkt op straat. Alle leven op straat is welkom. Wat precies maakt niet zo veel uit.

Voorkom hierbij te hoge borstwering bij ramen in verband met rolstoelafhankelijke cliënten.

Een groepswoning op de begaande grond verkleint de afstand tot de straat en vergroot de kans om te zien wat zich op straat afspeelt. Liften verdienen niet de voorkeur, cliënten worden hierdoor beperkt in hun vrijheid. Een locatie in de buurt van winkels en dergelijke heeft de voorkeur. Winkelen is een goede aanleiding om naar buiten te gaan, zowel voor de cliënt als zijn bezoek (Nows,2005).

Indeling / Gang en Storend gedrag

Het is belangrijk dat de gang veel daglicht heeft en uitnodigt voor een wandeling. Een rondgang heeft de voorkeur (Nouws, 2005). Het realiseren van nisjes met zitjes in de gang heeft de voorkeur al is het wel belangrijk dit in de buurt van de centrale eet- woonkamer is omdat cliënten soms de behoefte hebben actief contact met bepaalde cliënten te vermijden maar niet afgezonderd willen zitten.

Cliënten met storend gedrag en decorumverlies worden vaak niet geaccepteerd door medecliënten.

Vaak is dit een reden tot overplaatsing. Lichamelijke beperkingen van een cliënt kunnen worden opgevangen door hulpmiddelen, storend gedrag niet. Het vraagt veel van het personeel en medecliënten (Nouws,2005).

De aankleding, vorm en indeling van de woning kan storend gedrag beïnvloeden. Het creëren van sociale bewegingsvrijheid en fysieke bewegingsvrijheid zijn al eerder benoemd. Naast deze is het belangrijk dat de cliënt zelfvertrouwen heeft. Hiervoor is belangrijk dat zij het gevoel hebben zich te kunnen oriënteren. Het beperkte oriëntatievermogen van dementerenden cliënten heeft verschillende oorzaken:

- Dementerenden kunnen geen cognitieve schets van de omgeving vormen;
- Ze begrijpen de relatie tussen verschillende oriëntatiepunten niet.
- Ze schatten afstanden verkeerd in.

- Men herkent de gebouwen, objecten en samenhangen hier van niet meer.

Een heldere plattegrond is van groot belang om cliënten zo veel mogelijk zelfstandig te laten functioneren (Voordt,1993).

Vaak worden de eigen slaapkamer of ruimtes van cliënten herkenbaar gemaakt door een picto's, foto's of naamsaanduiding. Voor licht dementerenden kan dit werken maar bij matig tot ernstig dementerenden haalt dit niet uit. Herkenbaar interieur, eigen muziek en eigen geuren werken het beste. Persoonlijke objecten in de buurt van de eigen slaapkamer zoals bijvoorbeeld een foto, kapstok, kastje of iets dergelijks (Nouws,2005).

In de algemene ruimtes zoals de woonkamer van de groepswoning is het belangrijk om markante elementen in de ruimte aan te brengen die als herkenning kunnen dienen. Gebruik geen rustige, sobere inrichting met subtiele kleurverschillen dit heeft een kille uitstraling en geen effect (Voordt, 1993).

Een herkenbare en eenvoudige platte grond van de woning is van groot belang. In Zweden en Amerika is veel ervaring opgedaan (Nouws,2005). (Zie figuur 6)

Platte grond A

- Weergegeven indelingen voldoet de gang A met aan het einde de gemeenschappelijke ruimte het minst. Het heeft een institutionele uitstraling en de gang is vaak erg donker.

Platte grond B en D

- Het kruis van afbeelding B of D voldoet beter. De loopafstand is korter waardoor de oriëntatiemogelijkheid toeneemt.

Platte grond C

- De haakse vorm van figuur C is voor de oriëntatie de beste. De gemeenschappelijke woonkamer zorgt voor lichtinval in de gang.

Platte grond E

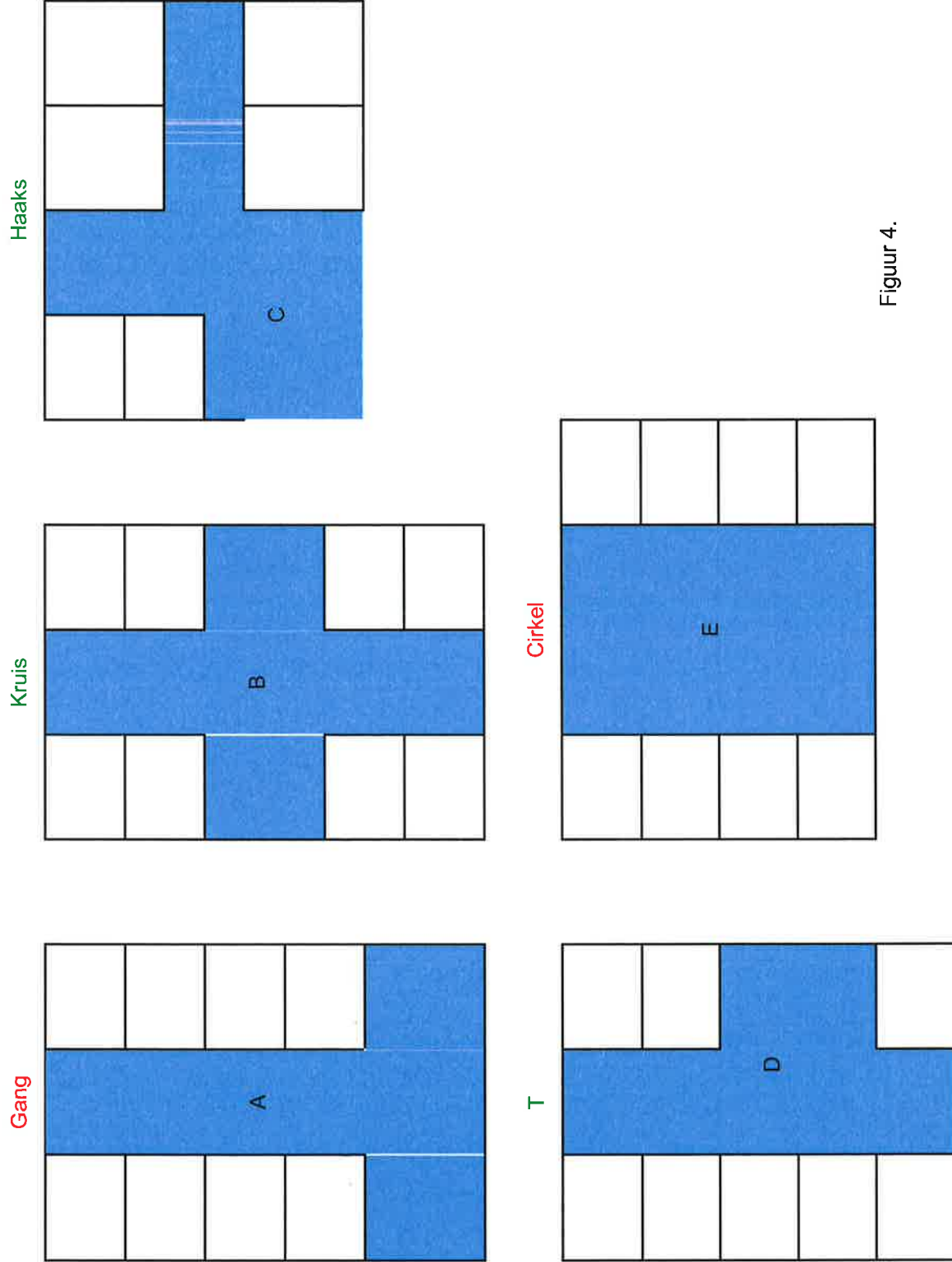
- Bij figuur E de cirkel is lichtinval van boven nodig. Door dat de slaapkamers om de centrale woonkamer heen liggen is er gering contact met de buitenwereld.

Vermijd visuele barrières

Overgangen van licht en donkere kleuren in de vloer zijn barrières voor mensen met dementie. Ze denken vaak dat ze in een donker gat stappen (Nouws,2005).

Deuren

Deuren die geen doorgang voor cliënten bieden kunnen het best onopvallend opgaan in de ruimte. Een lichte deur trekt eerder de aandacht dan een donkere kleur. Matige dementerenden hebben het idee opgesloten te zijn. Uit ongenoegen proberen zij te ontsnappen uit de situatie (Nouws,2005).



Figuur 4.

Mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

Domotica

Binnen s'Heeren Loo worden reeds verschillende vormen van Domotica gebruikt. Deze vormen worden hier onder kort benoemd.

Voor de organisatie bekende vormen van domotica

Voor de nacht:

- Centrale nachtbeluistering;
- Communicatiemogelijkheden met de nachtzorg;
- Deurmelders doorgelinkt naar de nachtzorg;
- Bedmatten – melding komt bij de nacht binnen;
- Bewegingsmelders – melding komt bij de nacht binnen;
- Cameratoezicht – beelden komen bij de nachtzorg binnen of worden op de woongroep bekeken;
- Bewegingsmelders op lichtschakelaars.

Voor overdag:

- Deurdrukknoppen om de deuren te openen;
- Bewegingsmelders op lichtschakelaars;
- Videodeurtelefonie;

Voor de organisatie onbekende vormen van Domotica (specifiek voor mensen met dementie)

Cameratoezicht in de huiskamer of een ander vertrek (overdag)

Hiermee kan op afstand toezicht worden gehouden op cliënten die aanwezig zijn in de woonkamer. Het doel van deze functie is de mogelijkheid om toezicht te kunnen houden hoewel men niet fysiek aanwezig is (Leeuw,2012). Dit kan zich voordoen als een verzorgende een andere cliënt aan het verzorgen is en of wegens calamiteiten de groep moet verlaten. Een collega van een buurgroep kan op deze manier ondersteund worden in het houden van toezicht.

Praktische invulling

Als het wenselijk is dat een zorgmedewerker beelden kan bekijken van de woonkamer vanaf een andere plek is het toepassen van een PDA of tablet PC noodzakelijk. Daarvoor dient een groepswoning een WIFI- netwerk voor draadloos internet te hebben (Leeuw,2012).

Detectie en preventie op dwalen bij dementie

Schilbeveiliging

Een cliënt bij wie vanuit zijn individuele zorgvraag niet wenselijk is dat hij de centrale uitgang verlaat gaat de deur automatisch op slot en wordt een melding gemaakt. Deze vorm van beveiligen wordt schilbeveiliging genoemd omdat het om de buitendeuren gaat, de schil van het gebouw (Leeuw,2012).

Er zijn verschillende vormen voor deze functie:

- De deur sluit als desbetreffende cliënt in de buurt is en geeft een melding als de cliënt er toch in slaagt naar buiten te gaan.
- De deur wordt weer vrijgegeven als de cliënt op enige afstand van de deur is. Familie en zorgpersoneel kunnen de deur openen door het intoetsen of met behulp van een pasje.

Praktische invulling

Meldingen gaan naar handsets, PDA's of tablet PC's van het zorgpersoneel. Hierbij kan worden aangegeven welke cliënt voor welke deur staat.

Voor de cliënt bij wie deze domotica wordt gebruikt is er sprake van een vrijheidsbeperking.

Leefcirkelconcept

Dit is een uitgebreidere versie van de schilbeveiliging en toepasbaar bij grotere clusters groepswoningen. Hierbij kan het cluster worden ingedeeld in meerdere zones. Iedere groepswoning is een zone net als de verkeersruimtes er tussen. Deze zones zijn de leefcirkels.

Cliënten mogen overdag in de leefcirkel komen buiten de eigen groepswoning op bepaalde ruimtes na, bij sommige bewoners wordt een melding gemaakt als zij de eigen leefcirkel verlaten. Deze melding komt binnen bij het zorgpersoneel en zij kunnen op een elektronische plattegrond zien waar welke bewoner zich bevindt. Dit alles kan per individu worden aangegeven (Leeuw,2012).

Praktische invulling

Om deze functie te kunnen realiseren dient de cliënt techniek bij zich te dragen. Dit kan doormiddel van een chip in de schoen in combinatie met een detectielus onder de vloer voor de deur, of een polsband in combinatie met een ontvanger bij de voordeur. Hiervoor dient de voordeur voorzien te zijn van een elektrisch slot. De polsband kan voorzien worden van een PFID- chip waardoor identificatie mogelijk is en de melding die bij het zorgpersoneel binnen komt voorzien kan worden van de naam van de cliënt.

Deze vorm van domotica kent voor en nadelen

	Voordelen	Nadelen
Polsband met chip	• Zichtbare dwaaldetectie. • Ontvangstpost bij de deur is eenvoudig aan te brengen.	• Polsband is groot door noodzakelijkheid van batterij. • Stigmatiserend.
Chip in de schoen	• Geen batterij (dicht bij de vloer). • Niet stigmatiserend	• Onzichtbaar voor zorgpersoneel. • Detectiemat tussen strategische deuren aanbrengen is relatief lastig. • Cliënt moet goede schoenen dragen.

Chip in de schoen

Dit is de enige dwaaldetectie die werkt zonder batterij en daardoor klein is. Voor de strategische deur wordt onder de vloerbedekking een detectielus aangebracht waardoor de afstand met de chip klein is en deze van stroom kan worden voorzien. Bij deze functie is het belangrijk dat de cliënt zijn schoenen draagt (Leeuw,2012).

GPS

De polsbanden zijn voor gebruik binnen de leefruimte van de cliënt. Buiten werkt deze functie niet. Om mensen buiten op te sporen zijn GPS- technologieën zoals bij autonavigatie nodig. Op elektronische kaartbeelden kan de gevolgde route en positie van de persoon worden weergegeven. GPS werkt niet binnen een gebouw. Hierdoor kan een weggelopen persoon die bijvoorbeeld in een overdekt winkelcentrum loopt niet worden terug gevonden (Leeuw,2012).

Licht

Voldoende licht

De automatisch aansturen van het licht in de woonvorm kan volgens twee parameters:

- Het tijdstip van de dag;
- Het actuele daglichtniveau.

Vilans geeft informatie om het niveau van verlichting voor ouderen en mensen met dementie te optimaliseren (Leeuw,2012).

Nachtoriëntatieverlichting

Als een cliënt in de nacht naar het toilet wil wordt deze route automatisch uitgelicht. Hierdoor wordt de cliënt naar het toilet geleid en terug. Als het toilet buiten het eigen slaapvertrek is wordt de eigen kamerdeur verlicht, terwijl de andere deuren in de schaduw zijn gelegen. Deze verlichting is bij voorkeur niet sterker dan 50 lux.

Een belangrijk punt hierbij is het weer uitgaan van de verlichting. Als dit te lang duurt, kan de cliënt op zoek gaan naar een lichtknopje en gaan dwalen. Het aan en uitgaan van de verlichting zou in verbinding kunnen staan met een bedmat of een bewegingsmelder bij het bed (Leeuw,2012).

Biologische klok stimulerende verlichting

Vanaf het middenstadium van dementie kan nachtelijke onrust optreden waardoor een verstoord slaapwaakritme optreedt. Dit veroorzaakt een belasting van het zorgpersoneel. De biologische klok van de cliënt is verstoord. De biologische klok wordt mede aangestuurd door het licht dat op de voor blauw licht gevoelige cellen in het oog valt. Bij dementie raakt deze aansturing verstoord. Diverse onderzoeken hebben bewezen dat licht van meer dan 100 lux de biologische klok synchroniseert. Hierdoor kan de nachtelijke onrust verminderen of zelfs worden voorkomen. Daarbij verbeterd het de gemoedstoestand van de cliënt. Deze functie is vooral in de donkere tijd van het jaar belangrijk. In de zomer zal het accent meer kunnen liggen op daglicht in het gebouw of het naar buiten gaan (Leeuw,2012).

De cliënten voor wie het in verband met de nachtelijke onrust nodig is worden tussen 9.00 uur in de ochtend en 18.00 uur in de avond minimaal 2 uur blootgesteld aan blauw licht via kunstmatige verlichting. Dit alleen als het via normaal daglicht niet lukt.

Door de speciale lichtarmaturen in de gemeenschappelijke ruimtes te gebruiken bij eet- thee- koffiemomenten verblijft de cliënt meer dan twee uur per dag in de verlichting. Hierdoor kan het gewenste effect worden bereikt.

Benchmarkonderzoek bij Talant in Leeuwarden

Er heeft een Benchmarkbezoek plaats gevonden bij de zorgaanbieder Talant bij een woning in Leeuwarden waar zorg wordt geboden aan mensen met een verstandelijke beperking en dementie. Mw. Thea van der Veen is teamleider van deze woning. Het gaat om twee naast elkaar gelegen woningen waar in totaal 12 mensen met een verstandelijke beperking en dementie wonen. Naast deze twee woningen is er een aanleunappartement waar een echtpaar kan wonen waarvan een of beide cliënten dementie heeft. Door instroom vanuit de lichtverstandelijk beperkte doelgroep is hier steeds meer vraag naar.

De woningen zijn gerealiseerd op de eerste verdieping van een groot zorgcomplex waar een andere zorgaanbieder zorg biedt aan ouderwordende mensen met of zonder dementie. Talant neemt de nachtdienst af van deze zorgaanbieder maar buiten dat om is er geen samenwerking of onderling contact. Ook is er geen sprake van integratie van de beide doelgroepen.

Mw. van der Veen geeft aan dat het jammer is dat de woningen op de eerste verdieping liggen. Het zou fijn zijn als cliënten zelfstandig gebruik zouden kunnen maken van de tuin en in het zonnetje zouden kunnen zitten. Nu is dit niet mogelijk. Er is ook geen balkon.

Bouw

De huidige teamleider weet niet of er bij het realiseren van de woonvorm rekening is gehouden met specifieke voor deze doelgroep bekende bouw voorwaarden. Het pand was al gerealiseerd toen zij hier als leidinggevende kwam werken. Na een rondleiding door de woning valt op dat er inhoudelijk rekening is gehouden met wat bouwtechnische zaken zoals de brede gangen, veel loopruimte door lange gangen, kleurgebruik aan de muren en op de deuren. Deuren die voor cliënten toegankelijk zijn hebben een houtkleur. Deuren die niet voor cliënten toegankelijk zijn hebben de zelfde kleur als de naastgelegen muur. Op de deuren van cliënten hangen voor de cliënt herkenbare eigendommen waardoor hij ziet dat dit zijn kamer/eigen plekje is.

De indeling van de woning is overzichtelijk en voorspelbaar. De woonkamer ligt aan het einde van een lange brede gang, dit wordt vanuit de theorie af geraden vanwege de institutionele uitstraling en de donkere gangen. De gangen waren inderdaad donker maar het zag er niet institutioneel uit. De woning en gangen zagen er warm, gezellig en huiselijk uit. In de gang staan objecten zoals een kast met thema gebonden onderwerpen er in. Mw. van Veen geeft echter aan dat deze kast daar eigenlijk niet zou mogen staan omwille van de brandveiligheid. De gang is naast het functionele en gezellige ook de vluchtroute bij brand. De brandweer geeft het advies niets langs de muren te plaatsen. Als men deze spullen weg haalt zal de gang w.s. wel institutioneel en ongezellig ogen. Vanuit de theorie die eerder beschreven is lijken nisjes een uitkomst.

Mw. van Veen geeft aan dat het fijn is dat de gangen zo breed zijn. Met regelmaat verblijven cliënten

in hun bed in de woonkamer. Het is fijn dat deze mogelijkheid er is als een cliënt hier behoefte aan heeft. Vanuit de theorie wordt dit beaamd.

In de woning is recent een snoezelruimte gerealiseerd. Hier wordt veel gebruik van gemaakt. Mw. van der Veen raad aan om dit bij de realisatie van een nieuw project in de bouwvoorwaarden mee te nemen.

Bij het realiseren van de woning waren twee algemene badkamers gerealiseerd met een bad erin. Alle cliënten hebben een eigen badkamer met douche. Mw. van Veen geeft aan dat de badkamers met bad niet gebruikt worden en nu als opslagruimte dienen. Dit omdat gezien de kwaliteitseisen die worden gesteld aan het baden van een cliënt zo zwaar liggen dat het niet haalbaar is deze activiteit uit te voeren met de personele formatie op de afdeling.

Mw. van Veen geeft aan dat een deel van haar cliënten in het zelfde gebouw maar dan een verdieping lager dagbesteding afnemen. Gezien de ruimte kunnen niet alle cliënten daar terecht. Om die rede blijven deze cliënten boven en genieten dagbesteding op de woning. Deze dagbesteding zou door het eigen verzorgend personeel gegeven moeten worden maar mw. van Veen geeft aan dat alledaagse zaken en de verzorging vaak door elkaar heen lopen. Een scheiding van beide zaken zou wenselijker zijn. De ideale situatie zou zijn als er op de woning een aparte ruimte zou zijn waar een deel van de dag dagbesteding gegeven wordt door opgeleide activiteitenbegeleiders. In de bouw zou hier rekening mee gehouden kunnen worden.

Domotica

Op het gebied van domotica is deze zorgaanbieder minder ver ontwikkeld dan 's Heeren Loo. Er wordt geen gebruik gemaakt van nachteluistering of bedmatten. Het enige dat zij op dit moment gebruiken is een alarmbel en waar nodig bewegingsmelders.

Benchmarkonderzoek bij Groot Hoogwaak in Noordwijk

Er heeft een Benchmarkbezoek plaats gevonden bij de zorgaanbieder Groot Hoogwaak in Noordwijk waar zorg wordt geboden aan ouderwordende mensen met dementie. Mw. Ellen Waasdorp is teamleider van deze woning. Het gaat om twee naast elkaar gelegen woningen waar in totaal 14 mensen met dementie wonen. De woningen zijn toegankelijk voor elkaar, kunnen wel worden afgesloten voor elkaar wanneer daar behoefte naar is.

De woningen zijn gerealiseerd op de derde verdieping van een groot zorgcomplex waar zorg geboden wordt aan ouderwordende mensen.

Mw. Waasdorp geeft aan dat het jammer is dat de woningen op de derde verdieping liggen. Het zou fijn zijn als cliënten zelfstandig gebruik zouden kunnen maken van de tuin en in het zonnetje zouden kunnen zitten. Nu is dit niet mogelijk. De plannen op dit moment zijn dat deze woningen over 2 á 3 jaar gaan verhuizen naar de begane grond en daar zullen grenzen aan een tuin.

Bouw

De huidige teamleider weet niet of er bij het realiseren van de woonvorm rekening is gehouden met specifieke voor deze doelgroep bekende bouw voorwaarden. Het pand was al gerealiseerd toen zij hier als leidinggevende kwam werken. Na een rondleiding door de woning valt op dat er inhoudelijk rekening is gehouden met wat bouwtechnische zaken zoals de brede gangen en overzichtelijkheid van beide woningen. Er is geen onderscheid gemaakt in kleurstellingen. Alle deuren zijn rood en de gangen zijn lichtblauw met wit.

De woonkamer ligt aan het einde van een lange brede gang, dit wordt vanuit de theorie af geraden vanwege de institutionele uitstraling en de donkere gangen. De gangen waren goed verlicht en zagen er huiselijk uit niet institutioneel.

In de gang staan objecten zoals een kast maar Mw. Waasdorp geeft echter aan dat deze kast daar eigenlijk niet zou mogen staan omwille van de brandveiligheid. De gang is naast het functionele en gezellige ook de vluchtroute bij brand. De brandweer geeft het advies niets langs de muren te plaatsen. Vanuit de theorie die eerder beschreven is lijken nisjes een uitkomst.

Mw. Waasdorp geeft aan dat het fijn is dat de gangen zo breed zijn. Met regelmaat verblijven cliënten in hun bed in de woonkamer. Het is fijn dat deze mogelijkheid er is als een cliënt hier behoefte aan heeft. Vanuit de theorie wordt dit beaamd. Wat opvalt in deze woning is het kleurverschil in de vloer. In de gangen ligt vloerbedekking in verschillende grijs tinten. In de woonkamers en slaapkamers ligt tarket van een lichtere kleurstelling. Mw. Waasdorp geeft aan dat dit geen problemen geeft. De deuren van de bewoners zijn voorzien van naam, bewoners weten vaak hun eigen kamer te vinden door middel van de naam of het interieur maar het komt ook met regelmaat voor dat een bewoner in andermans bed ligt.

Alle cliënten hebben een eigen badkamer met douche echter zijn deze badkamers niet levensbesteding omdat zij te klein zijn om een bewoner op een douchebrancard te verzorgen. Dit is een gemis. Als een bewoner dusdanig achteruit gaat en niet meer op een douchestoel verzorgd kan worden wordt deze op bed gewassen en zijn haren worden gewassen door gebruik te maken van een mobiele wasbak. Dit is een groot gemis volgens Mw. Waasdorp. Bij het realiseren van de woningen op de begane grond in de toekomst is dit zeker een punt van aandacht. Tevens is er geen rekening gehouden met het mogelijke gebruik van tilliften. De armen van een lift kunnen niet onder het bed geschoven worden. Er zijn van oorsprong geen hoog-laag bedden aanwezig. Mw. Waasdorp is deze nu wel aan het organiseren vanuit samenwerking met een andere zorgaanbieder. Daarbij geeft mw. Waasdorp aan dat zij een opslagruimte mist om brancards, tilliften, weegstoelen of meubels tijdelijk bij niet gebruik op te bergen.

Op dit moment wordt aan deze doelgroep geen dagbesteding geboden, dit is in ontwikkeling maar ligt nog in de toekomst.

Op de vraag hoe mw. Waasdorp de centrale vraag van dit onderzoek zou beantwoorden gaf zij het volgende aan:

- Gebruik maken van een pols sensor, bellen en een dektelefoon.
- Leefcirkelconcept om bewoners meer bewegingsvrijheid te geven.
- Bewegingsmelder op de verlichting als bewoners uit bed komen.
- Oproep/ bel -systeem als een client uit bed stapt ook overdag.
- Systeem zodat collega's gemakkelijk elkaars hulp in kunnen roepen.
- Gelijkvloers, geen trappen.
- Tuin met hoge tuinbakken, om struikelen te voorkomen. Uit ervaring geeft mw. Waasdorp aan dat cliënten zo door de struiken heen lopen.
- Eenpersoons kamers
- Termostaatkranen
- Geen drempels in de woning
- Een gladde vloer zoals zijl, tarket of linoleum. Loopt makkelijk voor bewoners en is hygienisch
- Goed geïsoleerde woning i.v.m. gilgedrag.
- Beveiligde ramen zodat bewoners er niet door naar buiten kunnen
- Ramen niet tot de vloer, bewoners zien de diepte niet. Kunnen angstig zijn
- Appartementdeuren van de gangzijde op slot kunnen doen maar van binnenuit open kunnen doen. Dit om bewoners te beschermen voor een bijvoorbeeld onrustige medebewoner maar niet daadwerkelijk opsluiten. Ze kunnen er zelf altijd uit.
- Zichtbaar kantoor voor medewerkers in nabijheid van cliënten om overzicht te houden. Soort balie. Apart kantoor voor gesprekken e.d.

Bijlage 13

Enquêtes

Van de 30 enquêtes zijn er 10 geretourneerd. Dit geeft een bruto response van 33,3%.

30% van de respondenten is werkzaam als persoonlijk begeleider;

30 % van de respondenten is werkzaam als begeleider A;

10% van de respondenten is werkzaam als begeleider B;

10 % van de respondenten is werkzaam als begeleider C;

20 % van de respondenten is werkzaam als medewerker nachtzorg.

Hieronder een samenvatting per vraag.

1. Wat is je huidige functie?

30% van de respondenten is werkzaam als persoonlijk begeleider;
30 % van de respondenten is werkzaam als begeleider A;
10% van de respondenten is werkzaam als begeleider B;
10 % van de respondenten is werkzaam als begeleider C;
20 % van de respondenten is werkzaam als medewerker nachtzorg.

2. Hoe lang werk je al met verstandelijk beperkte mensen met dementie?

1 medewerker = 10% 0 – 2 jaar
2 medewerkers = 20% 2 – 4 jaar
2 medewerkers = 40% 4-6 jaar
1 medewerker = 10% 6-8 jaar
4 medewerkers = 40% Langer

3. Hoe lang werk je al op de huidige woongroep?

2 medewerkers = 20% 0 – 2 jaar
1 medewerker = 10% 2 – 4 jaar
4 medewerkers = 40% 4 – 6 jaar
2 medewerkers = 20% 6 – 8 jaar
1 medewerker = 10% Langer

Bouw

4. Ervaar je tekortkomingen vanuit de bouw van de woning in je werk met deze doelgroep?

- 80% Ja.
- 3x Te klein balkon – hoge muren cliënten kunnen niet naar buiten kijken
- 1x Geen tuin
- 1x Bepaalde ruimtes zijn te klein, onlogisch gebouwd.
- 1x Washok zit achter de keuken. Hierdoor loop je met gedragen incomateriaal door de keuken.
- 1x Keuken is te klein, meehelpen bij het koken kan bijna niet.

- 2x De weg naar de slaapkamer is soms te ver, slechte verlichting.
- 1x Verlichting komt vanuit het plafond en geeft vlekken op de grond. Dit kan verwarring geven voor bewoners.
- 1x Er is een droge lucht, cliënten hebben droge monden = dorst.
- 1x Paal in de woonkamer is ongemakkelijk.
- 2x Gang is te smal. Bed kan moeizaam naar de woonkamer.
- 2x De verwarming hangt ongemakkelijk- te laag.
- 1x Vloeren zijn niet egaal van kleur, waardoor cliënten oneffenheden ervaren op de vloer. Ze moeten grote stappen nemen over de valken en zwarte drempels.
- Aan het begin te veel daglicht, gaf insulden bij cliënten.
- 1x Aan het begin was er geen traphek bij de trap en de lift was door cliënten eenvoudig te bedienen. (wegloopgevaar) dit is nu aangepast.
- 20% = Nee

5. Ervaar je tekortkomingen vanuit de indeling van de woning waar je werkt met deze doelgroep?

30% Zie vraag vier.

10% Keuken te klein om cliënten te betrekken bij het koken.

10% Balkon te klein

10% Washok achter de keuken (vies)

40%Nee

6. Ben je van mening dat de cliënt hinder ervaart van de bouw/indeling van de woning waar hij woont?

- 40 % Ja → weinig buitenruimte, buitenruimte is erg klein en omringd door muren zodat rolstoelers niets kunnen zien, er zijn verschillende kleuren linoleum op de vloer aangebracht. Dit kan hinderlijk zijn voor cliënten met Alzheimer (denken dat ze in een gat stappen), de weg naar de slaapkamer is erg lang. Bewoner werkt niet altijd mee, als hij naar zijn kamer gebracht wordt om om te kleden. Of staat niet stabiel genoeg op zijn benen, stoten van het bed om naar de woonkamer te komen.

40% Nee

10% Nee dit hebben de meeste niet door.

10% Ik denk niet dat cliënten hinder ervaren maar blij zouden zijn als het anders was.

7. Kun je positieve punten benoemen aan de woning waar je nu werkt met cliënten met dementie?

- Eigen slaapkamers/ badkamer → privacy en rust
- Levensloopbestendig → overal tilliften en ruimte voor badbrancards
- Ruime slaapkamers
- Ruime woonkamer (ruimte voor bedden en rolstoelen)
- Vele licht/grote ramen
- Kantoor in de huiskamer → goed toezicht
- Veilig
- Overzichtelijk
- Centrale woonkamer
- Grote slaapkamerdeuren

8. Vind jij de woning waar je nu werkt huiselijk?

- 70% Ja → doen er alles aan om het huiselijk te maken, kamer indeling maakt het knus.
- 30% Nee → te hoog plafond in de woonkamer
- 10% Nee → invloed van binnenhuisarchitecten is jammer → lichte meubels, lichte wanden waardoor weinig contrast.

9. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen slaapkamer hebben?

- 100% Ja

Waarom?

Privacy, rust tijdens verzorgingssituatie, het hebben van een eigen plek en eigen spullen. En zeker ook gezien het ziekteproces → een eigen ruimte om te kunnen sterven met vertrouwde mensen om je heen in je eigen omgeving.

In verband met dwalen in de nachten. Eigen plekje, met eigen dierbare spullen.

Sommige cliënten zijn vroeg wakker, een ander wil uitslapen.

10. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen badkamer hebben?

- 100% Ja

Waarom?

Recht op privacy en persoonlijke aandacht.

Rust in de badsituatie, geen afleiding, individuele aandacht.

Inrichten voor het individu. Bijvoorbeeld douchebrancard of douchestoel, snoezelspullen of niet, etc.

11. Is het belangrijk dat deze cliënten een eigen keukenblok in hun slaapkamer hebben?

- 10% Ja
- 90% Nee

Waarom?

Weinig toegevoegde waarde, nu opslag handdoeken.

Voor cliënten die veel bezoek ontvangen kan het handig zijn. De praktijk wijst echter uit dat familie toch met de cliënt in de gezamenlijke woonkamer gaat zitten.

Een kast op die plaats zou handiger zijn.

12. Is het belangrijk dat er een gezamenlijke woonkamer is?

- 90% Ja → Voor het onderling samenzijn, communicatie te bevorderen, sfeer creëren, eenzaamheid verminderen, gezamenlijk eten en koffie en thee drinken
- 10% Nee → sommige cliënten vinden het prettig om zich terug te trekken op hun kamer met eigen muziek en televisie.

13. Wat is de beste plek voor het kantoor van het personeel?

- Op een plek waar er zicht is op de cliënten en de cliënten begeleiding altijd kunnen zien.
- Dicht bij de huiskamer, voor het overzicht en zodat cliënten je kunnen vinden. Wel in een aparte ruimte.

14. Zou jij voor een open of een gesloten keuken kiezen voor deze doelgroep?

(met open bedoel ik zichtbaar vanuit de woonkamer evt. met muur of hekje zodat cliënten niet bij de pannen e.d. kunnen)

- 90% Open, waarom?
Voor het toezicht open en ze zien en horen wat er in de keuken gebeurt, het is huiselijk ze ruiken de geur van het eten etc.
- 10% Gesloten, waarom?
Veiligheid, om te voorkomen wanneer je aan het koken bent dat de cliënt binnenkomt en met het koken gaat bemoeien en regelen zodat hij/zij zich snijdt en of brandt.

15. Kun je in de woning waar je nu werkt gedurende de dag voldoende toezicht houden op de cliënten?

- 70% Ja
- 20% Nee Lange gangen, waardoor je geen overzicht meer hebt.
- 10% Ja en nee, als cliënten op de slaapkamer zijn, is er zeker bij de achterste slaapkamers geen overzicht. Maar cliënten zijn wel hoorbaar. Een nog meer ronde bouw zou dit oplossen: zicht vanuit huiskamer/kantoor en de slaapkamerdeur kan dicht indien behoefte aan privacy.

16. Is de woning waar je nu werkt veilig voor jullie cliënten?

- 60% Ja
- 20% Ja met onze aanpassingen → traphek, liftknop beveiliging, staldeuren bij de keuken
- 20% Nee, wat zou er verbeterd kunnen worden?
Radiatoren zitten laag waardoor cliënten hier tegen aan kunnen lopen en rijden met de rolstoel. Daardoor kunnen ze zich verwonden.
Er zijn cliënten die in andere slaapkamers komen en daar aan dingen kunnen komen die voor hun gevaar op kunnen leveren.

17. Kunnen jullie cliënten het toilet goed / zelfstandig vinden?

60% Ja → er is geen algemeen toilet. Het toilet bevindt zich in de eigen badkamer.
40% Nee → door dementie is dit niet mogelijk en sommige cliënten zitten in de rolstoel.

18. Hoe is jullie toilet herkenbaar gemaakt?

80% Niet
10% Op de deur van de badkamer zit en pikt, maar de deur staat eigenlijk altijd open zo kunnen ze het toilet altijd zien.
10% De eigen badkamer zit bij de eigen slaapkamer. De deur van de slaapkamer is herkenbaar gemaakt met persoonlijke spullen van de cliënt.

19. Wat is de beste plek voor het algemene toilet van de cliënten?

20% In de hal met een duidelijke foto.
80% Hebben we niet.

20. Vind je het belangrijk dat de woning gelijkvloers is?

- 100% Ja

Voor rolstoelgebruikers, angsten worden verminderd, voorkomt valgevaar, slecht zicht i.v.m. leeftijd, moeite met inschatten van diepte en/of hoogte, levensloopbestendig.

21. Is het uitzicht vanuit de gezamenlijke woonkamer belangrijk voor de cliënt?

- 90% Ja
- 10% Niet ingevuld.

22. Welk uitzicht heeft voorkeur?

- Weiland met dieren
- Rustige straat
- Drukke straat
- Maakt niet uit als er maar reuring is buiten
- Maakt niet uit als het maar rustig is buiten

Waarom?

- Wereld van cliënten wordt steeds kleiner. Een beetje actie buiten geeft prikkels.
- Ze kijken graag naar buiten.
- Het is fijn wanneer cliënten kunnen zien wat er buiten gebeurt. Op deze manier hebben zij mogelijk meer het idee dat zij bij de samenleving betrokken zijn. En wanneer er meer om hen heen gebeurt, blijven ze alerter en vallen (mogelijk) minder snel in slaap overdag.
- Is er wat te zien, nu is het vrij rustig en dat is soms jammer.
- Af en toe prikkels is prima, geeft een gezellig beeld.

23. Mensen met dementie kunnen een verhoogde loopdrang hebben. Sommige de hele dag een andere op bepaalde momenten van de dag? Zie je dit ook terug bij mensen met een verstandelijke beperking en dementie?

- 100% Ja

Eventuele toelichting. → Onrust maakt loopdrang. Er zijn veel cliënten die veel lopen of rijden in rolstoel. Veel cliënten zijn dan de hele dag spullen aan het verplaatsen. Lopen overal de kastjes en laden leeg te halen, halen bedden af, trekken de stereo of televisie uit de kast enz. Ze zien daarbij geen gevaar, maar hebben de behoefte/drang spullen te verplaatsen.

24. Hebben cliënten in de woning waar jij werkt voldoende loopruimte?

- 90% Ja, hoe is deze gecreëerd?
Door twee gekoppelde woningen → cliënten lopen van de ene naar de andere woning en zijn daar ook welkom.
Brede gangen en open ruimtes.
- 10% Nee
In de woonkamer staat te veel meubilair.

25. Is de woning waar jij werkt overzichtelijk voor de cliënten, vinden ze makkelijk de weg?

- 80% Ja → door de lange gangen,
- 10% Nee → door dementie zijn ze vaak gedesoriënteerd,
- 10% Ja en nee → slaapkamers zijn allemaal het zelfde. Veel deuren naast elkaar die op elkaar lijken. Hangt een foto van een cliënt bij voor herkenning.

Domotica

26. Welke vormen van domotica zijn nu op de woning waar jij werkt aanwezig?

- X Deurmelder voor de nacht;
- Deurmelder overdag doorgeschakeld naar een mobiele telefoon;
- Bewegingsmelder dag;
- Bewegingsmelder op de dag;
- X Bedmatten;
- X Videobewaking nacht;
- X Videobewaking dag;
- X Beweging- lichtschakelaars;
- X Spreek/luisterverbinding met de nachtdienst;
- Spreek/luisterverbinding op de dag;
- Chip die de cliënt bij zich draagt om zijn bewegingsruimte te vergroten of te verkleinen (Deuren gaan open of juist dicht);

Ben je van mening dat voor deze doelgroep meer of juist minder ingezet zou moeten worden op het gebied van domotica ten opzichte van wat er nu wordt ingezet op de woning waar jij werkt?

- Zo ja, welke ideeën heb je?
- 20% Een chip. Voor sommige cliënten die veel dwalen (en weten hoe de lift werkt of traphekje open moet) zou een chip ideaal zijn. Domotica wordt overdag nog nergens gebruikt, maar zou ook zeker handig kunnen zijn. Denk aan bedmatten en bewegingsmelders op het moment dat wij de cliënten een rustmoment aanbieden.
- 50% Nee.
- 10% Het is voldoende. Er wordt per cliënt bekeken wat deze nodig heeft.
- 10%?
- 10% Niet ingevuld.

27. Wonen er cliënten op jouw groep met een verstoord bioritme waardoor ze in de nacht onrustig zijn?

- 100% Ja
- Wat wordt hier aan gedaan?
- Medicatie (melatonine)
- Proberen het om te draaien door medicatie en activiteiten
- Nachtdienst beluistersysteem
- We proberen ze overdag wakker te houden (dus niet uit laten slapen omdat ze de nacht veel wakker geweest zijn). 's Nachts worden de cliënten steeds terug begeleid naar bed. Soms heeft dit resultaat, maar vaak ook niet. Wanneer cliënten de drang hebben om rond te lopen, of spullen op te ruimen is het lastig om dit te doorbreken. We proberen hier met medicatie soms ook iets in te doen. Slaapmedicatie of melatonine lijkt soms een beetje effect te hebben. Soms wordt er Exelon gegeven (alzheimer remmer die al bijwerking geeft dat de "scherpe" kantjes van iemands karakter wat verzachten). Dit heeft soms een goed effect in de nachten.

28. Ervaar je tekortkomingen vanuit domotica in je werk met deze doelgroep?

- 90% Nee
- 1x Niet ingevuld.

29. Ben je van mening dat de cliënt voordelen ervaart van de domotica die nu op de woning gebruikt wordt?

- 70 % Ja → geruststelling voor sommige bewoners, bedmelders en deurmelders zodat ze weten niet alleen te zijn, cliënten kunnen op een veilige manier hier blijven wonen.
- 20% Niet ingevuld.
- 10% Nee.

30. Ben je van mening dat de cliënt hinder ervaart van de domotica die nu op de woning gebruikt wordt?

- 80% Nee
- 20% Niet ingevuld

31. Ben je van mening dat het gebruik van domotica ten koste gaat van de huiselijkheid van de woning?

- 10% - Sommige vormen van domotica.
Welke? - De kastjes en melders zijn nu niet bepaald een plaatje om te zien. Niet heel hinderlijk maar mooi is anders.
- 80% Nee
- 10% Niet ingevuld

32. Als personeel goed wordt opgeleid in het gebruik van domotica, heb je dan vertrouwen in het gebruik hier van?

- 90% Ja
- 10% niet ingevuld

Bijlage 14

Interview vragen vertegenwoordiger van Trommelhof 5-6 → Mw. P.C. van Vliet en haar zus

1. Voorstellen/ kennis maken. Heeft uw broer voor opname op deze woning in de wijk of op het terrein gewoond?

Hoe heeft u de opname ervaren.

Sam heeft lang bij zijn ouders gewoond. Toen zij de zorg niet meer aan konden heeft Sam ongeveer 5 á 6 jaar bij zijn zus gewoond. Vandaar uit is hij verhuisd naar een fasehuis van

Mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

een andere zorgaanbieder in Rijnsburg. Dat ging op een gegeven moment niet meer, er ontstonden wat onveilige situaties met gas e.d. waardoor Sam als noodbedopname is opgenomen op het terrein van de Willem v.d. Bergh ('s Heeren Loo) in Noordwijk. Van daaruit is hij overgeplaatst naar de Trommelhof waar Sam nu woont.

De opname is goed verlopen al hebben de zussen twijfel over de dementie en de motivatie van de verhuizing.

Sam was mobiel en trok er veel op uit toen hij nog in Rijnsburg woonde. Dit is hem afgenomen doordat hij op een gesloten woning kwam. Sam heeft geprobeerd te ontsnappen door over het tuinhek te klimmen.

2. Wat is er in de zorgvraag veranderd nu uw broer dementie heeft.

Het aankleden gaat niet meer zo goed de ene dag gaat het beter dan de andere maar over het algemeen is het afgenomen. Zijn motoriek is minder geworden met name de fijne motoriek. Het is tot nu toe een keer gebeurd dat Sam in de nacht uit bed kwam en ging rommelen op de groep. Wellicht heeft dit te maken met zijn buurman die veel herrie maakt.

3. Zou men aan een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie andere bouw- voorwaarden stellen dan aan een woning voor cliënten zonder dementie? Welke?

Antwoorden van deze vraag zijn opgenomen bij antwoord 4.

4. Als u samen met andere vertegenwoordigers een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie mogen ontwerpen en laten bouwen. Hoe zou deze woning er dan uit komen te zien? Wat is het ideaalbeeld? Waarom?

- Niet te groot- overzichtelijk en duidelijk;
- Eigen slaapkamer aan de woonkamer;
- Leuke kleurtjes;
- Geen balkon maar een tuin;
- In de tuin een rondgang met een hek er om heen zodat er wel gevoel van vrijheid is maar wel beschermd;
- Gelijkvloers op de begane grond;
- Afsluitbare keuken;
- Slaapwacht in het gebouw.
- Wel twee groepen bij of naast elkaar zodat er intern mogelijkheid is om heen en weer te lopen maar de groepen aan zich wel scheiden qua niveau van achteruitgang. Vertegenwoordigers merken dat hun broer liever op de andere groep is. Daar is iedereen wat mondiger. Er is voor hun broer meer te halen dan op zijn eigen groep.

5. Welke sfeer zou u deze woning willen geven. → Sfeerkaartjes.

Nr 7 + 16 vanwege de kleurtjes en nr. 2 vanwege het ouderwetse gevoel van vroeger.
Het is belangrijk dat het niet te druk is in de woonkamer en overzichtelijk blijft.

6. Als u vanuit het vorige prioriteiten zou moeten stellen in welke volgorde zou je dan punten schrappen?

Niet besproken.

7. Hebben mensen met een verstandelijke beperking meer domotica nodig dan andere mensen. Welke?

Vertegenwoordigers hebben hier geen zicht op.

8. Wat zijn voordelen van domotica?

Vertegenwoordigers zijn van mening dat er veel voordelen aan zijn maar kunnen ze niet direct benoemen. Ze hebben geen moeite met domotica. Zouden er voor open staan als dit bij hun broer ingezet zou worden.

9. Wat zijn nadelen van domotica?

In de Trommelhof zijn schuifdeuren aanwezig. Cliënten drukken op een knop en hun slaapkamerdeur gaat open. Dit is niet huiselijk en lastig, niet herkenbaar. Zowel voor de vertegenwoordiger als voor de cliënt.

Bijlage 15 - Notulen Focusgroepsgesprek Medewerkers

Aanwezig: Miranda (leerling), Irene (2e deskundige), Bernadette (1e deskundige) Dennis Monincx (gespreksleider) , Sandra Beukers (onderzoeker en notulist).

1. **Introductie**

Sandra vertelt ter introductie wie zij is en wie Dennis is, waar zij werken en wat hun functie is. Zij verteld wat de rol van Dennis Monincx en van haar is tijdens dit focusgroepsgesprek. Zij verteld wat een focusgroepsgesprek is en wat van de genodigden gevraagd wordt. Sandra verteld over haar onderzoek en opleiding.

Vragen

2. ***Wat is het verschil in zorgvraag van een verstandelijk beperkte cliënt met dementie (in jullie vakgebied) ten opzichte van een verstandelijke beperkte cliënt zonder dementie.***

Cliënten met een verstandelijke beperking en dementie veranderen steeds. Als begeleider van deze cliënten moet je hier steeds op inspelen. De zorgvraag kan per dag anders zijn. Een individuele benadering is van groot belang. Cliënten komen vaak halverwege het dementieproces binnen, zijn vaak nog mobiel. Naar mate het proces vordert gaan ze steeds meer achteruit. De ene sneller dan de andere. Er is een constante mix van verzorgingsbehoefte. Geen dag is het zelfde.

3. ***Zou je aan een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie andere bouw- voorwaarden stellen dan aan een woning voor cliënten zonder dementie? Welke?***

- Er mogen geen kleurverschillen in de vloer zitten. Drempels bij badkamers zijn vaak donkerder ten opzichte van de vloer van de woonkamer en de tegelvloer in de badkamer. Mensen met dementie kunnen de diepte niet goed inschatten durven er niet over heen te lopen of nemen een hele grote stap. Dit geeft onveilige situaties.
- Veel licht in de woning is belangrijk. Liefst daglicht en anders via verlichting.
- Een snoezelruimte in de woning is belangrijk. Cliënten genieten hier van kunnen heerlijk ontspannen. Tevens kan de dagbesteding die op de woning komt deze gebruiken.
- Woonkamer – ruim opgezet voor bedden, dit is belangrijk om cliënten die in bed verblijven in het hier en het nu te houden.
- Slaapkamer – nabij de woonkamer, er om heen. Dit is belangrijk om goed overzicht te hebben en toezicht in nabijheid te hebben. Het bevordert de zelfredzaamheid van de client.

- Hoogbouw is niet wenselijk, gelijkvloers heeft de voorkeur. Ook in verband met evacuatie bij brand. Veel cliënten verblijven in een rolstoel.
- In de bouw BOPZ maatregelen voorkomen. De woning van de trommelhof kent door de bouw veel vrijheidsbeperkte maatregelen. Dit zou bouwtechnisch kunnen worden voorkomen. Bijvoorbeeld het traphek bij de trap naar buiten, de deur op slot, de liftknoppen afgeschermd etc.
- Woonwijk – kan → wel met de voordeur op slot in verband met de verkeersveiligheid. In een woonwijk is meer reuring, dit is leuk en belangrijk voor cliënten.
- De praktijk wijst uit dat cliënten nu in een laat stadium binnen komen en daardoor niet verkeersveilig meer zijn. Het zou fijn zijn als cliënten in een eerder stadium binnen komen om ze eerst nog te laten wennen.
- Een grote afsluitbare keuken is belangrijk. Groot om ze te betrekken bij het koken afsluitbaar als het nodig is.
- Badkamer met ruimte voor een Linidobad⁸, en een aansluiting voor een linidobad (douchebrancard).
- XY systeem (tilsysteem) van slaapkamer naar badkamer.
- Toiletten op een hoogte en niet per cliënt verschillend, door grote verloop is dit niet handig.
- Brede gangen met lambrisering tegen de muren voor het tegengaan van beschadigen door bedden en rolstoelen.
- Geen ramen tot de grond (cliënten kunnen de diepte niet inschatten) en gewone radiatoren. Nu zitten er lage vierkante radiatoren vlak boven de grond waar cliënten over struikelen.
- De woning aan de Trommelhof heeft een klein balkon met hoge muren waar niet de hele groep kan zitten, dit is een gemis. Een tuin heeft de voorkeur.

4. Stel jij bent de Directeur van 's Heeren Loo en je zou een woning voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie mogen/ kunnen realiseren. Hoe zou deze woning er dan uit komen te zien? Wat is het ideaalbeeld? Waarom? (punten op flap over zetten)

- Erco (Het is nu soms erg warm op de groep, dit is niet fijn voor cliënten);
- Gelijkvloers (geen verdiepingen);
- Grote tuin;
- Slaapkamers rondom de woonkamer, de woonkamer hoeft echter niet rond te zijn, liever niet. Wel met hoeken en muren om spullen tegen aan te zetten;

⁸ Douchebrancard waar mensen op kunnen liggen om gedoucht te worden.

- Meubels moeten verplaatsbaar zijn, bijvoorbeeld room dividers op wielen. De ene keer heb je geen cliënten die in hun bed in de woonkamer verblijven en de andere keer wel. Soms heb je twee mensen die op een bank gaan zitten en soms heb je er 6;
- Grote schuur/opslag ter beschikking om meubels die even overbodig zijn of geen ruimte voor is op te slaan. Zo ook verpleegtechnische spullen zoals bijvoorbeeld rolstoelen, speciale matrassen, linidobad, douchestoelen, sta lift etc.;
- Camera toezicht op alle slaapkamers;
- XY systeem in alle slaapkamers;
- Centraal kantoor ;
- Grote keuken om cliënten te betrekken bij het koken, wel afsluitbaar als nodig;
- Alle cliënten een eigen badkamer;
- Centrale snoezelruimte met een bad er in;
- Niet te hoge plafonds – huiselijkheid;
- Andere disciplines (docter - AVG arts , tandarts, pedagoog) in nabijheid. Door de achterraitgang is dit van groot belang;
- Goed geïsoleerde slaapkamers en woning. Er is in de nacht veel onrust en soms ook gillen;
- Slaapkamers met ramen geen openslaande deuren naar buiten. Hierdoor BOPZ maatregel omdat deze op slot zit;
- Op verschillende plekken in de woning en in alle slaapkamers zuurstof voorziening/ plug aanleggen bij de bouw. Dit voorkomt slangen of stroomkabels over de grond (valgevaar);
- Om de meter beveiligde stopcontacten laag bij de grond, dit voorkomt verlengsnoeren en is handig bij het verplaatsen van cliënten in hoog/laag bedden;
- Bewegingsmelders bij deuren en in de gang om cliënten goed te kunnen volgen;
- Vaste nachtdienst, wakkere wacht geen slaapwacht + ondersteund met beluistering. Nu zijn cliënten vaak al lang aan het dwalen voor er iemand is maken elkaar wakker;
- 2 groepen naast elkaar met 6 á 8 cliënten per groep;
- Het rooster van de groep wordt steeds aangepast op de zorgzwaarte van de cliënten. Flexibiliteit van medewerkers is van groot belang;

5. Welke sfeer zou je deze woning willen geven. → Sfeerkaartjes.



= 1 x ziet er gezellig uit dat terrasje.



= 3 keer → warm en gezellig voor de doelgroep. De banken moeten wel voor de doelgroep geschikt zijn (incontinentie).

6. Als je vanuit het vorige prioriteiten zou moeten stellen in welke volgorde zou je dan punten schrappen?

Er is een top 10 opgemaakt van de meest belangrijke zaken

- Gelijkvloers;
- XY lift systeem aan plafond;
- Grote badkamer met alle voorzieningen vanuit de bouw aangebracht (bijvoorbeeld afvoer linidobad);
- Airco of goede klimaatbeheersing;
- Goed toezicht nacht/ dag door domotica en personeel;
- Slaapkamers rondom de woonkamer;
- Loopruimte binnen en buiten;
- Snoezelruimte met bad;
- Grote afsluitbare keuken;
- Isolatie van de slaapkamer muren en de schil van de gehele woning.

7. Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer domotica nodig dan andere mensen. Welke? (laat ze voorbeelden noemen, lukt het niet help ze dan even op gang)

- Deurmelders;
- Bedmelders ;
- Gewone deuren met deurkruk geen schuifdeuren, snappen ze op den duur niet meer;
- Bewegingsmelders in de badkamer voor het licht zodat cliënten de weg kunnen vinden;
- Nachtbeluistering;
- Alarm melders voor personeel (te dragen als clip aan de kleding) voor als personeel hulp in roept dat de collega kan zien waar deze zich bevindt. Vermelding van ruimte waar hulp nodig is;
- Zuurstof voorziening d.m.v. tappunt;
- Saturatie meter;
- AED → bij verslikken geldt non reanimatie niet. Vandaar;
- Po spoeler;
- Hoog/laagbedden voor alle cliënten;
- Voordeur sluit van zelf als deze in het slot valt. → zo is de deur altijd dicht. Mobiele bewegingsvrije cliënten faciliteren met sleutel of ander hulpmiddel.

8. Wat zijn voordelen van domotica?

Niet besproken

9. Wat zijn nadelen van domotica?

Niet besproken

Bijlage 16 - Notulen Focusgroepsgesprek met andere disciplines

Aanwezig: Marianne v.d.P., (orthopedagoog) Marlene, N., (ergotherapeute) Marja (dagberst het zand) Dennis M. (gespreksleider) , Sandra B. (onderzoeker en notulist).

10. Introductie

Sandra vertelt ter introductie wie zij is en wie Dennis is, waar zij werken en wat hun functie is. Zij vertelt wat de rol van Dennis Monincx en van haar is tijdens dit focusgroepsgesprek. Zij vertelt wat een focusgroepsgesprek is en wat van de genodigden gevraagd wordt. Sandra vertelt over haar onderzoek en opleiding.

Vragen

11. Wat is het verschil in zorgvraag van een verstandelijk beperkte cliënt met dementie (in jullie vakgebied) ten opzichte van een verstandelijke beperkte cliënt zonder dementie.

Het perspectief van deze cliënten is anders. Dementie is achteruitgang. Dit betekent een veranderend beeld en aanpassingen in de toekomst. Het lange maar ook vaak het korte termijn is niet voorspelbaar. Overplaatsen van deze cliënten wil je voorkomen. Een stabiele omgeving met een stabiel team is belangrijk. Het is voor deze cliënten belangrijk dat hun omgeving niet verandert en voorspelbaar is. Zo ook dagbesteding. Dagbesteding aan huis is belangrijk in de vertrouwde omgeving maar de voorkeur gaat wel uit naar een aparte ruimte binnen de bekende ruimte van het wonen.

12. Zou je aan een woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie andere bouw- voorwaarden stellen dan aan een woning voor cliënten zonder dementie? Welke?

- Voorspelbare bouw;
- Letten op lichtinval, geen onverwachte schaduwen;
- Looplijnen, kleuren om mensen een richting op te sturen met kleurgebruik;
- Toegankelijke deuren met kleur accentueren;
- Geen drempels;
- Geen kleurovergang in de vloer, ook niet in een eventuele lift;

Mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk

- Dwaalgang, Rondgang (om de loopdrang te ontmoet te komen);
- Rekening houden met akoestiek in de ruimte, geluid moet voorspelbaar zijn;
- Bij de bouw Barthimeus betrekken in verband met lichtadvies voor mensen met een visuele beperking;
- Slaapkamers rondom de woonkamer gesitueerd. Huiskamer als centraal punt;
- Geen ronde ruimtes. Wel hoeken aanbrengen;
- Wel onderscheid creëren tussen de verschillende kamers, niet dat alles het zelfde lijkt;
- Brede gangen;
- Ruime woonkamers;
- Brede deuren;
- Levensbestendige faciliteiten in de badkamers;
- Eventueel wel een gezamenlijke badkamer maar dan wel groter;
- Vanuit het bed direct via een XY systeem naar de badkamer;

13. Stel jij bent de Directeur van 's Heeren Loo en je zou een woning voor mensen met een verstandelijke beperking met dementie mogen/ kunnen realiseren. Hoe zou deze woning er dan uit komen te zien? Wat is het ideaalbeeld? Waarom? (punten op flap over zetten)

- Laagbouw;
- Ruim met tuin;
- In de buurt van faciliteiten zoals supermarkt etc.
- Veilige autoarme omgeving;
- Park of school in de buurt voor reuring;
- In de buurt of als aanleun aan een geriatrisch verpleeghuis om andere disciplines zoals een arts, pedagoog etc. in nabijheid te hebben;
- Opslagruimte voor meubilair;
- Parkeer ruimte voor rolstoelen en rollators;
- Ruime opzet maar niet te massaal, bedden moeten in de huiskamer kunnen;
- Dwaalgang/ rondgang;
- Dubbele woning met de huiskamers tegen elkaar aan (voor burenhulp, als niet nodig deur dicht houden);
- Twee slaapkamers met in het midden een badkamer delen, zo kun je toch twee cliënten te gelijk helpen, vergroot/behoudt zelfredzaamheid;
- Aangepaste keuken;
- Tuin die overdekt kan worden;
- Beluisteringssysteem;
- Leefcirkel concept met melding naar personeel als een cliënt weg gaat;

- GPS voor buiten om zelfstandigheid van cliënten te vergroten;
- XY systeem op alle kamers;
- Automatische deuropening bij het vervoer van bedden;
- Contrast kleurgebruik;
- Verlichting aan de hand van advies van Barthimeus voor visueel beperkte cliënten;
- Overzichtelijk en voorspelbaar gebouw en inrichting;
- Toegankelijke deuren accentueren in kleur;
- Zowel oud als instellingsmeubilair. Cliënten zijn nu ook niet anders gewend;
- Snoezel principes intrigeren in de inrichting;
- Meubels moeten makkelijk verplaatsbaar zijn;

14. Welke sfeer zou je deze woning willen geven.

- Niet te modern maar ook niet te oudbollig. Sfeer zoals dat nu op de groepen gecreëerd wordt. Mensen zijn nu ook niet anders gewend;

15. Als je vanuit het vorige prioriteiten zou moeten stellen in welke volgorde zou je dan punten schrappen?

Er is een top 10 opgemaakt van de meest belangrijke zaken

- Veilige autoarme omgeving;
- Overzichtelijke en voorspelbare indeling;
- In de buurt van faciliteiten zoals supermarkt etc.
- In de buurt of als aanleun aan een Geriatrisch verpleeghuis om andere disciplines zoals een arts, pedagoog etc. in nabijheid te hebben;
- Park of school in de buurt voor reuring;
- Ruime opzet maar niet te massaal, bedden moeten in de huiskamer kunnen;
- Dwaalgang/rondgang;
- Dubbele woning met de huiskamers tegen elkaar aan;
- Tuin die overdekt kan worden;
- Leefcirkelconcept zodat personeel een melding krijgt als er iemand weg loopt.

16. Mensen met een verstandelijke beperking hebben meer domotica nodig dan andere mensen. Welke? (laat ze voorbeelden noemen, lukt het niet help ze dan even op gang)

- Leefcirkelconcept;
- Domotica cliëntgericht inzetten, cliëntvraag is leidend;
- XY systeem standaard in alle kamers aanbrengen;
- Uitluister systeem voor de nacht;
- Bewegingsmelders;

Niet besproken

17. Wat zijn voordelen van domotica?

Niet besproken.

18. Wat zijn nadelen van domotica?

Niet besproken

Bijlage 17 - **Verslag interview Jo Dassen, domoticadeskundige**

1. Hoe lang werkt u al voor 's Heeren Loo?

35 jaar. Aanvankelijk begonnen als vakantiekracht, is hij in januari '77 met de Z-opleiding begonnen, vervolgens: HBO, de docentenopleiding. Sinds '85 werkzaam als praktijkbegeleider, vervolgens docent. Later werd hem gevraagd de nachtzorg op te zetten. Tot dat moment had elke woning (toen nog: paviljoen) een vaste op slaapwacht. Vanaf '96 werd een soort veredeld babyfoonsysteem ingevoerd, eerst alleen voor op het terrein, later ook erbuiten (fasehuizen, sociowoningen). Nu is het nachtbeluistersysteem bijna overal ingevoerd.

2. Hoe lang houdt u zich al met domotica bezig?

Sinds 1996.

3. Wat is het doel van domotica?

Aanvankelijk alleen in de nacht, met als doel: "zo rustig, veilig en normaal als mogelijk". In de tijd van de (slaap-) wachten, werd er door de wacht 's nachts gewerkt: er brandde licht en er was geluid. Nu is het donker, stil, vergelijkbaar met een normale thuissituatie.

Het systeem geeft onmiddellijk een signaal (bijvoorbeeld wanneer een deur wordt geopend); binnen twee minuten is iemand ter plaatse, en, afhankelijk van de noodzaak, is er de mogelijkheid om snel "op te schalen".

Het systeem kan ook 24 uur per dag worden ingezet, met als doel: de zelfstandigheid van bijvoorbeeld rolstoelcliënten zo groot mogelijk te maken. Voorbeeld: cliënt in rolstoel kan niet bij de bel van de voordeur en ook de deur niet zelf openen. Dankzij een speciaal voor hem ontworpen apparaatje kan dit nu wel.

Heel belangrijk is dat de mogelijkheden van domotica heel gericht worden ingezet en dat het nog steeds de cliënt is, die bepaalt wat (niet) en wanneer.

Ongeacht de doelgroep is de visie met betrekking tot domotica dat het maatwerk is. Opgemerkt wordt dat domotica c.q. een systeem als het nachtbeluistersysteem, staat of valt met wat er aan de achterkant georganiseerd is.

Bij dementerenden is het van belang om vroegtijdig in te spelen op het verlies van functies en het soms daarmee samenhangende gevoel van falen; dit compenseren. Omdat dementeren (vaak) een geleidelijk proces is, moet worden opgepast dat er geen sprake is van betutteling; er zijn namelijk momenten dat een cliënt zaken wel zelf kan, dus geen hulp(middelen) nodig heeft. Dus ook hier geldt: maatwerk. Stelregel: waarneming, signalering en reactie.

Op de hoofdlocatie zijn twee woningen met/voor dementerenden. J. Dassen werd gevraagd met een soort "catalogus" op het gebied van domotica te komen. Dit werkt echter niet zo: het moet altijd in combinatie met de infrastructuur en de specifieke zorgvraag.

Inmiddels is het wel de gewoonte om dit mee te nemen bij de ontwikkelingen van vastgoed. Ook worden de krachten in de zorg gebundeld ('s Heeren Loo en Philadelphia vertegenwoordigen samen 25 % van de zorgmarkt). Samenwerking maakt dat je een krachtige partner c.q. consument bent in de onderhandelingen met leveranciers, dus ook meer eisen kunt stellen.

Bij de nieuwbouw in de Albertus van Velzenstraat in Noordwijk is volledig rekening gehouden met domotica, de basis is aanwezig; indien er later behoefte is, kan alles makkelijk gekoppeld worden (plug and play). Belangrijk is ook dat de verschillende systemen te koppelen zijn; dit is nu nog niet het geval (voorbeeld: Caress en nachtbeluistersysteem). Zeker ook belangrijk is dat de verantwoordelijken in de organisatie inzicht hebben in de materie. Een te grote afstand is niet goed, maar, andersom: te dichtbij ook niet. Objectieve deskundigheid is dus noodzakelijk, zowel met betrekking tot gedrag, cliënten en domotica.

Kennisoverdracht domotica moet in de lijn, van bovenaf, niet te breed en –vanwege het maatwerk– niet aan de hand van een catalogus.

4. *Is er binnen 's Heeren Loo beleid op het gebied van domotica?*

April 2012 is een beleidsplan aangeboden, dat nu nog herschreven wordt. Alle disciplines die er iets mee van doen hebben, vinden er ook wat van. Deze gang van zaken wordt betreurd.

5. *Wordt uw advies gevraagd op het gebied van domotica bij het realiseren van nieuwbouwprojecten?*

Inmiddels zijn de voorbeelden van een basis duidelijk: goedkoper, dan in tweede instantie aanbrengen van aanpassingen. In Noordwijk gaat het goed: vanaf het begin van ontwikkelingen

wordt J. Dassen c.q. domotica meegenomen door de projectleider. In andere regio's van 's Heeren Loo gaat dit niet vanzelfsprekend, dus minder goed.

Overigens is er ook een verschil tussen huurwoningen en eigendom.

6. *Houdt u hierbij rekening met de huiselijkheid van de woning?*

Ja, want het motto is "zo normaal als mogelijk". Domotica moet iets zijn dat op de achtergrond meedraait, een signaal geeft als het echt nodig is, dus: afwijkingen registreert. Dit is overigens nog toekomstmuziek.

7. *Hebt u in het verleden advies gegeven bij het realiseren van nieuwbouw-/renovatieprojecten die bedoeld waren voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie?*

Alleen zijdelings. Overigens: het gaat bij deze woningen niet alleen om techniek, bij aanpassingen kan ook gedacht worden simpele zaken als kleuren (deuren), foto's etc.

8. *Zijn er in het verleden adviezen gegeven voor een dergelijk project die uiteindelijk niet hebben waargemaakt wat beoogd werd?*

Ja, zo is er ooit zaken gedaan met een leverancier en een systeem aangeschaft, dat in de praktijk niet functioneerde. Dus: altijd een zorgspecialist nodig: objectieve deskundigheid, zowel met betrekking tot gedrag, cliënten en domotica.

9. *Welke domotica-adviezen zou u geven bij het realiseren van een kleinschalige woning voor mensen met een verstandelijke beperking en dementie in de wijk?*

Dwaaldetectie; dit voorkomt dat deuren op slot moeten (maatwerk!). Op dit moment is het technisch wel mogelijk, maar: nog erg duur en (nog) geen maatwerk. Zo is er een signaal/melding bij elke beweging, terwijl gewenst is dat dit alleen het geval is bij afwijkingen. Wel is wenselijk dat het systeem dag en nacht alles registreert, zodat patronen en afwijkingen daarin duidelijk zijn. Bij dementerenden en Alzheimerpatiënten is vaak sprake van een omkering van het dag/nachtritme; dat wordt dan duidelijk (ook hoeveel en hoe vaak iemand indut). Er is al een horloge (Vivago), dat dit registreert; op basis van feitenanalyse kunnen dan gerichte stappen worden ondernomen. Bij risicogroepen (bijvoorbeeld mensen met Down) is het raadzaam om een nulmeting te doen.

Bij de afweging tussen nut en noodzaak aan de ene kant en privacy aan de andere kant is een rol voor de Ethische Commissie weggelegd. Het borgen van de privacy is beter te realiseren bij kleinschaligheid, op cliëntniveau.

Wanneer cliënten van een buitenlocatie dementeren, worden zij over het algemeen overgeplaatst naar de hoofdlocatie. Sommigen willen dit echter per se niet. Wat dan: aanpassen van de oorspronkelijke woning? Dat kan wel, maar afhankelijk van het tempo van het dementeringsproces, kan het zijn dat er achter de feiten wordt aangelopen.

Wanneer er een nieuwe woning zou worden ontwikkeld voor deze doelgroep, dan gelden dezelfde adviezen als bij andere nieuwe woningen: zorgen dat de basis aanwezig is, dus op voorhand al rekening houden met aanpassingsmogelijkheden.

10. *Zijn er domoticamogelijkheden die u afraadt voor deze doelgroep?*

Ja, namelijk veel van wat de leveranciers standaard aanbieden. Altijd moet in dialoog de zorgvraag en het passende antwoord gevonden worden; de cliënt/casus is bepalend en niet de technische mogelijkheden. Naast techniek is creativiteit belangrijk, mits organisatorisch geborgd en verantwoord.

