

Kwaliteit van (be)leven

Een inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van leven in de psychogeriatrische zorg.



9.2 Bachelor rapport

Studenten: Saskia Jansen, Nina Klunder & Esther Paalman

Klas: EMW4VF1/EMM4VD

Docent: M. Planteijdt

Studiebegeleider: E. de Boer

Titelpagina

Leerpakket: 9.2. Bachelor rapport

Toetscode: T.AMM.37555

Academie: Mens & Maatschappij

Studenten: Saskia Jansen (345566)

Nina Klunder (340068)

Esther Paalman (355823)

Klas: EMW4VF1/EMM4VD

Periode: 1 en 2

Leerjaar: 4

Begeleidende docent: M. Planteijdt

Voorwoord

Dit bachelor rapport is geschreven voor leerpakket 9.2, van leerjaar 4 van de studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

In dit onderzoek is gekeken naar de kwaliteit van leven van bewoners op een psychogeriatrische afdeling na de hervormingen in de zorg. Ook Zorggroep Sint Maarten kampt met bezuinigingen en zorghervormingen, waardoor er behoefte was aan dit onderzoek. Zorggroep Sint Maarten omschrijft zichzelf als een sociaal innovatieve organisatie die graag meewerkt aan het oplossen van maatschappelijke problemen (Zorggroep Sint Maarten, 2016). Het feit dat ze graag meewerken aan dit onderzoek, komt hiermee overeen. Het onderzoek heeft betrekking op een voor ons interessante doelgroep in de psychogeriatrische zorg; de cliënten worden beperkt in hun dagelijks leven door hun geestelijke vermogens, wat maakt dat er wellicht meer vraag is naar hulp, begeleiding en nabijheid van het personeel.

Graag willen wij Wilma Gervink, teamleider van afdeling Fleerder Es, bedanken voor het ondersteunen en begeleiden van dit onderzoek, en bedanken wij de respondenten voor de medewerking tijdens de interviews.

Saskia Jansen, Nina Klunder & Esther Paalman
Februari, 2017

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2015 is de zorg hervormd; de Wet Langdurige Zorg (WLZ) is ontstaan. Dit heeft invloed op hoe de zorg is georganiseerd, en hoe deze moet worden uitgevoerd. Verpleeg- en verzorgingshuizen in heel het land moeten de zorg anders inrichten, zo ook Zorggroep Sint Maarten. Het personeel moet anders te werk gaan, de vraag is alleen hoe en welke gevolgen dit voor bewoners heeft.

Kwaliteit van leven is een term die regelmatig gebruikt wordt, met name in de ouderenzorg. De kwaliteit van leven is echter een subjectief oordeel over het eigen leven op lichamelijk, sociaal en psychisch gebied. De vraag is of de hervormingen in de zorg invloed hebben op de kwaliteit van leven, en hoe deze kwaliteit van leven eigenlijk is. De plek waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden, is de Fleerder Es; een gesloten afdeling van Zorggroep Sint Maarten voor bewoners die psychogeriatrische zorg ontvangen. Dementie valt onder de psychogeriatrische zorg; het is een progressieve en terminale ziekte waarbij het hersenstelsel verslechtert (Van Deth, 2013). Patiënten worden daardoor beperkt in het dagelijks leven; men kampt bijvoorbeeld met vergeetachtigheid, verwarring, moeite met spreken en ongeremde emoties.

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken hoe de kwaliteit van leven van de bewoners van afdeling Fleerder Es is, na de hervormingen in de zorg; het is een inventariserend onderzoek waarin aanbevelingen een belangrijke rol spelen. De hoofdvraag van het onderzoek luidt dan ook; Hoe is de kwaliteit van leven van de bewoners op de afdeling Fleerder Es na de hervormingen in de zorg, en welke verbeterpunten zijn er. Het doel op lange termijn is het behouden en waar nodig verbeteren van deze kwaliteit van leven. Om dit te realiseren zijn zowel theoretische als praktische deelvragen beantwoord. De eerste theoretische deelvraag luidt; welke richtlijnen hanteert Zorggroep Sint Maarten voor het nastreven van de kwaliteit van leven voor haar bewoners. In de tweede praktische deelvraag wordt gekeken hoe dementie de kwaliteit van leven beïnvloed. De praktische deelvragen zijn beantwoord door middel van interviews. In verband met het ziektebeeld van de bewoners van afdeling Fleerder Es was het niet mogelijk hen te interviewen. Daarom is er voor gekozen om hun vertegenwoordigers te interviewen; praktische deelvraag vier luidt dan ook; hoe zien vertegenwoordigers de kwaliteit van leven terug? In praktische deelvraag drie wordt gekeken hoe personeel dit terugziet. In totaal zijn 11 personeelsleden en negen vertegenwoordigers geïnterviewd.

Voordat personeelsleden en vertegenwoordigers geïnterviewd zijn, is door middel van twee theoretische deelvragen gekeken welke invloed dementie op de kwaliteit van leven heeft, en welke richtlijnen Zorggroep Sint Maarten hanteert voor kwaliteit.

Het antwoord op de hoofdvraag is geen eenduidig antwoord. Het is een combinatie van de antwoorden op de deelvragen. Uit de theoretische deelvragen bleek dat dementie veel invloed heeft op de kwaliteit van leven, in alle drie de domeinen; zowel psychisch, sociaal als lichamelijk. De bewoners zijn afhankelijk van de mensen om hen heen, en de dingen die hen aangeboden worden. Ook zijn ze afhankelijk van wat familie over hen vertelt. Dit blijkt ook uit interviews met vertegenwoordigers; hun familielid geeft zijn/haar behoeftes door zowel dementie als hun karakter niet aan.

Uit de resultaten van de praktische deelvragen en de interviews is gebleken dat het personeel kritischer is dan de vertegenwoordigers als het gaat om de kwaliteit van leven. Het personeel ervaart een hoge werkdruk maar wil graag goed handelen, en kijkt om deze reden wellicht kritischer naar het eigen handelen. Er is gebleken dat er sprake is van heftigere en complexere problematiek op de

afdeling, ten opzichte van een periode terug. De geïnterviewde vertegenwoordigers zijn enthousiast over de manier waarop het personeel omgaat met de bewoners; er wordt goed ingespeeld op hun klachten en het contact is goed. Wel wordt aangegeven dat sommige vertegenwoordigers vaker betrokken willen worden bij hun familie, de bewoners.

In de interviews kwam naar voren dat het personeel verschillende visies heeft op het werk en de aanpak hiervan, waardoor het duidelijke werd dat het personeel meer zicht heeft zou kunnen hebben op de beperkingen van dementie. Om deze reden worden zowel scholing als intervisie aanbevolen door de onderzoekers.

Inleiding

Voor u ligt het bachelor rapport, geschreven voor leerpakket 9.2. In dit verslag staat de conceptuele en methodologische onderbouwing van het onderzoek, en de uitvoering hiervan. Ook zijn de resultaten, interpretaties en conclusies beschreven.

In hoofdstuk 1 is de aanleiding van het onderzoek beschreven; welke informatie leidt tot de keuze van dit onderwerp en welk probleem ligt ten grondslag? Tevens is in de aanleiding toegelicht waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, namelijk Zorggroep Sint Maarten locatie Gereia in Oldenzaal.

In hoofdstuk 2 zijn zowel de doelstelling als de onderzoeksvragen uitgewerkt en toegelicht. De hoofdvraag is hierbij onderverdeeld in vier deelvragen, om de vraagstelling zo concreet mogelijk te formuleren. Tevens is in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de onderzoeksmethode, en de methode van data verzamelen.

In hoofdstuk 3 is het theoretische kader uitgewerkt. In dit hoofdstuk is diepgang gezocht met betrekking tot het onderwerp en is dit onderbouwd met theorie van verschillende bronnen.

In hoofdstuk 4 zijn de resultaten uit het onderzoek behandeld. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat het onderzoek heeft opgeleverd.

In hoofdstuk 5 is de conclusie besproken, als vervolg op hoofdstuk 4. Ook is in dit hoofdstuk de hoofdvraag beantwoord, en een koppeling gemaakt met de theorie van hoofdstuk 3. Tevens zijn er in hoofdstuk 5 aanbevelingen beschreven.

Hoofdstuk 6 is een analyse van de sterktes en zwaktes van het onderzoek. Wat ging er goed en wat kon er beter?

Tot slot wordt in de discussie in hoofdstuk 7 een professioneel standpunt ingenomen door de onderzoekers, en worden de uitkomsten hiervan benoemd.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	- 7 -
1. Aanleiding.....	- 10 -
2. Doel & operationaliseren	- 13 -
2.1 Onderzoeksdoel.....	- 13 -
2.1.1 Lange- en korte termijn doelen.....	- 13 -
2.2 Onderzoeksvragen.....	- 13 -
2.2.1 Hoofdvraag.....	- 13 -
2.2.2 Deelvragen.....	- 13 -
2.3 Onderzoek	- 13 -
2.3.1 Onderzoekstype/onderzoeksvorm.....	- 14 -
2.3.2 Kwalitatief.....	- 14 -
2.3.3 Data en kennisverzameling	- 14 -
2.3.4 Dataverzamelingsmethode / instrumenten	- 14 -
2.4 Populatie en steekproef	- 15 -
2.5 Operationaliseren.....	- 15 -
2.6 Analyse data	- 16 -
2.7 Validiteit, betrouwbaarheid & ethische overwegingen	- 16 -
2.7.1 Validiteit	- 16 -
2.7.2 Betrouwbaarheid.....	- 16 -
2.7.3 Ethische overwegingen	- 17 -
3. Theoretisch kader.....	- 18 -
3.1 Kwaliteit.....	- 18 -
3.1.1 Kwaliteit van leven in de ouderenzorg.....	- 18 -
3.1.2 Meetbaarheid kwaliteit van leven.....	- 19 -
3.1.3 Landelijk kwaliteitskader verpleeghuiszorg	- 20 -
3.2 Theoretische deelvraag 1: Welke richtlijnen hanteert Zorggroep Sint Maarten voor de kwaliteit van leven van de bewoners?	- 21 -
3.2.1 Kwaliteit van leven	- 21 -
3.2.2 Woon/leefruimte.....	- 22 -
3.2.3 BOPZ	- 22 -
3.2.4 Mogen zijn wie je bent	- 23 -
3.2.5 Zorgleefplan.....	- 23 -

3.2.6 Voeding.....	- 23 -
3.3 Theoretische deelvraag 2: Wat is de invloed van dementie op de kwaliteit van leven?	- 24 -
3.3.1 Psychogeriatric en dementie	- 24 -
3.3.2 Dementie gedragsmatig	- 25 -
3.3.3 Ziekten die gepaard gaan met dementie	- 26 -
3.3.4 Invloed dementie op kwaliteit van leven	- 28 -
3.4 Conclusies deelvragen	- 29 -
3.4.1 Conclusie/antwoord theoretische deelvraag 1: Welke richtlijnen hanteert Zorggroep Sint Maarten voor de kwaliteit van leven voor hun bewoners?	- 29 -
3.4.2 Conclusie/antwoord theoretische deelvraag 2: Wat is de invloed van dementie op de kwaliteit van leven?.....	- 29 -
Lichamelijk.....	- 29 -
4. Resultaten.....	- 31 -
4.1 Interviewresultaten personeel	- 31 -
4.1.1 Invloed dementie	- 31 -
4.1.2 Gezondheid bewoners	- 31 -
4.1.3 Pijn.....	- 32 -
4.1.4 Woonruimte	- 32 -
4.1.5 Tijdgebrek.....	- 32 -
4.1.6 Autonomie.....	- 33 -
4.1.7 Genot & beleving.....	- 34 -
4.1.8 Gevoelens	- 34 -
4.1.9 Contacten	- 35 -
4.2 Interviewresultaten vertegenwoordigers	- 36 -
4.2.1 Invloed dementie op kwaliteit van leven	- 36 -
4.2.2 Gezondheid bewoners	- 37 -
4.2.3 Pijn.....	- 37 -
4.2.4 Woonruimte	- 37 -
4.2.5 Tijdgebrek.....	- 38 -
4.2.6 Autonomie.....	- 38 -
4.2.7 Genot & beleving.....	- 39 -
4.2.8 Gevoelens	- 39 -
4.2.9 Contacten	- 41 -
4.2.10 Opvallende zaken vertegenwoordigers.....	- 41 -

5. Conclusie & aanbevelingen	- 42 -
5.1 Conclusie praktische deelvragen.....	- 42 -
5.1.1 Conclusie praktische deelvraag 1: ‘Hoe ziet het personeel van afdeling Fleeerder Es deze kwaliteit van leven terug?’	- 42 -
5.1.2 Conclusie praktische deelvraag 2: ‘Hoe zien de vertegenwoordigers van de bewoners van afdeling Fleeerder Es deze kwaliteit van leven terug?’	- 43 -
5.2 Conclusie hoofdvraag	- 44 -
5.3 Aanbevelingen.....	- 46 -
5.3.1 Aanbeveling 1: Scholing personeel.....	- 46 -
5.3.2 Aanbeveling 2: Intervisie/coaching	- 46 -
5.3.3 Aanbeveling 3: Belevingsgericht	- 47 -
5.3.4 Aanbeveling 4: Ontlasten personeel	- 48 -
5.3.5 Aanbeveling 5: De inzet van technologie	- 48 -
5.3.6 Aanbeveling 6: Meer communicatie tussen personeel en vertegenwoordigers	- 49 -
6. Sterkte & zwakte analyse	- 50 -
6.1 Organisatorisch.....	- 50 -
6.2 Interviews	- 50 -
6.3 Uitwerken resultaten	- 51 -
6.4 Aanbeveling vervolgonderzoek	- 51 -
7. Discussie	- 52 -
7.1 Minder handen aan het bed is minder kwaliteit.....	- 52 -
7.2 Kwaliteitskader over personele samenstelling	- 52 -
7.3 Onderzoek ‘meer is niet per se beter’	- 52 -
7.4 Maar..	- 53 -
8. Literatuurlijst	- 54 -
Bijlagen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 1: Overeenkomst onderzoeksopdracht	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2: Evaluatieformulier opdrachtgever.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3: Labelschema personeel	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4: Labelschema vertegenwoordigers.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

1. Aanleiding

Het moeilijke van het werk, vertelt de zuster, is dat er zoveel tegelijk moet gebeuren. Ze hoort het zichzelf zeggen: “Ik kom zo, ik kom zo, wacht even..” Maar vaak komt ze helemaal niet. Omdat ze er geen tijd voor heeft. En dan is er nog de familie van de bewoners aan wie ze aandacht moet besteden. Sommige familie is veeleisend en moeilijk. Vooral als er weinig tijd is, kan dat frustrerend zijn (The, 2005, p. 90).

In bovenstaand citaat is zichtbaar hoe een medewerkster van een verpleeghuis zich kan voelen. Er is bezuinigd en hervormd in de zorg en de medewerkers blijven rennen en vliegen om het werk rond te krijgen, beschrijft The (2005). Het is zichtbaar dat er minder tijd is voor persoonlijke aandacht, beschrijft Gastvrije Zorg (2016). Echter wordt van verzorg- en verpleeginstellingen wel verwacht dat zij een hoge kwaliteit van leven garanderen voor hun bewoners. In hoeverre is dit nog haalbaar na de hervormingen in de zorg?

‘Bezuinigingen in de zorg’ is een onderwerp dat momenteel zowel in de politiek als in het werkveld veel ter sprake komt. In verpleeginstellingen moet het personeel anders ter werk gaan en dit heeft mogelijk invloed op de werksfeer, de bewoners of misschien wel de samenwerking tussen personeel. De verzorgingsstaat zoals Nederland haar kent is veranderd en hier moet een heel zorgstelsel op aan worden gepast en aan wennen (Trommel & Van der Veen, 2004). Er wordt vaak gesproken over de gevolgen van de bezuinigingen in de zorg. Maar, wat wordt er precies bezuinigd en wat zijn hier de gevolgen van? En wat betekenen deze bezuinigingen voor afdeling de Flieder Es van Gereia?

De Nederlandse verzorgingsstaat kent een geschiedenis vol bewegingen en veranderingen. Door dit op een rijtje te zetten, wordt duidelijk hoe recente hervormingen in de gezondheidszorg tot stand zijn gekomen.

De ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat begon al in 1901, maar pas na de Tweede Wereldoorlog gaat men zich verdiepen in de fysieke en psychische gesteldheid van ouderen. In 1957 is de Algemene ouderdomswet (AOW) ingevoerd. De AOW is een basispensioen voor mensen die de AOW leeftijd hebben bereikt. Die ligt op dit moment op 67 jaar en drie maanden. In 1963 werd de Wet op de bejaardenoorden van kracht, waarmee het de overheid mogelijk werd gemaakt om bejaardentehuizen te bouwen. Na de oorlog waren er meer ouderen, onder meer door de verbetering van medicatie. Hierdoor waren simpele infecties niet meer dodelijk. Onder andere hierdoor ontstond een enorme wachtlijst voor bejaardentehuizen. Veel 65 plussers voelden zich verplicht om in een bejaardenoord te gaan wonen, omdat op die manier woonruimte vrij kwam voor jongere mensen. Dit zorgde er voor dat de wachtlijsten ook langer werden.

Binnen de bejaardentehuizen ontstond een kleine samenleving waarbinnen veel voor de bewoners werd georganiseerd (Bijlsma & Janssen, 2015). Door de eeuwen heen is er veel veranderd in de ouderenzorg. Op 24 augustus 1970 stelde ombudsman Marcel van Dam in het programma ‘De Ombudsman’ misstanden in particuliere tehuizen in aan de kaak. Geïnterviewde ouderen en provinciale inspectiediensten brachten verhalen uiteenlopend van verwaarlozing tot intimidatie en fysiek geweld naar voren. Doordat misstanden in de media kwamen, kwam in 1970 een ‘Eerste nota bejaardenbeleid’, waarop ook een tweede nota volgde. In de eerste nota stond beschreven dat de kwaliteit van de ouderzorg moest worden verbeterd door de AOW te verhogen en de bouw van twaalfduizend bejaardenwoningen per jaar. De tweede nota vermeldde dat het de bedoeling was dat ouderen zo lang mogelijke thuis bleven wonen (Bijlsma & Janssen, 2015).

Het stelsel zoals het er toen uitzag, kwam onder druk te staan door het grote aantal mensen dat er een beroep op deed. Rondom de betaalbaarheid en beheersbaarheid van het systeem ontstonden problemen, mede door de economische crisis. De ambitieuze doelstellingen van de jaren zeventig van een open en ontspannen samenleving waarin de overheid veel instellingen financierde, hielden geen stand.

Het was tijd voor een grote verandering. Vooral door bezuinigingen en het streven naar efficiëntie werden de problemen in het welzijnswerk in de jaren tachtig aangepakt. Dit zorgde voor schaalvergroting en fusies. Waar eerst de centrale overheid regie had over het welzijnsbeleid, namen provinciale en lokale overheden dat over. Parallel hieraan komt de nadruk te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten. In de loop van het laatste decennium van de vorige eeuw vond een omslag plaats in het denken over de kwaliteit van de zorg. De gedachte was dat het goed zou zijn als de overheid een stap terug zou doen, zodat er ruimte voor marktwerking zou komen (Janssen & Bijlsma, 2015).

De maatschappij heeft te maken met een vergrijzing. Volgens de CBS Bevolkingsprognose (CBS, 2013) zal het aantal 65-plussers toenemen van 2,7 miljoen in 2012 tot een hoogtepunt van 4,7 miljoen in 2041 tot 2060. In 2060 zal 26% van de bevolking 65-plus zijn. De belangrijkste oorzaak hiervan is de 'babyboom generatie' van 1946-1970. De grijze druk houdt in de verhouding tussen het aantal 65-plussers en de potentiële beroepsbevolking, in de leeftijdscategorie tussen 20-64 jaar. Dit houdt in dat deze 'productieve' leeftijdscategorie de lasten van de vergrijzing moet opvangen. Feitelijk gezien zijn er in 2040 per 65-plusser twee potentiële werkenden, terwijl dit er in 2012 vier zijn. De grijze druk is in 2060 op 50%. Dit wordt onder andere aangepakt door de pensioenleeftijd hoger te leggen. Wanneer de pensioenleeftijd tot 67 wordt gebracht, dan is de grijze druk 45% in plaats van 51%. Dus 2,2 potentiële werkenden in plaats van twee (CBS, 2013).

Tevens is er sprake van een toenemende zorgvraag onder de ouderen. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 70% een chronische ziekte (Zorg voor beter, 2015). Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft 50 meer dan één chronische ziekte, en 63% twee of meer chronische ziekten. Ook wel multimorbiditeit genoemd. Het zorgvolume stijgt met 4% per jaar; naar verwachting zal in 2030 bijna 40% van de mensen ouder dan 75 jaar meer dan drie aandoeningen hebben (Zorg voor beter, 2015).

Het huidige zorgstelsel in Nederland wordt volgens Rijksoverheid (2015) geregeld met vier soorten wetten: De zorgverzekeringswet (ZVW), de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de jeugdwet. Deze leggen de basis voor de zorg. De ZVW en WLZ gebruiken het grootste gedeelte van het zorgbudget. Onder andere bij verpleeg- en verzorgingshuizen is de Wet Langdurige Zorg van kracht. Dit houdt in dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de indicatie voor deze cliënten afgeeft en ook bepaalt welk zorg zwaarte pakket cliënten krijgen. Aan ieder zorg zwaarte pakket hangt een prijskaartje en hier wordt de zorg binnen dit verpleeghuis van 'betaald' (CIZ, z.j.). Van 2014 op 2015 werd 30 miljoen euro bezuinigd, en van 2015 naar 2016 nog eens 30 miljoen extra (Rijksbegroting, 2015).

De WMO is ingezet om te bezuinigen, schrijft Mulder (2014) in De Correspondent. De overheid hoeft niet meteen in te grijpen en er wordt eerst gekeken wat familie, vrienden of burens nog kunnen betekenen. Zelfredzaamheid en participatie zijn belangrijke begrippen binnen de transitie. De drijfveren achter deze wetten zijn onder andere om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, integrale aanpak te bevorderen en om de klappen van de vergrijzing en chronische aandoening op te vangen door het toegankelijk en betaalbaar te houden. Het uitgangspunt hierin is het kijken naar de mogelijkheden, niet de beperkingen. Tevens is de doelstelling dat er vaker gebruik wordt gemaakt van het eigen netwerk, mits dit mogelijk is (Rijksoverheid, z.j.). In 2012 is er ruim 25 miljard euro naar de (wet) langdurige zorg gegaan (Rijksbegroting, 2012). In 2016 is dit 19,9 miljard (Rijksbegroting,

2016). Dit is een verschil van ruim 5 miljard euro. Deze bezuinigingen samen hebben gezorgd voor veel veranderingen in de Nederlandse verzorgingsstaat. Volgens Movisie (2016) heeft de WMO transitie ervoor gezorgd dat er meer zorg op maat geboden wordt. Een voorbeeld hiervan voor de ouderenzorg is om de ouderen langer thuis te laten wonen.

Dit onderzoek is uitgevoerd bij 'Zorggroep Sint Maarten', op de afdeling Fleerder Es van Gereia in Oldenzaal. Ook deze afdeling heeft te maken gekregen met de veranderingen in de zorg. In dit onderzoek staat centraal hoe deze afdeling de kwaliteit van leven van de bewoners waarborgt en of er wat verbeterd kan worden. Zorggroep Sint Maarten vindt dat ieder mens waardevol is. Zij bieden ieder mens zorg, liefde en aandacht. Zij willen kijken naar wat een patiënt wel kan in plaats van naar de beperkingen. Ze zien kracht, mogelijkheden en talenten van patiënten. Elke dag opnieuw gaan zij uit van de kracht als mens, mogelijkheden en talenten. Hun ambitie is: Deel je leven. Zorggroep Sint Maarten biedt volgens de laatste inzichten en normen excellente zorg (Zorggroep Sint Maarten, 2016). De kernwaarden van Zorggroep Sint Maarten zijn: Ontplooïend, vitaal, dorps en 'zijn'. De missie van Zorggroep Sint Maarten luidt dan ook: Zorggroep Sint Maarten helpt ouderen om de kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren. Dit doen ze vanuit hun kernwaarden: zijn, ontplooïend, vitaal en dorps.

Zorggroep Sint Maarten heeft 18 locaties, verdeeld door Nederland. De meesten hiervan zijn gevestigd in Twente. De locatie waar dit onderzoek plaats vindt is Gereia, in Oldenzaal. Gereia is een locatie met verschillende afdelingen, die verpleging biedt aan bewoners met somatische problematiek, psychogeriatrische, psychiatrische en revaliderende patiënten. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de psychogeriatrische afdeling, de Fleerder Es. Alle zorg die bij Gereia geleverd wordt, wordt bekostigd vanuit de WLZ (Zorggroep Sint Maarten, 2016). Voor de zorggroep betekent dit dat er minder door het zorgkantoor gecontracteerde plaatsen voor cliënten met een lichtere zorgvraag zijn. Anderzijds is afgesproken dat er meer intensieve zorg mag worden verleend aan cliënten die dat nodig hebben, wat hogere ZZP's op gesloten afdelingen inhoudt. Hoe beïnvloedt dit de kwaliteit van leven van de bewoners op gesloten afdeling Fleerder Es, van Gereia?

In dit onderzoek is beschreven hoe de kwaliteit van leven van de bewoners op afdeling Fleerder Es wordt ervaren nu de hervormingen in de zorg zijn doorgevoerd. Onderzocht is welke richtlijnen gehanteerd worden om kwaliteit geleverd te leveren. Verder is bekeken wat er verbeterd kan worden.

2. Doel & operationaliseren

2.1 Onderzoeksdoel

In het voorgaande hoofdstuk is toegelicht wat het belang is om de kwaliteit van leven van de bewoners van afdeling Fleerder Es te onderzoeken. Verder zijn de zorghervormingen besproken. In dit onderzoek is gekeken hoe deze aspecten samengaan op afdeling Fleerder Es van Gereia.

2.1.1 Lange- en korte termijn doelen

Het onderzoeksdoel is onder te verdelen in een korte- of lange termijn doel. Bij het korte termijn doel staat de opgedane kennis aan het eind van het onderzoek centraal. Hierbij is de kwaliteit van leven van bewoners, aan de hand van de beleving van personeel en vertegenwoordigers in kaart gebracht. Het lange termijn doel gaat over wat de opdrachtgever met de opgedane kennis gaat doen. In samenhang met de uitkomst van het onderzoek, is het doel de huidige kwaliteit van leven voor de bewoners te waarborgen, en mogelijk te verbeteren.

2.2 Onderzoeksvragen

Eerder is beschreven wat het doel is van het onderzoek. Om het onderzoek specifiek te maken zijn concrete hoofd- en deelvragen opgesteld.

2.2.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag: Hoe is de kwaliteit van leven van de bewoners op afdeling Fleerder Es na de hervormingen in de zorg, en waar liggen de mogelijke verbeterpunten?

2.2.2 Deelvragen

Voor dit onderzoek zijn 2 theoretische deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 1: Welke richtlijnen hanteert Fleerder Es voor het nastreven van de kwaliteit van leven voor haar bewoners?

Deelvraag 2: Hoe beïnvloedt dementie de kwaliteit van leven van de bewoners?

Daarnaast zijn 2 praktische deelvragen geformuleerd:

Deelvraag 3: Hoe ziet het personeel 'kwaliteit van leven' terug bij de bewoners van de Fleerder Es?

Deelvraag 4: Hoe zien vertegenwoordigers en familie 'kwaliteit van leven' terug bij de bewoners van de Fleerder Es?

2.3 Onderzoek

In deze paragrafen is toegelicht welk onderzoekstype en welke instrumenten en methoden zijn toegepast.

2.3.1 Onderzoekstype/onderzoeksvorm

Dit onderzoek betreft een inventariserend onderzoek; enerzijds is gekeken naar hoe de kwaliteit van leven van de bewoners na de zorghervorming is. Anderzijds is ook gekeken naar de verwachtingen en tevredenheid van personeel en vertegenwoordigers van de bewoners.

2.3.2 Kwalitatief

Kwalitatief onderzoek is interpretatief van aard. Het gaat bij kwalitatief onderzoek over de betekenis die de onderzochte aan bepaalde situaties geeft, de beleving. Bij kwalitatief onderzoek worden onderzoekseenheden in de omgeving als geheel onderzocht, ook wel holistisch onderzoek genoemd. Bij kwalitatief literatuuronderzoek en inhoudsanalyse wordt geen cijfermatige informatie verzameld, maar informatie in de vorm van teksten, waarvan de betekenis belangrijk is (Verhoeven, 2011).

Voor het onderzoek op de Fleerder Es van Gereia is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Hiervoor is gekozen omdat het van belang is de betekenis van de kwaliteit van leven op de afdeling te onderzoeken, voordat eventueel onderzocht kan worden hoe de zorg anders ingericht zou kunnen worden om deze kwaliteit te verhogen.

Tijdens een kwalitatief onderzoek kan op verschillende manieren data verzameld worden. Er is gekozen om interviews af te nemen en literatuuronderzoek te doen. Literatuuronderzoek is gedaan naar wat kwaliteit van leven is. Door middel van interviews is duidelijk geworden hoe het personeel van de Fleerder Es en de vertegenwoordigers van de demente ouderen kwaliteit van leven ervaren en hoe deze eventueel op afdeling verbeterd kan worden (Verhoeven, 2011).

Ieder onderzoek maakt over het algemeen gebruik van literatuur onderzoek. Er wordt ten eerste literatuuronderzoek gedaan ter oriëntatie op een probleemsituatie, maar ook wordt er literatuur gebruikt als onderbouwing van de onderzoeksopzet. Daarnaast wordt literatuuronderzoek gebruikt om na te gaan wat er over het onderwerp al bekend is (Verhoeven, 2011).

2.3.3 Data en kennisverzameling

Kennis van het onderwerp blijft een belangrijk onderdeel van het verrichten van onderzoek. Informatie moet worden gezocht over het onderwerp. Er moet worden gekeken naar welke begrippen belangrijk zijn. Een voorbeeld hiervan is het gedrag, motieven, feiten of meningen (Verhoeven, 2011). In dit geval is er gekeken of er standaard kwaliteitseisen bestaan en hoe de zorggroep hier aan voldoet. Verder is gekeken naar wat kwaliteit precies is. Dit is uitgewerkt in het theoretische kader.

De data zijn alle verzamelde gegevens die van belang zijn om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Hiervoor zijn meerdere strategieën te bedenken, bijvoorbeeld via personen of organisaties (Verhoeven, 2011). Data in dit onderzoek is verzameld door middel van literatuuronderzoek en interviews.

2.3.4 Dataverzamelmethode / instrumenten

Er is voor gekozen om kwalitatief onderzoek te doen, omdat deelvraag 3 en 4 gericht zijn op de beleving van het personeel en de vertegenwoordigers van de bewoners op de afdeling. Het instrument dat hiervoor gebruikt is, is het interview dat met de betrokkenen is afgenomen (Verhoeven, 2011). Aangezien het een relatief kleine groep is, kon dieper worden ingegaan op de beleving van iedere respondent. Door middel van deze interviews is gemeten of de betrokkenen tevreden zijn, waar die tevredenheid uit bestaat en waar volgens hen aan gewerkt moet worden.

Er is gekozen voor het afnemen van interviews omdat op die manier geprobeerd is achter de beleving van de geïnterviewde te komen, en omdat er gevoelige onderwerpen aangesneden worden. Het interview is half gestructureerd. De vragenlijsten zijn opgesteld aan de hand van een bestaande vragenlijst, met wat aanvullingen zodat de lijst optimaal past bij de vraagstelling. Het feit dat de vragenlijst oorspronkelijk een kwantitatieve vragenlijst is, en deze nu gebruikt wordt voor kwalitatief onderzoek, is een valkuil. Wel wordt dit meetinstrument toegepast aangezien het uitgebreid is en onder te verdelen is in de drie domeinen van kwaliteit van leven. Verder was doorvragen naar dit onderwerp erg belangrijk om tot de kern van de beleving te komen, maar ook om erachter te komen wat de verbeterpunten en ideeën vanuit medewerkers en vertegenwoordigers zijn. Als onderzoeker is het dan van belang om je flexibel op te stellen (Verhoeven, 2011).

2.4 Populatie en steekproef

Op afdeling Fleerder Es wonen op het moment van het onderzoek 28 mensen; dit houdt in dat er 28 vertegenwoordigers betrokken zijn. Ook zijn er ongeveer 30 personeelsleden. Er zijn 2 deelpopulaties waar tijdens het onderzoek mee gewerkt is, namelijk vertegenwoordigers en personeelsleden. Zoals eerder in de dataverzamelmethode is benoemd, zijn er interviews gehouden. De interviews zijn afgenomen met een deel van deze groep mensen; de steekproef. In dit onderzoek is het bijna onmogelijk om alle personen in de populatie te bevragen.

Kortom: onze steekproefgrootte is ongeveer 50% van de gehele populatie. Wel is het van belang dat de betrouwbaarheidsregels in acht genomen worden om de betrouwbaarheid en geldigheid van de resultaten, en dus de houdbaarheid van de conclusies te vergroten (Verhoeven, 2011).

De steekproef is in dit onderzoek aselekt getrokken: alle medewerkers en vertegenwoordigers hebben een gelijke kans gehad om tot de steekproef te behoren (Verhoeven, 2011). Medewerkers vanuit alle verschillende functies zijn betrokken, zowel de ondersteunende functies als de verzorgenden. Dit maakt de steekproef meer gewogen.

De vertegenwoordigers zijn tussen de twee huiskamers van de afdeling willekeurig gekozen. Zeven vertegenwoordigers van huiskamer 1 en acht vertegenwoordigers van huiskamer 2. Het betreft in eerste instantie de eerste contactpersonen van de bewoners, tenzij deze aan heeft gegeven dat een ander familielid het interview waarneemt. Verder is deze groep aselekt verkozen.

2.5 Operationaliseren

Operationaliseren kan gedefinieerd worden als; de manier waarop gegevens worden gemeten, beschrijft Verhoeven (2012). Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar welk meetinstrument is toegepast. In de hoofdvraag staat het begrip 'kwaliteit' beschreven. Er is onderzocht wat kwaliteit precies is, en of dit meetbaar is. Volgens het Nationaal Kompas van Volksgezondheid (2014) wordt met kwaliteit in het algemeen aangegeven of eigenschappen van een product of dienst overeenkomen met wat ervan verwacht wordt. Een veel gehanteerde definitie is; de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg, oftewel wenselijke zorg, en de praktijk van de zorg (Donabedian, 1980). Het oordeel over de kwaliteit van leven is sterk afhankelijk van het perspectief van waaruit een actor kijkt. Verschillende actoren hechten een verschillend belang aan de kwaliteitsdomeinen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Ieder personeelslid en iedere vertegenwoordiger kan dus een andere visie hebben op de kwaliteit van de hulp. Ook heeft ieder een eigen referentiekader. Echter zijn er wel een aantal richtlijnen die gehanteerd worden in het kader van kwaliteit, zoals in hoofdstuk 3 theoretisch kader is beschreven.

2.6 Analyse data

Tijdens de analyse van de gegevens die verkregen zijn uit de interviews, is het de bedoeling bepaalde structuur in de data te vinden. De algemene begrippen die bij de probleemstelling geformuleerd zijn, zijn daarbij onderzocht (Verhoeven, 2011). De kwalitatieve verwerking van gegevens is via een aantal stappen gegaan. Allereerst werden de gegevens in kleine, zorgvuldig uitgekozen fragmenten verdeeld, waar vervolgens een waarde aan toegekend is. Deze fragmenten zijn gecodeerd en gegroepeerd. In deze gecodeerde begrippen is een hiërarchie van belangrijkheid aangebracht. Vervolgens is er naar verbanden tussen de begrippen gezocht en dit is samengebracht in een model of diagram. Dit model is in verband gebracht met de probleemstelling, waarbij gekeken is of er antwoord kan worden gegeven op de vraag, of er nog vervolgvragen zijn en of er nog informatie mist. Mocht dit laatste het geval zijn geweest, dan zou opnieuw informatie verzameld worden, totdat er een volledig antwoord op de probleemstelling gegeven kan worden (Verhoeven, 2011).

2.7 Validiteit, betrouwbaarheid & ethische overwegingen

De kwaliteit van het onderzoek wordt bepaald door de validiteit, de betrouwbaarheid maar ook zeker door de bruikbaarheid.

2.7.1 Validiteit

De validiteit is de geldigheid van een onderzoek. Bij de validiteit wordt er naar gestreefd dat de opzet van het onderzoek vrij is van systematische fouten. De belangrijkste vormen van validiteit zijn de geldigheid van het meetinstrument en van de onderzoeksgroep. Hoe minder fouten, hoe meer de resultaten lijken op de werkelijkheid (Verhoeven, 2011).

Er is gekozen voor om voor het interview bestaande lijsten met vragen om te zetten naar bruikbare vragen, specifiek gericht op de doelgroep en de afdeling. Het gaat hierbij om de vragenlijst RAND 36 en de vragenlijst uit het onderzoek van Nivel uitgevoerd door Poortvliet et al. (2006). Deze vragenlijsten zijn goed geanalyseerd zodat deze optimaal aansloten bij het onderzoek. Eén van de onderzoekers is minder objectief omdat ze zelf op de afdeling werkt. Daarom is ervoor gekozen dat de andere onderzoekers de interviews onder het personeel afnemen. Ook zal ze bij deze gesprekken niet aanwezig zijn om er zo voor te zorgen dat het personeel de vragen zo eerlijk mogelijk beantwoordt. Om dit te optimaliseren hebben we er ook voor gekozen om het interview anoniem af te nemen. Om geen verwachtingen te scheppen, is aan het begin van ieder interview vermeld dat er een neutrale houding kan worden aangenomen door de respondent.

2.7.2 Betrouwbaarheid

Wanneer er een onderzoek wordt gedaan kunnen er toevallige fouten ontstaan. Hoe betrouwbaarder de resultaten, hoe vrijer het onderzoek is van toevallige fouten. Een onderzoek moet herhaalbaar zijn om de betrouwbaarheid te garanderen. Het moet leiden tot dezelfde resultaten wanneer het onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd. Dit heet de herhaalbaarheidseis (Verhoeven, 2011).

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen zijn alle respondenten onder gelijke onderzoekomstandigheden geïnterviewd. Dit houdt in dat de personen in dezelfde ruimte geïnterviewd zijn, door dezelfde persoon en ook in aanwezigheid van dezelfde personen (de studenten) verkeerden. Door iedereen dezelfde vragen te stellen, wordt de betrouwbaarheid verhoogd.

Om aan de herhaalbaarheidseis te kunnen voldoen zijn de stappen die gezet zijn tijdens het onderzoek gerapporteerd, zodat een andere onderzoeker het onderzoek op dezelfde manier kan

uitvoeren. Ook is aan de hand van deze rapportage een sterkte-zwakte analyse opgesteld. De interviews zijn opgenomen met audioapparatuur, mits de respondenten daar toestemming voor hebben gegeven. Door de interviews op te nemen en vast te leggen konden de antwoorden rustig teruggeluisterd, overgenomen en verwerkt worden. Hierdoor is de kans op het ontstaan van toevallige fouten afgenomen.

2.7.3 Ethische overwegingen

In dit onderzoek is rekening gehouden met de cliënten en hun ziektebeeld. Daarom is ervoor gekozen om de vertegenwoordigers van de cliënten te interviewen zodat de cliënten zelf niet worden belast. Daarnaast zijn de bewoners in verband met hun psychogeriatrische aandoening niet in staat om deze vragen te beantwoorden.

De anonimiteit tijdens de interviews is van belang voor de validiteit maar ook wegens ethische overwegingen. Hierdoor is er voor gezorgd dat betrokkenen geen schade ondervinden van het onderzoek, doordat ze bijvoorbeeld persoonlijk worden aangesproken op hetgeen ze tijdens het interview hebben gezegd. Door aan het begin van de interviews goed uit te leggen wat er gebeurt met de antwoorden die worden gegeven in het interview en wat het uiteindelijke doel is van het onderzoek, zijn gewekte verwachtingen geverifieerd of gefalsificeerd.

3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader van het onderzoek beschreven. Hierin wordt een onderbouwing van de belangrijkste begrippen van het onderzoek gegeven aan de hand van theorie. De kern van het onderzoek beschreven, namelijk 'kwaliteit van leven'.

3.1 Kwaliteit

De term kwaliteit van leven wordt steeds vaker gebruikt als benadering van welzijn (Dirksen, et al., 2012). De term kwaliteit van leven wordt soms (onterecht) vervangen door de term geluk. Kwaliteit van leven is een complex begrip dat veel definities en dimensies heeft. Vanwege dit complexe begrip is het soms wat onduidelijk wat er precies wordt bedoeld met kwaliteit van leven. Er zijn verschillende meningen over wat het precies inhoudt. Maar wie bepaalt hoe het kan worden ingevuld? Dit betreft meerdere discussies, waaronder de filosofische en ethische, maar ook de sociaal-culturele. Tevens betreft dit een subjectieve visie zoals gelukkig zijn maar ook objectieve visie zoals zelfredzaamheid (Dirksen, et al., 2012).

Niet alleen op de vraag wat het inhoudt, maar er zijn ook verschillende manieren om de kwaliteit van leven te toetsen. Zo zullen psychiatrische cliënten, mensen met een beperking, chronisch zieken, ouderen en lage sociaaleconomische klassen hun leven anders interpreteren doordat zij te maken hebben met een extra ziektelast. Voor ouderen kan het zijn dat ze positiever t.o.v. hun beperking staan in verband met hun hoge leeftijd en dat ze hun beperking daardoor eerder accepteren (Dirksen, et al., 2012).

De zorgkwaliteit is meer gericht op de verpleegkundige studie aangezien daar meer zorg gerelateerde onderwerpen behandeld worden zoals verpleegtechnische handelingen. Vandaar dat dit onderzoek zich toespits op 'kwaliteit van leven'. Zoals in de inleiding reeds is verteld, wordt het thema kwaliteit van leven in 3 gebieden van elkaar onderscheiden. Locadia & Sprangers (2006) beschrijven de lichamelijke gevolgen van dementie als 'lichamelijke klachten en mate waarin de patiënt hinder ervaart in de uitvoering van dagelijkse handelingen'.

De psychische gevolgen zijn volgens Locadia & Spangers (2006) psychische klachten zoals boosheid, angst, depressie en gevoelens van welbevinden. Onder de psychische gevolgen vallen ook de cognitieve functies, zoals concentratie en geheugenstoornissen.

De sociale gevolgen wijzen op mogelijke veranderingen in persoonlijke relaties, sociale activiteiten en maatschappelijke participatie (Locadia & Sprangers, 2006).

3.1.1 Kwaliteit van leven in de ouderenzorg

Kwaliteit van leven is een belangrijke uitkomstmaat in de ouderenzorg (Gerritsen, 2004). Deze is met name van belang bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het verblijf in verpleeg- en verzorgingshuizen beïnvloedt meerdere aspecten van het leven, met als gevolg dat de zorgverlening aangepast moet worden op de behoeften en belangen van de bewoners. Zo ook vindt Zorggroep Sint Maarten dat de kwaliteit van leven belangrijk is, zo beschrijft ook de missie en de belofte (Zorggroep Sint Maarten, 2015). Cliënten in de ouderenzorg vormen een heterogene groep: cliënten verschillen in lichamelijke gezondheid, maar ook cognitieve beperkingen en sociale contacten. Dit maakt dat het lastig is om deze cliënten op betrouwbare wijze te kunnen 'onderzoeken' (Nivel, 2006).

Kwaliteit van leven is volgens Nationaal Kompas (2014) zowel objectief, als subjectief. Zoals in de aanleiding is verteld, wordt kwaliteit van leven in drie dimensies verdeeld, namelijk fysiek, psychisch en sociaal. De evaluatie daarvan is echter subjectief; de één ervaart met dezelfde ziekte hogere

kwaliteit dan een ander. Echter verwijst het Nationaal Kompas (2014) ook naar objectieve aspecten, zoals bijvoorbeeld beperkingen als gevolg van de ziekte. Het subjectieve hiervan is hoe iemand dit ervaart. Jochemsen (1996) beschrijft dat kwaliteit van leven in evaluatieve zin gaat om de waardering van de gezondheidstoestand, in vergelijking met die van een ander. Anders gezegd: de situatie van de cliënt wordt in kaart gebracht zoals de patiënt deze beleeft. Omdat de patiënten van het onderzoek door hun beperking niet in staat zijn vragenlijsten in te vullen, zullen hun vertegenwoordigers dit doen.

De beleving van de kwaliteit van leven is voor iedereen anders. Uit onderzoeken naar de Kwaliteit van Leven van de Leo Cahn Stichting (2006) waarin zowel positieve als negatieve ervaringen worden gevraagd, blijkt dat de antwoorden tussen wel of niet dementerenden nauwelijks met elkaar verschillen. Zo gaven beide groepen als antwoord op de vraag: zich nuttig voelen (een rol hebben, kunnen helpen en nuttig zijn), zelfbeschikking en vrijheid (doen waar je zin in hebt, zelfstandig zijn), lichamelijke en geestelijke gezondheid (nog kunnen lopen, niet doof of blind zijn), plezier beleven aan activiteiten (er op uit gaan, dingen ondernemen met bijvoorbeeld partner), sociaal contact (liefde, vriendschap en intimiteit), gehechtheid (betrokken familie, begrepen worden), een gunstig zelfbeeld (kunnen zijn wie je bent en geaccepteerd voelen) en een gevoelsleven (positieve gevoelens en benadering). Wat echter wel een groot verschil is, blijkt uit onderzoek van Hoogeveen (2008) is dat de niet-dementerende respondenten wel invloed kunnen uitoefenen op hun levenssituatie. Er kunnen plannen gemaakt worden, contact kan worden gezocht en prettige ervaringen kunnen worden opgezocht. De dementerende doelgroep is hierin volledig afhankelijk van zijn/haar omgeving (Hoogeveen, 2008).

Merten et al. (2007) hebben onderzocht wat het verband is tussen de bezetting van het personeel en de kwaliteit van leven van de psychogeriatrische bewoners. Tevens wordt uit dit onderzoek een advies voor de dagelijkse bezetting gegeven. Uit een onderzoek van de inspectie voor de gezondheidszorg (2004) blijkt dat de psychogeriatrische zorg op bepaalde punten tekort schiet. Een voorbeeld hiervan is dat er onvoldoende hulp aanwezig is bij het verzorgen van de maaltijden, gebrek aan toezicht en een te hoge werkdruk bij verzorgenden. Zo blijkt uit een onderzoek van Van Nispen et al. (2005) dat bewoners de informele contacten met verzorgenden als belangrijk ervaren voor hun lichamelijke gezondheid. Niet alleen de competenties van de medewerkers zijn belangrijk, maar de mogelijkheid voor (extra) activiteiten in de dagelijkse bezetting zijn belangrijk voor de goede kwaliteit. Uit het onderzoek van Merten, et al. (2007) blijkt dat gemiddeld 0,45 FTE per bewoner wordt gerekend. Op 28 bewoners zal dit 12,6 gekwalificeerd (niveau 3 t/m 5) personeelslid zijn. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat op afdelingen met een lage bezetting bewoners vaker dagelijks pijn ervaren in vergelijking tot afdelingen met een hoge bezetting.

3.1.2 Meetbaarheid kwaliteit van leven

Zoals hierboven beschreven is is kwaliteit van leven voor een deel subjectief; het betreft de ervaringen en gevoelens van de dementerende bewoners. Om kwaliteit van leven meetbaar te maken, kunnen de volgende drie vragen gesteld worden volgens Dirksen et al. (2012).

Wat moet gemeten worden?

Allereerst is het de vraag wat gemeten moet worden: welke dimensies van kwaliteit van leven zijn voor deze specifieke groep de indicatoren van kwaliteit van leven? Wat hierbij belangrijk is, is hoe de specifieke groep zelf de eigen kwaliteit van leven ziet en welke indicatoren de betrokkenen het belangrijkste vinden. Deze informatie kan worden verkregen via vertegenwoordigers van de groep, omdat de groep hier zelf niet toe in staat is. Daarnaast wordt deze informatie verkregen via de personeelsleden van de afdeling waarop de bewoners wonen. De onderzoeksvragen bieden een

kritisch perspectief op de kwaliteit van leven van de bewoners, en beantwoorden de vraag welke (objectieve en subjectieve) indicatoren hier invloed op hebben.

Hoe kan gemeten worden?

Zodra duidelijk is wat gemeten moeten worden, is een volgende vraag hoe dit het beste gemeten kan worden. Er wordt gekeken of het mogelijk is om een bestaand instrument of index te verfijnen, uit te breiden met indicatoren, met instrumenten te combineren en of er nieuwe instrumenten ontwikkeld moeten worden. Hierbij is het belangrijk om te bepalen wat de psychometrische kwaliteit van het aangepaste/nieuwe instrument is. Dit betekent dat van de bestaande instrumenten gekeken moet worden of deze goed zijn en aansluiten bij het eigen onderzoek. In dit onderzoek betreft het inventariseren; wat gaat goed en wat kan beter. Er zullen aanbevelingen gedaan worden voor verbeteringen en hoe het personeel hier goed op in kan spelen.

Wat zijn de implicaties voor beleid?

Een verzameling van verschillende indicatoren voor kwaliteit van leven helpt om de normatieve keuzen en afwegingen met betrekking tot de specifieke groep te specificeren. Wat voor de ene instelling kan gelden, hoeft niet voor deze specifieke instelling te gelden. Het is dus van belang om datgeen te onderzoeken dat van belang is voor de onderzochte organisatie (Dirksen et al., 2012).

Hoe gaat het onderzoek worden?

Het Nivel (2006) heeft een bestaande vragenlijst voor het vaststellen en toetsen van de kwaliteit van leven van niet-dementerende ouderen. Aangezien dit onderzoek gaat om dementerende ouderen, is het niet mogelijk om de ouderen deze vragenlijst af te laten nemen omdat zij door hun beperking niet in staat zijn deze vragen (betrouwbaar) te beantwoorden. Er is gekozen om deze vragenlijst af te nemen met vertegenwoordigers omdat zij het beste kunnen inschatten hoe hun familie, vriend of partner deze vragen zou beantwoorden. Er is gekozen voor de vragenlijst van het NIVEL, doordat zij deze vragenlijst hebben onderbouwd met een wetenschappelijk onderzoek naar de meest passende meetbaarheid van de kwaliteit van leven.

3.1.3 Landelijk kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Rijksoverheid (2016) beschrijft een kwaliteitskader. Dit kwaliteitskader is gevormd voor het bieden van een wettelijke basis voor verpleeghuiszorg. Voor alle betrokken partijen beschrijft dit kwaliteitskader wat cliënten en naasten kunnen en mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Wel biedt dit kader ruimte om instellingen zelf de zorg en ondersteuning in te richten. Wel zijn daarin een aantal onderwerpen die verplicht moeten worden toegepast om persoonsgerichte zorg te kunnen waarborgen. Rijksoverheid (2016) beschrijft in haar kwaliteitskader voor verpleeghuiszorg de volgende 4 begrippen die de visie 'persoonsgerichte zorg' onderbouwen:

- Autonomie
- Compassie
- Zorgdoelen
- Uniek zijn

Compassie houdt in het ervaren van nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip (Rijksoverheid, 2016).

Met uniek zijn wordt bedoeld dat de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die met zijn eigen identiteit tot zijn recht komt en er toe doet.

Autonomie houdt in dat de cliënt de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden heeft, ook bij de zorg in de laatste levensfase.

Tot slot het begrip zorgdoelen: iedere cliënt heeft (vastgelegde) afspraken over zijn/haar doelen over de zorg, behandeling en ondersteuning en heeft hier ook inspraak in.

Deze begrippen zijn richtinggevend bij kwaliteitsverbetering als het gaat om persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Iedere verpleeghuisorganisatie moet aantoonbaar invulling geven aan deze thema's. Dit moet door deze thema's zichtbaar te maken in kwaliteitsplannen en verslagen. Dit zijn kortgezegd instrumenten voor de verbetering van kwaliteit. Iedere zorgorganisatie is vrij om deze thema's naar eigen inzicht aan te vullen. Een voorbeeld hiervan is het opstellen van een zorgleefplan en evalueren.

Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats tussen de cliënten en naasten. Ook staat de wisselwerking met de zorginstelling centraal. Kenmerkend voor verpleeghuiszorg is de multidisciplinaire samenwerking, ondersteuning en behandeling. Door de toename van complexere problematiek neemt de zwaarte van het werk toe (Rijksoverheid, 2016).

3.2 Theoretische deelvraag 1: Welke richtlijnen hanteert Zorggroep Sint Maarten voor de kwaliteit van leven van de bewoners?

Zorggroep Sint Maarten vindt het belangrijk dat de bewoners zich thuis voelen. De missie van Zorggroep Sint Maarten (2016) gaat verder dan zorg alleen. Bewoners, cliënten, familie en vrienden, medewerkers en vrijwilligers maken deel uit van "onze" gemeenschap. Ze delen en genieten van elkaars ervaring, persoonlijkheid, talent en kracht. Er wordt bijgedragen aan elkaars welzijn en geluk en samen aan dat van anderen. We zijn aanpakkers en doorzetters. Het tempo wordt aangepast en er wordt geen genoegen genomen met "kan niet".

Zorggroep Sint Maarten werkt volgens landelijke kwaliteitsnormen. Deze normen komen voort uit diverse wet- en regelgeving. Hieronder vallen ook de normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de IGZ (2004). Het kwaliteitsmanagementsysteem van Zorggroep Sint Maarten is sinds 2016 ISO 9001-gecertificeerd (Zorggroep Sint Maarten, 2016). De ISO 9001 certificatie houdt in dat de organisatie in staat is processen, producten en diensten continu te verbeteren (Kader Advies, 2016). Tevens staat dit voor klanttevredenheid, welke uit onderzoek binnen Zorggroep Sint Maarten is beoordeeld met een 8,4 tegenover het landelijke 8,1, en ook valt hieronder de betrokkenheid van de medewerkers.

3.2.1 Kwaliteit van leven

In de missie van Zorggroep Sint Maarten wordt het begrip kwaliteit van leven benoemd, maar wat doet ZSM er voor om dit te waarborgen? Welke richtlijnen en uitgangspunten worden gehanteerd? Kwaliteit van leven betekent; deel je leven, volgens Zorggroep Sint Maarten (2015). De basis in de zorg van ZSM is cliëntgerichte zorg; dit houdt in dat de zorg en haar diensten dicht bij de cliënten georganiseerd worden. Het aanbod van de cliënt sluit daar bij aan. Ze willen verder gaan dan een 'een standaard' cliëntgerichte zorg.

Er is per afdeling een kwaliteitsmedewerker bij Zorggroep Sint Maarten. Zij kijken vooral naar de protocollen en werkwijzen die worden gehanteerd. Zij komen ongeveer drie á vier keer per jaar bij elkaar om lopende zaken door te nemen of om een specifiek onderwerp nader te belichten. Vanuit afdeling Fleerder Es geeft de kwaliteitsmedewerker aan dat het verbeteren en behouden van de kwaliteit van leven gaat doormiddel van het volgen van cursussen en klinische lessen en scholingsprojecten. Daarnaast is kwaliteit van leven ook een onderwerp dat in de jaargesprekken aan

de orde komt bij de individuele medewerker. Ook zijn er zorggroep brede afspraken gemaakt die worden vastgelegd in het handboek, vaak in de vorm van protocollen. Waar nodig wordt er uitgegaan van de landelijke richtlijnen. Alle medische protocollen zijn bijvoorbeeld de protocollen van Vilans. Ook wordt de hygiëncode gehanteerd.

De kwaliteit van leven bij ZSM wordt door een onafhankelijk bureau (om de twee jaar) gemeten onder de bewoners of diens eerste contactpersoon en er wordt jaarlijks een externe audit gehouden waarbij verschillende aspecten getoetst worden. Daarnaast vindt er ook, ongeveer twee keer per jaar, een interne audit plaats.

3.2.2 Woon/leefruimte

Afdeling Fleder Es is een afdeling voor dementerende ouderen, waarvoor een huiselijke omgeving is gecreëerd met meerdere huiskamers, zodat het kleinschaliger en zo cliëntgericht mogelijk is (Zorggroep Sint Maarten, 2016). Ook is deze afdeling in het bezit van een activiteitenruimte en een binnentuin; de bewoners hebben de gelegenheid om deel te nemen aan activiteiten binnen de afdeling maar ook in algemene en centrale ontmoetingsruimtes. Ook heeft locatie Gereia een grote belevingstuin met onder andere een terras en een belevingstuin. Het resultaat van "samen doen" en toch zoveel mogelijk regie bij de bewoners leggen, is in Gereia belangrijk (Zorggroep Sint Maarten, 2016). Door een juiste afstemming met de betrokkenen van de bewoners, de belevingsgerichte zorg en haar benaderingswijze, de dagbesteding en groepssamenstelling wordt gestreefd naar een prettige en veilige situatie en ook wordt op deze manier autonomie gestimuleerd. Er vindt geregeld een overleg plaats met zorgverleners en de familie van de bewoners; dit is van belang voor de preventie van (risicovolle) situaties.

3.2.3 BOPZ

Zoals beschreven wordt de bewoner beperkt in zijn/haar autonomie door hun dementie. De Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) is ook bij ZSM van kracht. Dit betreft de interne en externe rechtspositie van mensen die onvrijwillig worden of zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten.

Een onderdeel van de BOPZ is het afwenden van het gevaar. Dit is een belangrijk uitgangspunt. Alleen als het gevaar niet op een andere manier is af te wenden dan door een opname, kan de persoon zonder eigen toestemming worden opgenomen. Voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening geldt een specifiek gevaarscriterium, namelijk dat de cliënt zichzelf buiten de inrichting niet meer kan handhaven (Dwang in de zorg, 2014). Net als altijd, geldt ook bij een BOPZ instantie zoals Zorggroep Sint Maarten dat een zorgplan verplicht is. De patiënt moet zelf instemmen met dit plan. Is degene hier niet toe in staat, dan is familie of contactpersoon verantwoordelijk.

Binnen de BOPZ instanties is vaak sprake van gevaarlijke situaties, zoals mensen die zichzelf verwonden of agressie. De instelling kan bepaalde middelen of maatregelen toepassen. Deze zijn in de wet opgenomen. Bij afdeling Fleder Es zie je bijvoorbeeld dat de toegangsdeuren van de afdeling afgesloten zijn. Deze zijn afgesloten met slot en toegangscode. Ook ramen en deuren naar buiten en de balkons zijn beveiligd. Tevens zijn bepaalde kasten en lades met gevaarlijke materialen of medicijnkasten afgesloten. Ook is er altijd toezicht op de bewoners. Signalen als onrust of agressie kunnen meteen worden opgenomen (Dwang in de zorg, 2014). Tevens is er toezicht door middel van domotica, bijvoorbeeld de bed sensoren bij het uit bed stappen; dit is een voorbeeld van een cliëntvriendelijk hulpmiddel, in plaats van vrijheidsbeperkende middelen.

ZSM valt onder de BOPZ, maar ook hanteert zij eigen richtlijnen. Vrijheid beperkende interventies worden zo veel mogelijk beperkt bij Zorggroep Sint Maarten. Uit diverse onderzoeken blijkt ook dat (langdurige) fixatie leidt tot bijvoorbeeld lichamelijke achteruitgang, maar ook ongemakken en complicaties zoals val gerelateerde letsels (Zorggroep Sint Maarten, 2016). Daarnaast zijn deze maatregelen een inbreuk op de autonomie van de cliënt, en dus ook op de kwaliteit van leven. Uit onderzoek blijkt ook dat het beperken van vrijheidsbeperkende middelen verminderd kan worden zonder dat er een toename blijkt van valincidenten of letsels (Zorggroep Sint Maarten, 2016).

Ook valt onder de BOPZ de ‘afzondering’, het insluiten van een cliënt in een daartoe speciaal bestemde éénpersoonsruimte, vindt niet plaats bij Zorggroep Sint Maarten. Ook wordt vocht en voeding niet onder dwang toegediend. Wel is er sprake van fixatie, het beperken van de cliënt in zijn bewegingsvrijheid, en wordt medicatie onder dwang toegediend. De behandelend arts beoordeelt of de kans op gevaar groot genoeg is. Het uitgangspunt is bij Zorggroep Sint Maarten dat de zelfbeschikking van het individu voorop staat, de beslissingen worden zo veel mogelijk aan de cliënt zelf overgelaten. De uitzondering is als de cliënt niet in staat is te beslissen dit door een ander gedaan wordt, bij bijvoorbeeld het voorkomen van schade, ziekte en letsel. Dit overheerst dan de autonomie van de cliënt.

3.2.4 Mogen zijn wie je bent

Gereia belooft dat je mag zijn wie je bent en dat je de kans krijgt om je te laten zien. Bewoners moeten een thuisgevoel krijgen. Betrokkenen wordt gevraagd om persoonlijke en unieke eigenschappen zoveel mogelijk te laten zien. Er wordt gekeken welke verwachtingen waar kunnen worden gemaakt. (Zorggroep Sint Maarten, 2016).

3.2.5 Zorgleefplan

Het zorgleefplan wordt door het kwaliteitshandboek van Zorggroep Sint Maarten (2016) beschreven als een bundeling van gemaakte afspraken over de behoeften van de bewoners. Deze afspraken worden systematisch geëvalueerd met de bewoners, mits zij hiertoe in staat is, en de contactpersonen. Dit wordt minimaal twee keer per jaar gedaan. Hierbij wordt o.a. besproken of de ZZP nog adequaat is, de BOPZ-maatregelen nog voldoen of noodzakelijk zijn. Tussentijds kan een specifieke behoefte besproken worden mits dit nodig is, zonder evaluatie van het gehele zorgleefplan. Deze bespreking is van belang om er voor te zorgen dat de doelen, behoeftes en belangen worden nagestreefd voor de cliënt.

3.2.6 Voeding

Voeding is volgens Zorggroep Sint Maarten een belangrijk aspect voor genot. Het doel van Zorggroep Sint Maarten is volgens het kwaliteitshandboek (2016) is om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt als het gaat om eten en drinken. Het uitgangspunt is hierbij autonomie van de cliënt en zijn wensen en behoeften. Er wordt dus zo veel mogelijk aangesloten bij het eet- en drinkpatroon zoals de bewoner van vroeger gewend was. Dit komt de belevingsgerichte visie tegemoet. Binnen Zorggroep Sint Maarten wordt waarde gehecht aan kwalitatieve en smakelijke maaltijden. Zij vinden dit ankerpunten in de dag voor de bewoners. Er is een beleid aanwezig van verantwoorde vocht- en voedselvoorziening, welke tevens is geïntegreerd in het kwaliteitssysteem. Dit wordt ook getoetst door de IGZ (2004). Volgens het kwaliteitshandboek van Zorggroep Sint Maarten (2016) heeft voeding ook een psychosociale functie; een structurerend effect van het maaltijdenpatroon en hierdoor een belangrijke invloed op het welbevinden. Bij de intake worden de wensen en behoefte van de bewoner opgenomen in het zorgleefplan. Tevens is er extra aandacht voor de vochttoestand van de bewoners en is er een weegbeleid. Wanneer zich signalen voordoen

die kunnen wijzen op voedingsproblemen dan zullen diverse disciplines betrokken worden bij het vervolgbeleid (Zorggroep Sint Maarten, 2016).

3.3 Theoretische deelvraag 2: Wat is de invloed van dementie op de kwaliteit van leven?

In deze paragraaf wordt gekeken naar welke invloed dementie heeft op de kwaliteit van leven.

3.3.1 Psychogeriatric en dementie

Psychogeriatric is een vorm van geneeskunde die zich bezighoudt met aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen in de geestelijke vermogens. Dementie valt hier ook onder.

Dementie wordt omschreven als een verworven achteruitgang van meerdere hogere cerebrale functies, met een intact bewustzijn en op basis van een hersenaandoening. Cerebrale functies zijn de cognitieve functies, dus de functies die een rol spelen bij het gewaarworden, het waarnemen en het overdenken van de buitenwereld (Gelmers, 2008) Vandereycken & Van Deth (2004) beschrijven dementie als een psycho-organische stoornis. Het menselijk functioneren wordt gestuurd vanuit verschillende niveaus van het centrale zenuwstelsel. De lagere niveaus zijn betrokken bij emotie, en de hogere bij cognitieve taken. Als een hersengebied niet meer functioneert, kan een gehele gelokaliseerde functie wegvallen. Een psycho-organische stoornis betreft dan ook gedragsstoornissen waarbij er sprake is van een niet-functionerend deel van de hersenen (Vandereycken & van Deth, 2004). Zo ook bij dementie.

Dementie, waarvan de ziekte van Alzheimer de meest bekende en voorkomende vorm is, is kenmerkend door een geleidelijke achteruitgang van de cognitieve functies zoals taal, abstract denken en het geheugen. Alzheimer patiënten hebben dan ook moeite met het begrijpen en uiten van taal, ook wel afasie genoemd, en moeite met het herkennen van voorwerpen, het zogenaamde agnosie (Vandereycken & van Deth, 2004). Door dementie kan het zijn dat iemand alledaagse handelingen niet meer doelgericht kan uitvoeren. Dit wordt apraxie genoemd. Doorgaans proberen ze de 'vergeten' stukken op te vullen met verzinsels, dit wordt ook wel confabuleren genoemd.

Dementie kan ook leiden tot een depressie. Dit komt mede door het besef van aftakeling. Echter is voor dementie geen effectieve behandeling beschikbaar, in tegenstelling tot andere psychiatrische ziektebeelden (Vandereycken & van Deth, 2004). Wel wordt soms tegen rusteloos en onrustig gedrag, wanen en hallucinaties antipsychotica voorgeschreven. Echter zorgt dit voor het verder verslechteren van de cognitieve functies.

Dementie is een progressieve ziekte en wordt in de loop van de tijd erger. Bij de meeste patiënten is het verloop van het syndroom min of meer het zelfde, en daarom in te delen in vier fasen.

De eerste verschijnselen

In deze fase hangen verschijnselen samen met stoornissen in het geheugen. Vooral de dingen uit het recente verleden worden vergeten. Dit zorgt voor onzekerheid bij de patiënt, waardoor hij minder spontaan is in de hoop geen vergissingen te maken (Gelmers, 2008).

De begeleidingsbehoeftige fase

In deze fase gaat het kortetermijngeheugen steeds verder achteruit, waardoor de oriëntatie ook verstoord raakt. De eerste moeilijkheden met routinehandelingen ontstaan, zoals schrijven, aankleden, veters strikken en afwassen (Gelmers, 2008).

Matige dementie

In deze fase verergeren de geheugenproblemen. Er bestaan alleen nog herinneringen van heel lang geleden. Omdat de patiënt niet meer beseft dat het herinneringen zijn, wordt het verleden het heden. De taal kan grof worden en de stemming zeer wisselend. Dagelijkse handelingen kunnen niet meer worden uitgevoerd en de patiënt wordt verzorgingsbehoefstig (Gelmers, 2008).

Ernstige dementie

In deze fase kan de patiënt zelf niet veel meer. Hij begrijpt nog maar weinig en praat niet meer, bijna niemand wordt meer herkend. Bij alles wat de patiënt moet doen, is hulp nodig. Mensen met dementie leven nog één tot twintig jaar, gemiddeld acht jaar (Gelmers, 2008).

3.3.2 Dementie gedragsmatig

In deze paragraaf worden een aantal veelvoorkomende gedragsmatige kenmerken van dementie beschreven.

Wantrouwen en achterdocht

Bij mensen met dementie wordt de wereld ondoorzichtig en wisselvallig (Geelen, 2015). De leefomgeving kan onveilig aanvoelen, en daardoor worden onveilige gevoelens toegeschreven aan een ander of anderen. Hierbij is sprake van Projectie; de eigen onveilige gevoelens worden toegeschreven aan een ander of anderen. Er kan houvast worden gezocht in spullen, bijvoorbeeld in geld; dit wordt verstopt uit angst voor diefstal, en vervolgens is de persoon kwijt waar het is opgeborgen en wordt dit geïnterpreteerd als diefstal. Hierbij is sprake van wantrouwen en achterdocht.

Agressief gedrag

In verpleeghuizen krijgt bijna de helft van het personeel wekelijks te maken met agressief gedrag. Dit wordt geuit in schelden, bedreigen, slaan of trappen. Destructief gedrag en agressie kunnen behalve met onwel bevinden ook met andere omstandigheden te maken hebben, bijvoorbeeld dat het een signaal is dat er iets speelt wat aandacht nodig heeft. Wat zit er achter en wat kun je er mee als verzorgende? Het is voor het personeel van belang om dit probleemgedrag met elkaar te bespreken, en om hun hart te kunnen luchten.

Angst

Angst is een onplezierig gevoel wat spanning met zich meebrengt. Angst is een probleem als men de controle over zichzelf en zijn/haar omgeving verliest. Angst bij dementie is zeer begrijpelijk aangezien de patiënt merkt dat de hij/zij de grip op zichzelf en de omgeving verliest, vergeet wat er net gebeurde, telkens verdwaalt en de leefomgeving onveilig aanvoelt (Geelen, 2015).

Claimen

Een overmatig beroep doen op zorgverleners wordt ook wel claimend gedrag genoemd. Dit doet een beroep op het geduld en uithoudingsvermogen van het personeel. De patiënt ziet zichzelf dan niet als claimer, maar als iemand die het moeilijk heeft en waaraan wordt voorbijgegaan (Geelen, 2015). De patiënt vraagt onnodig hulp of bijstand, probeert op allerlei manieren de aandacht op zich te vestigen, blijft om hulp vragen en eist met spoed hulp voor minder urgente situaties.

Depressie

Ongeveer 1 op de 5 dementerende patiënten heeft depressieve kenmerken. Het emotioneel lijden is groot en herkenning is hierbij belangrijk. Een oorzaak hiervan kan oververmoeidheid zijn. Iemand

met depressieve klachten is langdurig somber of negatief (Geelen, 2014). De patiënt kan dan niet genieten van aandacht of bezigheden, heeft last van schuld of minderwaardigheidsgevoelens en soms zelfs doodswensen.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is niet meteen zichtbaar. Het gaat om een overheersend gevoel van alleen zijn en gebrek aan contact. Eenzaamheid kan ook zijn wanneer de patiënt wel onder de mensen is. Sommige patiënten die kampen met eenzaamheid zonderen zich af. Een aantal voorbeelden van eenzaamheid zijn dat de patiënt niemand heeft voor een vertrouwelijk gesprek, onvoldoende of geen intimiteit kan ervaren en zich verdrietig en down voelen bij het alleen zijn (Geelen, 2015).

Ontremd gedrag

Ontremming komt terug in verschillende gebieden. Een aantal voorbeelden zijn; eetgedrag, slaapedrag, denken en praten, stemming of gedrag. Ook is een combinatie mogelijk. Ontremming houdt in dat het gedrag niet passend is bij de situatie. Ontremming is niet éénmalig maar doet zich structureel voor in verschillende situaties; dit geeft problemen in het eigen functioneren voor anderen in de omgeving. Een aantal voorbeelden zijn seksueel getinte opmerkingen, doen of zeggen van dingen zonder na te denken over de gevolgen, praten over privé zaken op een abnormale manier of handtastelijk gedrag. Dit gedrag komt bij ongeveer 20% van de dementerende patiënten voor (Geelen, 2015).

Zwerfgedrag

Dementerende patiënten kunnen overmatig en ongericht lopen, ook wel dwalen genoemd. Dit kan ook gevaar opleveren, namelijk het weglopen van huis of op plekken binnen instellingen belanden die niet voor patiënten bedoeld zijn. Lopen is voor een patiënt met dementie niet gevaarlijk, tenzij het lichamelijk ongemak bezorgd zoals uitputting of gewrichtsproblemen. Ook kan het voor psychisch leed zorgen, namelijk dat de bewoner onderweg steeds minder vertrouwd en steeds angstiger raakt (Geelen, 2015).

3.3.3 Ziekten die gepaard gaan met dementie

De bekendste vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. De daarnaast meest voorkomende oorzaken zijn; vasculaire dementie, de ziekte van Pick en andere vormen van zogenaamde fronto-temporale dementie, de normotensieve hydrocefalus en de ziekte van Parkinson (Gelmers, 2008). In Figuur 1 is te zien in welke verhouding de verschillende vormen voorkomen.

Alzheimer

Deze vorm ontstaat ongeveer vanaf 50 jaar. Op de voorgrond staan geheugenstoornissen. Dit begint met het niet meer kunnen onthouden van nieuwe informatie, vergeetachtigheid (Deth, 2013). Dit wordt ook wel een stoornis in het anterograde geheugen genoemd (Stolk & Hengeveld, 2012). Ook taalstoornissen komen in een vroeg stadium voor. Later ontstaan ook stoornissen in het lange- en kortetermijngeheugen. Ook in de ruimtelijk oriëntatie ontstaan stoornissen, waardoor mensen kunnen verdwalen. Alledaagse handelingen zoals aankleden zorgen ook voor problemen. Ongeveer 50% van de patiënten krijgen stemmingsstoornissen en soms een ziekelijke achterdocht (Gelmers, 2008). Daarnaast kunnen er dramatische veranderingen in de persoonlijkheid ontstaan. Pas wanneer alle andere vormen van dementie door middel van intensief onderzoek uitgesloten zijn, wordt vastgesteld dat het om Alzheimer gaat (Deth, 2013).

Geelen (2015) beschrijft dat bij een patiënt met de ziekte van alzheimer de aankomst van de

pijn prikkel verstoord is. De patiënt geeft bijvoorbeeld geen pijn bij een gebroken heup, aangezien de pijn prikkels niet de betreffende plek in de hersenen bereiken.

Vasculaire dementie

Deze vorm van dementie wordt ook wel multi-infarct dementie (MID) genoemd. Het begint tussen de zestig en tachtig jaar. De belangrijkste verschillen met de ziekte van Alzheimer zijn dat de patiënt één of meerdere beroertes heeft gehad, en een afwijking bij het neurologische onderzoek heeft (Gelmers, 2008). Deze vorm van dementie wordt veroorzaakt door een verminderde doorbloeding van de hersenen (Deth, 2013). Patiënten hebben in het begin last van een verminderde psychische spankracht, ze hebben hun emoties minder onder controle en hebben vaak hoofdpijn en nekpijn. Daarna ontstaat geheugenverlies, traagheid en gebrek aan initiatief. Vaak hebben patiënten een karakteristieke loopstoornis met kleine schuifelende pasjes en een voorovergebogen stijve houding (Gelmers, 2008).

Bij vasculaire dementie is volgens Geelen (2015) de kans groter dat de pijn prikkel wel ankomt en wordt beleefd, mogelijk nog sterker dan bij de gezonde oudere. De verwerking en regulatie van de pijn prikkels werkt onvoldoende; ook zonder aanleiding kan heftige pijn worden gevoeld.

Fronto-temporale dementie

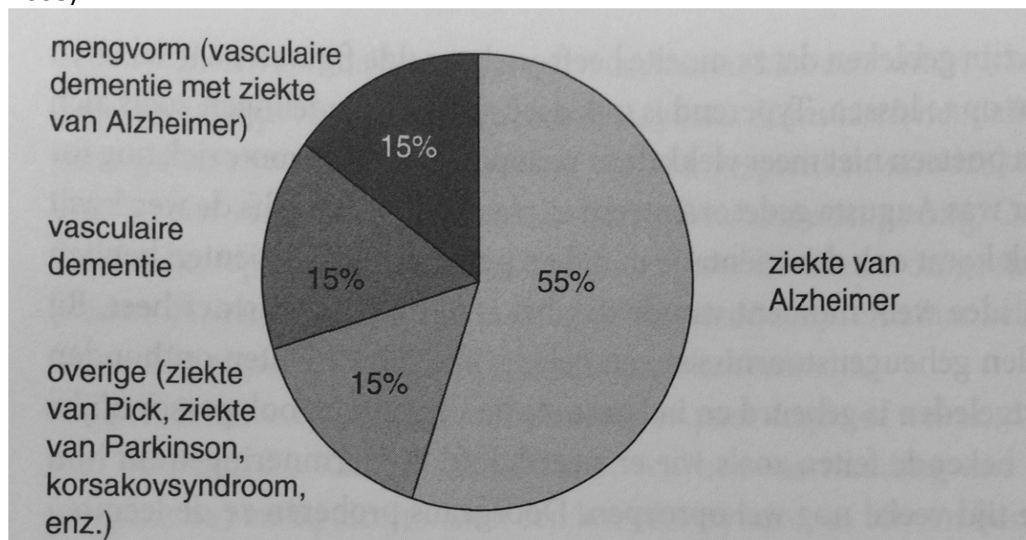
Bij deze vorm van dementie staat vooral de gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen centraal, naast het geheugenverlies. Er is vaak sprake van ontremming (agressief, seksueel, vraatzucht). Zinnen en woorden worden zowel van zichzelf als van anderen vaak herhaald. Vaak is de patiënt incontinent voor urine (Gelmers, 2008).

Normotensieve hydrocefalus

Dit ziektebeeld heeft verschillende symptomen. Namelijk verschijnselen van dementie, spastische loopstoornissen en incontinentie voor urine. De verschijnselen van dementie zijn vooral geestelijke traagheid, vergeetachtigheid en apathie (Gelmers, 2008).

Ziekte van Parkinson

In een later stadium van de ziekte van Parkinson, zijn vaker tekenen van dementie te zien (Gelmers, 2008).



Figuur 1. De verhouding tussen de vormen van dementie naar de mate waarin ze voorkomen bij mensen boven de 65 jaar (Van Deth, 2013).

3.3.4 Invloed dementie op kwaliteit van leven

Zoals het theoretisch kader beschrijft is het begrip ‘kwaliteit van leven’ onderverdeeld in drie domeinen namelijk lichamelijk, psychisch en sociaal. Deze deelvraag gaat verder in op hoe de achteruitgang van de verschillende cognitieve functies invloed heeft op de kwaliteit van leven van deze bewoners. Om het zo concreet mogelijk te maken is deze deelvraag ook uitgewerkt in de verschillende domeinen.

Invloed dementie op het lichamelijke domein

Een oudere zal te maken krijgen met de ouderdomsklachten, welke losstaan van de dementie. Omdat dementie voornamelijk voorkomt bij de 65+’ers, zullen deze klachten vrij regelmatig voorkomen. Hierbij kan worden gedacht aan de volgende klachten : afnemen van het lichaamsgewicht, achteruitgang van het gehoor, minder soepel worden van gewrichten en botontkalking (AMC, z.j.).

Zoals hierboven is beschreven is dementie een beschadiging aan het zenuwstelsel of de hersenen. Tevens kan een lichamelijke beperking ook ten grondslag liggen van dementie, zoals vasculaire dementie die ontstaat door hart- en vaatziekten. Door problemen met het vasculaire systeem, een andere benaming voor de bloedvaten, is de kans op een beroerte groter. Vasculaire dementie heeft door deze beperking invloed op de levensverwachting. De overlevingskans ligt na 5 jaar namelijk nog maar op 39%; het verloop kan dus ook wel progressief worden genoemd (Vasculaire dementie, 2012).

Een ander voorbeeld van de invloed op het lichamelijke domein, is vocht en voedingstekort onder verpleeghuisbewoners. Ongeveer 25%-33% van de bewoners kampt hiermee. Dit komt volgens Geelen (2015) door het wegvallen van een patroon. Het gevoel voor ‘wat hoort’ verdwijnt, zoals smeren en boeren. Daarna vervagen de noodzakelijke handelingen zoals snijden en portioneren van voeding. Ook worden soms oneetbare zaken in de mond gestopt.

Invloed dementie op psychisch welbevinden

Mensen met dementie geven aan te kampen met ongeremde emoties; ze reageren emotioneler dan voorheen en ze kunnen de emoties niet meer beheersen zoals vroeger (Stichting praten over gezondheid, z.j.). Veel mensen hebben last van huilbuien, ongeremde boosheid of frustraties. Een onderdeel van de ziekte is ook dat mensen zich aan zichzelf ergeren als iets niet lukt, of soms irritatie naar de partner. Ook kan het zijn dat negatieve gevoelens plotseling opkomen en dat ze boos worden om kleine dingen. De patiënt heeft dit niet onder controle en dit leidt tot gevoelens van ergernis en frustratie.

Psychisch gezien heeft het verslechteren van de cognitie een behoorlijke invloed op de patiënt. Door de beperkingen in de cognitie wordt de wereld anders waargenomen; als de patiënt iets is vergeten, kan hij achterdochtig worden en iemand schuldig van diefstal noemen. Dit kan een gevoel van angst en onveiligheid geven. Ook kan de oudere onzeker worden door het besef dat zijn/haar functioneren achteruit gaat. Daar wordt de patiënt ook verdrietig of boos om. Door de dementie is de patiënt niet meer degene van vroeger. De wereld om de patiënt heen is onvoorspelbaar geworden en kan als bedreigend worden ervaren. Dit is te zien door dwalen, claimen, huilen en roepen.

Invloed dementie op het sociale domein

Dementie heeft niet alleen invloed op de cognitieve vermogens en handelen van het mens, maar ook op de sociale situatie. Volgens Geelen (2015) is er een direct verband tussen dementie en sociale eenzaamheid. Het achteruitgaan van cognitieve vaardigheden beperkt de mogelijkheid tot contact

met de omgeving. Hierbij kan worden gedacht aan beperkingen in de mogelijkheden van spraak, maar ook motoriek en het niet meer objectief kunnen waarnemen. Contact leggen met anderen wordt steeds lastiger. De dementerende lijkt in een andere wereld te leven, maar eigenlijk vereenzaamt de oudere van binnen.

Tevens is de achteruitgang van korte termijn geheugen zichtbaar. Wanneer familie net is geweest, wordt tien minuten later gevraagd wanneer de familie weer eens langskomt, en is de patiënt het bezoek alweer vergeten. Ook het niet meer herkennen van mensen en familieleden leidt voor de patiënt tot vereenzaming. Ook al komt familie dagelijks, de dementerende kan het bezoeksritme toch als zelden beleven.

Stichting praten over gezondheid (z.j.) geeft aan dat dementerende mensen in gesprekken stiller en voorzichtiger zijn, doordat ze bang zijn om fouten te maken. Het kost hen veel moeite om volwaardig mee te doen in een gesprek. Er wordt gezocht naar namen, de juiste woorden en gebeurtenissen. Ook geven veel patiënten aan last te hebben van vermoeidheid. Ze kunnen de slaap niet vatten omdat ze druk zijn met piekeren. Vermoeidheid heeft weer impact op het dagelijkse functioneren en deelnemen aan bijvoorbeeld activiteiten.

3.4 Conclusies deelvragen

3.4.1 Conclusie/antwoord theoretische deelvraag 1: Welke richtlijnen hanteert Zorggroep Sint Maarten voor de kwaliteit van leven voor hun bewoners?

Zorggroep Sint Maarten beschrijft Kwaliteit van Leven als onderdeel van hun missie. Zij geven aan dat belevingsgericht werken en cliëntgerichte zorg hierin een belangrijk aspect is. Er wordt gekeken naar wat de cliënt nog kan en niet naar wat hij/zij niet meer kan. 'Kan niet' bestaat volgens hen ook niet.

De bewoners van de afdeling zijn dementerend en daardoor is de wet BOPZ van kracht. Dit houdt in dat de bewoners op een gesloten afdeling wonen en daardoor beperkt worden in hun vrijheid. Echter heeft Zorggroep Sint Maarten geen vrijheid beperkende maatregelen zoals isoleren. Het uitgangspunt is bij Zorggroep Sint Maarten dat de zelfbeschikking van het individu voorop staat, de beslissingen worden zo veel mogelijk aan de cliënt zelf overgelaten. De uitzondering is als de cliënt niet in staat is te beslissen dit door een ander gedaan wordt, bij bijvoorbeeld het voorkomen van schade, ziekte en letsel. Dit overheerst dan de autonomie van de cliënt.

3.4.2 Conclusie/antwoord theoretische deelvraag 2: Wat is de invloed van dementie op de kwaliteit van leven?

In bovenstaande paragrafen is antwoord gegeven op de deelvraag; Wat is de invloed van dementie op de kwaliteit van leven, en op welke manier kunnen professionals hier op in spelen? Om deze vraag concreet te beantwoorden is de deelvraag onderverdeeld in de 3 domeinen van kwaliteit van leven namelijk lichamelijk, psychisch en sociaal. Op al deze domeinen is dan ook een andere conclusie uit te trekken.

Lichamelijk

Bij dementie ligt een lichamelijk aspect ten grondslag, namelijk de achteruitgang van de cognitieve functies in de hersenen. In sommige gevallen komt dit voort uit lichamelijke aandoeningen, zoals bij vasculaire dementie het geval is. In dit geval kampt de patiënt al voor opname in een verpleeghuis met lichamelijke beperkingen, en komt dit niet voort uit de dementie. Wel is helder dat de patiënt

minder motorieke mogelijkheden heeft doordat het functioneren achteruit gaat en het besef er niet meer is, wat een cognitieve maar geen lichamelijke oorzaak heeft. Dus indirect heeft dementie wel invloed op het lichamelijk functioneren van de patiënt.

Psychisch

Door de verwarring en het besef over de algehele achteruitgang door dementie, krijgen patiënten te maken met meerdere (negatieve) emoties zoals woede en verdriet. Soms worden de patiënten plots overvallen met een negatieve emotie, ook soms zonder directe aanleiding. Dementie heeft wel degelijk invloed op het psychische welbevinden van de patiënten.

Sociaal

Door de dementie worden patiënten beperkt in het participeren bij gesprekken en activiteiten. Mensen zijn door hun dementie onzeker geworden waardoor ze zich terughoudend opstellen. Tevens worden patiënten beperkt in hun gevoel van betrokkenheid door hun vergeetachtigheid, en het niet meer herkennen van anderen. Dus dementie heeft invloed op het sociale domein van kwaliteit van leven.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven. Er zijn interviews gehouden met zowel personeel als vertegenwoordigers. Dit onderscheid is weergegeven in de resultaten. Als eerst worden de resultaten van de interviews met personeel weergegeven, vervolgens de resultaten van de vertegenwoordigers. In paragraaf 4.4. beschrijven we de opvallende zaken en bijzonderheden. De labelschema's, oftewel de dataverwerking wordt weergegeven in bijlage 3 & 4.

Tijdens de interviews is in de vragenlijst een verdeling gemaakt in de drie domeinen van kwaliteit van leven. Echter is dit niet uitgewerkt omdat een aantal labels verband hadden met alle domeinen, en dit dus geen duidelijkheid bood. Er is toen voor gekozen om te labelen vanuit de antwoorden die gegeven zijn, en dus de drie domeinen los te laten. Kwaliteit wordt met verschillende methoden gemeten, zoals ook in het theoretisch kader is beschreven. Het kwaliteitskader verpleegzorg van de Rijksoverheid (2016) doet dit aan de hand van vier thema's, namelijk compassie, zorgdoelen, autonomie en uniek zijn. Door de gemaakte labels naast deze thema's naast elkaar te leggen, kon geconcludeerd worden, dat de labels onder te verdelen zijn in een groep die de kaders vormen waarbinnen gezorgd wordt, en een groep begrippen die gaan over de beleving van de bewoners. De kaders hebben invloed op de beleving van de bewoners, en andersom. Het is een wisselwerking. Anders gezegd, de kaders worden vanuit de organisatie gesteld, en dit heeft gevolgen voor de beleving van bewoners en andersom.

4.1 Interviewresultaten personeel

In totaal zijn elf personeelsleden geïnterviewd, waarvan één niveau 4 medewerker, één stagiaire, twee afdelingsassistenten en acht verzorgenden niveau 3. Deze respondenten zijn allen werkzaam op afdeling Fleerder Es van Gereia.

Kaders

4.1.1 Invloed dementie

Uit de interviews komt naar voren dat dementie op bijna alles in het dagelijks leven van de bewoners invloed heeft. Zo geeft het personeel aan dat sommigen pijn niet meer ervaren en/of benoemen, ze beperkt worden in dagelijkse bezigheden en niet meer zelf kunnen bepalen hoe ze hun dag indelen door de dementie. Ook geeft het personeel aan dat de bewoners zich niet thuis voelen, ongeacht de plek waar ze zijn; dit komt volgens hen door de invloeden van de dementie: 'Maar het is natuurlijk met onze PG mensen wel natuurlijk moeilijk om te zeggen voelt iemand zich thuis want in hun beleving zijn ze niet thuis. Dat weet je niet. Dat is moeilijk'. De bewoners zijn over het algemeen niet tevreden met zichzelf als mens zijn, omdat ze zich door de dementie niet meer kunnen uiten en dingen niet meer snappen, zo zegt het personeel.

4.1.2 Gezondheid bewoners

De personeelsleden geven aan dat de bewoners in slechtere lichamelijke en psychische toestand op de afdeling komen wonen ten opzichte van een tijd terug. De bewoners worden volgens het personeel vaker 'in crisis geplaatst', wat inhoudt dat ze acuut opgenomen worden. Daarnaast is hun problematiek vaak complexer. Het personeel geeft aan dat de lichamelijke klachten ongeveer gelijk zijn gebleven ten opzichte van een jaar geleden. Tevens geven de personeelsleden over de algemene gezondheid aan dat bewoners direct na de opname, nog wel wat opknappen. Dit heeft er mee te maken dat bewoners lang thuis zijn blijven wonen. Er wordt aangegeven dat de bewoners uiteindelijk

wel achteruit gaan. Hierbij geldt dat dit voornamelijk te maken heeft met het psychische aspect, de dementie. Zichtbaar is dat niemand van het personeel spreekt over de ‘algemene ouderdomsklachten’.

Vervolgens werd gevraagd naar het serieus nemen van de klachten. Honderd procent van de geïnterviewde personeelsleden geeft aan dat klachten door hun (eigen discipline) serieus worden genomen. Er wordt juist geobserveerd en gerapporteerd, en wanneer nodig wordt er een andere discipline ingeschakeld; bijvoorbeeld een arts of een fysio. Het personeel geeft aan dat dit goed verloopt, maar dat het soms wat sneller mag gaan. Ook spreekt één personeelslid over dat ze zich soms niet serieus genomen voelen door andere disciplines en dat er adviezen gegeven worden die zij al geprobeerd hebben: ‘Terwijl we dan aangeven dat we dat al hebben gedaan, moeten we het toch nog maar een keer doen. En op dat moment wordt je eigenlijk gewoon niet serieus genomen.’ Over de vraag of de mensen zich door hun klachten laten belemmeren is wisselend geantwoord; de één geeft aan dat het instinctief gaat dat de mensen minder doen wanneer ze pijn hebben, terwijl één ander personeelslid aangeeft dat ze dit niet meer beseffen door de dementie. Kortom; ja, ze worden beperkt. Dit komt door zowel de ouderdomsklachten, de dementie, en de generatie; niet klagen maar dragen.

4.1.3 Pijn

Er is gevraagd naar het signaleren van pijn bij bewoners. Sommige personeelsleden geven aan dat de bewoners wellicht pijn hebben, een personeelslid geeft aan dat bewoners geen pijn hebben. Pijn wordt niet alleen gesignaleerd aan de hand van verbale signalen. Zo zeggen personeelsleden ook pijn af te lezen van non-verbale gedragingen van de bewoners. Het personeel geeft aan zeer waaks te zijn als het gaat om pijnsignalen. Eén personeelslid merkt op dat er structureel veel pijnmedicatie wordt gegeven; ‘Ja veel pijnmedicatie. Van de 14 bewoners krijgen er 4 structureel pijnmedicatie’. Opmerkelijk is dat de respondenten het dagelijks toedienen van pijnmedicatie niet koppelen aan het hebben van pijn van bewoners.

4.1.4 Woonruimte

Het personeel geeft aan dat ze proberen sfeer te creëren in de huiskamer en thuis proberen na te bootsen. Dit doen ze door een gezellige, huiselijke sfeer te creëren: ‘Een gezellige sfeer tijdens het eten, lekkere hapjes en drankjes, vooral in het weekend’. Het personeel geeft aan dit belangrijk te vinden. Anderzijds geven alle personeelsleden aan dat mensen met éénpersoonkamers zich kunnen terugtrekken, maar bewoners met een tweepersonskamer niet. Dit kan volgens het personeel niet ongestoord, aangezien onrustige bewoners de deuren opmaken. Het personeel geeft aan dat wanneer de bewoners aangeven zich willen terugtrekken dit mogelijk is, echter geven ze dit niet altijd aan. Ook dit benadrukt de afhankelijkheidspositie die de bewoners hebben.

Kortom; in principe wordt de woonruimte als prettig ervaren, klagen de bewoners hier niet over, maar is het soms te druk in de woonruimte en zijn er te veel prikkels. De mensen met een tweepersonskamer kunnen zich niet rustig terugtrekken.

4.1.5 Tijdgebrek

Een meerdere malen terugkerend onderwerp is het gebrek aan tijd. Het personeel geeft aan dat er soms weinig tot geen tijd is om een bewoner te troosten, Eén personeelslid geeft aan over te werken om een bewoner dan wel te kunnen troosten. Eén personeelslid geeft aan dat zij in de zorg is gegaan om het ‘leuke’ contact met de bewoners, maar dat dat nu niet meer is. Volgens het personeel is er geen tijd voor warmte en genegenheid, terwijl ze anderzijds het aangeven dat een knuffel of een arm

om iemand heen soms genoeg is. Er wordt aangegeven dat er geen tijd is om even bij iemand te gaan zitten of een praatje te maken. Hetzelfde geldt voor het bewaren van rust of het troosten van de bewoners. Zo geeft één personeelslid aan: “Vanmorgen was een bewoner emotioneel, dan ga je er bij zitten. Dat doe je gewoon. Dan moet ik weer, gewoon racen, maar je moet continu met die klok bezig zijn.” Het personeel geeft aan hier graag meer tijd voor te willen, evenals tijd voor activiteiten met de mensen.

Beleving bewoners

4.1.6 Autonomie

Autonomie en zelfbepaling zijn aspecten die grote invloed heeft op de kwaliteit van leven. Meerdere interview vragen hadden betrekking op de autonomie. Zes personeelsleden geven aan het belangrijk te vinden dat de bewoner zichzelf wast, echter geven ze allen aan dat wanneer er te weinig tijd is het vrij snel wordt overgenomen van de bewoners, ook al gaat dit in de praktijk misschien niet eens sneller. Zo zegt één personeelslid het volgende: “Ik denk dat er veel overgenomen wordt als mensen dat zelf nog kunnen. Ik probeer het heel bewust niet te doen, maar ik betrap me er soms wel op dat je denkt dat het druk is, we hebben een zieke vanmorgen, dat gaat hem niet worden. Ik help even snel mee.”

Wat het tijdstip van de persoonlijke verzorging betreft geven vier personeelsleden aan dat zij de mensen die er het eerst uitkomen geholpen worden. Alle personeelsleden geven aan dat mensen langer kunnen blijven liggen als ze het aangeven, maar dat er wel een richtlijn wordt gehanteerd wanneer alles klaar moet zijn, aangezien er later op de ochtend geen tijd meer is voor de verzorging. De dat bewoners mogen het in principe zelf bepalen, maar dat er altijd wordt gewaakt voor het behouden van het dag- en nachtritme: “Kijk, er zijn ook mensen die moeten ’s ochtends wel uit bed omdat ze anders ’s nachts niet meer slapen. Wij moeten wel waken voor dag- nacht ritme”

Wat voeding betreft geven alle personeelsleden aan dat er vaste tijden zijn voor eten/drinken, maar dat bewoners wat krijgen wanneer ze aangeven dat ze honger of dorst hebben. Ook bij eten en drinken geldt dat er wordt gewaakt voor de ongeremdheid van sommige bewoners. Opvallend hierbij is dat het personeel aangeeft alleen wat extra’s te doen wanneer er om gevraagd wordt: “Als ze mensen vragen krijgen ze altijd drinken. Als ze het zelf aangeven, altijd, anders de vaste tijden. De mogelijkheid is er”. Dit benadrukt de afhankelijkheidspositie van de bewoners.

Het personeel geeft aan dat de bewoners in principe overal op de afdeling kunnen zijn waar ze willen. Omdat de Fleerder Es een gesloten afdeling is, kunnende bewoners in principe niet buiten de afdeling komen. Een aantal bewoners is hierbij afhankelijk van het duwen van de rolstoel door iemand anders. Één personeelslid aan dat ze soms niet mee gaat met de wens van de bewoner om zelfstandig op de slaapkamer te zitten, aangezien er dan geen zicht meer op hem/haar is.

Het personeel geeft aan belevingsgericht te handelen; er wordt gekeken naar wat mensen leuk en fijn vinden. Hierbij kan worden gedacht aan; met een zoon bellen als iemand dat wilt, of kijken of een GPS systeem mogelijk is voor de bewoner zodat hij/zij de afdeling af kan.

Tot slot geven vijf personeelsleden aan dat bewoners afhankelijk zijn wat familie meebrengt en vertelt. Familie vertelt wat de bewoner vroeger leuk heeft gevonden en hier probeert het personeel in tegemoet te komen. Ook zijn de bewoners afhankelijk van wat familie meebrengt; bijvoorbeeld sigaretten of een borrel. Het personeel geeft aan dat bewoners de dag invulling niet kunnen bepalen door hun dementie en dat dit voor hen wordt bepaald. Het personeel geeft aan hier wel op in te spelen door binnen de mogelijkheden die er zijn keuzes aan te bieden. Het personeel geeft aan dat de bewoners wel leuke momenten ervaren, maar dat dit er weinig zijn. Het zit in kleine dingen zoals een glimlach, maar de hoeveelheid (leuke) momenten kan beter.

4.1.7 Genot & beleving

Het personeel geeft aan dat de maaltijden die de bewoners aangeboden krijgen, goed smaken; ze eten het allemaal op. Wel geeft het grootste deel van het personeel aan dat de beleving en de bereiding van de maaltijden beter kan: “Het is de geur, de huiselijke sfeer, dat is het. Echt. Het aan een rond tafeltje zitten, met de vrijwilligster, het kletsen, net dat stukje extra”. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan zelf vers koken, bewoners laten participeren, de geur, eten opdienen op tafel.

Een deel van het personeel geeft aan dat de verzorging wel als prettig wordt ervaren. Het personeel doet zijn best en dat ervaren de bewoners ook, maar meer tijd zou beter zijn. Eén personeelslid geeft aan dat de bewoners schrikken van de natte washand, een bepaalde was-methode. Dit benoemen bewoners ook. Verder geeft een aantal personeelsleden aan dat de bewoners de verzorging niet echt prettig vinden. Dit wordt geuit door weerstand (agressie en boosheid) vanuit de bewoners. Ook hiervoor geldt dat het ook non-verbaal zichtbaar is en dat de bewoners het wellicht niet direct aangeven: “Daar heb ik ze nooit echt over gehoord, maar ik denk dat ze het wel prettig vinden dat ze geholpen worden. Maar door onbegrip denk ik ook wel dat ze het vervelend vonden. Dat ze niet snappen wat er gebeurt”.

Het personeel geeft aan te denken dat alle bewoners zich (regelmatig) vervelen, het grootste gedeelte van de dag. Ze zien dit doordat de bewoners gaan slapen. Hierbij valt op dat het personeel aangeeft dat de bewoners afhankelijk zijn van de activiteiten die de activiteitenbegeleiding aanbiedt, dat zij er in het weekend niet zijn en dat bewoners zich daardoor in het weekend meer vervelen. Tegelijkertijd geeft het personeel aan zelf meer tijd te hebben voor de mensen in het weekend, door de afwezigheid van andere disciplines.

4.1.8 Gevoelens

Al het personeel geeft aan dat de bewoners zich zichtbaar eenzaam voelen. Dit is te zien doordat ze zich terugtrekken, zoekende zijn, gaan dwalen, stil worden en/of emotioneel worden. Het personeel zegt warmte en genegenheid deels naar de bewoners te uiten tijdens de verzorging. Een praatje met de mensen maken, even een arm om iemand heen slaan en het idee dat er iemand fysiek aanwezig is voor de bewoners, wordt door het personeel als belangrijk ervaren. Opvallend is dat het personeel aangeeft warme en genegenheid probeert over te brengen, maar niet wordt aangegeven hoe de bewoners hier om vragen en het ervaren.

Op de vraag of de bewoners zich thuis voelen, hebben vijf personeelsleden geantwoord met ja en zes personeelsleden met nee. Wel vult het personeel aan dat dit niet ligt aan het personeel of het verpleeghuis, maar dat de dementie ervoor zorgt dat nergens thuis is.

Het personeel geeft aan dat de mensen zich onveilig voelen doordat er geen verzorgende aanwezig is. Ze worden hierdoor zoekende. In principe denkt het personeel dat iedereen zich veilig voelt, maar een individuele bewoner met onrust of agressie kan hier al direct invloed op hebben. Het personeel speelt hierop in door mensen af te leiden, uit elkaar te halen of te separeren.

Het personeel geeft aan dat er ten aller tijden tijd wordt gemaakt voor de bewoners wanneer zij kampen met zorgen en/of verdriet. Een personeelslid geeft het volgende aan: “ Het ligt eraan, soms moet je gewoon tijd maken. Ja want soms hebben familie en bewoners je even nodig en de bewoner staat voorop en als die je nodig hebben maak ik daar tijd voor. Soms is dat gewoon even nodig. Dan vind ik dat gewoon belangrijk dat iemand die tijd wel krijgt. Als iemand verdrietig is of dat soort dingen, als iemand huult zeg ik niet daar heb ik geen tijd voor. Soms werk ik er voor over.”

Opmerkelijk is dat er altijd tijd wordt gemaakt voor de negatieve emoties zoals verdriet, woede en angst. Wanneer er 'niks aan de hand is' geeft het personeel aan geen tijd te hebben voor de mensen.

Het merendeel van het personeel geeft aan dat de bewoners over het algemeen niet zo tevreden zijn over zichzelf. De oorzaak hiervan ligt volgens hen bij de dementie; het niet kunnen uiten en snappen veel niet meer. Ook geeft het personeel aan te denken dat een deel van de bewoners hier niet meer over nadenkt. Bij de vraag hoe de bewoners terugkijken op het verleden geeft 50% van het personeel aan dat alles wat ze vertellen positief is, en 50% geeft aan dat vooral de negatieve ervaringen blijven hangen.

Onrust is een begrip dat meerdere malen terugkomt in de interviews. Er wordt echter zeer wisselend gereageerd op het anticiperen op onrust. Sommige personeelsleden geven aan eerst rust te creëren en bewoners af te leiden, andere personeelsleden geven aan preventief medicatie toe te dienen : " Als je de onrust voor bent heb je geluk". Uiteindelijk dienen alle personeelsleden medicatie toe. Een paar personeelsleden geven als argument dat de medicatie met een reden is voorgeschreven door de arts. Tevens is het geven van medicatie van belang om vervolgstappen in te zetten. Ook geven een paar personeelsleden aan medicatie toe te dienen zodat zij zelf niet belemmerd worden in het werk. Het personeel geeft aan dat de bewoners (met enige regelmatig) zich ongelukkig, onrustig, agressief en boos voelen. Tegelijkertijd geven ze aan dat een extra persoon, in dit geval de stagiaire, voor rust en vrolijkheid zorgt aangezien er dan meer tijd is voor aandacht naar de bewoners.

De bewoners van Fleerder Es zijn volgens het personeel wel gelovig, maar er wordt minder aan gedaan dan vroeger. Uit de antwoorden van de interviews is zichtbaar dat het personeel onvoldoende op de hoogte is van hetgeen wat wordt aangeboden op het gebied van geloof. Er wordt erg wisselend geantwoord hierover; één personeelslid geeft aan dat er iedere dag wordt gebeden voor het eten, een ander personeelslid geeft aan dat dit nooit gebeurt. Het ene personeelslid geeft aan dat er iedere week op de vrijdag een kerkdienst is, terwijl een ander aangeeft dat het om de week op zondag is. Ook geeft één iemand aan geen idee te hebben of er iets wordt aangeboden rondom het geloof. Tot slot geeft één personeelslid aan dat er ook andere kerkelijke 'activiteiten' worden aangeboden, zoals een pastoraatgroepje of dat een bewoner die terminaal is die bediend wordt. Het personeel is hier zichtbaar niet van op de hoogte.

4.1.9 Contacten

De sociale contacten zijn per bewoner erg wisselend, geeft personeel aan. De een krijgt dagelijks bezoek, en sommigen weinig tot geen bezoek. Over het algemeen geeft het personeel aan dat dit wel wat vaker kan. Wel geeft het grootste deel van het personeel aan dat de bezoekmomenten goed zijn; dit geeft rust en structuur aan de dag. Drie personeelsleden geven aan dat het een aanbeveling zou zijn om bezoek tijdens het eten te kunnen ontvangen, zodat zij samen op de kamer of op de gang de maaltijd kunnen nuttigen.

De faciliteiten voor het ontvangen van bezoek zijn prima, maar niet echt gezellig geeft het personeel aan. De plekken kunnen wat intiëmer. Een concrete aanbeveling zal zijn een gezellige ruimte om bezoek te ontvangen, met een kacheltje en een koffiezet apparaat : "Een leuke plek om bezoek te ontvangen met een kacheltje waar ze zelf koffie kunnen zetten".

Het contact met medebewoners is er wel, maar erg oppervlakkig geeft het personeel aan. Tevens is er weerstand en ergernis door de onrust, drukte en prikkels in de huiskamer.

Het contact met de verzorgenden dat er is, is goed. Het personeel geeft aan ontevreden te zijn met de frequentie van het contact; dit kan meer: "Dat is wel goed, maar kan wel beter. Want het contact dat er is is wel goed, maar dat is gewoon te weinig." Zodra iemand emotioneel is wordt er wel tijd gemaakt. Een stagiaire is er voor extra aandacht en het personeel geeft aan dat dit extra rust biedt.

Het personeel geeft aan soms géén tijd te hebben tijdens een dienst voor de bewoners, een paar geven aan 5 minuten per dienst tijd te hebben voor de bewoners, een paar 10 minuten, en een enkeling geeft aan een half uur tijd te nemen voor de bewoners. Eén collega geeft aan de persoonlijke aandacht aan de mensen tijdens de zorg te bieden.

4.1.10 Opvallende zaken personeel

Uit de resultaten van het personeel komt naar voren dat wanneer bewoners iets aangeven, er veel mogelijk is. Door dementie en overige problematieken van de bewoners kunnen ze dit echter vaak niet meer. Een voorbeeld hiervan is; ‘als een bewoner aangeeft zich ongestoord te willen terugtrekken, kunnen we een plek creëren.’ Of; ‘als een bewoner aangeeft wat te willen eten of drinken, kan dat’.

Het is merkbaar dat alle personeelsleden vanuit een eigen referentiekader reageren, en waarschijnlijk om deze reden ook wisselend handelen. Een voorbeeld hiervan is bij het toedienen van medicatie; de één probeert vaak eerst een andere interventie in te zetten, terwijl de ander preventief medicatie toedient. Ook geven drie personeelsleden aan medicatie toe te dienen wanneer onrust hun werk belemmert. Waarin de één een probleem ziet, ziet de ander een oplossing. Een voorbeeld hiervan is dat het ene personeelslid aangeeft dat bezoek van familie onrust veroorzaakt, terwijl de ander aangeeft dat familie juist positief kan worden ingezet door bijvoorbeeld samen op een plekje apart te gaan eten.

Het personeel geeft aan dat leuke momenten, zoals activiteiten, snel weer vergeten zijn. Om deze reden hoeven activiteiten niet zozeer meer aangeboden hoeven te worden, maar kunnen leuke momenten ook op andere manieren gecreëerd worden. Ook blijkt uit de interviews dat er weinig tijd is voor bewoners wanneer zij een positieve stemming hebben, terwijl er altijd tijd wordt gemaakt wanneer zij een negatieve stemming hebben. Ook wordt geadviseerd meer snoezel activiteiten aan te bieden, en is een éénpersoonskamer een aanbeveling. Dit komt zeer regelmatig terug als aanbeveling.

4.2 Interviewresultaten vertegenwoordigers

In totaal zijn negen vertegenwoordigers geïnterviewd, allen vertegenwoordigers van bewoners van afdeling Fleerder Es. Dit is allemaal familie geweest; zowel echtgenoten, dochters, zonen en schoondochters.

Kaders

4.2.1 Invloed dementie op kwaliteit van leven

Twee vertegenwoordigers benoemen dat hun familielid zich niet bewust is van hoe de woonruimte eruit ziet en zich niet realiseert of het prettig is waar hij/zij is. “Hij weet niet anders. Hij heeft geen benul.”

Zes van de negen vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid niet aangeeft waar hij/zij naar toe wil; wanneer hij/zij zich ongestoord terug wil trekken, naar zijn/haar kamer wil enzovoort. Dit heeft zowel met de dementie als met het karakter van de bewoner te maken. Wel geven de vertegenwoordigers aan dat als het gevraagd wordt, het personeel hierop anticipeert: “Ik denk niet dat ie dat aangeeft. Ik denk dat het personeel wel de ruimte geeft om het te mogen aangeven.”

Drie vertegenwoordigers geven aan dat familielid zich niet thuis voelt; dit ligt niet aan de afdeling of het personeel, maar aan de dementie. Ook geeft een vertegenwoordiger aan dat zijn/haar familielid door de dementie niet nadenkt over eenzaamheid.

Alle vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid beperkt wordt in hun dagelijkse leven. Dit komt door zowel de lichamelijke aspecten, de dementie, maar ook door vermoeidheid: “Ja heel veel kan ze natuurlijk gewoon lichamelijk niet meer. Dus wel behoorlijk beperkt, zowel lichamelijk als door de dementie.”

4.2.2 Gezondheid bewoners

Vier vertegenwoordigers geven aan dat het met hun familielid thuis, voorafgaand aan de opname, snel bergafwaarts ging. Twee vertegenwoordigers hiervan geven aan dat het na opname weer wat is verbeterd: “Nou die is hier eigenlijk een heel stuk verbeterd ten opzichte van de thuissituatie.” Eén vertegenwoordiger geeft aan dat het na opname verslechterde waardoor familielid in een rolstoel terecht kwam. De vertegenwoordigers geven allen aan dat het lichamelijk welbevinden over het algemeen minder wordt, dit komt volgens hen zowel door ouderdom als door dementie. Twee van de vertegenwoordigers geven aan dat het lichamelijk welbevinden hierin niet het ergste is, maar de dementie.

Er wordt verder wisselend gereageerd op de vraag hoe het lichamelijk welbevinden is ten opzichte van een jaar geleden; twee vertegenwoordigers geven aan dat dit hetzelfde is gebleven, twee vertegenwoordigers geven aan dat het slechter is geworden en twee vertegenwoordigers geven aan dat het verbeterd is ten opzichte van de thuissituatie: “Jaar geleden was hij er nog slechter aan toe als nu. Ja hij ga op en af. Hij heeft tien levens ofzo denk ik.”

4.2.3 Pijn

Zes vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid geen pijn heeft, en drie vertegenwoordigers geven aan dat ze verwachten dat hun familielid regelmatig pijn heeft. Twee vertegenwoordigers geven aan dat een val van de bewoner de oorzaak is van de pijn, dit is 22% van de populatie. Een vertegenwoordiger geeft dit aan: “Eehm nou goed hij is afgelopen week wel gevallen, en daar had hij schijnbaar wel wat last van. Zijn schouder en schaafwonden.” Eén vertegenwoordiger denkt dat pijn zijn/haar familielid heeft belemmerd bij activiteiten.

Alle vertegenwoordigers geven aan dat ze zeer tevreden zijn over de manier waarop het personeel inspeelt op de (gezondheids)klachten. Het verzorgende personeel pakt signalen goed op en schakelt een andere discipline in als dit nodig is. Honderd procent van de vertegenwoordigers geeft aan dat signalen en klachten serieus genomen worden. Ook geven twee vertegenwoordigers aan dat het personeel goed meedenkt in oplossingen. Zo worden bewoners langer en vaker op bed gelegd als ingeschat wordt dat daar behoefte aan is, of worden bijvoorbeeld grotere T-shirts en heupbroeken gekocht: “Ik moet ook zeggen dat ze eehm hier wel goed naar kijken dat we ook shirts kopen wat wat wijder zit en dat ze langer kan blijven liggen en dat soort dingen”.

4.2.4 Woonruimte

De woonruimte wordt volgens de vertegenwoordigers over het algemeen als prettig ervaren. Wel geeft maar één vertegenwoordiger aan dat vader/moeder zich (ongestoord) kan terugtrekken. De voorzieningen zijn voor bewoners niet toereikend genoeg om zich (ongestoord) terug te trekken, maar daarnaast zijn de bewoners afhankelijk van het personeel. Aangezien bewoners weinig aan (kunnen) geven, hebben zij weinig mogelijkheid om zich terug te trekken: “Er is geen enkele plek met privacy. Nauwelijks privacy, zelfs de slaapkamer wordt gedeeld met iemand, en de huiskamer, ben je nooit alleen.” Eén vertegenwoordiger geeft nadrukkelijk aan dat er onvoldoende voorzieningen voor

zijn; familielid heeft geen eenpersoonskamer, wat maakt dat er is getwijfeld over een ander verpleeghuis.

4.2.5 Tijdgebrek

De vertegenwoordigers zien dat het personeel druk is. Ook geeft één vertegenwoordiger aan soms 's avonds geen verplegend personeel te zien. Onder de vertegenwoordiger heerst de gedachte "het is niet anders". Ook geven de vertegenwoordigers aan het idee te hebben het personeel tot last te zijn: "Je wil het personeel ook niet tot last zijn. Ze zijn druk en dan moeten we er naar gaan vragen."

Beleving bewoners

4.2.6 Autonomie

Zes vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid het tijdstip van zorg niet zelf kan bepalen. Zowel de dementie als de werkwijze van het personeel ligt hieraan ten grondslag: "Dat denk ik niet. Ik denk dat ze gewoon uit bed wordt gehaald als ze wakker is. Maar stel dat ze het zou aangeven, zou ze best wat langer kunnen blijven liggen denk ik." Twee vertegenwoordigers geven aan dat het personeel hier wel in mee zou gaan als bewoners hierom zouden vragen. Acht vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid op afwijkende tijden om eten/drinken kan vragen en dat zij dit dan ook krijgen. Wel geven ze hierbij aan dat ze er niet om zullen vragen; dit komt volgens hen door de dementie. Eén van de vertegenwoordigers geeft aan dat zijn/haar familielid alleen op vaste tijden van eten/drinken wordt voorzien.

Drie vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid niet kan bepalen waar hij/zij is en wil zijn, doordat diegene afhankelijk is van iemand die de rolstoel duwt. Drie vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid wel kan bepalen waar hij/zij is, mits dit binnen de afdeling is. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid geen behoefte heeft om elders op de afdeling of in het gebouw te zijn. Twee vertegenwoordigers geven aan dat het voor hun familielid niet mogelijk is om zich ongestoord terug te trekken doordat hij/zij in een rolstoel zit. Twee vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid zelf geen behoefte heeft om zich ongestoord terug te trekken. Tot slot geeft één vertegenwoordiger aan dat zijn/haar familielid liever niet alleen wil zijn en niet alleen wilt slapen door angst. Wel geldt hier ook dat als de bewoner aangeeft dat hij/zij zich wil terugtrekken, het personeel hier in mee zou gaan.

Vervolgens wordt gevraagd of bewoners zelf kunnen bepalen wat hij/zij belangrijk vinden. Zes vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid door de dementie niet zelf aangeeft wat hij/zij wil of verlangt: "Hij kan niet aangeven wat ie wil en doet ie ook niet. Hij zit zo vast als een huis." Wel geven ze aan dat wanneer familielid dit zal aangeven, personeel hier wel op in zal spelen. Twee vertegenwoordigers geven aan dat het personeel er veel aan doet om in te spelen op behoeftes. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat het personeel hier regelmatig op gewezen is, en wat consequenter in kan zijn, om het vooralsnog niet altijd goed gaat.

Twee vertegenwoordigers geven aan dat bewoners niet meer kunnen benoemen hoe ze hun dag in willen vullen en waar ze behoefte aan hebben. Dit komt volgens hen door de dementie. Wel geven ze hierbij aan dat personeel inspeelt op behoeften als het wel aangegeven wordt. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat de bewoner zijn dag invulling indirect wel kan bepalen; als hij/zij aangeeft moe te zijn, brengt het personeel hem/haar eerder naar bed. Vijf vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid niet zelf kan bepalen hoe zijn/haar dag er uit ziet. Dit komt volgens hen door de dementie. Ook hierbij geldt dat het personeel er wel op in zou spelen als dit wel aangegeven

wordt. Twee vertegenwoordigers geven tot slot aan dat de structuur van de dag voor hun familielid wordt bepaald, en dit door deze bewoners als prettig wordt ervaren.

4.2.7 Genot & beleving

De voeding smaakt volgens acht vertegenwoordigers goed en er wordt goed gegeten. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid ontevreden is over de voeding; dit heeft volgens haar te maken met de beleving. Thuis werd altijd gezond en goed gekookt, terwijl het op de afdeling uit bakken geserveerd wordt: “Ze is zelf gewend heel gezond te koken en eten, en dan komt het hier uit van die bakjes.” Het gaat hierbij dan niet om de smaak, maar om de beleving.

Acht van de negen geïnterviewde vertegenwoordigers geven aan te denken dat hun familielid zich niet verveelt. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid zich wel verveelt, en dat dit te zien is doordat de bewoner gaan slapen.

Op de vraag of bewoners leuke momenten beleven antwoorden zeven vertegenwoordigers dat dit voldoende en leuk is. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat activiteiten niet meer interessant zijn voor zijn/haar familielid. De vertegenwoordigers geven aan dat leuke momenten niet alleen activiteiten zijn, maar ook een glimlach of de manier van benaderen.

Tevens is de vraag gesteld of de bewoners geaccepteerd worden om wie hij/zij zijn. Zeven vertegenwoordigers geven aan dat dit wel het geval is. Eén vertegenwoordiger geeft aan te denken dat zijn/haar familielid gemist wordt als hij/zij er niet meer zou zijn. Een andere vertegenwoordiger denkt dat zijn/haar familielid niet wordt geaccepteerd om wie hij/zij is, omdat hij/zij teveel aandacht vraagt.

4.2.8 Gevoelens

Vier van de vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid zich niet eenzaam voelt. Wel geven ze aan dat deze vraag lastig te beantwoorden is, omdat ze niet kunnen inschatten wat er in het hoofd van hun familielid omgaat. Drie vertegenwoordigers geven om deze reden geen antwoord op deze vraag en zeggen het niet te weten. Twee vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid hier door de dementie niet meer over nadenkt, en zich dan ook niet eenzaam voelt en één vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid zich niet bezighoudt met gelukkig of ongelukkige gedachten. Tot slot denkt één vertegenwoordiger dat zijn/haar familielid zich eenzaam voelt door een minder prettig verleden. De vertegenwoordiger vraagt zich af of het familielid zich nu meer eenzaam voelt dan vroeger.

Op de vraag of de bewoners zich thuis voelen bij Gereia, wordt wisselend geantwoord. Vier vertegenwoordigers geven aan te denken dat hun familielid zich wel thuis voelt, en twee vertegenwoordigers denken van niet omdat de bewoner regelmatig vraagt naar thuis. Ook geeft één vertegenwoordiger aan dat zijn/haar familielid niet nadenkt over wat thuis is: “Ik weet niet of hij dat wil. Is nog niet aan de orde geweest. Nee. Andere mensen zeggen ik wil naar huis, maar hij zegt nooit ik wil naar huis. Hij weet niet eens wat thuis is. ”

Volgens zeven van de negen vertegenwoordigers voelen de bewoners zich veilig. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid zich niet veilig voelt; dit komt volgens hem/haar door de dementie.

Verder wordt gevraagd of de bewoners terecht kunnen met zorgen en verdriet. Hier wordt erg wisselend op geantwoord. Vijf vertegenwoordigers geven aan dat de bewoners wel terecht kunnen

met zorgen en verdriet, ze geven aan dat dit soms vaker gebeurt bij personeel dan bij familie. Ook omdat dit in het karakter zit; 'niet de kinderen lastig vallen met problemen'. Het personeel speelt hier volgens de vertegenwoordigers goed op in, en dit zit volgens hen in kleine dingen, zoals afleiden: 'kom, we gaan even ergens anders zitten' wordt als voorbeeld genoemd.

Het ervaren van warmte en genegenheid is positief, geven acht vertegenwoordigers aan. Wel is hierin zichtbaar dat iedere bewoner dit op zijn/haar eigen manier ervaart. De één vindt een knuffel en een arm om hem/haar heen prettig, terwijl de andere bewoner dit minder prettig vindt. Ook geven de vertegenwoordigers aan dat het ervaren van warmte en genegenheid vooral vanuit het personeel, maar ook vanuit familie moet komen en dat bewoners deze steun niet ergens anders in ervaren. Wel geven een aantal vertegenwoordigers aan dat de bewoners zich gewaardeerd voelen door het personeel.: "ik hoor wel van de verpleging, hij is want dat was hij altijd, vol humor en dat heeft hij met vlagen nog steeds. Ik denk als hij er niet meer is dat ze hem zullen missen. "

Vier van de negen vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid wel tevreden is met zichzelf als mens. Hiervan geeft één vertegenwoordiger aan dat zijn/haar familielid niet tevreden zou zijn als hij/zij van tevoren wist dement te worden. Twee vertegenwoordigers geven aan het lastig vinden om deze vraag te beantwoorden, omdat zij denken dat de bewoners zich hier niet bewust van zijn en hier niet over nadenken. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid meer tevreden zal zijn als hij/zij minder beperkt werd actiever kon zijn. Eén vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid niet tevreden is, en dat dit geuit wordt door het praten over de dood. De dementie heeft hierin invloed op de tevredenheid met zichzelf.

Geen van de vertegenwoordigers geeft aan dat zijn familielid kampt met agressie en boosheid, en één vertegenwoordiger geeft aan dat zijn/haar familielid ongelukkig en levensmoe is. Vijf van de vertegenwoordigers, dus meer dan de helft, geven aan te denken dat hun familielid wel gelukkig is, en drie vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid vrolijk/blij is; hierbij wordt aangegeven dat benadering van belang is. Zeven vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid wel eens onrustig is; dit komt volgens hen door angst, pijn of onbegrip. Vier vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid ook wel rustig is. Twee vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid soms somber is, bijvoorbeeld als familie vertrekt. Vier vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid soms energiek is, en acht vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid soms somber is. Uit de antwoorden blijkt dat positieve en negatieve emoties elkaar afwisselen.

Meer dan de helft van de geïnterviewde vertegenwoordigers, namelijk vijf, geven aan dat geloofsovertuiging belangrijk is. Voor één van de bewoners dusdanig belangrijk dat het heeft bijgedragen aan de keuze voor het verpleeghuis. Twee vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid vooral steun ervaart bij de liedjes; het meezingen en de herkenbaarheid: " Maria liedjes. Hij zong zo mee toen we door de gang reden. Ik denk; nou, dat zit er nog helemaal in. Dat maakt hem echt rustig." Wel wordt aangegeven dat de bewoners minder waarde hechten aan het geloof dan vroeger. De dementie heeft invloed op dit geheel; niet omdat er vanuit Gereia onvoldoende aan gedaan wordt.

Twee vertegenwoordigers geven aan dat hun familielid in zoverre steun ervaart van zijn/haar geloofsovertuiging dat de kerkgang wordt gezien als vorm van activiteit.

Tot slot geven drie vertegenwoordigers geven dat hun familielid niet nadenkt over het verleden. Zeven vertegenwoordigers geven aan dat er wel positieve herinneringen zijn, maar dat hier vaak naar gevraagd moet worden voor er over gesproken wordt. Vier vertegenwoordigers geven aan dat er wel negatieve herinneringen zijn, zoals oorlog of het overlijden van een dierbare, maar dat hier niet vaak over gesproken wordt. De terugblik op het verleden is bij hen echter over het algemeen niet negatief. Een voorbeeld: "Zowel positief als negatief. Oorlog natuurlijk, dus dat heeft er echt wel ingehakt. Daar wordt ze emotioneel van. "

4.2.9 Contacten

Tevens werd aan de vertegenwoordigers gevraagd hoe het contact tussen bewoners en familie is. Vier vertegenwoordigers geven aan dat het heel wisselend is of familie herkend wordt. De vertegenwoordigers geven aan dat hun familieleden frequent bezoek ontvangen. Twee van hen geven aan dat er onderling een bezoekersschema met familie is gemaakt ,zodat er consequent bezoek komt. Vertegenwoordiger geven aan dat er tussen de drie en zeven dagen in de week bezoek komt bij hun familieleden.

Twee vertegenwoordigers geven aan dat de bezoekmomenten prima zijn om de rust na te streven, en één vertegenwoordiger geeft aan dat het prettig zou zijn om samen met zijn/haar familielid te eten. Qua faciliteiten wordt ook wisselend gereageerd. Vijf vertegenwoordigers geven aan dat het restaurant prima is voor het ontvangen van bezoek. Ook wordt het belang van een éénpersoonskamer nogmaals benoemd; dan kan het bezoek ongestoord met een familielid zitten: “ Nou, ik denk die vele mensen.. dat ze dat soms wel druk kan vinden. Ze heeft geen eigen kamer.” Vier vertegenwoordigers geven aan dat het contact met medebewoners prima is, zonder bijzonderheden zoals bijvoorbeeld conflicten of opstootjes. Vijf vertegenwoordigers geven aan dat het matig is; er is weinig contact met medebewoners, dit komt volgens hen ook omdat de gesprekken onsamenhangend zijn. Het meeste contact is met personeel en vrijwilligers. Twee vertegenwoordigers geven aan dat er af en toe onderling conflicten zijn met medebewoners.

Honderd procent van de vertegenwoordigers geeft aan dat het contact met de verzorgenden leuk is; er wordt Twents gepraat en sommige verzorgenden hebben een leuke excentrieke manier van omgang. Eén vertegenwoordiger geeft aan niet te weten hoe het contact is als ze er niet bij is. Een andere vertegenwoordiger geeft expliciet aan zijn/haar familielid met een gerust hart achter te laten. Tot slot geeft vertegenwoordigers aan weinig personeel te zien en weinig contact met hen te hebben, mede doordat de bezoekmomenten in het restaurant plaats vinden. Eén vertegenwoordiger geeft aan te denken dat er contact is tijdens het brengen van koffie, maar dat de hoeveelheid contact tussendoor afhangt van de drukte op de afdeling.

4.2.10 Opvallende zaken vertegenwoordigers

Zichtbaar is dat de vertegenwoordigers soms niet eens toekomen aan hun eigen behoeften omdat ze zien dat het personeel druk is en ze hun niet tot last willen zijn. Ook heerst er een ‘het is niet anders’ gedachte en laat dit zien dat het beter kan. Er lijkt hierover ook geen contact te zijn met het personeel.

Tevens is zichtbaar dat er wordt aangegeven dat familie meer wil participeren, door bijvoorbeeld samen met moeder te gaan eten op de kamer.

5. Conclusie & aanbevelingen

In dit hoofdstuk staat de conclusie van dit onderzoek centraal. In hoofdstuk 3 werden de theoretische deelvragen 1&2 beantwoord en in dit hoofdstuk 4 worden praktische deelvragen 3&4 beantwoord. In paragraaf 5.1.1. wordt antwoord gegeven op praktische deelvraag 1. In paragraaf 5.1.2. wordt antwoord gegeven op praktische deelvraag 2. In paragraaf 5.2. wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Tot slot worden in paragraaf 5.3 aanbevelingen gegeven.

5.1 Conclusie praktische deelvragen

5.1.1 Conclusie praktische deelvraag 1: 'Hoe ziet het personeel van afdeling Fleerder Es deze kwaliteit van leven terug?'

De eerste praktische deelvraag van dit onderzoek gaat over hoe het personeel de kwaliteit van leven van de bewoners terugziet. Ook bij de conclusie wordt gewerkt vanuit de kaders die ook bij de resultaten zijn toegepast. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende items: kaders vanuit de aanpak van het personeel en de beleving van de bewoners.

Kaders

De personeelsleden van afdeling Fleerder Es geven aan dat klachten van de bewoners serieus genomen worden en dat daar goed op ingespeeld wordt. Het personeel geeft ook aan dat ze meegaan in de belevingswereld van de bewoners en dat ze kijken naar hun behoeftes. Ook zijn ze hierin kritisch op hun eigen handelen en veeleisend zijn naar zichzelf. Dit kan mede verklaren dat zij hoge werkdruk ervaren.

De personeelsleden geven in de interviews aan autonomie belangrijk te vinden en proberen dit te stimuleren. De personeelsleden geven aan dat de bewoners door hun dementie niet alles zelf kunnen bepalen en dat het personeel daarom waakt voor ongeremd gedrag. Het personeel geeft aan dat veel mogelijk is, mits de bewoners dit aangeven.

Ook wordt aangegeven dat zorg gerelateerde handelingen worden overgenomen door de eigen gemoedstoestand van het personeel; ze geven aan zelf tijds- en werkdruk te ervaren. Tegelijkertijd geven ze aan dat de zorg gerelateerde handelingen hierdoor niet per se sneller gaan. Wat hierin mogelijk ook mee speelt, is een verwachting van onkunde; denken dat de bewoners iets niet meer zelf kunnen. Echter gaat dit ten koste van de autonomie. Ook worden de bewoners beperkt in het bepalen van zaken aangezien familie dit van hun overneemt; hierbij valt te denken aan het aanschaffen van sigaretten en muziekvoorkeur. Tot slot geeft het personeel aan dat er wordt gekeken naar wat mogelijk is, zoals bijvoorbeeld de afdeling af gaan met een GPS systeem.

De personeelsleden geven aan te denken dat alle bewoners zich regelmatig vervelen. Zichtbaar is dat het personeel hier kritisch op is. Vraag die hierbij gesteld kan worden is of het personeel zich er van bewust is hoe verveling er per bewoner uit ziet.

Wat verder opvalt is dat het personeel ieder vanuit een eigen referentiekader kijkt en handelt. Wat tijdens de interviews naar voren kwam is dat ze zich niet altijd bewust zijn van de manier van handelen van collega's.

Het personeel heeft meerdere malen aangegeven het gevoel te hebben dat er tijdgebrek is. Wat hierbij opvalt, is dat het personeel aangeeft dat er altijd tijd gemaakt wordt op het moment dat iemand kampt met negatieve emoties zoals verdriet of agressie. Echter geeft het personeel aan weinig tot geen tijd te hebben voor positieve momenten, zoals een praatje of een kop koffie samen.

Het personeel lijkt een hoge werkdruk te voelen, waardoor ze het gevoel hebben de bewoners te kort te doen. Het personeel lijkt onvoldoende ruimte te voelen om oorzaken van bijvoorbeeld onrust weg te kunnen nemen. Er wordt aangegeven dat er weinig tijd is voor persoonlijk contact met bewoners, en personeelsleden zouden dit graag anders zien.

Volgens Adries Baart (2010) leven bewoners op van een presentie benadering van personeel. Dit houdt in dat het personeel echt aanwezig, dus niet ondertussen met eigen zorgen bezig zijn, of bijvoorbeeld met administratie die ook nog gedaan moet worden. Deze benadering wordt ingegeven door de relatie die er is tussen personeel en bewoner. Het personeelslid moet hierin trouw, barmhartig en aanspreekbaar zijn. Ze moet dichtbij komen, omdat ze dan pas kan zien wat ze voor iemand kan doen.

Beleving bewoners

Het personeel geeft aan dat sfeer en woonruimte voor de bewoners belangrijk is. Er wordt een sfeer gecreëerd die volgens hen als prettig wordt ervaren door de bewoners. Wel wordt het belang van een éénpersoonskamer benadrukt zodat de bewoners zich kunnen terugtrekken. Hierin lijkt het personeel zich bewust te zijn van de behoeften van de bewoners.

Het personeel geeft aan dat er met smaak gegeten wordt door de bewoners. De maaltijden kunnen echter verbeterd worden door de beleving te verbeteren; bijvoorbeeld vers koken of andere manier van serveren. Een aantal personeelsleden geeft aan door non-verbale gedragingen ongemak te kunnen merken. Hierover geven ze aan dat dit een aandachtspunt blijft.

Het personeel geeft aan dat de dementie invloed heeft op de gemoedstoestand en gevoelens van de bewoners. Ook geven ze aan dat de fysieke aanwezigheid van een extra personeelslid, in dit geval een stagiaire voor rust zorgt. Opmerkelijk bij de resultaten over de gemoedstoestand is dat het personeel niet op de hoogte is van de kerkelijke activiteiten die vanuit Gereia worden aangeboden; zowel de frequentie als het type activiteit blijft onduidelijk.

In de resultaten is te zien dat het personeel aangeeft dat de bewoners over het algemeen vaker bezoek zouden kunnen ontvangen. Het contact met medebewoners is oppervlakkig en ook is er weerstand door onbegrip.

Tot slot geeft het personeel aan dat de gemoedstoestand door de dementie snel kan veranderen. Dit is niet altijd negatief; er wordt aangegeven dat ook een negatief gevoel snel verandert kan zijn.

5.1.2 Conclusie praktische deelvraag 2: ‘Hoe zien de vertegenwoordigers van de bewoners van afdeling Fleerder Es deze kwaliteit van leven terug?’

De tweede praktische deelvraag van dit onderzoek gaat over hoe de vertegenwoordigers de kwaliteit van leven van de bewoners terugziet. Ook bij de conclusie wordt gewerkt vanuit de kaders die ook bij de resultaten zijn toegepast. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende items: kaders vanuit de aanpak van het personeel en de beleving van de bewoners.

Kaders

Door de vertegenwoordigers wordt aangegeven dat het lichamelijk welbevinden van de bewoners over het algemeen achteruit gaat. Dit heeft te maken met ouderdom en met de dementie. Volgens het grootste deel van de vertegenwoordigers hebben hun familieleden niet veel pijn. Een aantal vertegenwoordigers denken dat hun familieleden wel pijn hebben, maar dat ze hierdoor niet worden belemmerd bij activiteiten. Alle vertegenwoordigers zijn tevreden over de manier waarop het personeel inspeelt op de gezondheidsklachten van bewoners, en hoe hiermee om wordt gegaan.

Volgens een groot deel van de vertegenwoordigers kan er veel op de afdeling als de bewoners er om zouden vragen. Maar ook geven ze hierbij aan dat ze dit niet snel of helemaal niet zullen doen ten gevolge van de dementie. Dit geldt ook voor het bepalen van belangrijke zaken of de invulling van de dag. Hierin zijn de bewoners erg afhankelijk van de familieleden.

Bij het bezoeken van de familieleden komt de privacy weer naar voren. Door de vertegenwoordigers wordt aangegeven dat een éénpersoonskamer ervoor zou zorgen dat familieleden ongestoord met elkaar kunnen zitten. De frequentie van het bezoek is per bewoner heel verschillend. Het contact tussen bewoners is vaak wat oppervlakkig, er is niet echt een dialoog. Af en toe is er onderling een conflict met medebewoners. Het contact tussen de verzorgden en de bewoners is erg goed en leuk. Dit wordt door alle vertegenwoordigers gezegd. Het contact tussen de vertegenwoordigers en het personeel zou wel wat meer mogen. Er wordt aangegeven dat dit contact er nu niet vaak is. Ook dit benadrukt de afhankelijkheidspositie van de bewoners weer; afhankelijk van wat familie overdraagt naar het personeel over interesses en belangen.

Beleving bewoners

De woonruimte van de afdeling wordt over het algemeen als prettig ervaren, maar het merendeel van de bewoners kan zich niet ongestoord terugtrekken. Wanneer dit wel zou kunnen denken de vertegenwoordigers wel dat het personeel hier op in zou spelen.

Het grootste deel van de vertegenwoordigers geeft aan dat het geloof erg belangrijk is voor hun familielid en dat dit ook heeft meegewogen in de keuze voor een verpleeghuis.

Of de bewoners zich eenzaam voelen vinden de vertegenwoordigers lastig om te bepalen, omdat ze niet weten wat er in het hoofd van hun familielid omgaat of omdat er door dementie niet meer over na wordt gedacht. Dit geldt ook voor het feit om de bewoners zich thuis voelen bij Gereia. Warmte en genegenheid wordt op een fijne manier ervaren, volgens de vertegenwoordigers. Het personeel speelt goed in op de behoeften van de bewoners.

Het grootste deel van de vertegenwoordigers denkt niet dat hun familielid zich verveelt. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de frequentie van de momenten waarop vertegenwoordigers hun familieleden zien.

Veiligheid is iets wat als belangrijk wordt ervaren door de vertegenwoordigers. De meeste vertegenwoordigers geven aan dat ze denken dat hun familieleden zich veilig voelen op de afdeling. Het personeel gaat volgens de vertegenwoordigers goed om met zorgen en verdriet van de bewoners, en ook spelen ze hier goed op in.

5.2 Conclusie hoofdvraag

De hoofdvraag luidt; hoe is de kwaliteit van leven van de bewoners op afdeling Fleerder Es na de hervormingen in de zorg en waar liggen mogelijke verbeterpunten? Echter is de kwaliteit van leven

niet aan te duiden met goed/fout; dit komt ook doordat de bewoners zelf geen antwoorden geven op de gestelde interviewvragen.

De kwaliteit van leven wordt (negatief) beïnvloed door de dementie, dit blijkt uit theoretische deelvraag 2 in combinatie met de praktische deelvragen. De dementie heeft ook invloed op alle 3 domeinen van de kwaliteit van leven. Ook de gevolgen van de wetgeving zoals de BOPZ (beschreven in deelvraag 1) invloed op de dementie, namelijk dat het de vrijheid beperkt doordat de deuren gesloten zijn. Ondanks dat dit noodzakelijk is, heeft het wel degelijk invloed op de kwaliteit van leven. Doordat de bewoners niet meer bekwaam zijn in het uitvoeren van handelingen worden zij beperkt in de autonomie; ze zijn hierin afhankelijk van het personeel en familie. Bewoners in een rolstoel kunnen bijvoorbeeld niet zelfstandig naar de stad en ook zijn de bewoners zelf niet in staat om zichzelf te voorzien van bijvoorbeeld sigaretten of een borreltje. Tevens zijn ze afhankelijk van het personeel in andere gebieden, zoals het helpen voorzien van voeding of medicatie, beschrijft Geelen (2015). Ook moet het personeel de bewoners goed observeren, aangezien de bewoners niet direct wat kunnen aangeven. Het zijn uiteenlopende zaken die aandacht en bijsturing vragen (Geelen, 2015).

In de resultaten en conclusie van de praktische deelvragen is zichtbaar dat de dementie niet altijd invloed heeft op genot. Het eten smaakt hun goed, en volgens de vertegenwoordigers vervelen ze zich niet vaak en zijn ze vaak vrolijk. Toch komt naar voren dat de beleving soms wat kan worden verbeterd bij bijvoorbeeld het eetmoment of het creëren van een plek met privacy. Wel is het tegenstrijdige dat het personeel, welke veel meer in contact staan met de bewoners, hier veel negatiever naar kijken. Het personeel is kritischer, maar kijken vanuit eigen referentiekader. Een voorbeeld hiervan is dat het personeel aangeeft dat de bewoners zich het grootste deel van de dag vervelen, terwijl een paar vertegenwoordigers aangeven dat vader/moeder vroeger altijd de hele dag lekker rustig in de stoel kon zitten. Het lijkt dat hier niet voldoende over gecommuniceerd wordt; het personeel kan gerustgesteld worden in hun kritische blik wanneer ze zich hier minder druk om hoeven te maken. Gestructureerde communicatie is goed voor het bespreken van ideeën over angst, lijden, medicatie maar ook genot en beleving (Geelen, 2015).

Wel is vanuit alle resultaten zichtbaar dat het personeel inspeelt op de behoeftes en belangen van de bewoners; dit geeft zowel het personeel zelf aan als de vertegenwoordigers. Echter is de valkuil hierbij dat het personeel zegt dat (bijna) alles mogelijk is, mits de bewoners dit aangeven. Het lastige hierin is dat de dementere bewoners niet altijd kunnen aangeven wat zij willen of prettig vinden; onduidelijk hierbij is of het personeel zich bewust is van dit geheel.

Tot slot geeft het personeel aan hoge werkdruk te ervaren; de problematiek van de bewoners en de opnames worden zwaarder met heftigere problematiek. Ze geven aan een periode veel agressie en onrust te hebben gehad; zij geven aan dat dit ook invloed heeft gehad op de overige bewoners. Ook geven ze aan weinig-geen tijd te hebben voor de bewoners. Haastig en flexibel gedrag in de begeleiding geeft echter afweergedrag, beschrijft Geelen (2015). De wisselwerking tussen bewoner en personeel is belangrijk. Een voorbeeld hierbij is de eenzijdige wisselwerking; de wat meer afhankelijke cliënten krijgen meer aandacht en zorg en de redelijk zelfstandige cliënt krijgt minder aandacht (Geelen, 2015).

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn aandachtspunten naar voren gekomen; deze worden in de volgende paragrafen besproken.

5.3.1 Aanbeveling 1: Scholing personeel

Wat opviel is op dat het personeel ethisch en integer handelt. Ze zijn erg betrokken, werken met overgave, weten een warme en liefdevolle sfeer te creëren. Het personeel speelt goed in op de bewoners wanneer zij aangeven iets te willen. Vertegenwoordigers geven echter aan dat hun familielid veel niet meer aangeeft, zoals bijvoorbeeld honger, dorst of dingen die ze belangrijk vinden. De vraag is of het personeel zich hier van bewust is. Het begeleiden van mensen met dementie gaat samen met vragen rondom wilsbekwaamheid, beschrijft Geelen (2015). Wat kan de cliënt nog zelf beslissen en wat niet meer? Een risico is dat er te veel voor de cliënt wordt bepaald, en anderzijds dat de cliënt niet meer zelf kan inschatten. Wilsbekwaamheid is volgens Geelen (2015) een complex onderwerp voor zorgverleners. De aanbeveling luidt daarom dat zorggroep Sint Maarten het personeel kan ondersteunen door ze een (opfris) scholing over dementie aan te bieden waarin ook valkuilen opnieuw benoemd worden zodat het personeel hier op kan reflecteren. De training die hiervoor geschikt zou zijn is de training 'Omgaan met gedragsverandering bij psychogeriatric', een onderwijsmodule over psychogeriatric ontwikkeld door het Albeda College in een Zorg voor Beter traject. Het is een scholing die gericht is op de volgende zeven competenties; vraaggericht werken, belevingsgerichte benadering van dementerende cliënten, omgaan met gedragsproblemen, communicatie en ondersteuning mantelzorg, communicatie met dementerende cliënt, toepassing van verschillende benaderingswijzen en algemene kennis van psychogeriatric ziektebeelden. Het is mogelijk de scholing in losse onderdelen af te nemen. Een andere training die gevolgd zou kunnen worden, is bijvoorbeeld 'train de trainer Hulp bij Dementie'. Het is een programma dat is ontwikkeld om de deskundigheid over dementie van zorgverleners te vergroten. Daarbij gaat het om de kennis omtrent dementie, de houding ten opzichte van dementerenden en mantelzorgers en de vaardigheden die die nodig zijn in de omgang met dementerende en mantelzorgers. Een variant op de bovengenoemde trainingen wordt aanbevolen (Zorg Voor Beter, 2016).

Een zorgverlener heeft veel verantwoordelijkheden. Zo is er de plicht om familie te begeleiden, in te spelen op de behoeften van de bewoners en zicht te hebben op het dementieproces. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld problemen in de aanpassing, achterdocht en depressie. Het advies is daarom tevens om de boeken van Ronald Geelen, Dementiezorg in de praktijk deel 1&2 aan te schaffen voor op de afdeling. In dit boek worden praktische voorbeelden gegeven hoe met dementerende mensen moet worden omgegaan. Voor het personeel kan dit boek helpend zijn bij moeilijke vraagstukken en dilemma's. De personeelsleden kunnen bijvoorbeeld eens in de maand samenkomen een thema dat een (groepje) collega(s) heeft voorbereidt uit het boek bespreken. In deze boeken beschrijft Geelen (2015) onder andere dat het personeel dat omgaat met een dementere bewoner, bijzondere kwaliteiten moet hebben. Deze kwaliteiten zijn bijvoorbeeld acceptatie, geduld en troostend omgaan met het onvermijdelijke leed en de waarheid. Zoals in hoofdstuk 3 het theoretisch kader beschreven staat, is het voor personeel lastig om met dementie om te gaan.

5.3.2 Aanbeveling 2: Intervisie/coaching

De personeelsleden hebben zichzelf een bepaalde routine eigen gemaakt, waardoor bepaalde handelingen soms verricht worden zonder daar bij na te denken. Routines van sommige collega's zullen met elkaar overeenkomen, anderen zullen verschillen. In de resultaten is zichtbaar dat de personeelsleden niet vaak met elkaar bespreken hoe zij iets aanpakken of waarom zij iets doen. Een vorm van intervisie of coaching waarin ervaringen en visies gedeeld worden zou het personeel

kunnen helpen. Er wordt vanuit eigen referentiekader gehandeld en daarom is het goed om soms de aanpak van een ander te horen. Probleemgedrag van bewoners kan worden versterkt door opvattingen van het teamlid. Verschillende teamleden zullen verschillend tegen dit probleemgedrag aankijken. Het personeel ervaart gevoelens door het gedrag van de bewoners; deze hangen samen met de gedachten rondom het probleemgedrag. Deze verdienen de aandacht. Ervaringen uitwisselen binnen het team werkt relativerend; 'blijkbaar is er geen ijzeren wet die maakt dat je jezelf bij dit gedrag zus of zo moet voelen' (Geelen, 2015). Er worden vaak spoken verzonnen die de zorgverlener bozer, angstiger of verdrietiger maken. Rust in het hoofd is onmisbaar voor een goede omgang. Intervisie biedt een mogelijkheid om hier bij stil te staan en meer/dieper te reflecteren dan normaal gedaan wordt. Het personeel geeft bijvoorbeeld aan dat de bewoners geen pijn hebben, wel krijgt 4/5e deel van de bewoners dagelijks paracetamol; is het personeel zich niet bewust van de pijn of is dit 'normaal' geworden? Ook hierin heeft Zorggroep Sint Maarten een ondersteunende functie.

5.3.3 Aanbeveling 3: Belevingsgericht

Het personeel geeft aan belevingsgericht te handelen en ook in deelvraag 1 komt het begrip 'belevingsgericht' vaker naar voren. De vraag is hoe dit wordt vormgegeven? Momenteel is er sprake van een verbouwing op afdeling Fleeder Es; een perfecte mogelijkheid om een zo optimaal mogelijk, belevingsgerichte ruimten te creëren. Eén personeelslid geeft aan een bushokje in de gang een goed idee te vinden; dit kan de bewoners geruststellen. Ook geeft één personeelslid aan graag een ruimte te zien met een kacheltje en een koffiezet apparaat waar de bewoners gezellig met familie kan zitten; het is tenslotte hun huis.

Geelen (2015) beschrijft het belang van de woonruimte, zoals bijvoorbeeld een rustige plek zonder geluidsoverlast. Geluidsoverlast geeft verschillende gevolgen voor iemands stemming, zoals prikkelbaarheid, vermoeidheid, ongeremd reageren, onrustig en agressief gedrag. Ongewenst geluid kan worden voorkomen met technische oplossingen zoals geluiddempend materiaal of een stillere stofzuiger. Het gebruik van kleuren kan volgens Van Hoof & Wouters (2014) zelfs de kwaliteit van leven bevorderen. Kleur moet hierbij niet onpersoonlijk overkomen en een huiselijke sfeer creëren. Ook doet licht heel erg veel; gebrek aan licht kan winterdepressieklachten geven, ook midden in de zomer. De oplossing is vaker naar buiten gaan, of het gebruiken van speciale lichtlampen. Omdat de bewoners niet of nauwelijks van de afdeling af komen is het fijn dat er een binnenplaats is op de afdeling. Omdat dit in de winter te koud is, kan daar op dat moment geen gebruik van worden gemaakt. Daarom zou het goed zijn als er speciale lichtlampen op de afdeling komen.

Een andere aanpassing die op de Fleeder Es gedaan kan worden, heeft betrekking op de sanitaire ruimten. In een sanitair ruimte kan minder licht juist helpend zijn; het blote lijf ziet er minder aangenaam uit bij helder licht. Tevens kan in een sanitaire ruimte de oriëntatie bevorderd worden door kleurverschil tussen het sanitair met een andere kleur van de tegels. Mensen met dementie of andere neurologische schade zien soms op vlakke vloeren diepte, dit maakt weer dat scherpe kleurcontrasten moeten worden vermeden. Verder beschrijft Geelen (2015) dat onnodige en ongewenste prikkels moeten worden voorkomen. Dit kan leiden tot overbelasting en vermoeidheid, waarna vervolgens onrustig en spanning ontstaat. Wel kunnen prikkels positief ingezet worden zoals herkenbaarheid; vloerkleedjes, of klassieke meubels. Ook kan de zit-plek, in dit geval een eenpersoonskamer, ingericht worden met foto's en eigen meubeltjes.

Bijna alle personeelsleden en een paar vertegenwoordigers geven aan dat de beleving ten opzichte van het eetmoment verbeterd kan worden; bewoners zouden kunnen participeren door bijvoorbeeld aardappels te schillen, de tafel te dekken of af te wassen. Geelen (2015) bevestigt dit; volgens hem blijkt uit onderzoek van Kristel Nijs van de Universiteit Wageningen, dat samen tafelen zorgt tot een gezonder gevoel en het beter op gewicht blijven bij de bewoners. Tevens voelen de mensen zich sneller eenzaam en depressief als ze van een dienblad eten in eigen slaapkamer of recreatiezaal.

Tot slot komen de eenpersoonskamers vaak terug in de interviews; op één na alle respondenten zien hier het belang van in. Toekomstige verpleeghuiszorg zal zich in toenemende mate richten op dementerende bewoners, volgens Verbeek (2014). Het concept 'kleinschalig zorg' geeft ook vorm aan de nieuwe visie waarbij men probeert aan te sluiten bij het individu. Mensen voeren regie over het eigen leven. Hierbij is het belangrijk dat de bewoners zelf kunnen besluiten wanneer ze zich willen terugtrekken. Dit benadrukt opnieuw het belang van een eenpersoonskamer.

5.3.4 Aanbeveling 4: Ontlasten personeel

De resultaten geven weer dat het personeel aan behoorlijke werkdruk ervaart. De zorg is hervormd waardoor minder personeel op de afdeling staat. Geelen (2015) beschrijft dat haastig en weinig flexibel gedrag in de begeleiding leidt tot afweergedrag van de bewoners. Zorgverleners weten dat het contact met een ander voor een groot deel wordt bepaald door hun eigen mentale gesteldheid (Geelen, 2015). Eigen verwachtingen stralen af op een ander. Een positieve benadering is volgens Geelen (2015) belangrijk. Daarbij is het belangrijk om niet te doen alsof, maar jezelf als professional anders te programmeren. Zorgverlening is volgens Geelen (2015) een weektaak die in een dag gedaan moet worden. Er wordt gewerkt met mensen met een vaak oneindige hulpvraag, er gebeurt veel tegelijk en ook ontstaan en onverwachte hulpvragen. Kortom, het gevoel van tekortschieten is aanwezig bij zorgverleners en dit kan emotioneel belastend zijn. Schuld en onmachtgevoelens zijn volgens Geelen (2015) geen probleem, maar voor de zorgverlener wel belemmerd. Dit werkt als een vicieuze cirkel: dit voelen de bewoners dan weer. Het is goed dat het personeel tijd krijgt om met elkaar te praten over deze emoties en te bespreken, waardoor ze elkaar tips kunnen geven hoe hier mee om te gaan.

Uit de interviews is gebleken dat het personeel geen tijd heeft voor leuke momenten met de bewoners, en achteraf altijd de negatieve emoties zoals onrust of agressie moet oplossen. Hierdoor lijkt geen tijd te zijn om de bron van deze negatieve emoties weg te nemen. Echter is er niet per direct geld beschikbaar om meer personeel in te zetten en zal er een andere oplossing moet worden gevonden; een voorbeeld hiervan is een andere mix van personeel (verschillende niveaus en competenties) en andere taakverdelingen (Hamers et al., 2016). Tevens kan de inzet van vrijwilligers of familie/vertegenwoordigers (zie aanbeveling 4) helpend zijn om de werkdruk te verlagen bij het personeel. Dit kan maken dat het personeel minder werkdruk ervaart, zonder dat ze met meer personeel aanwezig zijn.

5.3.5 Aanbeveling 5: De inzet van technologie

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de bewoners van afdeling Fleeerder Es afhankelijk zijn van de activiteiten die vanuit de activiteitenbegeleiding worden aangeboden. Ook is het welzijnsteam volgens het personeel ingericht binnen heel Gereia en niet afdeling gebonden; de enige dag zijn er meer activiteiten dan de andere dag. Wijnberger (z.j.) beschrijft dat technologie een grote ondersteuner kan zijn in het verpleeghuis van de toekomst. Het kan positief ingezet worden om zelfstandigheid te bevorderen bij een bewoner, maar ook zijn er technologische ontwikkelingen geweest op het gebied van activiteiten. Een voorbeeld hiervan is volgens Wijnberger (z.j.) beeldcommunicatie door middel van een iPad of een zogenoemde Braintrainer, waarin verschillende spellen op kunnen worden ingesteld. Ook bestaat de 'En toen'-app. Dit is een app waarin digitale media en persoonlijke voorkeur en referentiekader samen komen. De verzorgenden kunnen een account maken en hier zes thema's invoegen met afbeeldingen van vroeger, die de bewoner mogelijk herkent. Hierdoor kan er ook makkelijk een gesprek op gang komen en wordt herkenning gestimuleerd. Ook is een optie hierbij de 'Kinect'; dit is een geavanceerde webcam waarmee gezichtsherkenning mogelijk wordt gemaakt. Als een dwalende bewoner langsloopt en het gezicht wordt herkend, wordt er automatisch een persoonlijke foto geladen waardoor er meteen een moment van herkenning ontstaat. Dit kan de onrust wegnemen bij de bewoner.

Tevens kan geconcludeerd worden uit de resultaten van de vertegenwoordigers dat er wat onvrede is over het rapportagesysteem; het is ontoegankelijk en het systeem faalt regelmatig. Vermeulen (2014) raadt ShareCare Toolbox aan. Dit is een digitaal communicatiesysteem waarin de zorg eenvoudig wordt overgebracht aan familie en/of mantelzorgers; zij kunnen vanuit huis up-to-date zijn over hoe het gaat in het verpleeghuis. Tot slot kan deze zorgsite ook worden aangevuld met een module voor intramurale familieparticipatie. Er wordt gecommuniceerd over welzijnsactiviteiten en hun mogelijk bijdrage hierin. De inzet van technologie kan het personeel ontlasten.

5.3.6 Aanbeveling 6: Meer communicatie tussen personeel en vertegenwoordigers

Zichtbaar is dat de visies van de vertegenwoordigers en het personeel behoorlijk van elkaar verschillen, waardoor de volgende vraag opsteelt: hoeveel contact is er werkelijk tussen personeel en vertegenwoordigers? Een aantal vertegenwoordigers benoemen dat ze graag wat meer betrokken willen worden; een aandachtspunt waardoor het personeel zichzelf kan ontlasten. Een voorbeeld is familie met vader/moeder mee laten eten op een eigen plek zoals bijvoorbeeld de slaapkamer. Ook is zichtbaar dat de vertegenwoordigers de ‘het is nou eenmaal zo’ houding hebben, waardoor zij niet toekomen aan het aangeven van wensen voor hun familielid omdat zij het gevoel hebben dat hier geen ruimte voor is. Echter moet deze ruimte er wel zijn voor de vertegenwoordigers. De aanbeveling is om meer frequent een contact- of evaluatiemoment te hebben zodat deze zaken besproken kunnen worden.

Geelen (2015) beschrijft dat onderzoek uitwijst dat een mantelzorger een zware tol eist. Hierbij kan worden gedacht aan minder zelfzorg, meer stress en slechter slapen. Deze belasting ontstaat vaak al in het begin van een ziekteproces en wordt vaak versterkt door de toenemende klachten. Na opname mag niet worden verwacht dat de mantelzorger zich snel herpakt en het opladen van de accu kan soms maanden duren. In tijden van rouw en verlies komt het negatieve meestal meer bovendrijven dan het positieve (Geelen, 2015). Een zorgverlener kan familie hierin ondersteunen door mee te denken in wat zij kunnen doen met en voor hun opgenomen verwanten/familieleden, begeleiden in de omgang met heftige emoties en ongenoegen, en regelmatige afspraken en contact tussen zorgverlener en contactpersoon. Een goed begin (zie kennismaking) is belangrijk, en heet familie welkom. Het streven is om samen de zorg voor de bewoner te verlenen. Doordat de zorg voor een bewoner meer samen wordt gedaan met familie, kan het personeel worden ontlast.

6. Sterkte & zwakte analyse

In dit hoofdstuk van het bachelor rapport wordt een sterkte- en zwakte analyse gemaakt. Dit wordt gedaan over verschillende aspecten van het bachelor rapport. Wat ging goed, en wat kon beter? Ook wordt er gekeken naar de invloed hiervan op het bachelor rapport.

6.1 Organisatorisch

Als allereerst wordt het organisatorische aspect van het bachelor rapport geanalyseerd aan de hand van een sterkte-zwakte analyse.

Wat vooral beter kon in het realiseren van het bachelor rapport is het maken van een concrete planning geweest. Er was vanaf het begin niks concreets gepland waardoor een heldere richtlijn ontbrak. Voor het onderzoeksplan is een planning gemaakt die vervolgens niet is toegepast in de aanpak. Dit kwam echter ook doordat het plannen van de interviews tegenviel wegens het gebrek aan respons. Vervolgens is geen nieuwe planning gemaakt en leek de rest van de werkzaamheden wat stil te liggen. Het was merkbaar dat bij een van de teamgenoten wat meer stress opspeelde doordat er geen concrete planning was.

Tevens was het handig geweest om concrete momenten af te spreken om met het bachelor rapport aan de slag te gaan. Dit had miscommunicaties voorkomen zodat er overlegd kon worden, zonder dat een andere teamgenoot aan het werk was of onbereikbaar was. Dit kon ook vervangen worden door een heldere taakverdeling op te stellen zodat iedereen weet wat zijn/haar deel is. Dit was wat chaotisch. Ook verloopt communicatie via WhatsApp soms niet optimaal en is face-to-face overleg wat concreter.

Wat vooral goed ging is de onderzoeksgroep; alle groepsgenoten hebben verschillende kwaliteiten en dit vult elkaar goed aan. Er was ruimte voor feedback aan elkaar en er kon goed worden overlegd. De een was kritischer dan de ander en dit zorgt voor een goede balans. Tevens zijn alle groepsgenoten aanpakkers en dit maakt dat er geen discussie ontstond over de verdeling van de taken.

6.2 Interviews

De interviews plannen viel zoals bovenstaand beschreven al tegen; er werd niet gelijk gereageerd en ook het plannen was lastig. Tevens duurden de interviews langer dan gehoopt; uitgangspunt was 30 minuten en niet één interview heeft het in die tijd gehaald. Dit maakte dat het tijd technisch soms niet goed te realiseren was en sommige interviews wat sneller werden afgemaakt dan anderen aangezien in sommige gevallen de volgende respondent al aan het wachten was.

Ook is een valkuil geweest dat er soms te vanzelfsprekend werd uitgegaan van een antwoord, en er onvoldoende werd doorgevraagd. Dit werd bij het uitwerken van de resultaten duidelijk; de antwoorden liepen soms uiteen. Een voorbeeld is vraag 1; hoe beoordeelt u de gezondheid van de bewoners? Het ene personeelslid antwoordde met goed of fout, waarbij de andere aangaf dat de zorg die zij leveren goed is. Het was merkbaar dat bepaalde personeelsleden hierdoor in de verdediging kwamen en dat zij meer het gevoel hadden dat ze beoordeeld werden. De kans bestaat dat om deze reden de objectiviteit niet gegarandeerd kan worden. Wellicht konden de personeelsleden beter voorbereid worden voor de interviews; dit kon wellicht de antwoorden beïnvloed hebben.

Tevens hadden de interviews ook wat beter gestructureerd kunnen worden, met name de interviewers die aanwezig waren. Het ene interview waren er 3 aanwezig, en ook wanneer er 2

interviewsters waren kon verschillende welke 2 dit precies waren. Hierdoor zijn er ook andere doorvragen gesteld, en wellicht verschillende voorbeelden gegeven in de vragen. Dit maakt ook dat de antwoorden al enigszins beïnvloed zijn en een bepaalde kant op neigen.

Wat de vragenlijst betreft; een bestaande vragenlijst is omgebogen zodat niet de bewoner zelf antwoord gaf maar het personeel en de vertegenwoordigers van de bewoners. Soms is het wellicht wat lastig te antwoorden. Voor de vertegenwoordigers lag het knelpunt vooral bij vragen over verveling, aangezien de vertegenwoordigers hun familie alleen vermaakt zien omdat zij niet weten wat er gebeurt als ze er niet zijn, enkel van rapportages. Tevens vinden vertegenwoordigers het lastig om in te vullen hoe hun familielid zich voelt.

Voor personeel geldt het volgende; de vragen werden over het algemeen gesteld. Een voorbeeld is; Hoe vindt u het contact tussen de bewoners en familie? Het personeel gaf hierin het antwoord dat het van elkaar verschilt; de één krijgt dagelijks familie op bezoek en de ander nooit. De vragen waren te algemeen waarin merkbaar was dat het personeel het moeilijk vond om te antwoorden. Ook de vragen op zich werden makkelijker beantwoord als ze concreter waren. Een voorbeeld hiervan is; 'hoe anticipeer jij op onrust bij bewoners'; deze werd lastiger beantwoord dan 'hoe vaak dien jij medicatie toe'?

Wat vooral goed ging is de houding van de interviewers geweest. Een rustige houding, open en er is voldoende ruimte gegeven voor emoties. Niemand was bevooroordeeld en alle interviewers gingen objectief de interviews in. Ook hebben de interviews geresulteerd in dat het personeel gaat nadenken.

6.3 Uitwerken resultaten

Bij het uitwerken van de resultaten zijn we begonnen met alle vragen en antwoorden in tabel gezet. Vervolgens zijn we begonnen met het schrappen van tekst bij het onderdeel personeel, waarnaar we vervolgens gingen labelen. Echter hebben we dit bij de vertegenwoordigers niet zo aangepakt en hebben we het schrappen van tekst overgeslagen en zijn we meteen gaan labelen. Tevens is het eerste gedeelte van het labelen met 3 personen gebeurt, vervolgens met 2 en uiteindelijk ieder individueel. Dit maakt dat iedereen zijn/haar labels anders in het labelschema plaatst. Als dit allemaal door dezelfde personen was geweest was de informatie wellicht gelijkmatiger gelabeld. Nu kon het zijn dat ieder in eigen referentiekader labelt en antwoorden anders opvat, zonder mogelijkheid om te discussiëren met andere groepsgenoten. Wel is gekeken of ieder groepslid dezelfde labels gebruikte.

6.4 Aanbeveling vervolgonderzoek

Het onderzoek van Hamers et al. (2016) beschrijft dat het belangrijk is om een optimale mix van competenties en opleidingsniveau te hanteren op een afdeling in een verpleeghuis; dit komt voort uit een onderzoek naar de impact op de kwaliteit door vermindering personeel. Als onderzoek zal het goed zijn om te onderzoeken hoe op afdeling Fleeider Es de optimale mix van competenties er uit ziet en hoe dit ingezet kan worden. Welke opleidingsniveaus zijn hierin belangrijk en hoe moet dit er in de praktijk uit zien?

7. Discussie

‘Vermindering personeel betekent automatisch minder kwaliteit van zorg’.

7.1 Minder handen aan het bed is minder kwaliteit

Er wordt veel gesproken over ‘minder handen aan het bed’ in de verpleeghuiszorg. Dit is ook terug te zien in de interviews, waarin het personeel vaker aangeeft minder tijd te hebben voor de bewoners. Ook wordt gesproken over dat dit de kwaliteit van de zorg niet ten goede doet. Maar, is dat ook zo?

Het kwaliteitskader verpleegzorg van de Rijksoverheid (2016) is een register die zichtbaar maakt wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars hebben afgesproken over wat goede zorg is. Dit wordt ook wel de kwaliteitsstandaard genoemd. Dit register beschrijft in eerste instantie wat cliënten en hun naasten mogen verwachten, en ten tweede biedt dit aanbevelingen voor zorgorganisaties en hun zorgverleners om kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken. In de verpleegzorg is de cliënt altijd het uitgangspunt, maar ook is kwaliteitsverbetering een belangrijk punt in het kwaliteitskader. Maar, hoe gaat dit nu samen met minder personeel?

7.2 Kwaliteitskader over personele samenstelling

Het kwaliteitskader besteedt veel aandacht aan de personele samenstelling. Verpleeghuiszorg is mensenwerk en er moet bevoegd en bekwaam personeel zijn; anders kan er geen kwalitatief verantwoorde verpleegzorg worden geleverd. Er wordt hier vooral gesproken over de bekwaamheid van het personeel, en niet zozeer de hoeveelheid personeelsleden. De juiste mix van competenties onder de personeelsleden zal de gevolgen van minder personeel kunnen opvangen.

In het kwaliteitskader verpleegzorg worden vier thema’s onderscheiden als het gaat om de kwaliteit van de persoonsgerichte zorg en ondersteuning. Dat zijn de volgende vier thema’s. Het eerste thema is ‘compassie’; de bewoner ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip. Ook is er het thema ‘uniek zijn’; de cliënt wordt als mens gezien met een persoonlijke context die ertoe doet en zijn eigen identiteit komt tot zijn recht. Vervolgens thema 3, namelijk ‘autonomie’; streven naar eigen regie over leven en welbevinden. Tot slot thema 4, de zorgdoelen; iedere cliënt heeft duidelijke afspraken over en inspraak bij doelen ten aanzien van zijn/haar zorg en ondersteuningsbehoefte. Deze thema’s zijn ook gebruikt in de verwerking van de resultaten in hoofdstuk 4.

Tevens wordt beschreven dat er een analysefase is geweest van de tot stand komen van dit kwaliteitskader. In deze fase bleek dat er nauwelijks bewijs te vinden is voor generieke landelijke kwantitatieve normen voor zorgverleners. Iedere zorginstelling hanteert andere normen voor kwaliteit en heeft een eigen aanpak voor het nastreven hiervan. Er is nauwelijks bewijs voor een eenduidig causaal verband tussen kwaliteit van zorg en de personeelsmix (kwantitatieve en kwalitatieve inzet van personeel). Dit blijkt uit onderzoek van Hamers et al. (2016).

7.3 Onderzoek ‘meer is niet per se beter’

De samenvatting van het onderzoek van Hamers et al. (2016) luidt namelijk dat het simpelweg inzetten van meer verzorgend en verplegend personeel in de verpleeghuiszorg niet leidt tot een verbetering van kwaliteit van zorg of kwaliteit van leven. Er moet worden gezocht naar een optimale mix van medewerkers met verschillende competenties. Dit is volgens hen de conclusie uit 180 relevante en beschikbare wetenschappelijke publicaties op dit terrein.

De optimale mix van competenties kunnen onderverdeeld worden in specifiek zorginhoudelijke en medische competenties, en anderzijds competenties op het terrein van sociale activiteiten. Om hier vorm aan te geven zijn leiderschap en coaching onontbeerlijk als rolmodellen. De huidige formatie, met een sterk accent op MBO opgeleide medewerkers is daarom onvoldoende verdeeld; daarom is meer kennis op de afdeling nodig en moet de staf in de dagelijkse zorg worden versterkt met HBO en WO geschoolde medewerkers (Hamers et al., 2016). Kortom: het samenspel tussen kennis, vaardigheden en attitudes in de zorg maakt of medewerkers de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden.

7.4 Maar..

In dit onderzoek naar kwaliteit van leven van de bewoners op afdeling Fleerder Es is zichtbaar dat personeelsleden aangeven weinig tijd te hebben voor de bewoners, en hierdoor de bewoners onvoldoende tegemoet kunnen komen in bijvoorbeeld troosten, of rust bieden bij onrust. In hoeverre strookt dit met wat het kwaliteitskader beschrijft, namelijk dat nabijheid, aandacht en begrip belangrijk zijn? Nabijheid en aandacht zijn lastig na te streven wanneer het aanwezige personeel druk is met andere taken of bewoners.

Zorggroep Sint Maarten vindt belevingsgericht werken belangrijk. Zo luidt de visie; deel je leven, en laat zien wie je bent! Maar Zorggroep Sint Maarten heeft ook bekwaamheid hoog in het vaandel staan. Echter heeft Zorggroep Sint Maarten, net als andere instellingen, te kampen met de zorghervorming, waarin zichtbaar is dat het financieel is veranderd gedurende de laatste jaren. Zichtbaar is dat in het jaar 2015 1,5 miljoen minder omzet gemaakt is. Wel zijn de personeelskosten gedaald. Dit komt volgens het jaarverslag van Zorggroep Sint Maarten (2015) door de lastenverzwaring in de zin van administratie, verantwoordingseisen en bijbehorende beheersmaatregelen. Dit komt door de stelselwijziging per 1 januari 2015. Dit heeft als gevolg dat wonen een zorg gescheiden worden; intramuraal van lichte naar zware zorg in combinatie. Er ontstaat een verschuiving van lichte naar zware zorg en een groeiende behoefte aan hoger gekwalificeerd personeel (Zorggroep Sint Maarten, 2015). Dit bevestigt weer het belang van hoger gekwalificeerd personeel, en niet zo zeer de vraag naar de hoeveelheid personeel.

8. Literatuurlijst

- AMC. (z.j.). *Osteoporose*. Opgehaald op 30 november 2016 van: www.amc.nl
- Baart, A. (2010). *Presentie: zorgzame ethiek voor een fatsoenlijke samenleving*. Opgehaald op 21 december 2016 van: www.beroepseer.nl
- Bijlsma, J. & Janssen, H. (2015). *Sociaal werk in Nederland*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- CBS. (2013). *CBS Bevolkingsprognose vergrijzing*. Opgehaald op 28 oktober 2016 van: www.nationaalkompas.nl
- CIZ. (z.j.). *Zorg vanuit de WLZ*. Opgehaald op 7 januari 2017 van: www.ciz.nl
- Deth, R. van (2013). *Psychiatrie (vierde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dirksen, C. D., Hees, M.V.B.P.M. van., Verwij, M.F., Hout W.B. van der (2012). *Kwaliteit van leven en gezondheid*. Den Haag: Topsector Life Sciences & Health
- Dwang in de zorg. (2014). *Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)*. Opgehaald op 17 oktober 2016 van: www.dwangindezorg.nl
- Geelen, R. (2015). *Dementiezorg in de praktijk – deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Geelen, R. (2015). *Dementiezorg in de praktijk – deel 2*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Gelmers, H.J. (2008). *Neurologie voor verpleegkundigen*. Assen: Van Gorcum.
- Hamers, J.P.H., Backhaus, R., Beerens, H.C., Rossum, E. van & Verbeek, H. (2016). *Meer is niet per se beter: de relatie tussen personeel inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Opgehaald op 12 november 2016 van: www.rijksoverheid.nl
- Hoof, J. van. & Wouters, E.J.M. (2014). *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hoogeveen, F. (2008). *Leven met dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- IGZ. (2004). *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*. Den Haag: IGZ
- Janssen, H.P.M.J. & Bijlsma, J.J. (2015). *Sociaal werk in Nederland*. Bussum: Coutinho
- Jochemsen, H. (1996). *Kwaliteit van leven*. Pro Vita Humana 2. Nr. 4, p. 105-114
- Kader Advies. (2016). *ISO 9001 Certificering*. Opgehaald op 7 januari 2017 van: www.kader-advies.nl
- Locadia, M. & Sprangers, M.A.G. (2006) *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Merten, H., Beek, A.P.A. Van, Gerritsen, D.L., Poortvliet, M.P., Leeuw, J.R.J. de & Wagner, C. (2007). *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*. Utrecht: Nivel

Movisie. (2016). *Transitie WMO*. Opgehaald op 8 november 2016 van: www.movisie.nl

Mulder, V. (2014). *Waarom komt er een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning?* Opgehaald op 8 november 2016 van: www.decorrespondent.nl

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Kwaliteit van leven*. Opgehaald op 1 december 2016 van: www.nationaalkompas.nl

Nispen, R.M. Van., Beek, A.P.A., van & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij bewoners in verpleeg en verzorgingshuizen*. Utrecht: Nivel

Poortvliet, M.C., Beek, A.P.A. van, Boer, M.E. de, Gerritsen, D.L. & Wagner, C. (2006). *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Utrecht: Nivel

Rijksoverheid. (z.j.). *Kwaliteit van de zorg*. Opgehaald op 1 december 2016 van: www.rijksoverheid.nl

Rijksoverheid. (2012). *Miljoenennota 2013*. Opgehaald op 9 november 2016 van: www.rijksoverheid.nl

Rijksoverheid. (2015). *Miljoenennota 2016*. Opgehaald op 9 november 2016 van: www.rijksoverheid.nl

Rijksoverheid. (2016). *Kwaliteitskader Verpleegzorg*. Opgehaald op 1 december 2016 van: www.rijksoverheid.nl

Stichting praten over gezondheid. (z.j.). *Invloed op dagelijks leven*. Opgehaald op 18 januari 2017 van: www.pratenovergezondheid.nl

Stolk, P.J., & Hengeveld, M.W. (2012). *Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff

The, A. (2005). *In de wachtkamer van de dood*. 's Hertogenbosch: Boekverzorging Nanja Toebak

Trommel, W. & Veen, R. van der (2004). *De herverdeelde samenleving*. Amsterdam: University Press

Vandereycken, W. & Deth, R. van (2004). *Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Vasculaire dementie. (2012). *Verloop vasculaire dementie*. Opgehaald op 30 november 2016 van: www.vasculairedementie.com

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma

Zorg Voor Beter. (2016). *Omgaan met gedragsverandering bij psychogeriatric*. Opgehaald op 29 oktober 2016 van: www.zorgvoorbeter.nl

Zorggroep Sint Maarten. (2015). *Maatschappelijk jaarverslag*. Opgehaald op 10 oktober 2016 van: www.zorggroepsintmaarten.nl

Zorggroep Sint Maarten. (2016). *Onze missie en belofte*. Opgehaald op 11 oktober 2016 van: www.zorggroepsintmaarten.nl

Zorggroep Sint Maarten. (2016). *Kwaliteitshandboek*. Opgehaald op 11 oktober 2016 van: www.zorggroepsintmaarten.nl

