

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK



De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen

Carolien Smits

Lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg

Colofon

Dr. C.H.M. Smits (2009)

De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen

Trefwoorden: innoveren, ouderenzorg

ISBN/EAN: 978-90-77901-19-9

Dit is een uitgave van de Christelijke Hogeschool Windesheim

Postbus 10090, 8000 GB Zwolle, Nederland

Concept en vormgeving: WEDA te Leeuwarden

Fotografie: Frans Davids, Willie Vissers (Palet, adviseurs diversiteit)

Druk:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen

De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen

Carolien Smits

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg aan de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle op vrijdag 13 februari 2009

INHOUDSOPGAVE

1	<i>Cultures of ageing</i>	7
2	Oude en nieuwe ouderen	11
3	De zorg voor en door ouderen: zorgculturen	15
	Veranderingen in de formele zorg voor ouderen	15
	Veranderingen in de informele zorg voor ouderen	18
	Veranderingen in <i>cultures of caring</i>	18
4	Innoveren in de ouderenzorg: het lectoraat	23
	Inhoudelijke speerpunten	23
	Levenskunst en <i>empowerment</i>	23
	Kwaliteit van wonen	27
	Kwaliteit van zorg	28
	Verbeterde regie bij de oudere zorggebruiker	28
	Verbetering van de inhoudelijke professionele zorg	28
	Ondersteuning van de samenwerking tussen vrijwilligers, mantelzorgers, cliënten en hulpverleners	33
	Verbetering van de zorgketens	33
	Specifieke doelgroepen	35
	Hbo-professionals en de zorgarbeidsmarkt	37
	Innovatie door hbo-professionals	39
	Doelen, doelgroepen en aanpak	40
5	Afsluitend	45
	Literatuur	47
	Personalia	54
	Dankwoord	55

Opgedragen aan mijn ouders, Hent Smits en Nellie Verbiesen

Ouder worden is niet meer wat het was. In de woorden van Gilleard en Higgs (2001, p10) “Ageing has become more complex, differentiated and ill defined, experienced from a variety of perspectives and expressed in a variety of ways at different moments in people’s life”. In andere woorden: *cultures of ageing* zijn complexer en gedifferentieerder geworden. Gilleard en Higgs definiëren *cultures* als “de verschillende en complexe betekenissystemen die het dagelijkse leven vorm geven”.

Als gerontoloog en lector ben ik, net als Gilleard and Higgs, geïnteresseerd in al die verschillende betekenissen die het ouder worden heeft en in de structuren die deze betekenissen uitdrukken. Die betekenisgeving en deze structuren zijn onsamenhangender en tegenstrijdiger geworden hetgeen volgens Gilleard en Higgs leidde tot een onomkeerbare fragmentatie van het ouder worden als een gesocialiseerd kenmerk. *Ouder worden* als een universeel betekenisvol begrip bestaat niet meer.

We kennen allemaal verschillende *cultures of ageing*. In de eerste plaats het ouder worden dat getypeerd wordt door afhankelijkheid uitgedrukt in traditionele en nieuwe zorgvoorzieningen zoals verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg. Een tweede *culture of ageing* is het succesvol ouder worden, voorzien van alle gemakken. Een heel andere is te zien binnen de migrantencultuur: Het beeld van Turken en Marokkanen over ouder worden verschilt van dat van onze polderouderen: deze migranten voelen zich vanwege hun slechte lichamelijke gezondheid, de vergelijking met hun thuislandouderen en de sterfdatum van Mohammed, relatief jong oud (De Vries en Smits 2005ab)

De beleving van het ouder worden van mensen in hun zogenaamde derde levensfase, van 65 tot 75 jaar, verschilt van die van ouderen in hun vierde levensfase (Laslett 1989). Ouderen in de derde levensfase zijn per definitie nog gezond en vaak rijk genoeg om het leven te leiden dat ze willen leiden. Na het 75e levensjaar heeft de lichamelijke achteruitgang steeds meer effect op onze dagelijkse activiteiten.

Natuurlijk onderstreep ik de centrale positie van de betekenissystemen en de structuren die deze betekenissen uitdrukken. Met hun stellingname liggen Gilleard en Higgs op één lijn met psychogerontologen als Hans Thomae en Joep Munnichs. De laatste is voor mij en veel collega's de grote voorman van de Nederlandse psychogerontologie. Voor psychogerontologen ligt de impact van een gebroken heup niet in de context van osteoporose of het evenwichtssysteem, maar in de betekenis ervan voor het individu en degenen om hem heen. De betekenis van een gebroken heup zit in de gevolgen die de breuk heeft op het leiden van het nagestreefde goede leven. Psychogerontologen

beperken zich meestal tot de betekenis voor het individu of kleine groepen. Het begrip *cultures* trekt dit door naar een groter geheel.

Gilleard en Higgs stellen dat een historisch unieke combinatie van demografische vergrijzing met de opkomst van een welvarende pensionering binnen de postmoderne samenleving leidt tot een nadruk op keuze en voortdurende vragen over zelf en identiteit: *wie ben ik?, wat wil ik?, wat vertegenwoordigt het best mijn belangen?, wat typeert mijn individualiteit?, welke betekenis geef ik aan de vorm en richting die mijn leven neemt?* Dit zijn ook voor ons relevante vragen en ik stel me voor dat ze belangrijker worden met het ouder worden: “As physical beings we consume –goods, services, experiences- and as physical beings we experience our distinct separateness from others (Gilleard en Higgs 2000). Als de fysieke mens ouder wordt, kan deze nadruk op consumptie als onderscheidend mechanisme sterker worden.

Het slechte nieuws blijft dat onze lichamen nog steeds ouder worden en dat dit de beleving van ons leven beïnvloedt; sterker nog, we gaan nog steeds dood. Het goede nieuws is dat we meer dan ooit keuzes hebben die beantwoording van bovenstaande vragen. Ouderen zijn meer dan voorheen de *agens*, de actieve, leidende figuur, in hun eigen leven.

Natuurlijk hebben sommige mensen meer keuzes dan anderen, maar zelfs minder bedeelde Nederlanders kunnen er voor kiezen om thuis te wonen met een thuiszorgorganisatie naar keuze, of te verhuizen naar een zelf te bepalen woonzorgvorm. Vijftig jaar geleden konden vergelijkbare ouderen ofwel thuis blijven of verhuizen naar een verpleeghuisafdeling met zes bedden. Historisch gezien waren deze voorzieningen de verantwoordelijkheid van de overheid. De overheid moet nu in de woorden van Gilleard en Higgs “regeren door de geregleerde keuzes van individuele burgers verbonden in complexe en gelaagde belangengemeenschappen”. Dit is zo moeilijk als het klinkt: Overheden in Nederland worstelen met de opgelegde markteconomie en de tegelijkertijd strikte regelingen en bezuinigingen. We zien hiervan de gevolgen in ons privé- en professionele leven.

De nieuwe generatie ouderen vormt het startpunt van de lectorale aanvraag “Innoveren in de Ouderenzorg” van Windesheim. Als lector en *professor of applied sciences* wil ik onderzoek doen naar de gevolgen van bovenstaande ontwikkelingen op de zorg voor de nieuwe ouderengeneraties. Ik wil bovendien weten of de informele en professionele zorgculturen rond het ouder worden op een vergelijkbare manier zijn veranderd. Ik wil de komende jaren door deze zorgculturen geïnspireerd raken en hen op mijn beurt begeistere. Uiteindelijk moet dit lectoraat bijdragen aan wat wij en de betrokkenen beschouwen als *goed leven*. Alle zorg, informeel of professioneel,

die bijdraagt aan dit *goede leven* is *goede zorg*. Elke innovatie moet dit doel voor ogen hebben.

In deze lectorale rede behandel ik:

- de nieuwe generatie ouderen;
- de zorg voor de huidige en toekomstige generaties ouder wordende mensen;
de *cultures of caring*;
- de bijdrage van het lectoraat aan innovaties in de ouderenzorg.



Wie zijn de *nieuwe ouderen*? Hebben ze inderdaad keuzevrijheid en zijn ze ook actief als kiezende consument?

In de media zien we twee uiterste *cultures of ageing*: de zielige door de Socialistische Partij uitgekleden zorgafhankelijke bejaarden. Het andere uiterste is de welvarende goed-opgeleide babyboomer die weet en krijgt wat ie wil. Beide typeringen worden als probleem behandeld: In het ene geval is er niet genoeg zorg; in het andere geval is de kwaliteit onvoldoende voor de verwende nieuwe oudere. Maar hoe zien de huidige en die nieuwe generatie er uit en zullen ze inderdaad de regisseur zijn van hun eigen leven? En welke keuzes willen ze maken?

De nieuwe oudere leeft langer en is gezonder dan eerdere generaties. De levensverwachting bij geboorte was in 2007 78,0 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen (CBS Statline 2008). Vrouwen leven dus gemiddeld 4,3 jaar langer dan mannen. De resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd is 20,0 jaar voor vrouwen en 16,6 jaar voor mannen. Een aantal jaren geleden leek het er op dat de levensverwachting in Nederland stabiel bleef. De oorzaak was moeilijk te achterhalen, maar het rookgedrag van mannen in de vorige eeuw stagneerde de cijfers. Recente cijfers laten zien dat de levensverwachting inmiddels weer toeneemt. Een van de verklaringen hiervoor ligt in de preventie en zorg voor hart- en vaatziekten en de afname van het roken de afgelopen jaren. Het mooie is dat niet alleen de levensverwachting weer stijgt, maar ook het aantal jaren zonder beperkingen: de *disability free years*. De nieuwe oudere is dus nog gezonder dan de huidige. Toch zit hier een addertje onder het gras. De afname van de rookepidemie bij mannen laat zien hoe leefstijl de gezondheid en dus ook het zorggebruik op landelijk niveau beïnvloedt. Studies zoals de Longitudinal Aging Study Amsterdam suggereren dat in sommige *cultures of ageing* een gezonde leefstijl (niet roken, matig drinken en voldoende beweging) niet (meer) vanzelfsprekend is. Voor een deel hangt een ongezonde leefstijl samen met de sociaal-economische status van mensen: Hoger opgeleide ouderen met een goed inkomen leven gezonder. De gevolgen van leefstijlverschillen komen tot uitdrukking in verschillen in gezondheid en zorggebruik (Van Gool ea 2007, Koster ea 2006, Schuyt ea 2006). De meest voorkomende aandoeningen in de ouderdom worden sterk beïnvloed door ons gedrag en onze omgeving. Voor hart- en vaatziekten en longkanker weet iedereen dat wel. Maar ook de kans op andere longaandoeningen, diabetes en osteoporose nemen toe bij overgewicht, roken, overmatig drankgebruik en te weinig bewegen. Ongezonder gedrag draagt zelfs bij tot depressie en dementie. Als de nieuwe oudere zich dus een beetje gaat gedragen dan zal ook het aantal mensen met dementie of depressie lager uitvallen dan voorspeld.

Behalve een andere gezondheid en levensverwachting hebben de nieuwe ouderen ook een hogere opleiding en een beter inkomen. Ze zullen zich dus beter kunnen informeren en kunnen kiezen uit alternatieven op het gebied van welzijn, wonen, vrije tijd en zorg.

Een aantal zaken voorspelt het succesvol ouder worden van de nieuwe oudere: geslacht, opleiding, sociaaleconomische status (SES), arbeidsloopbaan, burgerlijke staat en land van herkomst. Het is bekend dat veel van deze voorspellers vaak samengaan. Een bekende combinatie is bijvoorbeeld een lage opleiding of SES en een ongezonde leefstijl. Mensen met een lage SES bewegen minder, roken en drinken meer en lijden vaker aan overgewicht. Hoogopgeleide mensen leven 6 tot 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen hun gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 tot 19 jaar. Op hogere leeftijd blijven er verschillen in gezonde levensverwachting tussen hoog- en laagopgeleiden bestaan. Laagopgeleide 65-jarigen hebben naar verwachting gemiddeld nog negen jaar zonder lichamelijke beperkingen, tegen veertien jaren bij hoogopgeleiden (CBS 2008).

Op basis van gezondheid en gezondheidsgedrag lijkt het nu alsof er twee typen nieuwe ouderen zijn, maar daarmee versimpelen we de werkelijkheid. Er zijn vele *cultures of ageing*.

Op belevingsniveau wijzen psychogerontologen op de verschillen in de beleving van het ouder worden (Westerhof en Barrett 2005). Knipscheer (2007) noemt enkele variabelen die van belang zijn voor verschillende *cultures of ageing*: leefstijl en waardenoriëntatie ten aanzien van werk, zichzelf en de ander, maatschappelijke participatie en toekomstgerichtheid. Maar er zijn veel dimensies denkbaar die *cultures of ageing* bepalen.

Vervolgens luidt de vraag: Hoe nemen mensen binnen de verschillende *cultures of ageing* het heft in handen als het gaat om het eigen ouder worden? Hoe bewust leven verschillende groepen ouderen hun eigen leefstijl en maken ze hun persoonlijke keuzes om hun leven zo in te richten? Hoe vullen ze het eigen ouder worden in en wat verwachten ze daarbij van de mensen om hen heen? Wat verwachten ze van de markt van welzijn en geluk? Wat verwachten ze van de overheid?

Ik kan de antwoorden op deze vragen nu hooguit indirect geven, omdat er geen gericht onderzoek naar is gedaan. Kijken we naar het psychologische begrip *Mastery* oftewel het gevoel greep te hebben op wat in je leven gebeurt, dan blijkt uit het eerder genoemde LASA-onderzoek dat met het ouder worden de verschillen toenemen, met name in negatieve zin: met het ouder worden en het afnemen van het fysieke functioneren geven mensen vaker aan minder greep op het leven te hebben (Smits ea 1998).

Hoe dat met de nieuwe generaties ouderen zal gaan weten we niet. Op het gebied van sociale participatie weten we wat dat betreft wat meer: Onderzoek naar cohortverschillen wijst uit dat de ouderen in 2002 actiever zijn in vrijwilligersorganisaties en in het besteden van hun vrije tijd dan hun leeftijdsgenoten in 1992 (Broese van Groenou 2006).

Kijken we naar de eigen regie over het wonen dan zien we dat surveys vroeger konden volstaan met vier antwoordcategorieën: inwonen, zelfstandig wonen; bejaardenhuis en verpleeghuis. Nu is daar een hele trits bijgekomen, variërend van groepswonen met of zonder leeftijdsgenoten, serviceflats, aanleunwoningen, woonzorgzones, woon-zorgcomplexen, luxe appartementen met zorgarrangementen en kangoeroe-woningen waarin mantelzorger en zorgafhankelijke gescheiden samen kunnen wonen. Dit keuzepalet hoeft niet het gevolg te zijn van een toegenomen keuzebehoefte, want ook de overheid en ondernemers spelen een zelfstandige rol in het keuzeaanbod op het gebied van wonen en zorg. Interessanter in dat opzicht is het zogenaamde particulier of collectief particulier opdrachtgeverschap. Ik word eerder overtuigd door het aantal keren dat mensen zelf het initiatief nemen om te bouwen voor hun oude dag. En inderdaad zien we steeds meer pioniers die het woonheft in eigen handen nemen. De zelfde ontwikkeling zien we op andere domeinen: binnen het welzijnsdomein zijn de stichtingen welzijnswerk ouderen en ouderenbonden niet meer de enige aanbieders van *wellness*-programma's. Veel particuliere bureaus bieden coaching en preventieve cursussen aan die gericht zijn op het ouder worden of de pensionering. Veel van die bureaus worden overigens gerund door mensen die zelf al wat ouder worden. En ouderen weten elkaar via internet ook steeds beter te vinden.

Ouderen hebben dus meer keus bevochten en gekregen in meerdere levensdomeinen. Eén van die domeinen is de zorg. De zorg voor ouderen beïnvloedt veel levensterreinen, maar zien we ook als een zelfstandig domein.



De zorg voor en door ouderen: zorgculturen

3

Met het begrip *cultures of caring* (zorgculturen) wil ik recht doen aan de grote verschillen in de manier waarop het zorgen voor ouderen wordt beleefd en vorm gegeven. Mijn stelling is dat met de diversificatie van het ouder worden ook de zorg voor ouderen steeds meer zal verschillen in structuur en beleving. Dit is overigens een internationale ontwikkeling. Ik zal de veranderingen in de formele en informele zorgstructuren hier eerst kort omschrijven. Daarna ga ik in op de inhoudelijke dimensies die de veranderende zorgculturen bepalen. Zowel de zorgstructuren als de inhoudelijke zorgdimensies vormen de *cultures of caring*: ze geven uitdrukking aan wat we als *goede zorg* beschouwen.

Veranderingen in de formele zorg voor ouderen

Veel veranderingen in de formele zorg voor ouderen hangen samen met het beleid van overheden op landelijk en gemeentelijk niveau. Kort samengevat is dit beleid gericht op het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de burger. In verschillende wetten zijn de rechten van zorgconsumenten vastgelegd. Daarop aansluitend is ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Deze wet is erop gericht mensen te laten participeren in de samenleving. Concreet houdt dit in dat naasten verantwoordelijk worden gehouden voor huishoudelijke zorg. Pas wanneer dat niet lukt wordt hiervoor reguliere zorg ingezet. Andere beleidsmaatregelen om de kwaliteit en keuzevrijheid te vergroten en de financiering in de hand te houden betreffen de scheiding van het wonen en zorg en de invoering van marktwerking. Tegelijkertijd willen de overheden greep houden op de kwaliteit van de zorg en de financieringsstromen. Dit beleid resulteert in de volgende ontwikkelingen op micro- en macroniveau:

- Zorgorganisaties zijn verplicht samen met de cliënt een zorgplan, dan wel een zorgleefplan op te stellen. Het *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg verpleging, verzorging en zorg thuis* schrijft dit voor. Het zorg-leefplan sluit aan op de persoonlijke mogelijkheden, beperkingen, behoeften en voorkeuren van de cliënt. Het zorg-leefplan moet in samenspraak met de oudere of diens wettelijke vertegenwoordiger opgesteld worden. Branche-organisatie Actiz werkte hiervoor een standaard zorg-leefplan uit. Volgens het Ministerie van VWS worden ouderen nog te weinig bij het opstellen van het plan betrokken. De zorggebruikers weten er niets vanaf of denken dat het vooral een instrument is voor de zorgprofessionals (Zijp 2008) Als het gaat

om zorgeigenaarschap is er dus nog geen sprake van zorg van ouderen! In oktober 2008 is daarom besloten dat aanbieders van langdurige zorg de inhoud van de zorgleefplannen met de bewuste cliënt moeten bespreken.

- Er is een duidelijke verschuiving van zorg met verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis naar zorg aan huis (extramurale zorg). De hoeveelheid extramurale zorg is jaarlijks met gemiddeld bijna 10 procent gestegen, die van verpleeg- en verzorgingshuiszorg met 2 procent. Ook de gemiddelde hoeveelheid zorg per persoon neemt toe (CBS 2007).
- De keuze uit verschillende woonvormen is sterk vergroot. Ook het aantal speciale woningen groeit. Het aantal ouderenwoningen met thuiszorg op afroep is gestegen van ongeveer 101.000 naar 129.000 tussen 2002 en 2006 (Van Campen 2008). Steeds vaker wordt domotica, onzichtbare ICT-toepassingen in de woning die het leven veiliger en comfortabeler maken, toegepast.
- In de branche Verpleeg- en verzorgingshuizen zoeken organisaties naar hun eigen profiel en marktpositie. Dit leidt vaak tot fusies, schaalvergroting en heroriëntatie op en verbreding van het dienstenaanbod (Van der Kwartel ea 2007). Een aantal kleinere organisaties, vooral op het platteland, kiest er voor om niet te fuseren. Deze kleinere organisaties lijken een wat hogere kwaliteit van zorg te kunnen realiseren dan grote organisaties.
- De marktwerking biedt kansen voor ondernemers die nieuwe vormen van wonen, zorg en diensten aanbieden. Vooralsnog richten zij zich op de welvarende nieuwe oudere.
- In het actieplan *Zorg voor ouderen, kwaliteit van bestaan* (Bussemaker 2007) wordt kleinschalig wonen genoemd als één van de speerpunten. Jaarlijks moeten er 1.500 plaatsen bijkomen. Het kleinschalig wonen voor mensen met dementie gaat uit van een woning waarin een groep van maximaal acht mensen samenwoont. De groep vormt, ondersteund door verzorgenden, een zo normaal mogelijk huishouden (<http://www.kenniscentrumwonzorg.nl>). Het aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie zal tussen 2005 en 2010 toenemen van 4.000 naar 12.000. Het aandeel van kleinschalige woonvormen in de totale vraag naar psychogeriatrische verpleeghuiszorg neemt daarmee toe van 10% in 2005 naar 25 % in 2010 (Van Campen 2008).
- Naar buiten toe bieden ouderenzorgorganisaties steeds vaker een integraal voorzieningenpakket voor ouderen in de wijk, een aanbod dat past in de filosofie van de Wmo. Door de Wmo valt daarmee de helft van de omzet van de thuiszorg weg. Organisaties zitten daarvoor vaker ook met gemeenten en welzijnsorganisaties aan tafel. Door de scheiding van wonen en zorg wordt ook vaker samengewerkt of zelfs gefuseerd met woningcorporaties. Soms kiezen organisaties voor een fusie met

organisaties voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

- De gemeenten bepalen sinds de invoering van de Wmo of iemand recht heeft op huishoudelijke hulp. De gemeenten hebben deze hulp via Europese aanbestedingsprocedures ingekocht, waarbij vooral is gekeken naar de prijs-/kwaliteitverhouding. De reguliere thuiszorgbedrijven kregen daardoor niet de gebruikelijke gunningen. De traditionele verzorgingsgebieden werden door elkaar geschud en cliënten krijgen vaak niet meer hun vertrouwde thuishulp over de vloer. Bovendien zijn de tarieven als gevolg van de aanbestedingen tussen de 9 en 12% gedaald ten opzichte van de tarieven in 2006. Dit alles heeft ertoe geleid dat thuiszorgorganisaties moeten reorganiseren of bezuinigen.
- Een andere beleidsmaatregel betreft de zorgzwaartefinanciering. Begin 2007 is van cliënten de zorgzwaarte bepaald en ingedeeld in een zorgzwaartepakket (ZZP). De gevolgen van de invoering van zorgzwaartefinanciering zijn nog onduidelijk.
- In de afgelopen jaren is het aantal thuiszorgorganisaties sterk gegroeid. In 1995 waren er volgens het CBS 450 bedrijven actief in de thuiszorg. Op 1 januari 2006 waren dit er al 855 (CBS Statline). Deze groei wordt vooral veroorzaakt door een sterke toename van het aantal eenpersoonsbedrijven. Dit zijn kleine zelfstandigen (Zelfstandigen Zonder Personeel) die zich op de thuiszorgmarkt aanbieden.
- Maar er zijn ook grotere nieuwkomers in de thuiszorg. Een nieuwkomer die de kranten haalde met haar goede resultaten is Buurtzorg Nederland, een organisatie die vanuit een eigen beroepstrots met een klantgericht format en een platte organisatie verpleging en verzorging thuis biedt (De Veer ea 2008).
- Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling, wat geleid heeft tot minder toegekende hulp. Bovendien worden cliënten vaker geïndiceerd op hulp in de huishouding door een alphahulp in plaats van een duurdere thuishulp. Op macroniveau is de werkgelegenheid in de thuiszorg nog weinig afgenomen, al zijn er ontslagen bij thuishulpen door een verschoven indicatiestelling.
- De GGZ wordt meestal niet onder de ouderenzorg geschaard, maar biedt steeds beter gestructureerde zorg aan een grote, groeiende groep ouderen. Oudere migranten blijven daarbij nog achter (Van 't Land ea 2008). Ondanks het steeds betere bereik ontvangen de meeste ouderen met psychische problemen geen hulp vanuit de GGZ. Opvallend is ook dat juist bij ouderen vaak psychofarmaca worden ingezet, terwijl zij relatief gevoelig zijn voor bijwerkingen.
- Een belangrijk nieuw aanbod is e-mental health: het gebruik van ICT en met name internettechnologie ter ondersteuning van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg (Van 't Land ea 2008). De jeugd vormt hierbij een belangrijke doelgroep, maar ook de nieuwe oudere zal in de toekomst vaker bediend worden.

Niet alle veranderingen in de ouderenzorg komen voort uit het beleid. Ook de demografie zet haar stempel op de zorg. In de verpleeg- en verzorgingshuizen is 32,5% van de werkenden in verzorgende, verplegende en agogische beroepen ouder dan 50 jaar. Voor de thuiszorg is dit 36,6 %. Het gaat dus vaak om zorg voor ouderen door ouderen. Het overheidsbeleid probeert oudere werkers te behouden voor de ouderenzorg en een doorlopende aanwas van jongere verzorgers te stimuleren (Van der Windt 2008),

Veranderingen in de informele zorg voor ouderen

Veel ouderen krijgen informele zorg. Het gaat dan om vrijwilligers en mantelzorgers. Mantelzorgers zijn naasten (familieleden, vrienden, burens en kennissen) die vanuit een persoonlijke band met zijn of haar naaste langdurig onbetaalde zorg geven. De ontgroening en vergrijzing, gecombineerd met de individualisering van de Nederlandse samenleving, roepen bij veel mensen twijfels op of ouderen in de toekomst nog wel voldoende mantelzorg zullen krijgen.

Er zijn inderdaad ontwikkelingen die de informele zorgverlening temperen, zoals de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen, de grotere geografische afstanden tussen familieleden en een geringere geneigdheid om informele zorg te geven, aspecten die sterk samenhangen met het stijgende opleidingsniveau van de bevolking. Ook willen niet alle zorgontvangers hun naasten belasten. Daar tegenover staat dat de groei van het totale aantal ontvangers van informele zorg bescheiden zal zijn: van 370.000 in 2006 naar 380.000 in 2020. Tegelijkertijd verwacht het SCP dat het aantal verleners van informele zorg in 2020 zal zijn gestegen van 1,4 miljoen in 2006 tot 1,6 miljoen. De omvang van de groep helpende 65-74 jarigen neemt daarbij het snelst toe. Ook hier zien we dus dat de zorg voor ouderen door ouderen blijft toenemen. Opvallend is ook dat juist bij ouderen het aantal relaties met zorgpotentieel toeneemt (Broese van Groenou ea 2007).

Veranderingen in *cultures of caring*

De structurele veranderingen in de formele en informele ouderenzorg beïnvloeden de *cultures of caring*: de ervaring van het zorgen voor ouderen, de betekenis die het krijgt en de structuren die deze zorgculturen uitdrukken. Maar natuurlijk beïnvloeden ook de *cultures of ageing* de zorgculturen. En andersom bepalen de zorgculturen de structuur van de ouderenzorg en de *cultures of ageing*. Het is een ingewikkeld verhaal en ik kan het complete mechanisme niet voor u ontvouwen.

Ik onderscheid een aantal dimensies die in talloze combinaties gestalte geven aan zorgculturen. Aan alle dimensies liggen ideeën ten grondslag van wat *goede zorg* is.

- Het professionele en het informele zorgen vormen werelden van verschil: het

maakt nogal uit of je een opleiding hebt gevolgd en betaald wordt voor het zorgen of dat je uit liefde en medemenselijkheid zorgt. Tegelijkertijd is er veel overlap: De meeste professionals, vrijwilligers en mantelzorgers verlenen zorg omdat ze graag voor mensen zorgen. Binnen de informele zorg verschillen vrijwilligers van mantelzorgers in hun motivatie en de manier waarop zij het zorgen invullen. Maar ook mantelzorgers zijn niet over één kam te scheren (Palmboom en Pols 2008, Smits 2008a, Tonkens ea 2008).

- Binnen het professionele zorgen woedt een levendige discussie over de zin van het *evidence based*, dan wel het *practice based* handelen. *Evidence based* is alle zorg en behandeling waarvan de effectiviteit in goed gedocumenteerd wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. *Practice based* verwijst naar een benadering waar ook de systematisch verkregen klinische ervaring rechtsgeldigheid heeft.
- Een bekende dimensie wordt gevormd door het duo *cure* en *care*. Het zorgen voor ouderen wordt vooral ingevuld als *care*, omdat veel aandoeningen niet echt meer genezen. Toch is er voortdurend sprake van behandeling, al gaat het maar om een decubitus of een chronische ziekte. *Cure* en *care* gaan vaak prima samen, maar het wringt ook regelmatig. Onderzoek vanuit het Trimbos-instituut laat zien dat het zorgen voor ouderen met psychiatrische problematiek in verzorgingshuizen bemoeilijkt wordt door de verschillende beleving van goede zorg: psychiatrisch verpleegkundigen zijn vooral gericht op behandeling en rehabilitatie. Verzorgenden echter vullen goede zorg in door – u raadt het al – liefdevolle lichamelijke verzorging (Depla ea 2003, Pols ea 2000).
- Stoornisgericht versus integraal. Aan de ene kant van deze dimensie zien we de medische disciplines die zich traditioneel richten op een specifieke ziekte of stoornis. Daarbij streven artsen naar verbetering van klinische symptomen, bijvoorbeeld van een depressie. Andere, meest psychosociale disciplines, met name de verpleegkundige, focussen op meerdere levensdomeinen, op de hele persoon of op kwaliteit van leven in het algemeen. Integrale zorg heeft ook oog voor de context waarin de zorg geboden wordt.
- Hieraan verwant is de belevingsgerichte benadering, die zich, net als de integrale benadering, niet oriënteert op de aanpak van symptomen sec, maar op de individuele mogelijkheden en subjectieve beleving. Ook hier is het doel een betere kwaliteit van leven van de oudere (Dröes ea 2003, De Lange 2007).
- Ook begrippen als levensloopgerichte zorg, life review en reminiscentie richten zich op de persoon in plaats van de klinische symptomen van een stoornis. Binnen Windesheim verwoordde Jan Jukema het begrip *bewarende zorg*: de dagelijkse zorg van verplegenden die verpleeghuisbewoners in staat stelt om als personen met een

uniek levensverhaal tot hun recht te komen (Jukema In voorbereiding). Margreet van der Cingel (2008) werkt het concept *compassie* uit, dat het erkennen van het leed van de ander centraal stelt.

- Genezing versus herstelgericht. In de psychiatrie maakt vanuit de patiëntenbeweging herstel- en *empowerment*gericht werken opgang (Boevink ea 2007, Deegan 2007). Herstel verwijst naar de wijze waarop mensen op eigen kracht hun leven weer ter hand nemen. Van genezing hoeft dan overigens geen sprake te zijn.
- De mate van (pro)activiteit en vrijwillige betrokkenheid van de zorgontvanger is weerspiegeld in zorg en behandeling die uiteenlopen van vroegsignalering en preventie, naar behandeling, bemoeizorg en rehabilitatie.
- Categorieel versus generaal. Sommigen zien de zorg voor ouderen als wezenlijk anders dan die voor andere zorgontvangers. Anderen menen dat zorgen voor verschillende doelgroepen wezenlijk op dezelfde basisprincipes rust. De discussie over categorieel dan wel generaal speelt overigens ook rond de zorg voor migranten.
- Profit of non-profit. Met de toenemende marktwerking zijn ondernemers met winst oogmerk actief geworden in de zorg. Hun doelstellingen en methoden verschillen van die van de traditionele zorgaanbieders.

Bovenstaande opsomming is niet uitputtend. Elke *culture of caring* weerspiegelt een eigen combinaties van dimensies. De zorgcultuur bij sommige mantelzorgers drukt een combinatie uit van *practice based* handelen met een grote mate van pro-activiteit, vaak gericht op belevingsgerichte integrale zorg. Een psychiater maakt in denken en doen deel uit van een zorgcultuur gekenmerkt door pro-activiteit, stoornis- en genezingericht werken, al zal dat niet voor alle psychiaters gelden.

Door de toenemende diversiteit aan zorgaanbod komen verschillende zorgculturen steeds vaker met elkaar in aanraking. Wanneer dat gebeurt kan dat resulteren in botsende of langs elkaar heen werkende zorg. Veel problemen met zorgnetwerken en zorgketens zijn het gevolg van botsende of langs elkaar opwerkende zorgculturen. Maar de ontmoeting van zorgculturen brengt ook verschillen aan het licht die kunnen inspireren. Mantelzorgers kijken door de thuiszorg anders naar hun eigen inzet en veranderen die misschien ook voor een deel. Ons lectoraat wil dat partijen zich bij een dergelijke ontmoeting bewust worden van de waardes en mogelijkheden van de eigen en andere zorgcultuur. Deze bewustwording vergemakkelijkt het leren van elkaar. Een thuiszorgmedewerker bijvoorbeeld kan zo leren van de kennis die een mantelzorger in de loop van jaren heeft opgebouwd. En een grote thuiszorgorganisatie leert van de kleine nieuwkomers op de markt.





Innoveren in de Ouderenzorg: het lectoraat

4

Wie denkt dat de ouderenzorg zonder dit lectoraat niet zou innoveren onderschat de sector. Zeker, er wordt gezucht en geklaagd. Tegelijkertijd borrelt en bruist het de pan uit. Wat voegt het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg hier aan toe?

De hoofdtaak van het lectoraat is onderzoek. Het gaat om toegepast onderzoek dat direct na afronding of tijdens de uitvoering al praktisch bruikbare resultaten oplevert. We beschrijven eerst de inhoudelijke focus, vervolgens onze doelen en de manier waarop we deze willen bereiken.

Inhoudelijke speerpunten

De volgende thema's vormen de speerpunten van het lectoraat:

- Levenskunst en *empowerment*
- Kwaliteit van zorg en wonen
- Hbo-professionals en de zorgarbeidsmarkt
- Innovatie door hbo-professionals

Levenskunst en empowerment

Ik schreef al dat vooral ouderen voor zichzelf en voor andere ouderen zorgen. Dat gebeurt als oudere persoon zelf, als mantelzorger en als oudere werknemer. Regelmatig wordt de ouderenzorg geproblematiseerd. Vaak is dat terecht. Als onderzoeker echter weet ik dat problemen, hoe informatief ook, niet het volledige verhaal vertellen. We stelden vast dat veel ouderen gelukkig en tevreden zijn met hun leven. Hoe kan dat? Waar zit de kracht van ouderen in? Wat is hun levenskunst?

Bij de oude Grieken bood levenskunst toegang tot goed leven. Momenteel is levenskunst weer helemaal in. Anno 2009 kunnen we ons veroorloven om niet alleen met materiële zaken bezig te zijn, maar ook met welbevinden en zingevingsskanten van het leven. Er is een hele *wellness*-bedrijfstak die zich richt op zaken als geluk en levenskunst. Dit zijn moeilijk grijpbare concepten en het is daarom goed te onderzoeken hoe levenskunst vorm krijgt, wat mensen ermee willen en of al die nieuwe levenskunst-interventies effect hebben. Ik heb me bij het Trimbos-instituut en voor Saxion Hogescholen verdiept in de levenskunst van ouderen en van mantelzorgers die voor ouderen zorgen. Het aantal ouderen dat zichzelf een onvoldoende voor het vak levenskunst geeft is heel klein, de meesten geven zichzelf een zeven of een acht (Smits

In voorbereiding). Wat verstaan we onder levenskunst? Levenskunst zoals dat vorm krijgt in projecten die de levenskunst van ouderen willen versterken heeft meerdere dimensies. Interviews en observaties laten zien dat actief zijn en greep houden op je leven een eerste dimensie vormen. De tweede dimensie is het open staan voor verandering en het accepteren ervan (Pols en Smits 2007). De eerste levenskunstdimensie sluit aan bij de activiteitstheorie: het is goed om actief te zijn en greep te houden op je leven. Anderzijds houdt levenskunst blijkbaar ook in dat je dingen moet kunnen laten gebeuren en erop moet vertrouwen dat het goed afloopt. Dit betekent ook overgave aan wat gebeurt en het mooie blijven zien in dingen die je overkomen, ook in barre tijden.

Voor een deel sluit levenskunst aan bij de theorie van de *Selective optimization with compensation*. Deze theorie van Baltes en Baltes (1990) stelt dat het met het ouder worden belangrijker wordt om te selecteren wat belangrijk voor je is: je kunt met het afnemen van je krachten niet volhouden om overal goed in te blijven. Mensen selecteren daarom dat wat echt belangrijk voor hen is en richten hun energie daarop. Daarmee compenseer je voor het verlies in andere domeinen. Het idee van levenskunst sluit hier bij aan: Je blijft je best doen om greep te houden op dat wat belangrijk voor je is. Anderzijds laten de door ons vastgestelde levenskunstdimensies zien dat het voor je welzijn belangrijk is je doelen en verwachtingen bij te stellen. Dit valt onder de noemer *accommodatie*: het aanpassen van persoonlijke doelen aan de veranderende werkelijkheid (Brandstädter ea, 1998). Maar misschien overstijgt de tweede dimensie van levenskunst dit nog eens omdat het nog duidelijker een overgave inhoudt. Levenskunst brengt daarmee ook rust met zich mee: je hoeft niet meer zo nodig; het is goed zo.

Levenskunst kan, als zelf-managementinstrument, ingezet worden om het eigen welbevinden te sturen (Steverink 2007). Bewustwording van de eigen doelen en mogelijkheden is belangrijk voor ouderen, ook als ze zorg ontvangen van anderen. Het is voor de zorgverleners belangrijk bij de levenskunst van cliënten aan te sluiten: wat zijn hun belangrijke doelen, waar willen ze in investeren? Wat willen ze overlaten aan de zorgverleners of, nog verdergaand, wat willen ze gewoonweg maar laten, waarin willen ze berusten? Het is nog niet duidelijk of beide levenskunstdimensies in elke situatie en voor elk individu even belangrijk zijn voor het welbevinden (Westerhof 2007).

Levenskunst is ook een ingang om naar *empowerment* te kijken: *Empowerment* gaat uit van de eigen kracht van cliënten. Ervaringskennis is de sleutel tot herstel en *empowerment*. *Empowerment* is een begrip dat vanuit de patiëntenbeweging sterk opgang doet in de GGZ. Hier zie je steeds meer dat cliënten aandacht eisen voor de doelen die ze zelf

stellen. Ze willen dat hulpverleners samen met cliënten doelen stellen bij de zorgverlening. Die doelen moeten met respect voor de ervaringskennis van cliënten nagestreefd worden.

Ik pleit voor meer *empowerment* van ouderen in de ouderenzorg. Ouderen hebben doorgaans meer levenservaring dan hun hulpverleners en ze weten beter dan wie ook wat voor hen belangrijk is.

Hoe kunnen anderen van de levenservaring van ouderen profiteren? Op het individuele en groepsniveau vormt het levensverhaal een mooie ingang. Het levensverhaal kunnen ouderen elkaar en anderen op allerlei manieren vertellen. Er is in de GGZ en ouderenzorg al veel ervaring opgedaan met *life review* en *reminiscentie*: het op systematische wijze oproepen en ordenen van herinneringen. *Life review* en *reminiscentie* hebben een sociale functie: het vertellen over het al dan niet gemeenschappelijke verleden schept een band. Ze kunnen ook preventieve effecten hebben, bijvoorbeeld bij depressieve klachten (Bohlmeijer 2003, Smits 2003). Via *life review* krijgen we zicht op de levenskunst van ouderen: hoe hebben ze hun leven vorm gegeven en hoe geven ze een positieve betekenis aan hun leven? Een narratieve benadering kan daar bij behulpzaam zijn. Bij een narratieve benadering staat het eigen verhaal van de oudere in een context centraal (Linssen en Habekotté 2007). Wanneer het eigen verhaal negatief is ingekleurd kunnen depressieve klachten ontstaan. Een narratieve benadering ondersteunt de oudere dan in het positief bijstellen van het eigen verhaal.

We hebben *life review* en narratieve benadering toegepast bij de ontwikkeling van een preventieve cursus voor oudere Turken en Marokkanen met depressieve klachten (Boland ea 2007, De Vries ea 2007). Deze ouderen kozen toen ze jong waren voor een uitdagend en zwaar leven. Veel oudere migranten zijn teleurgesteld in hun leven. In eerste instantie kwamen bij hun levensverhalen veel ontevredenheid en een negatief zelfbeeld boven. In de loop van de cursus stelden ze de metaforen waarmee zij hun leven beschreven in positieve zin bij (Boland ea 2007, p 493):

Ik heb mijn dochter na haar echtscheiding steeds weer vergeven en weer opgezocht. De kinderen vragen altijd om raad bij mij, ik los hun knopen op. Ik beschuldig mezelf dat ik in het verleden teveel met mijn man ben bezig geweest en mijn kinderen heb verwaarloosd. Daarom doe ik nu extra mijn best. Het beeld dat bij me opkomt: ik zie mezelf als een grote roofvogel, die steeds haar kinderen onder haar vleugels neemt. Ik ga ze zonodig ophalen en breng ze terug naar het nest.
(Turkse vrouw, 51 jaar)

De narratieve methode ondersteunt ouderen bij het zichtbaar maken van hun eigen levenskunst. Op deze manier helpt het hen ook bij het inrichten van hun huidige en toekomstige leven. *De Kracht van je leven* maakt gebruik van hoog opgeleide preventiewerkers of therapeuten. Life review kan ook door andere disciplines worden toegepast, bijvoorbeeld bij verzorgingshuisbewoners met depressieve klachten (Smits 2007a). Samen met activiteitenbegeleiders ontwikkelden we *Verhalen in Beeld* als methodiek die van de *Verhalentafel* gebruik maakt. De *Verhalentafel* is een interactieve tafel met media-apparatuur die plaats biedt aan drie tot zes gebruikers. Ouderen kunnen op drie ingebouwde tv-schermen historisch audiovisueel materiaal oproepen. Zij kunnen bovendien hun eigen commentaar en verhalen toevoegen aan de historische filmpjes in de *Verhalentafel*. Deze informatie is vervolgens weer terug te horen door andere gebruikers. De tafel is ontworpen door *Waag Society*. *Verhalen in Beeld* gebruikt de filmpjes die bewoners op de *Verhalentafel* kunnen oproepen als uitgangspunt. De begeleiders stimuleren de deelnemers hun persoonlijke herinneringen aan te scherp tot een concreet, positief en persoonlijk verhaal dat ook voor anderen interessant is.

De Kracht van je leven en *Verhalen in beeld* zijn voorbeelden van methodieken die depressie kunnen helpen voorkomen. Er zijn genoeg vergelijkbare preventieve methodieken waarbij die werking is aangetoond. Preventie van depressieve klachten is belangrijk, maar ik wil hier benadrukken dat deze methodieken juist interessant zijn omdat ze ook de levenskunst van ouderen versterken. Deze insteek vanuit de positieve psychologie is theoretisch belangrijk, want het begrip levenskunst gaat niet uit van psychiatrisch stoornis-denken, maar van een gerontologische benadering. Ouderen worden in deze benadering gezien als normale volwassenen die steeds volwassener worden en daarbij in principe blijven leren en groeien. Ze werken aan hun eigen *empowerment*.

Zo'n benadering heeft nog een praktisch voordeel. Veel preventieve en therapeutische interventies bereiken de groepen niet die beoogd worden. Een belangrijke oorzaak ligt in het gegeven dat mensen (en zeker de huidige en toekomstige generatie ouderen) zichzelf niet zien als zielig en behoevend. Wanneer begeleiders echter een concreet beroep doen op ouderen met het verzoek anderen te helpen, appelleren ze aan de kracht van ouderen en hun wens iets te betekenen voor anderen (Pols en Smits 2007).

Mensen van alle leeftijden willen iets betekenen voor anderen. De ouderenbonden gebruiken dit principe wanneer ze hun kaderleden inzetten om gewone leden te ondersteunen. Het idee is ook te zien bij de internet-communities die ouderen zelf opzetten. Amerika gaat ons voor met Eons.com, in Nederland maakt Vijftigplusser.nl een dappere start. Ouderen weten elkaar steeds beter ook digitaal te vinden.

Kwaliteit van wonen

Een tweede domein waar ons lectoraat zich op richt is de kwaliteit van wonen. Deze staat momenteel volop in de belangstelling, vooral voor de zorgafhankelijke ouderen. Het beleid van de overheid heeft geleid tot het scheiden van wonen en zorg en een grote diversificatie van wonen en zorg.

De nieuwe oudere zal een omgeving zoeken die enerzijds uitdaging biedt en anderzijds comfort op maat (Depla en Smits 2003). Dit gegeven sluit aan bij de ideeën van Lawton (1983). Lawton beschreef hoe een omgeving qua comfort en uitdaging in balans moet zijn voor optimaal welbevinden en functioneren. Bij het wonen voor de nieuwe ouderen moet ook dit optimum worden bereikt (Thomése ea 2006).

Nog steeds wordt er gebouwd zonder visie of vanuit een visie waarin ouderen zelf geen stem hebben. Er is wel een kentering te zien. Het lectoraat wordt uitgenodigd door zorgaanbieders en wooncorporaties om mee te denken over nieuwe woon-zorgvormen. Domotica en ICT bieden kansen om langer thuis te blijven wonen. Ook de bewegingsruimte van ouderen kan worden vergroot door deze toepassingen. De huidige domotica-pioniers komen nog veel praktische problemen tegen. We willen ons onderzoek richten op ICT-toepassingen die daadwerkelijk bijdragen aan een goed leven voor ouderen. Samenwerking met collega's Marike Hettinga en William Goossen en de technische opleidingen ligt daarbij voor de hand.

Niet alleen het gebouw is echter belangrijk om goed te kunnen wonen, ook de straat en de wijk. Ouder worden gebeurt in een gemeenschap. Een wijkgerichte benadering ligt daarom voor de hand. We moeten daarbij aansluiten bij principes zoals die ook voor het programma *De Gezonde stad* zijn geformuleerd: een wijkgerichte benadering met aandacht voor *health management*. Binnen Windesheim vult collega Joop ten Dam het lectoraat *De Gezonde stad* in. Daarbij is een goede samenwerking met de gemeente Zwolle bereikt. Ik stel voor *De Gezonde stad*-doelen op te rekken: van kinderen met overgewicht naar ouderen die goed en gezond willen leven.

Voor het leven en wonen van ouderen worden landelijk en regionaal ook spannende ideeën geformuleerd. Een voorbeeld is het concept *All together now: wonen en zorg en leren*. Dit concept bracht Stichting Habion naar voren. Het gaat om een woonzorg-complex voor ouderen met een zorgbehoefte. Dit complex staat in verbinding met een school die zorgopleidingen aanbiedt. De studenten lopen stage in het complex en wonen op het terrein. Als studenten in hun vrije tijd diensten verlenen krijgen ze korting op de huur. Alle bewoners kunnen elkaar ontmoeten in het gemeenschappelijke restaurant, de groentetuin, het theater of noem maar op. Windesheim heeft nu de kans om te vernieuwen. Het *Windesheim landmark aan de IJssel* is nog niet af. Ik nodig hogeschool, gemeente, ouderen, wooncorporaties en zorgaanbieders uit te brainstor-

men over het idee om creatief wonen, zorg, ondernemen en opleiding in één multi-functionele campus te combineren.

Kwaliteit van zorg

Ook binnen de zorg is steeds meer variatie in aanbod ontstaan.

Professionals, ouderen en familieleden halen met schrijnende verhalen de krant. Tegelijkertijd geven de meeste ouderen de zorg een zeven of een acht. Bewoners van verzorgingshuizen zijn daarbij wat tevredener dan die van verpleeghuizen. Wel hebben deze cliënten nog veel wensen hoe het beter kan (Van Zijp 2008). De klanten van de ouderenzorg waarderen vooral de inzet van het personeel. Tegelijkertijd geeft bijna de helft van de bewoners aan dat het personeel te weinig tijd heeft. In verpleeghuizen duurt het in bijna 40 % van de gevallen langer dan 10 minuten voor er iemand komt (De Klerk 2008). Ook in instellingen willen ouderen dus meer regie over hun eigen leven (Van Nispen ea 2005). Bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen willen zelf bepalen wanneer ze naar de wc of onder de douche kunnen. Hun eigen woonruimte vinden ze vaak te klein en de privacy is nog onvoldoende. Maar ook willen ze een beter sociaal leven en een betere dagbesteding. Ze willen graag hun familie goed kunnen ontvangen, eventueel in een andere ruimte. Ook deze zorgafhankelijke bewoners geven aan graag iets te betekenen voor anderen.

Vanuit het lectoraat willen we de zorg voor ouderen verbeteren. Concreet gaat het dan om de volgende thema's:

Verbeterde regie bij de oudere zorggebruiker

- **Behoeftonderzoek.** Om de regie aan ouderen terug te geven moeten we de wensen van ouderen onderzoeken. Dat kan met klassiek behoeftonderzoek. We willen dit onderzoek op een hoger plan brengen door *empowerment*, *life review* en *levenskunst* als startpunt te nemen: *Wat is op dit moment voor u het belangrijkste? Hoe kreeg u dat in het verleden voor elkaar? Wat doet u zelf er nu aan? Wat heeft u nodig om dat nu te kunnen bereiken?* En dan de andere kant van de medaille. Wat als voor een oudere vooral de tweede dimensie van levenskunst van toepassing is: open staan voor verandering en accepteren? In de GGZ stelden we verschillende typen ouderen vast vanuit de dimensies mondigheid en regie (De Vries en Smits 2002). Dat lijken zeer verwante begrippen, maar sommige ouderen zijn wel mondig, maar nemen zelf niet de regie. Omgekeerd zijn er mensen die niet mondig zijn maar wel de regie houden: Een man die niets zegt, maar ondertussen gewoon zijn eigen gang gaat. Of sterker nog: de mensen die ja zeggen en nee doen. Het drijft zorgprofessionals, ook degenen die graag de regie bij de cliënt leggen, tot wanhoop. Als respondenten dagen ze ook

onderzoekers uit, want gewone vragenlijsten vullen ze wel in, maar de antwoorden hebben niets te maken met wat ze willen en doen. Daarom gebruiken we vaak kwalitatief onderzoek (diepte-interviews, observaties en focusgroepen) om zicht te krijgen op wat ouderen bezig houdt.

- We zoeken dus methodieken om ouderen in de praktijk de regie terug te geven. In feite is het zorg-leefplan dat in de intramurale ouderenzorg wordt gebruikt zo'n methodiek. Zorgorganisaties zijn verplicht samen met de cliënt een zorgplan, dan wel een zorg-leefplan, op te stellen. Ouderen worden echter nog te weinig bij het opstellen van het plan betrokken. (Van Zijl 2008). We willen graag onderzoeken wat achter deze vaststelling ligt en hoe zorgprofessionals hier mee om kunnen gaan. Is het een kwestie van het beter opleiden van het zorgpersoneel en zo ja: hoe doen we dat?
- Een goed voorbeeld om de regie van zorgconsumenten te vergroten zijn *digitale keuzehulpen*. Keuzehulpen informeren cliënten over *evidence based* behandel- en zorgmogelijkheden en brengen hun persoonlijke voorkeuren naar voren (Franx ea 2006, Rabbae en Smits 2008). Zo kunnen sommige mensen met depressie moeilijk othouden op welk moment ze hun anti-depressiva moeten slikken. Voor anderen is de reis naar een psychotherapeut weer lastig. Keuzehulpen ondersteunen de zorgvrager in het open gesprek met zorgverleners over persoonlijke voorkeuren en afwegingen. Verschillende keuzehulpen zijn inmiddels beschikbaar op kiesBeter.nl. Deze zijn gericht op behandelkeuzes die bij een specifieke stoornis gemaakt moeten worden. Momenteel werken we binnen het Trimbos-instituut aan een keuzehulp voor mensen met schizofrenie. Deze kan voor meerdere levensdomeinen gebruikt worden: wonen, zorg, activiteiten, sociale contacten, financiën, zingeving. Deze keuzehulp kan niet alleen door een cliënt en diens hulpverlener gebruikt worden, maar ook door een mantelzorger. Op deze manier kunnen drie partijen elkaar informeren over wat voor hen belangrijk is in de verschillende levensdomeinen. Een dergelijke keuzehulp, die ook bij lange zorgtrajecten gebruikt kan worden, willen we vanuit het lectoraat ook voor ouderen samenstellen.

Verbetering van de inhoudelijke professionele zorg

- De visie binnen het lectoraat op de inhoudelijke zorg sluit aan bij de eerder genoemde belevingsgerichte zorgbenadering. Pool (2003) omschrijft deze als een aanpak die erop gericht is de cliënt en degenen die hem lief zijn zo goed mogelijk te ondersteunen, hem te helpen het leven op zijn eigen manier in te richten en te bereiken wat hijzelf voor ogen heeft, ondanks ziekte of handicaps. Kenniskringlid Jan Jukema promoveert op het concept bewarende zorg (in voorbereiding). Deze

zorg bewaart de verpleeghuisbewoner als uniek persoon. Jukema zal binnen het lectoraat onderzoeken welke betekenis dit concept heeft voor de zorgverlener. Bewarende zorg erkent en waardeert zorgprofessionals als waardevolle leden van een samenleving die zich inzetten voor haar kwetsbare leden.

- Belevingsgerichte zorg houdt ook in dat de cliënt en diens wensen centraal staan en dat hulpverleners samen met hen tot gezamenlijke zorgbesluiten komen. De eerder genoemde keuzehulpen kunnen door cliënten, mantelzorgers en hulpverleners worden gebruikt om tot *shared decision making* te komen. Het gebruik van keuzehulpen en *shared decision making* leidt tot grotere tevredenheid met de gekozen behandeling en de hulpverlener en tot betere klinische resultaten (Clever ea 2006, Joosten ea 2008). Hulpverleners willen wel samen met de cliënt tot zorgkeuzes komen, maar hebben nog niet de competenties om het ook echt samen te doen. Zelfs welwillende hulpverleners die met een keuzehulp werken hebben bijvoorbeeld de neiging om behandelvormen die niet door de eigen zorginstelling worden geboden, niet met de cliënt te bespreken (Rabbae en Smits 2008). Wij willen, met de Windesheimopleidingen en de zorginstellingen, trainingen ontwikkelen voor de hbo-professional in *shared decision making*.
- In de zorg is ICT onmisbaar geworden. ICT is van belang in de communicatie, in de registratie en verantwoording, maar ook in de directe zorg (Smits 2008b). De Inspectie sprak in het najaar van 2008 haar verontrusting uit over de missers in de zorg door het verkeerde gebruik van technologie. Een van de knelpunten betreft de gebrekkige expertise bij de beroepsgroepen. Het is lastig voor de opleidingen en voor de professionals om bij de tijd te blijven wanneer de ontwikkelingen zo snel gaan. Een andere reden betreft de veranderde organisatie van de zorg: Door het kleinschalig wonen komen zorgprofessionals te weinig in aanraking met verschillende technologische toepassingen. Een ander pijnpunt betreft de visie en ethische overwegingen van organisaties en professionals op ICT in de zorg. Hbo-zorgprofessionals komen vanuit hun verschillende beroepsrollen met ICT in aanraking (Smits en Hettinga in druk). Ze beseffen dat ethische overwegingen hierbij belangrijk zijn, maar zijn nu nog niet in staat deze in een kader te plaatsen en er handvatten aan te geven. Met collega-lector Marike Hettinga wil ik in de nabije toekomst bijdragen aan curricula waarin toepassing en gebruik van technologie en ethiek van zorg-ICT aan bod komen.





Ondersteuning van de samenwerking tussen vrijwilligers, mantelzorgers, cliënten en hulpverleners

- Het zorgen voor een naaste verandert de relatie tussen mantelzorger en ontvanger (Vernooij-Dassen 2008). De belasting van de mantelzorger krijgt terecht veel aandacht in de media en binnen het wetenschappelijk onderzoek. Het is geen sinecure om interventies te ontwikkelen waar de zorgafhankelijke oudere en diens mantelzorger echt wat aan hebben (Smits ea 2007). Maar mantelzorgers zijn lang niet altijd zwak en afhankelijk van professionals. Onderzoek dat we voor Saxion uitvoerden laat zien dat mantelzorgers zichzelf een hoog rapportcijfer geven voor het mantelzorgen. In onze kwalitatieve studie bij Syrisch-orthodoxe mantelzorgers kwamen problemen naar voren, maar vooral ook trots op de kwaliteit van hun zorg. Deze mantelzorgers vinden hun eigen zorg vaak beter dan die van de Nederlandse professionals. Cliënten en mantelzorgers blijken ook heel creatief te zijn in het vinden van oplossingen voor zorgproblemen. Dat gebeurt op persoonlijk niveau, maar ook op het niveau van de wijk of gemeenschap. Bij de start van het veldwerk maakte nog maar een enkele oudere gebruik van het Persoonsgebonden budget (Pgb) om mantelzorg in te kopen. Een klein jaar later is het Pgb helemaal ingeburgerd, en echt niet door gerichte gemeentelijke voorlichting. Ook was er in de tussentijd een particuliere dagopvang bijgekomen. Bij mantelzorgonderzoek vanuit het lectoraat blijven we focussen op de sterke kanten van de mantelzorgers en ontwikkelen we waar nodig zorgmethodieken die hierbij aansluiten.
- We voeren vanuit het lectoraat samen met studenten onderzoek uit naar zorgnetwerken en de manier waarop ze samenwerken. Deze zorgnetwerken willen we de komende jaren meerdere malen interviewen om te zien hoe zorgbesluiten tot stand komen, hoe de partijen daarin samenwerken en wat de rol van een *case manager* daarbij kan zijn. Uiteindelijk levert dit onderzoek kennis op die we inzetten bij de opleiding en bijscholing van zorgprofessionals tot *case managers*,

Verbetering van de zorgketens

De zorg voor ouderen wordt door een netwerk van partijen ingevuld. Dit netwerk of keten hapert regelmatig: een gevaarlijk voorbeeld betreft de miscommunicaties rond de medicatie. Andere voorbeelden spelen zich af rond ontslag uit het ziekenhuis, wanneer er geen revalidatie-plaats in het verpleeghuis beschikbaar is. Of wanneer een bewoner na een tijdelijk verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis de vertrouwde woning in het verzorgingshuis niet meer terug krijgt. We willen onderzoeken waar de samenwerking hapert en bezien hoe de schakels gelijkmd kunnen worden. Dat moet resulteren in onderzoeksbevindingen, maar ook in producten die in de beroepsopleiding

kunnen worden ingezet. Ik werk enkele projecten uit die in voorbereiding dan wel uitvoering zijn:

- De zorg voor zorgwekkende zorgmijders is interessant vanuit het netwerkdenken. De doelgroep bestaat uit mensen die overlast veroorzaken en voor zichzelf en/of anderen een gevaar vormen. Vaak spelen psychiatrische en verslavingsklachten een belangrijke rol. Bij veel ouderen is sprake van zelfverwaarlozing. Deze zorg valt onder de OGGZ en wordt ingevuld door onder meer de GGZ, GGD, en maatschappelijke opvang. Op wijkniveau geven signaleerders zoals politie, brandweer, ouderenwerkers en geestelijken meldingen door aan een centraal meldpunt. Deze OGGZ-keten hapert soms, met als gevolg dat de maatschappelijke opvang verstopt raakt. We willen samen met de School of Social Work een Studiewijzer Zorgwekkende zorgmijders ontwikkelen die via de opleiding binnen de Zwolse regio kan worden geëvalueerd.
- Voor mensen met dementie onderstreept de overheid het belang van professionals die de zorg coördineren: zorgmakelaars of *case managers*. De precieze omschrijving van *case management* geeft de minister echter nog niet. Zorgaanbieders, verzekeraars, opleidingen en belangenorganisatie Alzheimer Nederland zoeken naar het *case management*-format dat de beste zorg op de meest economische manier vorm geeft. De eerste onderzoeken laten hoopgevende, zij het wisselende, resultaten zien (Groenewoud ea 2008, Jansen 2007, Ligthart 2008). Verschillende zorgaanbieders in de regio willen het *case management*-concept ontwikkelen en implementeren. Het lectoraat wil bijdragen aan het onderzoek naar het meest adequate *case management*-format.
- Onderzoek laat zien dat mantelzorgers van mensen met dementie behoefte hebben aan meer informatie over de ziekte en over de zorgmogelijkheden. Ook missen ze vaak de mogelijkheid gebruik te maken van respijtzorg zodat ze tijdelijk ontlast worden van hun 24-uurs taak. Binnen het Zwolse verkennen Windesheimstudenten Jessie Hogt, Daniëlle Eefsting en Marieke Gosen of een variant van het Deense Odensehuis als Alzheimer inloophuis in deze tekorten kan voorzien..
- Landelijk, maar zeker ook in Overijssel hebben verschillende partijen met succes de afgelopen jaren samengewerkt binnen het *Landelijk Dementie Programma*. Dit resulteerde onder andere in het *Zorgprogramma Dementie Noord- en Oost Flevoland* (Neumann 2007). Een zorgprogramma is een samenhangend aanbod in diagnostiek en behandeling voor een omschreven groep cliënten. Het doel van het werken met zorgprogramma's is vraaggericht en doeltreffend te werken, het aanbod en de mogelijkheden van de zorg beter te laten aansluiten op de behoeften van hulpvragers, en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Met de regionale partners willen we onderzoeken of dit zorgprogramma deze doelen waar maakt.

Specifieke doelgroepen

De nieuwe oudere is niet alleen de mondige regisseur of de goed-opgeleide oudere die alle belangrijke informatie goed weet te vinden. Ook migranten zijn nieuwe ouderen. Maar het begrip migrantenoudere is een containerbegrip: het enige wat zij gemeen hebben is het feit dat zij in het verleden naar Nederland zijn verhuisd (Smits 2008b). Sommige groepen functioneren in veel opzichten goed. Een voorbeeld betreft de mensen die destijds uit Indonesië overkwamen. Zij zijn relatief hoog opgeleid en minstens zo gezond als hun Hollandse tegenhangers. Ook de Surinamers en Antillianen lijken hun draai aardig te vinden. Problematischer is het gesteld met oudere Turken en Marokkanen. Voor het Nederlandse bedrijfsleven was een slechte opleiding destijds een belangrijk selectie-criterium. Als gastarbeiders konden deze Turken en Marokkanen enkele jaren hier goed verdienen. Hun gebrek aan scholing breekt deze migranten nu steeds meer op. Als groep kenmerken ze zich door een ronduit slechte lichamelijke, psychische en financiële gezondheid. Deze generatie ervaart zichzelf al op vijftigjarige leeftijd als oud (Smits ea ingediend). Dat heeft voor een deel te maken met de cultuur waarin ze zijn opgegroeid, voor een deel ook met hun slechte gezondheid en hun negatieve perspectief op hun leven (De Vries en Smits 2005a,b). Veel oudere Turken en Marokkanen pendelen nu tussen hun vaderland en Nederland. Voor hen zijn de vragen: *wie ben ik?, waar wil ik leven en wonen en welke zorg wil en kan ik krijgen?* heel acuut. Het is boeiend te zien met welke oplossingen oudere migranten zelf of hun gemeenschap komen. In de Zwolse regio willen we deze vragen en oplossingen met onderzoek begeleiden.

Een andere specifieke doelgroep heeft een aantal dingen gemeenschappelijk met oudere migranten: ik bedoel de laagopgeleide oudere. Veel overheidsmaatregelen die bedoeld zijn om hun positie en gezondheid te verbeteren bereiken deze groepen niet echt. Een voorbeeld is het gebruik van internet. We zijn geneigd om het internet als een machtig emanciperend instrument te zien, omdat het alle denkbare informatie voor iedereen toegankelijk maakt. Het internet is voor steeds meer ouderen een belangrijke informatiebron. Het is echter nu al duidelijk dat juist de mensen met een lage sociaal-economische status het internet minder effectief gebruiken. Paradoxaal genoeg heeft deze groep, ondanks hun minstens zo grote aantal internet-uren, minder profijt van de gedigitaliseerde wereld. We moeten manieren zoeken om deze *internethloof* te dichten. Ook de marktwerking in de zorg kan de kloof tussen de rijke en arme nieuwe oudere vergroten. Wie goed in de slappe was zit kan zich een Magnus-appartement in een chique oud herenhuis veroorloven of een verpleeghuisappartement met een drievoudige personele bezetting. Niemand zal deze ouderen een goed leven misgunnen en wie weet maak ik er later ook gebruik van. Maar we moeten tegelijkertijd alert zijn op de kloof tussen groepen nieuwe ouderen. Elke oudere heeft recht op goede zorg.



Hbo-professionals en de zorgarbeidsmarkt

De kranten staan vol van de rekensom vergrijzing min ontgroening. De uitkomst is telkens weer een tekort aan zorgpersoneel. In sommige sectoren en regio's is de nood nu al aan de man. Maar niet alleen de kwantiteit, ook de kwaliteit van zorgprofessionals staat ter discussie. Vanuit het lectoraat ondernemen we verschillende projecten op dit terrein:

- Annelies Harps-Timmerman interviewde managers van zorginstellingen over de problemen die zij ervaren met het vasthouden van zorgpersoneel en over de instrumenten die zij inzetten om deze mensen te behouden voor hun organisatie. De meeste managers passen HRM-instrumenten als coaching, supervisie en personeelsbegeleiding toe. Deze bevindingen sluiten aan bij de onderzoeksrapporten die Regiomarge jaarlijks uitbrengt (Van der Windt ea 2007). Duidelijk is dat de regionale verschillen groot zijn. Dat maakt het voor Windesheim des te interessanter.
- We willen samen met zorgorganisaties en beroepsorganisaties vaststellen wat individuele werknemers bindt aan hun werkgever of de ouderensector. Samen kunnen we vervolgens onderzoeken hoe we ze kunnen binden en boeien. Een toenemend aantal methodieken is ontwikkeld om werkenden in de zorg te motiveren. Elementen zijn vaak de hierboven genoemde supervisie, intervisie en personeelsbegeleiding. Best practices op dit terrein zijn nog moeilijk vast te stellen en onderzoek naar de effectiviteit van verschillende methoden om personeel te binden staat in de kinderschoenen.
- De hbo-professional kiest vaak niet spontaan voor de ouderenzorg. Dit kan te maken hebben met al dan niet misplaatste vooronderstellingen. Het beeld van de ouderenzorg in de media, maar ook in onze persoonlijke ervaringen is zacht gezegd niet eenduidig positief. Windesheim-onderzoek laat zien dat Health Care studenten een ambigu beeld hebben van ouderen en ouderenzorg (Bouwhuis ea 2008). We willen samen met de opleidingen de puzzel oplossen: hoe maken we duidelijk dat het werken in de ouderenzorg het moeilijkste, maar ook het mooiste werk is dat er bestaat?
- Studenten zien niet altijd dat de ouderenzorg hoogopgeleide professionals nodig heeft. Tijdens stages doen hbo-studenten soms weinig werk op hbo-niveau en zien ze weinig verpleegkundigen of maatschappelijk werkenden die meer beroepsrollen vervullen dan alleen die van zorgverlener. De hbo-professional heeft daarnaast nog de rol van regisseur, ontwerper, coach, en beroepsbeoefenaar. Dit geldt voor verpleegkundigen, maar ook voor logopedisten, maatschappelijk werkenden en sociaal-pedagogische hulpverleners. De opleidingen en het lectoraat willen, met de zorgorganisaties, uitzoeken hoe alle beroepsrollen aangesproken kunnen worden

in opleiding en beroep. Want dat die beroepsrollen relevant zijn is voor iedereen wel duidelijk.

- De School of Social Work biedt drie opleidingen: Culturele en Maatschappelijke Vorming, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, en Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Voor deze opleidingen geldt dat slecht een fractie van de studenten met ouderen in aanraking komt. De Windesheim-opleiding is echter niet de enige die geen gerichte Social Work-opleiding biedt voor het werken met ouderen. Klaas Smid inventariseerde de situatie bij collega-hogescholen en ontdekte maar enkele opleidingen die op de vergrijzing inspelen. De hbo's zien nog weinig professionals aan het werk rond ouderen en durven de opleidingsinhoud nog niet op het werken rond ouderen af te stemmen. Ook is er nog weinig expertise over het werken met ouderen in huis. Studenten komen daardoor niet met het ouderenvak in aanraking en weten niet wat ze missen. Tegelijkertijd vragen organisaties zeer regelmatig om studenten voor projecten met of rond de doelgroep ouderen. Het lijkt me goed als opleidingen met studenten, het werkveld en de beroepsverenigingen in overleg gaan om deze impasse te doorbreken. We dragen graag de bouwstenen voor dit overleg aan, bijvoorbeeld met een enquête onder afgestudeerden. We willen hen dit voorjaar bevragen over hun huidige werk en hoe ze tot deze baan zijn gekomen. Tegelijkertijd willen we studenten nauwkeuriger volgen in hun keuzes voor vakken, stages en beroep om beter op hun wensen in te kunnen springen.
- Een interessant terrein is de samenwerking tussen hbo- en mbo-zorgprofessional. Samenwerking tussen de beroepsgroepen is van groot belang voor de kwaliteit van de zorg en de arbeidstevredenheid. Er gaapt in de praktijk echter een kloof tussen de hbo- en mbo-medewerker. Deze kloof lijkt te maken te hebben met verschillen in kennis en vaardigheden. Ook de verschillende *cultures of caring* spelen een rol: enerzijds de mbo-verzorgende met specifieke arbeidswensen; anderzijds de hbo-professional met een duidelijke loopbaanambitie. Het is belangrijk te weten hoe we deze zorgculturen goed op elkaar af kunnen stemmen. Dat doen we door te onderzoeken welke samenwerkingsvorm op de werkvloer het best loopt. Samenwerking tussen medewerkers kan op verschillende manieren vorm krijgen. Momenteel staat het leidinggeven door de hbo-professional in de belangstelling. We willen onderzoeken hoe bepaalde vormen van leiding geven de aansluiting tussen de twee zorgculturen versoepelt.
 - Het feit dat een groot deel van de werknemers in de zorg zelf 50 plus is brengt de nodige voordelen met zich mee: deze medewerkers hebben meer raakvlakken met de ouderen dan jongeren. Ook hebben ze meer ervaring. Toch wordt de oudere werknemer steeds geproblematiseerd als verzuimgevoelig, duur en niet bij de tijd.

In de onderzoeksliteratuur zijn veel vooroordelen al lang onderuitgeschoffeld: oudere werknemers verzuimen niet of nauwelijks meer dan jongere. Hun opleiding hebben ze inderdaad vaak lang geleden gevolgd en de bijscholing is lang niet altijd voldoende geweest. Dat hangt samen met persoonlijke motivaties, maar ook met de visies op loopbanen die organisaties impliciet uitstralen. Als opleider kan Windesheim natuurlijk veel doen aan bij- en nascholing. Binnen het lectoraat zijn wij ook geïnteresseerd in manieren om de kennis en ervaring van deze groep af te tappen: wat kunnen zij ons leren?

- In de zorgarbeidsmarkt worden migranten vaak als een belangrijke doelgroep gezien: De derde generatie is relatief groot en steeds beter opgeleid. Verschillende manieren zijn ontwikkeld om "allochtone" studenten en medewerkers te werven. Landelijk zijn hier sterk verschillende resultaten mee geboekt (Van der Windt 2007) Ook in Overijssel en Zwolle zijn succesverhalen bekend. Ook hier geldt dat de ontmoeting tussen verschillende zorgculturen vruchtbaar kan zijn.

Innovatie door hbo-professionals

Hbo-zorgprofessionals zetten in hun dagelijks werk vooral de beroepsrol van zorgverlener in. Maar de kwaliteit van de hbo-er zit ook in de andere beroepsrollen: die van regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Als ontwerper kunnen zorgprofessionals veel bijdragen aan de innovatie van de zorg voor ouderen. Studenten doen binnen hun beroepsrol van ontwikkelaar praktijkgericht onderzoek. Enkele projecten illustreren de spin-off van een ontmoeting van zorg- en opleidingsculturen.

- Het eerste ontwikkelproject betreft bewegen door ouderen. Ons welbevinden en onze gezondheid worden positief beïnvloed door beweging. De cliënten van de ouderenzorg hebben per definitie lichamelijk beperkingen. Dat zal de reden zijn dat zij nauwelijks bewegen. Een andere reden is natuurlijk dat organisaties vooral het verzorgen beschouwen als goede zorg, en niet het activeren. De overheid wil het bewegen van ouderen stimuleren, ook in de ouderenzorg. TNO ontwikkelt een bewegennorm voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook de Vrije Universiteit wil het bewegen stimuleren via haar leerstoel *Lichamelijke activiteit en gezondheid bij ouderen*.

Het afgelopen half jaar hebben Windesheimstudenten Kelly Roufs en Thomas Wieringa de mogelijkheden van de Nintendo-Wii in de ouderenzorg en het ouderenwerk verkend. Met de Nintendo Wii-sport kunnen ouderen op een aantrekkelijke manier verschillende sporten beoefenen. De Wii kan in de huiskamer, maar ook in groepen worden gebruikt. De eerste resultaten van dit vooronderzoek laten zien dat de Wii als een magneet werkt op ouderen. De bevindingen laten echter ook zien

dat de Wii niet bij elke doelgroep een blijvende trekker is. Daarvoor zijn aanpassingen nodig. Dit voorjaar voeren de lectoraten Innoveren in de Ouderenzorg en Bewegen en Gedragsbeïnvloeding een vervolgstudie uit naar de toepassing en mogelijke effecten van de Wii in de ouderen zorg. Het Nationaal Ouderenfonds verdeelt 24 apparaten over 24 zorginstellingen. Wij gaan deze zorginstellingen volgen om te bezien wat werkt en bij wie. Studenten van de School of Health Care en de School of Human Movement and Sports onderzoeken samen of een bewegingsprogramma ontwikkeld kan worden dat gebruik maakt van de Wii.

- Binnen de belevingsgerichte zorg is het inspelen op de zintuigen een belangrijke ingang om te achterhalen wat mensen met dementie willen. De zintuigen zijn ook belangrijk om de kwaliteit van leven te verbeteren. Vanuit Saxion Hogescholen is voor de Rikster Webergroep een dvd ontwikkeld die de kijker meeneemt op een virtuele wandeling door het oude Deventer. We hebben met studenten een handleiding en een Prikkelbox samengesteld die deze dvd als uitgangspunt nemen (Werkgroep Mijn Stad Deventer 2007). In de pilot riepen de dvd en de Prikkelbox veel zintuiglijk enthousiasme op bij de begeleiders en ouderen.

Een nieuwe toepassing die we in een samenwerking tussen het lectoraat en de *Wag Society* willen ontwikkelen is de *Snoozy*. De naam *Snoozy* slaat op het *snoezelen*, een bekend begrip in de zorg voor mensen met een handicap of dementie. Andere benamingen zijn zintuigactivering of sensomotorische stimulatie. Er zijn steeds meer snoezelruimtes in de gehandicapten- en ouderen zorg. Met de *Snoozy* willen we het snoezelen vermakkelijken: Het snoezelen moet overal kunnen en als het even kan ook zonder begeleiding. Het komende jaar ontwikkelt *Wag Society* verschillende *Snoozy*-prototypes die we binnen de Zwolse regio evalueren.

Doelen, doelgroepen en aanpak

Het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg gaat uit van de nieuwe oudere en de *cultures of caring* die momenteel ontstaan. Ik heb hierboven het begrip nieuwe oudere al opgerekt: enerzijds de zelfbewuste onafhankelijke welvarende babyboomer, anderzijds de afhankelijke, slecht geïnformeerde, ongezond levende oudere met een lage SES. Beide uitersten hebben meer dan voorheen keuzevrijheid om het leven naar eigen wens in te richten. De een heeft daarbij wel meer mogelijkheden dan de ander. In ons onderzoeksprogramma willen we deze zwart-witte groepen en alle grijsstinten er tussen in bedienen. De nieuwe ouderen zelf vormen de belangrijkste doelgroep omdat de sector waar het lectoraat zich op richt, de ouderen zorg, hen ook als primaire doelgroep heeft. Beslissers en managers in en rond de ouderen zorg vormen om die

reden ook een doelgroep. Deze doelgroepen worden qua onderzoek al door meerdere kennisinstellingen bediend. Het lectoraat sluit in veel opzichten bij deze kennisinstellingen aan, maar onderscheidt zich doordat ze is ingebed in een onderwijssetting waar zorgprofessionals worden opgeleid. Waar mogelijk zullen onderzoeksresultaten ten goede komen aan deze zorgprofessional: direct via beroepsproducten, en indirect via scholing en nascholing.

Het doel van onze activiteiten is een betere kwaliteit van leven van ouderen. Dit doel bereiken we via een betere kwaliteit van de zorg. Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden dat de zorg hier niet als één sector of domein gezien moet worden: De zorg, het wonen, welzijn, zingeving, sociale en materiële functioneren bepalen samen de beleving van het ouder worden.

Lectoraten onderscheiden zich van veel andere onderzoeksinstituten door het begrip kenniscirculatie. Praktijkgericht onderzoek gaat verder dan onderzoek dat in de praktijk plaatsvindt of de zorgpraktijk als afzetgebied heeft. We willen de kennis die in de zorgpraktijk bestaat, bij ouderen zelf, professionals, managers, beslissers, en ondernemers, beschikbaar maken voor anderen. Dat kan door die kennis en expertise naar boven te halen, te vertalen en onderzoekbaar te maken. Vervolgens kan de resulterende kennis worden verspreid en geïmplementeerd. Het onderwijs wordt daar nauw bij betrokken. Als hogeschool heeft Windesheim in de vorm van docenten veel kennis in huis. Veel kennis wordt nu al uitgewisseld met de professionals in de zorgpraktijk die verantwoordelijk zijn voor de praktijkkennis van studenten. Het lectoraat wil deze kenniscirculatie nog een stap verder brengen door ons onderzoek. Wij zullen als onderzoekers bij onze doelgroepen de kunst afkijken. Wij vragen hen regelmatig persoonlijk hun mening: in persoonlijke interviews, via ouderenbonden en cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgkoepels, ondernemersverenigingen, maar ook via schriftelijke vragenlijsten, forums, panels en internetcommunities. Het is goed om binnen één jaar na de start van het lectoraat te merken dat niet alleen landelijk, maar ook in de grote regio Zwolle deze partijen met ons mee willen doen.

Binnen de Windesheimse lectoraten ontwikkelt zich een traditie van kenniscirculatie via onderzoeksprojecten en programma's waarin docenten, studenten, praktijkwerkers en kenniskringleden participeren. Ook wij kiezen voor deze aanpak. Daarnaast willen we kenniscirculatie op twee nog nieuwere manieren vorm geven: via *Practice development* en via de ontwikkeling van een *Regionaal Zorgvoorbeterformat*.

Practice development

Practice development is een continu proces dat bestaat uit kritisch denken, bewustwording van routinematig handelen, het zoeken naar het beste bewijsmateriaal en het kijken naar de eigen zorgcultuur waarin de (nieuwe) praktijkvoering geïmplementeerd moet worden. Door het toepassen van *Practice development* verbeter je de kwaliteitszorg voor de patiënt en voor de zorgverleners (zie www.fontys.nl/verpleegkunde/). Een belangrijk element van *Practice development* is de centrale plaats van het gebruikersperspectief. Voor dit lectoraat betekent dit dat het perspectief van de ouderen deel is van innovaties. Belangrijke elementen van *Practice development* zijn het faciliteren en ondersteunen van de zorgverleners zodat zij hun kennis en vaardigheden kunnen ontwikkelen bij het transformeren van de betreffende zorgcultuur (Garbett en McCormack 2004). Innovaties worden in deze benaderingswijze niet van buiten af opgelegd, maar van binnenuit ondersteund en gefaciliteerd. Concreet betekent dit dat we in onze innovaties onder meer alle belanghebbenden betrekken; dat in innovaties naast wetenschappelijke ook praktijk- en persoonlijke kennis wordt ingezet; en dat er werk wordt gemaakt om de waarden, overtuigingen en gewoonten bij de betrokkenen te verhelderen en de betekenis ervan voor de innovatie boven water te krijgen. Het lectoraat zet hiervoor methodieken in die de zorgverleners en ouderen in de praktijk ondersteunen en uitdagen het anders en beter te doen. Voorbeelden daarvan zijn *Action Learning Set* (ALS) en het verhelderen van *Claims, Concerns en Issues*. De kern van een ALS is dat een betrokkene een relevante ervaring, vraagstuk, probleem inbrengt en dat de andere deelnemers hem of haar met vragen uitdaagt en ondersteunt.

Regionale Zorgvoorbeter

Landelijk heeft de overheid de afgelopen jaren verschillende grootschalige verbeterprogramma's gefinancierd om *evidence based* methodieken in de zorg te implementeren. Het gaat om de bekende Doorbraakprogramma's en de Zorgvoorbetertrajecten (www.zorgvoorbeter.nl). De langdurige zorg focust daarbij op thema's als medicatieveiligheid, seksuele intimidatie, somatische co-morbiditeit, decubitus, valpreventie en zeggenschap. Zorgorganisaties worden uitgenodigd mee te doen aan een landelijk verbetertraject rond een bepaald thema. Binnen elke deelnemende organisatie werkt vervolgens een verbeterteam aan een verbeterplan. De verbeterteams van de verschillende organisaties komen gedurende een jaar vier maal een dag bij elkaar om elkaar te stimuleren en te bevragen. Dat gebeurt ook via een eigen website. Een expertteam ondersteunt de teams bij het verbeterproces. Steekwoorden bij Zorgvoorbeter zijn: Meten is weten, *Plan Do Check Act*, en Borging. De doorbraakprojecten en Zorgvoor-

beterprogramma's zijn een groot succes. Veel organisaties hebben al meegedaan en de resultaten liegen er niet om. Zo wordt het aantal medicatiefouten binnen de deelnemende teams bijna gehalveerd.

Toch blijven de organisaties achter Zorgverbeter zoeken naar nieuwe typen programma's: de belangrijkste hapering in de Zorgverbetermachine zit in de borging van de verbetering. De resultaten moeten worden onderhouden en de vraag is hoe: de projectleider van het verbeterteam is gedurende de projecttijd vrijgesteld om zich te richten op het verbetertraject. Na een jaar vervalt deze regeling meestal en is het al gauw weer terug bij af. Het kenniscirculatie-mantra van lectoraten inspireert ons tot het ontwikkelen van een *Regionaal zorgverbeterformat* dat verankerd is binnen de lectoraten en hogeschoolopleidingen. Samen vormen zij een natuurlijke omgeving om doorlopend, dus projectoverschrijdend, de zorg te verbeteren. Studenten leren binnen deze doorlopende regionale zorgverbetervariant hun beroepsrollen in te vullen. De verbeterteams, studenten en docenten leren van elkaar en van de landelijke experts. Het lectoraat Innoveren in de ouderenzorg wil dit nieuwe verbeterformat, samen met landelijke partners Vilans en ZonMw ontwikkelen. Bij gebleken succes kan het naar andere inhoudelijke sectoren en regio's worden uitgerold.



Ouder worden gaat vanzelf en iedereen doet het op eigen wijze. Dit geldt des te meer voor de postmoderne samenleving waarin de welvaart een grote consumptievrijheid heeft gebracht. Ouderen kunnen, nee, moeten hun identiteit bepalen, kiezen op welke manier ze ouder willen worden en wat ze daarbij nodig hebben. De beleving van het ouder worden is met deze ontwikkelingen drastisch veranderd: ouderen hebben zelf de regie. Het resultaat is een versnippering van het begrip ouder worden. *De oudere bestaat niet meer.*

Parallel aan het ontstaan van deze veelheid aan *cultures of ageing* is een scala aan *cultures of caring* ontstaan waarin op verschillende manieren betekenis wordt gegeven aan wat *goede zorg* is.

Het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg neemt de nieuwe oudere en de vele *cultures of ageing* en *cultures of caring* als uitgangspunt. Het lectoraat wil dat ouderen een leven kunnen leiden dat zij als goed ervaren. Alle zorg die daarvoor ingezet kan worden moet dit doel voor ogen hebben. Wanneer dit doel bereikt wordt is er sprake van *goede zorg*.

Beleidswijzigingen, demografische en andere maatschappelijke veranderingen hebben geleid tot grote veranderingen in de ouderenzorg en in de bijbehorende zorgculturen. Het lectoraat erkent het bestaan van deze veelheid aan soms onsamenhangende ouderen- en zorgculturen. Zorgculturen leveren ingrediënten op voor innovatie wanneer ze veranderen of met elkaar in aanraking komen. Op die momenten en op die plaatsen willen we vooraan staan.

Inhoudelijk heeft het lectoraat een aantal speerpunten:

- levenskunst en *empowerment*;
- kwaliteit van wonen;
- kwaliteit van zorg (de regie bij de oudere zorggebruiker, de inhoudelijke professionele zorg, de samenwerking tussen vrijwilligers, mantelzorgers, cliënten en hulpverleners, de zorgketens, specifieke doelgroepen als ouderen met een lage sociaal-economische status en migranten);
- de zorgarbeidsmarkt;
- de hbo-er als multidisciplinaire ontwikkelaar en onderzoeker.

Het lectoraat wil bijdragen aan een betere zorg door gebruik te maken van de kennis en expertise van haar doelgroepen: de oudere zelf, zijn of haar vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgmanagers, beleidsmakers, ondernemers, ver-

zekeraars en opleiders. Kenniscirculatie tussen deze partijen gebeurt met een programmatische aanpak en de ontwikkeling en toepassing van twee nieuwe methodieken: *Practice development* en een *Regionaal zorgverbeterformat*.

Literatuur

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: PB Baltes & MM Baltes (Eds). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (p 1-34). New York: Cambridge University Press.

Boer, A.H. de. (2006). *Rapportage ouderen 2006*. Den Haag: SCP.

Boevink, W., Plooy, A., Rooijen, S. van (red) (2007). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen* (Passage-cahier)
Red. Boevink, W., Plooy, A. en Rooijen, S. van. Amsterdam: SWP.

Boland G., Smits C., Vries W. de, Erp R. van (2007). De Kracht van je leven. De narratieve methode in de GGZ preventie bij Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. *MGV*, 62, 487-495. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bohlmeijer, E., Smit, F., Cuypers, P. (2003). Effects of reminiscence and life-review on late-life depression: A meta-analysis. *Int.J.Ger. Psychiatry*, 18, 1088-1094.

Bouwhuis, I., Braam, A., Bosch, L. van den (2008). *Een kwantitatief onderzoek naar de beeldvorming onder studenten over ouderen en ouderenzorg*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Brandstädter, J., Rothermund, K., Schmitz, U. (1998). Maintaining self-integrity and efficacy through adulthood and later life. The adaptive functions of assimilative persistence and accommodative flexibility. In: J. Heckhausen & CS. Dweck (eds). *Motivation and self-regulation across the life-span* (p 365-388). New York: Cambridge University Press.

Broese van Groenou, M. (2006). Veranderingen in sociale participatie. In: A. de Boer (red.), *Rapportage ouderen 2006; veranderingen in de leefsituatie en levensloop* (p. 215-239). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Broese van Groenou, M.I., Tilburg, T.G. van (2007). Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In: A. de Boer (Red.), *Toekomstverkenning informele zorg* (p. 45-64). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Bussemaker, J. (2007). *Zorg voor ouderen. Om de kwaliteit van het bestaan.*(kamerstuk). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Campen, C. van (2008). Grijswaarden. Den Haag: SCP.
- CBS. (2007) *Gezondheid en zorg in cijfers 2007 Voorburg/Heerlen*: CBS
- CBS. (2008). *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Voorburg/Heerlen: CBS
- Cingel, C.J.M. van der (2008). Compassie als antwoord op leed. Een verkenning naar compassie in het domein zorg. *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte*, 100.
- Clever, S.L., Ford, D.E., Rubinstein, L.V. ea. (2006). Primary care patients' involvement in decision making is associated with improvement in depression. *Medical Care*, 44 , 398-405.
- Deegan, P.E. (2007). The Lived Experience of Using Psychiatric Medication in the Recovery Process and a Shared Decision-Making Program to Support It. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 62-69.
- Depla, M.F.I.A., Pols, J., Lange, J. de, Smits, C.H.M., Graaf, R. de, Heeren, T.J. (2003). Integrating mental health care into residential homes for the elderly: An analysis of six Dutch Programs for older people with severe and persistent mental illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1275-1279.
- Depla, M.F.I.A., Smits C.H.M. (2003). *Wonen zorg en welzijn: Wat willen ouderen zelf? Een behoeftepeiling onder Noord-Hollandse ouderen*. Haarlem: Provincie Noord-Holland, 2003.
- Dröes R.-M., Finnema E., Lange J, de, Kooij C. van der, ea, (2003). *Geïntegreerde beleavingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis; een klinisch experimenteel onderzoek naar de effecten en kosten*. Amsterdam/Utrecht: Vrije Universiteit, Trimbos-instituut, Nzi.
- Franx, G., Stalmeijer, P., Timmermans, D. (2006). Keuzehulp in de zorg: de integratie van kennis en waarden. *MGV*, 61, 638-646.

Garbett, R., McCormack, B. (2004). A concept analysis of practice development. In: B. McCormack, K. Manley, R. Garbett (eds.). *Practice Development in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.

Gilleard, C. en Higgs, P. (2000). *Cultures of ageing: self, citizen and the body*. London: Prentice Hall.

Gool, C.H. van, Kempen, G.I.J.M., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Eijk, J.Th.M. van (2007). Chronic Disease and Lifestyle Transitions. Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 19, 416-438.

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

Habion (2007). *Het nieuwe ouder worden, het nieuwe wonen*. De Bilt: Habion.

Jansen, A.P.D. (2007). *Effectiveness of case management among older adults with dementia symptoms and their informal caregivers*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Joosten, E.A.G., DeFuentes-Merillas, L., Weert, G.H. de, Sensky, T., Staak, C.P.F. van der, C.A.J. de Jong (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.

Jukema, J.S. (in voorbereiding). *Bewarende zorg*. Over goede dagelijkse zorg van verplegenden voor verpleeghuisbewoners - een verplegingswetenschappelijke studie. Den Haag: Lemma.

Klerk, M. de (2005). *Ouderen in instellingen*. Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuusbewoners. Den Haag: SCP.

Knipscheer (2007). Ouder worden in sociaal-culturele en omgevingscontext. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M. Vink (Red). *Handboek Ouderenpsychologie*, p 37-50. Utrecht: De Tijdstroom.

Koster, A., Bosma, H., Broese van Groenou, M.I., Kempen, G.I.J.M., Penninx, B.W.J.H., Eijk, J.Th.M. van, Deeg, D.J.H. (2006). Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *BMC Public Health*, 6: 244, 1-12.

Kwartel, A van der, Paardekooper, P., Velde F. van der, Windt W van der. (2007). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2007. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.

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

Land, H. van 't, Grolleman, J., Mutsaers, K., Smits, C. (2008). Trendrapportage GGZ 2008 deel 2, *Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23, 349-357.

Ligthart, S.A. (2008). *Casemanagement bij Dementie. Aanpak en effecten van casemanagement bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijk Dementieprogramma*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Linssen, C., Habekotté, F. (2007). Narratieve psychotherapie. P 363-372. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M. Vink (Red). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Neumann, I. (2006). *Meerjarenplan Zorgprogramma Dementie Noord- en Oost Flevoland. Naar optimale dementiezorg*. Lelystad: MCC.

Nispen, R.M.A. van, Beek A.P.A. van, Wagner C., (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek*. Utrecht: NIVEL.

Palmboom, G., Pols, J. (2008). *Wat bezielt de mantelzorger?* Amsterdam: Nicis Institute.

Pols, A.J., Depla, M., Lange, J. de (2000) 'Dat kunt u best zelf'. Zorg voor autonomie van ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 3-15.

Pols, A.J., Smits, C. (2007). *Ouderen en levenskunst*. Utrecht. Trimbos-instituut.

Pool, A.J. (2003). *Zorg met een gezicht*. Belevingsgerichte zorg in de praktijk. Serie Inzicht in verzorging, verzorging in zicht. Utrecht: NIZW.

Rabbae, N., Smits, C., Franx, G. (2008). Wie kiespijn heeft, zoekt zelf een arts. Informatiebehoeften van Turkse en Marokkaanse cliënten met depressie. In: *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 5, 86-95.

Schuijt-Lucassen, N.Y., & Broese van Groenou, M.I. (2006). Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen: De rol van gezondheid, sociale context, voorkeur en persoonlijkheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84, 4-11.

Smits C. (2003). Life review, verhalen van duizenden dagen en nachten als therapie. In: B. Miesen, M. Allewijn, C. Hertogh, F. de Groot, M v. Wetten (Red). *Leidraad Psychogeriatric*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum. p 388-412.

Smits, C. (2007a). *Verhalen in Beeld. Handleiding en draaiboek. Een preventieve methodiek voor verzorgingshuisbewoners met depressieve klachten aan de hand van de Verhalentafel*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Smits C. (2007b). Migranten. In: AM Pot, Y Kuin, M Vink (red), *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht pp 443-455. Utrecht: De Tijdstroom.

Smits, C (2008a). *Mantelzorg in de suryoye-gemeenschap: tussen God, gemeenschap en geduld*. Congres Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, Ede, 3 oktober 2008.

Smits, C. (2008b). ICT als schakel in de zorg. In: J. Jurriëns (red) *Verbinden in de zorg*. p 47-50. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Smits, C. (in voorbereiding). *Levenskunst bij ouderen en mantelzorgers*. Enschede: Saxion Hogescholen, Utrecht: Trimbo-instituut. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Smits, C., Bosscher, R. (1998). Changes in locus of control in older adults. In: D.J.H. Deeg, A. Beekman, D. Kriegsman, M. Westendorp-de Serièrè (Eds) *Autonomy and well-being in the aging population. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1995-1996*. Amsterdam: VU University Press.

Smits C., Hettinga M. (in druk). *ICT voor mensen met dementie: ethische uitdagingen voor de professionele beroepsrollen*. In: *Ethische aspecten rond ICT en domotica*. Utrecht: Provincie Utrecht.

Smits, C., Lange, J. de. Dröes, R.M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M., Pot, A.M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *Int J Ger Psychiatry*, 22, 1181-1193.

Smits, C. en Pols, J. (2008). *Levenskunst: verkenningen van het concept en ontwikkeling van een meetinstrument*. Congres Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, Ede, 3 oktober 2008.

Smits, C., Woortmeijer, M., Westerhoven, G., Clappers, A., Vries, W. de (ingediend). *The experience of aging in elderly Turkish and Moroccan migrants*.

Steverink, N. (2007). Zelfmanagement als levenskunst. *Geron*, 9, 58-61.

Thomése, G.C.F., Broese van Groenou, M.I. (2006). Adaptive strategies after health decline in later life: increasing the person-environment fit by adjusting the social and physical environment. *European Journal of Ageing*, 3, 169-177.

Tonkens, E., Broeke, J. v.d., Hoijsink, J., Malschaert, H., Sedney, P. (2008). *Op zoek naar weerkaatsplezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Den Haag: Nicis Institute.

Veer, A.J.E. de, Brandt, H.E., Schellevis, F.G., Francke, A.L. (2008). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: NIVEL.

Vernooij-Dassen, M. (2008). *Het is zaliger te geven dan te ontvangen. Inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Vries, W. de, Smits, C. (2005a). Verdwaald in Nederland. Het welbevinden van de eerste generatie Marokkaanse plattelandsmigranten. *MGV*, 60, 86-93.

Vries, W. de, Smits, C. (2005b). Op zoek naar rust in de ziel Rahat el baal. De beleving van problemen met de geestelijke gezondheid van Marokkaanse ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36, 194-202

Vries, W. de, Smits, C., Lange, J. de. (2002). En wat wilt u zelf? *Hoe hulpverleners de cliënt-participatie van ouderen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen bevorderen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2002.

Vries, W. de, Smits, C., Boland, G., Erp, R. van (2007). De Kracht van je leven. Ontwikkeling van een reminiscentiemethodiek voor Turkse en Marokkaanse ouderen met depressieve klachten. *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, 62, 66-76.

Werkgroep dvd Mijn stad Deventer. (2008). Prikkelbox. *Stad en streek belevingsbox*. Handreiking voor gebruikers. Harfsen: Rikster Webergroep.

Westerhof, G. (2007). Levenslooptheorieën: zelfrealisatie, ontwikkelingsregulatie en autobiografie. P 23-36 In: Pot AM, Kuin Y, Vink M (Red). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Westerhof, G.J., Barrett, A.E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 60B, S129-S136.

Wind, W. van der, Arnold, E.J.E., Keulen, R.F. (2007). RegioMarge 2007. *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011*. Utrecht: Prismant.

Zijp, M. (2008). U mag het zeggen. *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 118, 34.

Personalia

Carolien Smits (1958) studeerde psychologie, in het bijzonder sociale gerontologie, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (Radboud Universiteit). Voor en na haar afstuderen werkte ze aan de University of Edinburgh aan projecten rond mantelzorgers, het gebruik van kalmerende middelen in verzorgingshuizen en de attitude van hulpverleners ten aanzien van oudere cliënten.

Na terugkeer aan de huidige Radboud Universiteit schreef ze als docent-onderzoeker haar dissertatie over de intake bij de RIAGG-ouderenzorg. Ze verdedigde haar proefschrift in 1991.

Tussen 1991 en 1998 werkte ze als senior onderzoeker bij de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* aan de Vrije Universiteit. Ze publiceerde met name over de veranderingen in het cognitieve en emotionele functioneren die samen gaan met het ouder worden. Sinds 1998 is ze werkzaam aan het Trimbos-instituut, het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. Aandachtspunten daarbij zijn de kwaliteit van leven van ouderen en mensen met ernstige psychische stoornissen en de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. De beleving van het ouder worden en de levenskunst die mensen daar tegenover stellen vormen het uitgangspunt in haar werk. Samen met partners in de GGZ en de ouderenzorg ontwikkelde ze preventieve methodieken voor cultureel-verschillende groepen ouderen in verschillende zorgsettingen (Nederlands, Turks en Marokkaans). Een belangrijk thema is de betrokkenheid van cliënten bij de zorg en de manieren waarop deze kan worden vergroot. Binnen dat kader leidt ze projecten rond keuzehulpen: methodieken om cliënten en hulpverleners te ondersteunen in het gezamenlijk nemen van zorgbesluiten.

In 2007 raakte Carolien via een detachering bij Saxion Hogescholen bekend met het onderwijs en onderzoek binnen het hbo. Onderzoeksprojecten hier focusten op een methodiek voor zintuigstimulering voor mensen met dementie en de beleving van het mantelzorgen voor ouderen bij cultureel-verschillende doelgroepen (Nederlands en Suryoye).

Sinds februari 2008 geeft Carolien Smits leiding aan het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg. Op 13 februari 2009 sprak zij haar lectorale rede *Zorg voor en door Ouderen: Innovatie in zorgculturen* uit tijdens de installatiedag op Windesheim.

Dankwoord

Ik dank deze dag en deze functie aan al die mensen die mij vijftig jaar lang lieten deelnemen aan een doorlopende kenniscirculatie. Vaak vond die plaats binnen opleiding en werk, vaak ook thuis, binnen mijn familie en vriendenkring.

Ik dank daarom mijn opleiders en collega's van de toenmalige Katholieke Universiteit te Nijmegen, van wie Joep Munnichs en Nan Stevens mij nu nog dagelijks inspireren. Dank aan mensen als Kevin Morgan en Chris Gilleard die in mijn tijd in Schotland mijn neurale verbindingen aanzienlijk hebben weten uit te breiden. Aan mijn werk aan de Vrije Universiteit bij de Longitudinal Aging Study Amsterdam bewaar ik goede herinneringen; ik kan niet iedereen opnoemen en beperk me tot Kees Knipscheer, *Mrs LASA* Dorly Deeg en Marja Aartsen. Het Trimbos-instituut biedt mij vele kansen en ik waardeer het onvoorwaardelijke vertrouwen dat Jacomine de Lange en Hans Kroon in mij stellen. Collega's als Marja Depla en Wilma de Vries en die van het Programma Reïntegratie wens ik iedereen toe. Mijn korte tijd Saxion Hogescholen luidde ietwat onbedoeld dit lectoraat bij *de concurrent* in. Ik waardeer mijn collega's daar voor hun open houding en deskundigheid. Ik hoop in de toekomst ook vanuit Windesheim samen te werken met Geralien Holsbrink, Joy Notter en Truus Spijker.

Natuurlijk ben ik veel dank verschuldigd aan degenen die aan de wieg van het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg stonden. Het gaat om Bert Wybenga en mensen als Loes Kater, Saskia van der Lyke, Wim Kromdijk en Hannelies van der Pol, die ouderen op de agenda van de School of Health Care en de School of Social Work zetten. Regionaal en landelijk ondersteunden Driezorg (Wim Rave), Isala Klinieken en Zorgcombinatie Zwolle (Stichting het Zonnehuis) en de Vrije Universiteit (Jan Eefsting en Martin Boekholdt) de aanvraag voor het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg.

Inhoudelijk hebben de leden van de kenniskring Innoveren in de Ouderenzorg het meest aan mijn werk bijgedragen. Dank dus aan Margreet van der Cingel, Leontine Groen-van der Ven, Annelies Harps-Timmerman, Jan Jukema en Klaas Smid. Collega-lectoren, Arie Jansen als coördinator, Gert de Haan en Kennispoort Regio Zwolle gaven mij een vliegende en gevleugelde start dit eerste jaar.

Speciale dank betuig ik aan Jeannette Pols (UvA) die, evenals de kenniskringleden, een eerdere versie van deze lectorale rede becommentarieerden. Tenslotte dank ik Esther Eshuis, Martine Hilgenkamp en Hanneke de Weerd en de andere leden van het CIK-bedrijfsbureau voor hun dagelijkse veelvormige steun.

Veel dank aan de vele professionals en zorginstellingen in Zwolle en wijde omgeving die mij lieten delen in hun kennis, ervaring en vraagstukken. Ook belangrijk zijn de

contacten met ouderenorganisaties en vertegenwoordigers van ouderen, cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers. Tot slot de vertegenwoordigers van de stedelijke en provinciale overheden. Ik hoop samen met u bij te dragen aan een betere zorg voor ouderen.

Mijn ouders en mijn broers en zussen staan natuurlijk aan de basis van mijn bestaan als mens en lector. De dank die daarbij hoort is moeilijk te verwoorden. En dat geldt ook voor de vanzelfsprekendheid van mijn plaats in het leven van Bertil, Nella, Elze en Henrike.

WINDESHEIMREEKS KENNIS EN ONDERZOEK

LECTORAAT INNOVEREN IN DE OUDERENZORG



Carolien Smits

Dr Carolien Smits is per 1 februari 2008 benoemd als lector Innoveren in de Ouderenzorg. Ze combineert haar werk voor Windesheim met haar functie als senior wetenschappelijk medewerker bij het programma Reïntegratie van het Trimbos-instituut.

Lectoraten bevorderen de kenniscirculatie tussen praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs. Windesheim groeit met haar lectoraten uit tot een regionaal kenniscentrum.

Het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg wil bijdragen aan een betere zorg door gebruik te maken van toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast maakt het lectoraat gebruik van de kennis en expertise van haar doelgroepen: de oudere zelf, zijn of haar vertegenwoordigers, mantelzorgers, zorgprofessionals, zorgmanagers, beleidsmakers, ondernemers, verzekeraars en opleiders.

Deze publicatie verschijnt bij de rede die Carolien Smits uitsprak op 13 februari 2009. Meer over het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg op www.windesheim.nl