



CRISIS OF EEN SUCCESVOLLE TRANSITIE?

Op weg naar een succesvolle transitie van thuis naar
het verpleeghuis

Ellen Ras-Bakker, S1069749
Christelijke Hogeschool Windesheim
Opleiding Toegepaste Gerontologie
Urk, 2016

Wachttijstbegeleiding?

**Een praktijkgericht onderzoek naar de begeleidingsbehoeften van
ouderen die op de wachtlijst staan voor opname in het
verpleeghuis.**

Student	Ellen Bakker
Studentnummer	S1069749
Vakcode	HCG-POZ4
Opdrachtgever	Mw. Karin Eijsten
Co-referenten	Mw. Marina van Ast en mw. Monique Roos
Werkgroep-docenten	Dr. Franka Bakker en drs. Tom van Oosterhout
Opdracht-gevende organisatie	Woonzorg Flevoland
Jaar	2016
Opleiding	Christelijke Hogeschool Windesheim, Toegepaste Gerontologie

Voorwoord

Het begrip “transitie” wordt tegenwoordig breed gebruikt in de zorg. Transities worden beschouwd als overgangen in de bouw, functie en toestand van de levensloop van een persoon (Spreeuwenberg, 2009). Ouderen kunnen verschillende transities doormaken. Volgens Vermeer (2015) gaat een transitie vaak gepaard met een verandering in identiteit.

Iemand komt anders in het leven te staan en ontwikkelt nieuwe inzichten en vaardigheden. Aanvankelijk staat het leven op z'n kop, maar geleidelijk groeit iemand in de nieuwe situatie. Als de persoon het leven weer kan oppakken, is sprake van een succesvolle transitie. Dat geeft een gevoel van groei (van Staa, 2015). (pp.21)

Een belangrijke transitie in het leven van ouderen kan de overgang naar een verpleeghuis zijn. Ouderen kunnen de verhuizing naar een verpleeginstelling als bedreigend ervaren. Dit komt voornamelijk doordat ouderen een verminderde kwaliteit van leven verwachten in een verpleeginstelling en een verlies van onafhankelijkheid (Wilson, 1997). Volgens Vermeer (2015) bevinden ouderen zich voor en tijdens de transitie naar een verpleeghuis op een kronkelige weg waarvan het einddoel nog niet duidelijk is. Voor zorgprofessionals is het belangrijk om deze ouderen te ondersteunen in het terugkrijgen van de controle zodat zij geleidelijk toegroeien naar de nieuwe situatie.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de wijze waarop Woonzorg Flevoland deze ouderen kan ondersteunen gedurende deze periode is er door mij onderzoek verricht onder ouderen die op de wachtlijst staan voor opname op een somatische afdeling van één van de verpleeghuizen van Woonzorg Flevoland. Daarnaast is er onderzoek gedaan onder verschillende professionals werkzaam bij Woonzorg Flevoland die zorg verlenen aan ouderen voor en direct na opname in het verpleeghuis.

In dit voorwoord wil ik mijn dank uitspreken aan Karin Eijsten, directeur Thuiszorg, voor haar steun gedurende de gehele opleiding en het toezeggen van deze opdracht. Daarnaast wil ik mijn dank uitspreken aan Franka Bakker en Tom van Oosterhout voor de begeleiding tijdens dit onderzoek. Voor het meedenken en brainstormen, wil ik graag mijn collega's Monique Roos, Marina van Ast en Mariet Vehof bedanken. Jullie inbreng is ongekend groot geweest. Dank daarvoor! Als laatste wil ik mijn dank uitspreken aan alle respondenten die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Ellen Bakker
Urk, juni 2016.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
Summary	7
Inleiding.....	9
Leeswijzer	9
Hoofdstuk 1 Achtergronden.....	10
1.1 Cijfers met betrekking tot verblijf in een instelling.....	10
1.2 Het begrip transitie.....	11
1.3 Transitie in gezondheid en ziekte.....	11
1.4 Probleemanalyse: Transitie van thuis naar een verpleeghuis.....	11
1.5 Kenmerken van een succesvolle transitie	13
1.6 Aanleiding en centrale vraagstelling	13
1.7 Definiëring begrippen.....	16
Hoofdstuk 2 Methode en technieken	17
2.1 Onderzoeksdesign	17
2.2 Populatie en steekproef	18
2.3 Dataverzameling.....	19
2.3.1 Stap 1: literatuurstudie.....	19
2.3.2 Stap 2: Research naar attenderende begrippen	20
2.3.3 Stap 3: Interviews.....	21
2.4 Data-analyse	21
2.5 Kwaliteitscriteria van het onderzoek.....	23
2.5.1 Onafhankelijkheid.....	23
2.5.2 Betrouwbaarheid van het onderzoek.....	23
2.5.3 Validiteit van het onderzoek	23
2.5.4 Bruikbaarheid van het onderzoek	24
2.6 Ethische aspecten.....	24
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	25
3.1 Respondenten	25
3.2 Resultaten thema “Betekenis”.....	26
3.3 Resultaten thema “Verwachtingen	28
3.4 Resultaten thema “Niveau van de kennis en vaardigheden	30
3.5 Resultaten thema “Planning”	32
3.6 Resultaten thema “Omgeving	34
3.7 Resultaten thema “Emotioneel en fysiek welzijn.....	36

Hoofdstuk 4	Conclusie en discussie	37
4.1	Discussie	37
4.1.1	Methodologie	37
4.1.2	Beperkingen van het onderzoek.....	38
4.2	Kritische waardering van de resultaten van het onderzoek	38
4.2.1	In het licht van de ontwikkelingen rondom het ouderbeleid in Nederland.....	38
4.2.2	In het licht van de ontwikkelingen binnen de doelgroep ouderen	39
4.2.3	In het licht van de ontwikkelingen binnen de Toegepaste Gerontologie	39
4.2.3	Tot slot.....	40
4.3	Conclusie	40
Hoofdstuk 5	Aanbevelingen en plan van verspreiding	42
5.1	Inleiding	42
5.2	Aanbevelingen voor de opdrachtgever Woonzorg Flevoland.....	42
5.2.1	Meer face-to-face contact met de ouderen op de wachtlijst	42
5.2.2	Specificeren van de wachtlijst	42
5.2.3	Tijdelijk doorgaan met begeleiding na opname	43
5.2.4	Het invullen van de domeinen in het Elektronische Cliënten Dossier voor opname....	43
5.2.5	Begeleiden van mantelzorg	43
5.3	Aanbeveling voor de gemeente Lelystad	43
5.4	Aanbevelingen voor de opleiding Toegepaste Gerontologie	44
5.5	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	44
5.6	Plan van verspreiding	44
5.6.1	Doel van de verspreiding.....	45
5.6.2	Manier van verspreiding onder de verschillende stakeholders	45
5.6.3	Waarde en betekenis van de resultaten	45
Literatuur.....		46

Samenvatting

Achtergrond

Woonzorg Flevoland is een zorgorganisatie bestaande uit vier vestigingen waarin totaal ongeveer 250 cliënten woonachtig zijn. Om bij Woonzorg Flevoland op de wachtlijst te komen voor opname in één van de verpleeghuizen is er een indicatie nodig voor de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Deze indicatie wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Na afgifte van de indicatie door het CIZ varieert de wachttijd voor opname in één van de vier verpleeghuizen van drie maanden tot langer dan een jaar. Als ouderen een appartement krijgen toegewezen, wordt er van deze oudere verwacht dat zij binnen zeven tot tien dagen hun betrekking nemen in het appartement.

De transitie van thuis naar een verpleeghuis is een keerpunt in de levensloop van ouderen die diep kan ingrijpen in de levens van deze ouderen. De onzekerheid van een komende verhuizing kan veel stress veroorzaken en kwetsbaar maken. Uit onderzoek is gebleken dat deze onzekerheid verbonden is met een gebrek aan informatie en kennis over de aard van de verpleeghuizen. Verder blijkt uit onderzoek dat ouderen eerder en meer betrokken willen worden bij de transitie van thuis naar een verpleeghuis. Ook professionals in dienst van Woonzorg Flevoland herkennen problemen tijdens transities en geven aan dat er bij de meerderheid van de nieuwe bewoners sprake is van matige tot ernstige aanpassingsproblemen.

Doel van dit onderzoek

Woonzorg Flevoland biedt momenteel geen begeleiding aan de ouderen die op de wachtlijst staan voor opname in één van de verpleeghuizen. Hier wil Woonzorg Flevoland verandering in brengen en daarom beoogt dit praktijkgerichte onderzoek een beschrijving te geven van de behoeften die ouderen hebben ten aanzien van de nieuw in te voeren wachtlijstbegeleiding.

Methode

Het onderzoek is verricht door middel van een literatuurstudie en kwalitatieve interviews en heeft een explorerend/verkenkend karakter. De onderzoekspopulatie bestond uit zeven ouderen en drie professionals. Met alle tien respondenten zijn kwalitatieve semigestructureerde interviews gehouden. De gebruikte topiclijst voor de interviews is samengesteld door middel van een literatuurstudie.

Resultaten

Ouderen hebben meerdere behoeften ten aanzien van wachtlijstbegeleiding. De meeste behoeften die ouderen hebben betreffen emotionele begeleiding in de periode voor, tijdens en na de verhuizing. Verder zijn er praktische behoeften zoals hulp bij het uitzoeken van de spullen en het meubilair. Een belangrijke behoefte is meer betrokkenheid bij de aanvraag van de indicatie en het moment van opname. Tot slot is er vooral behoefte aan informatie over het leven in een verpleeghuis.

Discussie

Als zorgorganisatie moet Woonzorg Flevoland ervoor zorgen dat opname in het verpleeghuis gebeurt om de juiste redenen. Hiervoor is goed contact nodig met de ouderen op de wachtlijst. Ouderen die intensief betrokken worden bij de transitie van thuis naar het verpleeghuis hebben minder aanpassingsproblemen na opname dan ouderen die weinig of niet betrokken zijn geweest. Ouderen die niet voldoende betrokken zijn geweest tonen juist verzet tegen de opname. Verder moeten professionals beseffen dat de transitie naar een verpleeghuis niet begint tijdens de verhuizing maar begint vanaf het moment van het aanvragen van een indicatie en pas eindigt als de oudere zich heeft aangepast aan het leven in het verpleeghuis.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat ouderen voornamelijk behoefte hebben aan emotionele begeleiding tijdens de transitie en hulp bij het uitzoeken en selecteren van de spullen en het meubilair. De resultaten van dit onderzoek leveren zeker een bijdrage aan de aan de nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding die Woonzorg Flevoland wil invoeren.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten, discussie en conclusie kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

Voor Woonzorg Flevoland:

- Meer face-to-face contact met de ouderen op de wachtlijst
- Het samenstellen van de wachtlijst op basis van de wensen en behoeften van ouderen tot opname
- Begeleiding niet stoppen na opname maar hier tijdelijk mee doorgaan.
- Het invullen van de levensdomeinen in het Elektronische Cliënten Dossier voor opname
- Het organiseren van mantelzorgavonden voor mantelzorgers van (toekomstige) bewoners.

Voor de gemeente Lelystad:

- Het preventief bezoeken van ouderen van 80 jaar en ouder om meer bekendheid te geven aan de mogelijkheden van respijtzorg, dagbesteding en vrijwilligers.

Voor de opleiding Toegepaste Gerontologie:

- Meer aandacht in het lesmateriaal voor de gevoelens van ouderen ten aanzien van het levenseinde en de begeleiding bij de verschillende transitie's.
- Opnemen in het lesmateriaal dat begeleiding van ouderen niet alleen gericht moet zijn op ouderen maar ook op ondersteuning van mantelzorgers

Vervolgonderzoek:

- Onderzoek naar de aanleiding voor mantelzorg om de WLZ indicatie voor opname in een verpleeghuis van ouderen aan te vragen
- Onderzoeken in hoeverre depressie bij ouderen in het verpleeghuis veroorzaakt wordt door het ontbreken van begeleiding, communicatie en het zelf al dan niet kunnen nemen van beslissing tijdens de transitie.

Summary

Woonzorg Flevoland is a healthcare organization consisting of four locations where a total of approximately 250 clients reside. In order to get on the waiting list for inclusion in one of the Woonzorg Flevoland nursing homes, elderly need an indication of the Wet Langdurige Zorg (WLZ) which is issued by the Care Assessment Centre (CIZ). After such an indication has been issued by the CIZ, the waiting time for inclusion in one of the four nursing homes varies from three months to more than a year. If clients are assigned an apartment, they are expected to move in into the apartment within seven to ten days.

The transition from home to a nursing home is a turning point that can have an enormous impact on the daily life of an elderly client. The uncertainty of the coming move can be quite stressful and makes a client, in a certain sense, vulnerable. Research has shown that this uncertainty is associated with a lack of information and knowledge about the nature of nursing homes. Furthermore, research shows that elderly want to be more involved during the transition process from living at home to living in a nursing home. Professionals employed by Woonzorg Flevoland have also recognized problems during transitions and indicated that the majority of the new residents are suffering from moderate to severe adjustment problems.

The aim of this study

Woonzorg Flevoland currently doesn't offer guidance to the elderly who are on the waiting list for inclusion in one of the nursing homes. Woonzorg Flevoland wants to change this, however, and this practice-oriented research aims to describe the needs of elderly regarding the new waiting list guidance.

Method

The research conducted in this study was based on a literature review and qualitative interviews and has an exploratory nature. The research population consisted of seven elderly persons and three professionals. Qualitative semi-structured interviews were held with all ten respondents. The topic list used for the interviews was compiled by a literature study.

Results

Older people have more requirements regarding waiting list guidance. Most elderly people need guidance, including that which is of an emotional nature, in the period before, during and after the move.

There are also practical needs such as help in sorting out their belongings and furniture. A major need that was found was to be more involved during the application and the time of moving into the nursing home. Finally, there is a remarkable need for more information about life in a nursing home.

Discussion

As a care organization, Woonzorg Flevoland should ensure that admission to a nursing home is done for the right reasons. This requires good contact with the elderly on the waiting list.

Elderly who are involved intensively during the process of transition have fewer adjustment problems after moving in than elderly who have been little or not involved during the transition from home to a nursing home. Elderly who have not been sufficiently involved show resistance to moving into a nursing home. Furthermore, professionals should be aware that the transition to a nursing home begins not during the move but at the moment of applying for an indication and only ends when the elder has adapted to life in the nursing home.

Conclusion

This study shows that the elderly mainly need emotional support during the transition and help in choosing and selecting the items and furniture. The results of this research can therefore certainly contribute to the implementation of the new form of waiting list guidance Woonzorg Flevoland wants to introduce.

Recommendations

Based on the results, discussion and conclusions, the following recommendations can be made:

Woonzorg Flevoland:

- More face-to-face contact with the elderly on the waiting list
- Compiling the waiting list based on the wishes and needs of the elderly for inclusion
- Temporarily continuing guidance after moving in into a nursing home
- Filling in the personal information of the elderly in the Electronic Client Dossier before the moving in of the elderly person
- Organizing informal care evenings for caregivers of (future) residents.

The city of Lelystad:

- Visiting elderly, aged 80 years and older, as a preventive measure to raise awareness of the possibilities of respite care, day care and volunteers.

For training Applied Gerontology:

- More attention to the educational materials for the feelings of elderly towards the end of life and supporting the transitions disease
- Including in the educational materials that the guidance of elderly should focus not only on supporting the elderly but also to support informal caregivers

Further research:

- Research on the reasons for informal caregivers to request the WLZ indication for admission to a nursing home for elderly
- Examining how depression among elderly in a nursing home is caused by the lack of guidance, communication and being able to take their own decision during the transition

Inleiding

De hervormingen in de langdurige zorg die vanaf 1 januari 2015 zijn doorgevoerd hebben onder andere als doel het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen. De focus in de langdurige zorg is komen te liggen bij de zelfredzaamheid van ouderen en bij het bieden van zorg in de eigen leefomgeving (VWS, 2013a). Toch zijn er verschillende redenen te benoemen waarom ouderen met somatische aandoening moeten verhuizen naar een verpleeginstelling. In de meeste gevallen is er sprake van mantelzorgers die de zorg voor hun naaste niet meer aan kunnen of is de zorg zo complex geworden dat deze in de thuissituatie niet meer gegeven kan worden (Kao, Travis & Acton, 2004).

De overgang naar een verpleeginstelling kan een ingrijpende gebeurtenis zijn in het leven van ouderen. Ouderen ervaren de verhuizing naar een verpleeginstelling als een ingrijpende gebeurtenis die kan resulteren in fysieke, sociale en psychologische problemen. Deze problemen ontstaan vaak al vanaf het moment dat de beslissing tot plaatsing op de wachtlijst van een instelling wordt genomen en duren voort tot en met de aanpassingsperiode in het verpleeghuis na opname. Het is dan ook van groot belang om ouderen gedurende deze periode goed te begeleiden. Zorgprofessionals moeten in deze periode behulpzaam zijn en naast het verschaffen van praktische hulp vooral aandacht hebben voor de verhuizing in het contact met de oudere (Ellis & Rawson, 2015).

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de zorgorganisatie Woonzorg Flevoland. Deze zorgorganisatie bestaat momenteel uit vier intramurale verpleeginstellingen waar ongeveer 250 cliënten wonen. De wachttijd voor een intramurale plek varieert van drie maanden tot langer dan een jaar. Ouderen komen pas op de wachtlijst als er door het CIZ een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg is afgegeven. Dit betekent dat, afhankelijk van de verpleeginstelling van voorkeur, er soms ruim een jaar kan verstrijken tussen het afgeven van de indicatie door het CIZ en de plaatsing van cliënten binnen één van de verpleeginstellingen.

Momenteel wordt er bij Woonzorg Flevoland geen begeleiding gegeven aan ouderen die op de wachtlijst staan voor opname. Hier wil Woonzorg Flevoland verandering in brengen door weer actieve begeleiding te gaan bieden gedurende de wachttijd. Woonzorg Flevoland wil hiermee bereiken dat er een betere en succesvollere transitie komt voor haar cliënten van thuis naar één van de verpleeghuizen. Daarom was het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen in de behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding door Woonzorg Flevoland in het kader van de voorgenomen verhuizing naar een verpleeghuis. Dit inzicht draagt bij aan de invulling die Woonzorg Flevoland moet geven aan wachtlijstbegeleiding van ouderen met somatische problematiek.

Leeswijzer

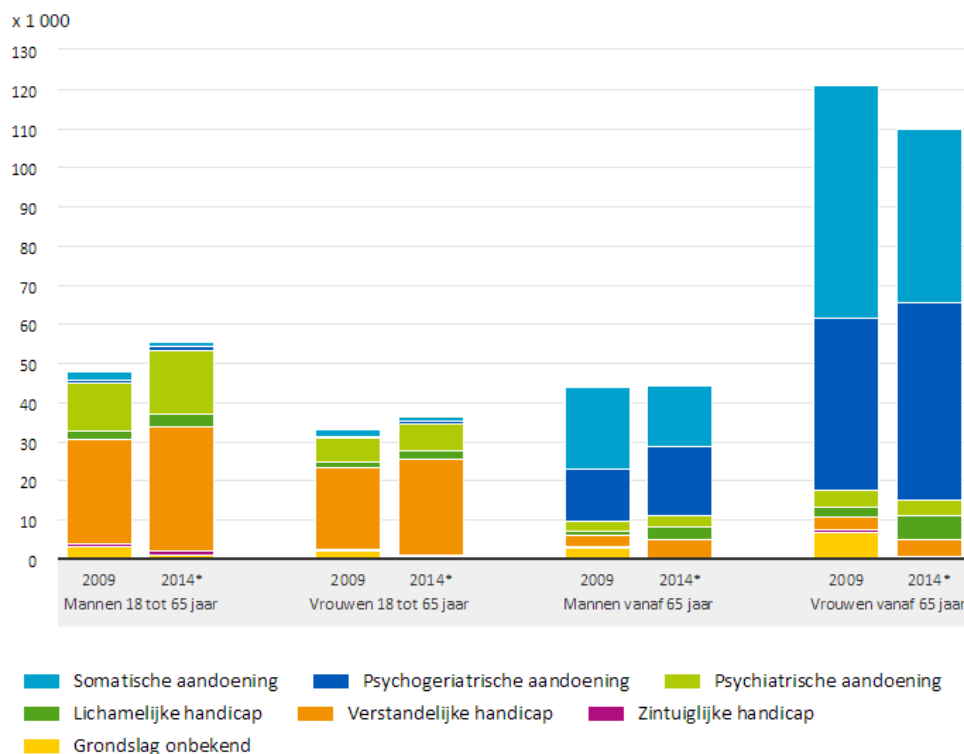
In dit afstudeerontwerp wordt in hoofdstuk 1 de achtergronden voor dit onderzoek beschreven. Hierin wordt ingegaan op de achtergronden van het onderwerp en de handelingsverlegenheid van de opdrachtgever. Verder wordt er in dit hoofdstuk ingegaan op de aanleiding, probleemstelling en de doelstelling van dit onderzoek. In hoofdstuk 2 worden de methoden en technieken beschreven van het praktijkgericht onderzoek. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de resultaten van het onderzoek aan bod en waarna in hoofdstuk 4 de discussie en conclusies van dit onderzoek worden beschreven. Tot slot zijn in hoofdstuk 5 de aanbevelingen naar aanleiding van de resultaten beschreven.

Hoofdstuk 1 Achtergronden

In dit hoofdstuk wordt als eerste ingegaan op de cijfers met betrekking tot verblijf in een instelling beschreven waarna in paragraaf 1.2 gekeken is naar het begrip transitie Vervolgens in paragraaf 1.3 de transitie in gezondheid en ziekte uitgelegd. In paragraaf 1.4 volgt de probleemanalyse waarna in paragraaf 1.5 de kenmerken van een succesvolle transitie worden beschreven. In de paragraaf 1.6 zijn achtereenvolgens de doel- en de probleemstelling van dit onderzoek beschreven en de handelingsverlegenheid van de opdracht beschreven. Tot slot staat er in paragraaf 1.7 een begrippenlijst met daarin de belangrijkste begrippen uitgelegd.

1.1 Cijfers met betrekking tot verblijf in een instelling

Vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw is de trend zichtbaar dat ouderen steeds langer zelfstandig thuis willen blijven wonen. Volgens de overheid is de huidige generatie ouderen mondiger, gemiddeld hoger opgeleid, hebben ze een beter inkomen en meer vermogen en hebben ze een grotere wens van eigen regie (van Rijn, 2014). Het aantal verpleeghuisplaatsen is vanaf 1980 dan ook flink gedaald en deze daling zal naar verwachting doorzetten tot het jaar 2020. Vanaf dat jaar wordt er weer een stijging verwacht in het aantal verpleeghuisplaatsen. Deze stijging wordt veroorzaakt door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking (Baetsen, 2015). De verwachting is dat in het jaar 2040 naar schatting 26% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder is, waarvan één derde ouder is dan 80 jaar (VWS, 2014). In 2014 maakten 243.750 mensen vanaf achttien jaar gebruik van een door het CIZ toegekende AWBZ indicatie voor zorg met verblijf. Hiervan woonden 138.526 mensen van 65 jaar of ouder in een institutioneel huishouden, zoals een verpleeghuis, verzorgingshuis of een revalidatiecentrum (Centrum Indicatiestelling Zorg & CAK zoals geciteerd door VWS, 2015). Onderstaand figuur (figuur 1) laat het aantal personen zien dat in 2014 langdurig in een zorginstelling verbleef. De grondslagen somatische en psychogeriatrische aandoening worden vooral bij ouderen vanaf 65 jaar gezien.



Figuur 1, aantal personen die langdurig in een instelling verblijven naar grondslag en leeftijd, peildatum november 2014. Bron: CBS, (2016). Steeds meer mannen in een zorginstelling.

1.2 Het begrip transitie

Een transitie wordt gezien als een overgang van de ene levensfase, fysieke of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen. Dit betekent dat een transitie altijd een verandering inhoudt die een omslag teweeg brengt in het leven van mensen. Transities kunnen gezien worden als een keerpunt in de levensloop van mensen die door hun complexiteit diep in kunnen grijpen in de levens van mensen (Sugerman, zoals geciteerd in Staa & Lange, 2004). Er kan op verschillende manieren naar een transitie gekeken worden:

- Transities beschouwen vanuit een tijdsperspectief. Hierbij is er vooral aandacht voor de verschillende stadia die tijdens een transitie worden doorlopen.
- Transities beschouwen vanuit de gevolgen voor de verschillende levensterreinen.
- Transities beschouwen vanuit de verschillende adaptieve opgaven die aan mensen ten gevolge van een transitie worden opgelegd.

Transities bij het ouder worden vragen van de ouderen om af te zien van oude gewoontes, vaardigheden en bezigheden, leren omgaan met verliezen en die een plaats te geven, leren van nieuwe vaardigheden, het leggen van nieuwe contacten en het hanteren van nieuwe coping strategieën (Staa & Lange, 2004).

1.3 Transitie in gezondheid en ziekte

Naarmate mensen ouder worden is er vaker sprake van comorbiditeit. Van de ouderen boven de 80 jaar is er bij 70 tot 80 procent sprake van multimorbiditeit. Dit betekent dat er bij deze ouderen sprake is van meerdere, al dan niet, gerelateerde chronische aandoeningen (Pel-Littel, 2010). Ouderen met een chronische ziekte krijgen te maken met verschillende transities. Zo is er bij deze ouderen meestal sprake van transities in gezondheid en ziekte. Hiermee worden de overgangen bedoeld in de verschillende stadia van ziekte of de overgangen tussen de verschillende niveaus van zorg. Een gevolg van deze transitie is ook vaak een overgang in zorg. Hiermee wordt onder andere een overgang in plaats bedoeld, zoals een ziekenhuisopname of een verhuizing naar een verpleeghuis. Het is voor ouderen die te maken krijgen met een transitie in gezondheid en ziekte belangrijk om te zoeken naar aanpassingen voor de beperkingen en veranderingen ten gevolge van ziekte en de verhuizing naar het verpleeghuis. Ouderen gaan bij een verhuizing naar een verpleeghuis een voor hun onbekende toekomst tegemoet en juist dan is behoud of herstel van een positief zelfbeeld belangrijk (Staa & Lange, 2004). Dit wordt bevestigd in een Zweeds onderzoek waar ouderen een jaar na opname in een verpleeginstelling aangaven dat ze het gevoel hadden dat hun zelfbeeld veranderd was van zelfstandig en onafhankelijk naar het zichzelf zien als afhankelijk en een last voor anderen (Svidén, Wikström & Hjortsjö-Norberg, 2002). Omdat daarnaast uit onderzoek is gebleken dat gemiddeld 30 procent van de bewoners van een verpleeghuis aangeven last te hebben van depressieve gevoelens, een veel hoger percentage dan onder thuiswonende ouderen (Gerritsen, Leontjevas, Derksen, & Smalbrugge, 2015), stellen Van Staa en de Lange (2004) terecht de vraag of er sprake is van onvoldoende ondersteuning van ouderen tijdens de transitie van thuis naar het verpleeghuis.

1.4 Probleemanalyse: Transitie van thuis naar een verpleeghuis

Het doorzoeken van de nationale literatuur levert verschillende handvaten op voor zowel professionals als mantelzorgers om ouderen met dementie voor te bereiden op een geplande opname op een psychogeriatrische verpleegafdeling in een verpleeghuis. Zo lanceerde het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam in november 2012 de handreiking “Van thuis naar verpleeghuis”. In deze handreiking wordt beschreven hoe zorgverleners mensen met dementie en hun

mantelzorgers zo optimaal mogelijk kunnen begeleiden tijdens de transitie van thuis naar een verpleeghuis (Groenewoud & Lange, 2012). Opvallend is het ontbreken van handvaten voor de begeleiding van ouderen die vanwege één of meer somatische aandoeningen opgenomen moeten worden op een somatische afdeling van een verpleeghuis. Vooral omdat opname in een verpleeghuis gezien wordt als één van de meest stressvolle gebeurtenissen in het leven van ouderen (Ellis, 2010).

In de internationale literatuur is er meer aandacht voor dit onderwerp. Zo zijn er meerdere studies te vinden over de ervaringen van ouderen met de transitie van thuis naar een verpleeghuis. Eén van de conclusies van deze studies is dat ouderen aangeven dat als zij eerder en meer betrokken waren bij de transitie van thuis naar het verpleeghuis zij de aanpassing aan een leven in het verpleeghuis makkelijker hadden gevonden (Iwasiw, Goldenberg, Mac Master, Mc Cutcheon, & Bol, 1996; Cooney, 2012).

Een belangrijk factor die het aanpassingsvermogen van ouderen in een verpleeghuis beïnvloedt is of de verhuizing naar een verpleeghuis vrijwillig gebeurt of niet. Bij de groep ouderen bij wie de opname in een verpleeghuis vrijwillig gebeurt en die wel actief is betrokken bij het nemen van de beslissing tot opname overheerst vooral een gevoel van opluchting omdat ze niet meer alles zelf hoeven te regelen en een gevoel van veiligheid (Cooney, 2012; Walker & McNamara, 2013). Is er echter sprake van een gedwongen opname en is de beslissing tot opname in een verpleeghuis veroorzaakt door een crisissituatie vanwege gezondheid, het wegvallen van mantelzorg of een tekort aan zelfzorg dan hebben ouderen veel meer aanpassingsproblemen in het verpleeghuis (Young, 1990; Cooney, 2012). Onderzoek door Iwasiw et al. (1996) heeft bijvoorbeeld aangetoond dat ouderen voor wie de beslissing van opname in een verpleeghuis voornamelijk door familie of zorgprofessionals wordt genomen zich actief verzetten tegen opname. Deze ouderen vinden opname nog niet nodig en schatten hun lichamelijke toestand vaak beter in dan dat deze in werkelijkheid is. Dit wordt ook bevestigd door onderzoek van Walker & McNamara (2013). Zij stellen dat het zelf kunnen nemen van beslissingen voor en tijdens de verhuizing naar het verpleeghuis belangrijk is om gelukkig te worden in hun nieuwe omgeving.

Actief verzet tegen opname in een verpleeghuis kan leiden tot gevoelens van droefheid, depressie, woede, machteloosheid en verraad. Daarnaast geven deze ouderen aan dat het voelt alsof alles zomaar aan hun voorbij is gegaan zonder hun inbreng en dat hun bezittingen, vrienden en sociale rollen zijn veranderd (Svidén et al., 2002). Zo ervaren ze een toegenomen afstand tot familie en vrienden en kunnen gevoelens van afzondering overheersen. Onderzoek van Chao et al., (2008) toont aan dat er zelfs gedachten over zelfdoding bij ouderen kunnen ontstaan na een verhuizing naar een verpleeghuis.

De overgang van thuis naar een verpleeghuis is dan ook een keerpunt in de levensloop van ouderen die diep kan ingrijpen in de levens van deze ouderen. De onzekerheid van een komende verhuizing kan veel stress veroorzaken en daarnaast kwetsbaar maken (de Lange en van Staa, 2003). Uit onderzoek blijkt echter dat ouderen de neiging hebben om hun persoonlijke capaciteiten te onderwaarden (Svidén et al., 2002). Volgens Walker & McNamara (2013) is onzekerheid tijdens de transitie van thuis naar een verpleeghuis verbonden met een gebrek aan informatie en kennis over de aard van de verpleeghuizen en de grenzen voor familie betrokkenheid. En juist hier ligt een taak voor professionals door het opheffen van deze onzekerheden (de Lange & van Staa, 2003; Eika, Espnes, & Hvalvik, 2014). Voor professionals is het belangrijk om ouderen voor te bereiden op de opname door onder andere naar ze te luisteren gedurende het proces van transitie (Iwasiw et al., 1996; Eika et al., 2014).

1.5 Kenmerken van een succesvolle transitie

Tijdens een transitie is de centrale opgave voor mensen om onzekerheden op te heffen en het opnieuw construeren van de realiteit; het terugvinden van de integriteit van het zelf staat centraal (Selder, zoals geciteerd in de Lange en van Staa, 2003). Verder is het tot stand brengen van een gevoel van verbondenheid met de omgeving en het ontwikkelen van vertrouwen in de eigen kracht bepalend voor een succesvolle transitie. Dit komt overeen met het uitgangspunt van de levensloopbenadering waarbij iedere individu de verantwoordelijkheid draagt om de eigen levensloop en de gewenste kwaliteit van leven zelf te plannen en te sturen (Willems & Alsem, 2006). Het einde van een transitieperiode wordt gekenmerkt door het ontstaan van een nieuw evenwicht: de integratie van het verlies of de verandering in het dagelijks bestaan. Hierbij dient te worden opgemerkt dat transities niet altijd gepaard hoeven te gaan met verlies; transities bieden ook zeker een kans op persoonlijke groei (Sugarman, zoals geciteerd in de Lange & van Staa, 2003). Chick en Meleis (zoals geciteerd in Schumacher, 1994) hebben een model ontwikkeld waarin persoonlijke- en omgevingsfactoren worden benoemd die van invloed zijn op de manier waarop mensen een transitieproces ervaren. Dit model is later bevestigd door onderzoek van Davies (2005). De volgende zes factoren worden benoemd:

1. **Betekenis van de transitie.** Dit verwijst naar de subjectieve beoordeling van de verwachte of ervaren overgang en de evaluatie van het waarschijnlijke effect.
2. **Verwachtingen.** Hierbij gaat het erom of de verwachtingen van mensen met betrekking tot een transitie wel of niet realistisch zijn.
3. **Niveau van kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een transitie.** Het ontbreken van voldoende kennis over de nieuwe situatie en de vaardigheden om hier mee om te gaan leidt in veel gevallen tot onzekerheid bij ouderen.
4. **De omgeving.** Bij de factor omgeving is vooral de steun die ouderen van mensen in hun omgeving ontvangen tijdens de transitie naar een verpleeghuis belangrijk. Hieronder wordt zowel de steun van het sociale netwerk bedoeld als de steun die ontvangen wordt van professionals. Een tekort aan steun van professionals in de periode van transitie kan leiden tot gevoelens van onmacht, verwarring, frustratie en conflict.
5. **Het niveau van planning.** Een goed voorbereide en geplande transitie is een bepalende factor voor een succesvolle transitie. Een effectieve planning vereist herkenning van de problemen en behoeften die zich kunnen voordoen tijdens een transitie. Hoewel het lastig is om precies te bepalen wanneer de overgang naar een verpleeghuis plaats zal vinden wordt het maken van een tijdslijn gezien als een bepalende factor voor een succesvolle transitie. Verder is met betrekking tot de planning de communicatie tussen de verschillende betrokkenen en de oudere zelf van groot belang.
6. **Emotionele en fysieke welzijn.** Transities gaan vaak gepaard met een breed scala aan emoties die worden veroorzaakt door problemen die mensen kunnen ondervinden tijdens een transitie. In het bijzonder krijgen mensen vaak te maken met gevoelens van angst, onzekerheid, frustratie, depressie en eenzaamheid.

1.6 Aanleiding en centrale vraagstelling

Woonzorg Flevoland bestaat momenteel uit vier intramurale verpleeginstellingen. De afgelopen jaren is Woonzorg Flevoland behoorlijk gegroeid met de opening van twee extra verpleeghuizen en de verruiming van de capaciteit van één van de verpleeghuizen. Momenteel wonen er bij Woonzorg Flevoland ongeveer 250 cliënten binnen de verschillende verpleeghuizen.

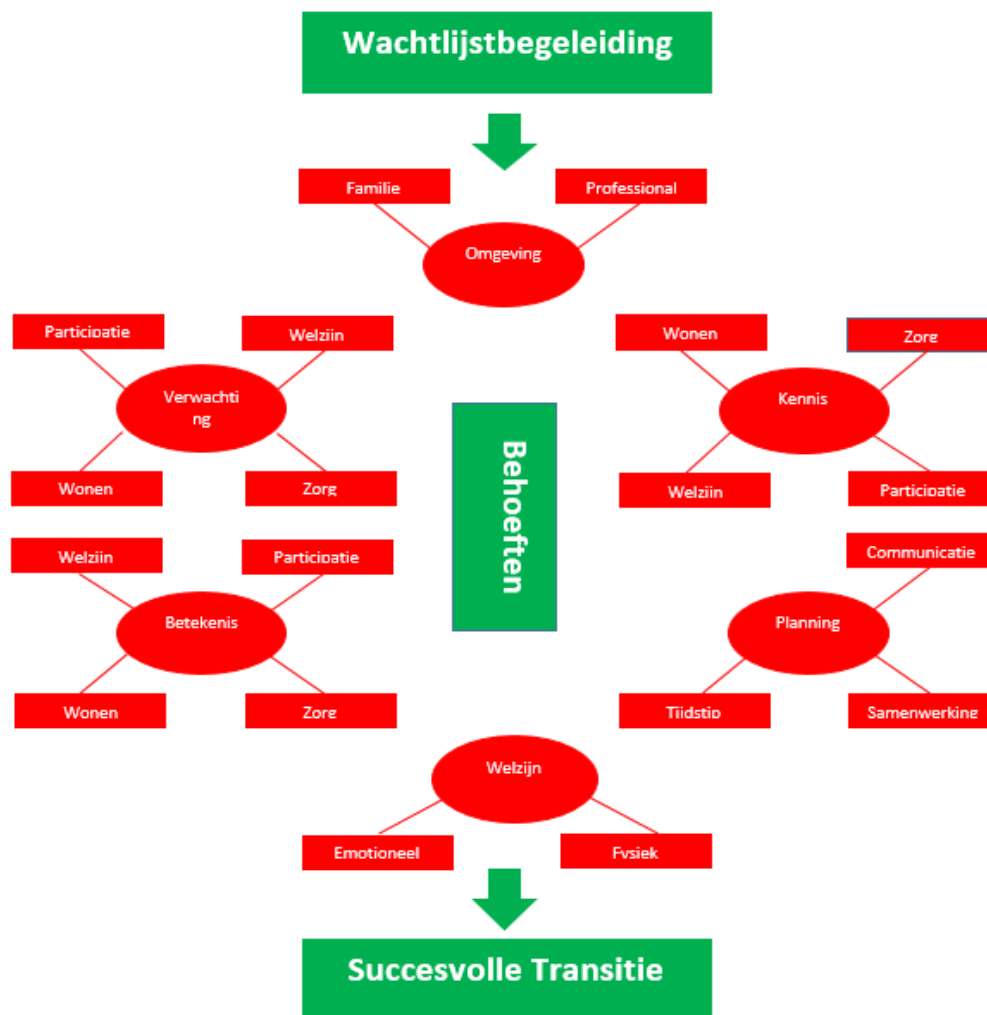
Om bij Woonzorg Flevoland op de wachtlijst te komen voor opname in één van de verpleeghuizen is er een indicatie nodig voor de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Deze indicatie wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Ouderen komen pas in aanmerking voor zorg vanuit de WLZ als er sprake is van een blijvende intensieve zorgbehoefte en 24 uur per dag zorg dichtbij nodig is. Op de aanvraag voor een WLZ indicatie kunnen ouderen het verpleeghuis waar de voorkeur naar uitgaat invullen. Via het berichtenverkeer van het Zorgkantoor komt de indicatie dan binnen bij de verpleeginstelling van voorkeur en staan ouderen definitief op de wachtlijst.

De wachttijd voor een intramurale plek varieert van drie maanden tot langer dan een jaar. Dit betekent dat er soms ruim een jaar kan verstrijken tussen het afgeven van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg door het CIZ en de plaatsing van cliënten binnen één van de verpleeghuizen. Na toewijzing van een appartement aan een oudere wordt er van deze oudere verwacht dat zij binnen zeven tot tien dagen hun betrekking nemen in het appartement.

De verhuizing naar een verpleeghuis is, zoals eerder al vermeld, één van de meest stressvolle gebeurtenissen in het leven van ouderen. Professionals van Woonzorg Flevoland, zoals de psycholoog en de contactverpleegkundigen, geven aan dat ongeveer 80 procent van alle nieuwe bewoners de eerste zes maanden matige tot ernstige aanpassingsproblemen heeft in het verpleeghuis. Daarom wil Woonzorg Flevoland deze ouderen beter begeleiden in de periode voor hun opname in het verpleeghuis door middel van wachtlijstbegeleiding.

Hoe moet Woonzorg Flevoland invulling gaan geven aan deze wachtlijstbegeleiding zodat er een betere en succesvollere transitie komt van thuis naar het verpleeghuis? Volgens het levensloopmodel is de ontwikkeling van een mens te allen tijde gericht op de aanpassing van een individu aan zijn omgeving (Blanchard-Fields & Stange Kalinauskas, 2009, zoals geciteerd in Rögels, 2011). De mens is niet voorgeprogrammeerd en heeft de mogelijkheid om zich op verschillende manieren aan te passen aan de eisen die de omgeving aan hem stelt (Baltes, 1987; Breeuwsma, 1993; Heckhausen, 2005 zoals geciteerd in Rögels, 2011). Ouderen hebben de capaciteit om nieuw gedrag aan te leren en nieuwe doelen na te streven. Echter, niet alle ouderen hebben dezelfde capaciteiten en ze beschikken niet allemaal over dezelfde plasticiteit, dit zijn namelijk persoonsgebonden kwaliteiten (Rögels, 2011).

Omdat uit onderzoek blijkt dat ouderen eerder en meer betrokken willen worden bij de transitie van thuis naar een verpleeghuis (Iwasiw, Goldenberg, Mac Master, Mc Cutcheon & Bol, 1996; Walker & Mc Namara, 2013), was het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen in de behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding door Woonzorg Flevoland in het kader van de voorgenomen verhuizing naar een verpleeghuis. Dit inzicht draagt bij aan de invulling die Woonzorg Flevoland moet geven aan wachtlijstbegeleiding van ouderen met somatische problematiek.



Figuur 2: Conceptueel model 'behoeften wachtlijstbegeleiding' (E. Bakker, 2016).

Uit het bovenstaand conceptueel model kan de hypothese worden afgeleid dat wachtlijstbegeleiding door Woonzorg Flevoland positief bijdraagt aan een succesvolle transitie van thuis naar het verpleeghuis.

Wachtlijstbegeleiding wordt omschreven als de begeleiding en informatie die van een zorginstelling verkregen wordt terwijl men op de wachtlijst staat voor bepaalde zorg (<http://www.zorgverzekering.org/>). Om invulling te kunnen geven aan de wachtlijstbegeleiding is het voor Woonzorg Flevoland belangrijk om te weten welke behoeften ouderen hebben ten aanzien van deze wachtlijstbegeleiding. Door deze kennis kan de wachtlijstbegeleiding daadwerkelijk bijdragen aan een succesvolle transitie van thuis naar verpleeghuis. Daarom luidde de centrale vraagstelling van dit onderzoek als volgt:

Welke begeleidingsbehoeften hebben ouderen die op de wachtlijst staan voor een opname in het verpleeghuis?

Beantwoording van deze centrale onderzoeksvraag levert een bijdrage aan de invulling van de wachtlijstbegeleiding door Woonzorg Flevoland.

1.7 Definiëring begrippen

Transities:

Transities zijn overgangen van de ene levensfase, fysieke of psychische gesteldheid of van de ene sociale rol naar de andere, die het normale leven tijdelijk ontwrichten en om aanpassing vragen (Schumacher & Meleis, zoals geciteerd in Staa & Lange, 2004).

Transitie in gezondheid en ziekte:

Bij transities in gezondheid en ziekte gaat het om veranderingen in de patiënten carrière, overgangen in stadia van ziekte of overgangen tussen verschillende niveaus van zorg. Hieronder valt ook de overgang in plaats.

Wachtnlijstbegeleiding:

De begeleiding en informatie die van een zorginstelling verkregen wordt terwijl men op de wachtlijst staat voor bepaalde zorg (<http://www.zorgverzekering.org/>).

Behoeften: Voor het omschrijven van het begrip behoefte is er in deze thesis gebruik gemaakt van behoeften zoals omschreven in de Pyramide van Maslow. Volgens Maslow streven mensen dezelfde behoeften na. Als een niveau ontbreekt of wegvalt, zal het individu opnieuw aan deze behoefte moeten voldoen voor het verder kan stijgen in de behoeftevervulling. Het is binnen de theorie van Maslow niet mogelijk om bepaalde niveaus over te slaan. Daarnaast sluiten deze behoeften goed aan bij de levensdomeinen:

- 1: Wonen, woon- en leefomstandigheden.
- 2: Participatie, sociale zelfredzaamheid.
- 3: Welzijn, mentaal welbevinden en autonomie.
- 4: Zorg, Lichamelijk welbevinden en gezondheid (van Halem, N. & Groot, S. 2014).



Figuur 3: Pyramide van Maslow. Bron: <http://www.scriptium.nl/alle-scriptiemodellen/#analyse>

Succesvolle transitie:

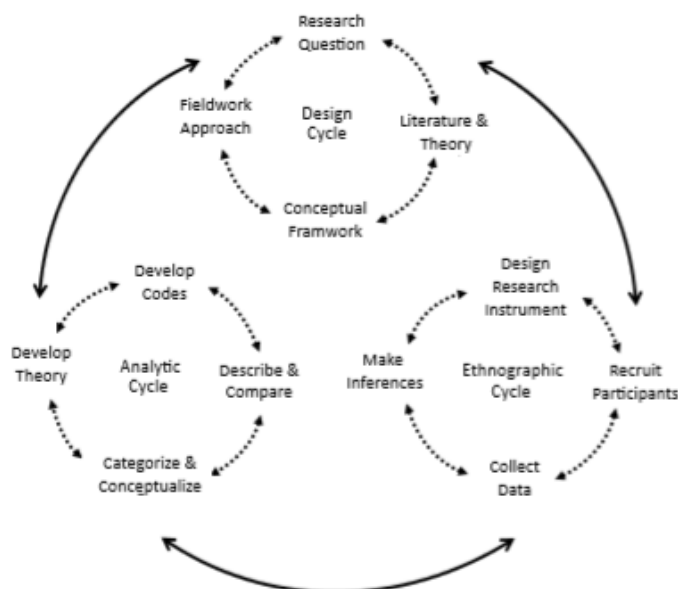
Het einde van een transitieperiode wordt gekenmerkt door het ontstaan van een nieuw evenwicht: de integratie van het verlies of de verandering in het dagelijkse bestaan. Een succesvol afgeronde transitie kenmerkt zich door het vinden van een eigen antwoord op de situatie, een nieuwe balans en een nieuwe identiteit (Sugerman, zoals geciteerd in Staa & Lange, 2004).

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek had een explorerend/verkenkend karakter omdat het in dit onderzoek ging over het verkennen van behoeften van ouderen. Door middel van interviews en een literatuurstudie zijn er gegevens verzameld die na analyse belangrijke aspecten hebben opgeleverd ten aanzien van de wachtlijstbegeleiding van ouderen (Baarda et.al., 2013). Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er kwalitatief onderzoek verricht. Hiervoor is gekozen omdat het belangrijkste aspect van een kwalitatief onderzoek de waarde is die wordt gehecht aan de betekenis die mensen aan zaken geven (Verhoeven, 2014). Daarnaast is vanuit het literatuuronderzoek gebleken dat kwalitatief onderzoek het meest geschikt is voor beantwoording van de onderzoeksvraag omdat:

- Behoeften zijn lastig te onderzoeken. Door middel van kwalitatieve interviews kan hier meer de focus op worden gelegd en is de verwachting dat deze vorm van onderzoek tot meer resultaten zal leiden.
- Wachtlijstbegeleiding is tot nu toe voornamelijk onderzocht met betrekking tot dementerende ouderen. Er is in de nationale literatuur weinig te vinden over wachtlijstbegeleiding voor ouderen die vanwege somatische problematiek worden opgenomen in een verpleeghuis. Er was tijdens dit onderzoek dus sprake van een eerste verkenning van een weinig onderzocht onderwerp. Voor een eerste verkenning wordt er vaak gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek.
- Het aantal wachtenden voor opname in een verpleeghuis van Woonzorg Flevoland is momenteel relatief laag waardoor kwalitatief onderzoek meer en verdiepende informatie op zal leveren waarbij toch enige mate van generaliseerbaarheid behouden wordt.

Voor het kwalitatief onderzoek is er gebruik gemaakt van de 'cirkel van kwalitatief onderzoek' zoals beschreven door Hennik, Hutter en Bailey (2011). Deze cirkel bestaat uit drie cirkels die onderling met elkaar zijn verbonden (figuur 4).



Figuur 4: The Hutter-Hennink qualitative research cycle. Bron: Hennink, M, I Hutter, I & Bailey, A, (2011). Qualitative Research Methods.

De eerste cirkel is de design cirkel. Deze cirkel bestaat uit vier aan elkaar gelinkte taken:

1. Het formuleren van de onderzoeksvraag.
2. Het uitvoeren van een literatuurstudie en het onderzoeken van bestaande theorieën.
3. Het ontwerpen van het onderzoek.
4. Veldwerk benadering. Voor dit onderzoek is gekozen voor een veldwerkonderzoek door middel van interviews.

De tweede cirkel is de etnografische cirkel (later de cirkel van het verzamelen van gegevens genoemd). In deze cirkel is beschreven hoe de data verzameld zal worden en hoe de participanten van het onderzoek benaderd en uitgekozen zullen worden.

De laatste cirkel is de analytische cirkel. In deze fase van het onderzoek worden de resultaten van het onderzoek beschreven en uitgewerkt. Vervolgens worden de gegevens geanalyseerd waarna er wordt getracht om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

2.2 Populatie en steekproef

De populatie binnen dit onderzoek bestond uit vijf ouderen die op de wachtlijst staan voor de Hanzeborg, één van de verpleeghuizen van Woonzorg Flevoland. Daarnaast zijn er twee ouderen geïnterviewd die korter dan vier maanden woonachtig waren op een somatische afdeling binnen de Hanzeborg. Deze ouderen zijn bevraagd naar hun ervaringen voor, tijdens en net na de verhuizing. Verder is er aan deze ouderen gevraagd waar zij tegenaan zijn gelopen en waar zij hulp bij hebben gehad of nodig hadden tijdens de periode op de wachtlijst en de eerste maanden in het verpleeghuis. Tot slot zijn er drie interviews gehouden met professionals:

- **Specialist Ouderengeneeskunde** omdat zij de bewoners als behandelaar vaak langere tijd meemaakt en zij daarnaast regelmatig intensief contact onderhoudt met de mantelzorgers van de bewoners. Verder participeert zij in de opnamecommissie waar tweemaandelijks de ouderen op de wachtlijst worden besproken.
- **Psycholoog** omdat zij verantwoordelijk is voor de psychologische behandeling en begeleiding van de bewoners van de Hanzeborg. Nieuwe bewoners worden door haar bezocht en, indien nodig, begeleid.
- **Contactverpleegkundige** omdat deze persoon het eerste aanspreekpunt op de afdeling is voor de (nieuwe) bewoners. Ook is deze persoon verantwoordelijk voor de intakeprocedure bij nieuwe bewoners en heeft zij bijna dagelijks contact met de (nieuwe) bewoners.

Bij het selecteren van de respondenten is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een niet-gerichte aselechte steekproef. Dit betekent dat de selectie van de respondenten helemaal op toeval was gebaseerd. Als bestand voor de steekproef is de wachtlijst voor de Hanzeborg gebruikt. Momenteel staan er veertien ouderen op de wachtlijst voor opname op een somatische afdeling binnen de Hanzeborg. De ouderen op de wachtlijst hebben allemaal een getal gekregen en hiervan zijn er vijf getrokken voor deelname. Alle uitgekozen ouderen hebben medewerking aan het onderzoek direct toegezegd. Voor de twee respondenten die reeds woonachtig zijn in de Hanzeborg is er ook gebruik gemaakt van een niet-gericht aselechte steekproef en was de enige voorwaarde dat zij niet langer dan vier maanden woonachtig waren in de Hanzeborg (Baarda et al., 2013). Dit waren in totaal zes ouderen die net als de ouderen op de wachtlijst een getal hebben gekregen waarna er twee werden getrokken voor deelname.

2.3 Dataverzameling

De data is verzameld door middel van een literatuurstudie en het houden van kwalitatieve semigestructureerde interviews. De interviews met de ouderen zijn gehouden bij de ouderen thuis en duurden allen tussen de 30 en 45 minuten. De interviews met de professionals zijn gehouden op kantoor bij de professionals. De dataverzameling bestond uit drie stappen. De eerste twee stappen waren processtappen en zijn gebruikt voor het meetinstrument van stap drie en de analyse van de interviews.

2.3.1 Stap 1: literatuurstudie

De eerste stap van de dataverzameling vond plaats door middel van een literatuurstudie. Het doel van de literatuurstudie was om wetenschappelijk onderbouwde topics te vinden die bij konden dragen aan beantwoording van de onderzoeksvraag. Deze topics zijn toegevoegd aan de topiclijst die gebruikt is tijdens de interviews. Uiteindelijk zijn er zeven artikelen gevonden waaruit de topics zijn geselecteerd (bijlage A).

De literatuur is doorzocht door middel van het raadplegen van elektronische databases. Zo is er gezocht naar relevante literatuur in de informatiebronnen van het mediacentrum van Windesheim en de Universiteit van Groningen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van Google Scholar en kennisinstituten als het Centraal Bureau voor de Statistiek, Vilans, Movisie en het Sociaal en Cultureel Planbureau. Vervolgens is er door middel van de sneeuwbalmethode naar meer informatie gezocht. Op deze manier kon er ook literatuur gevonden worden via literatuurverwijzingen in eerder gevonden literatuur (Verhoeven, 2011).

De volgende zoektermen zijn gebruikt:

Tabel 1: Gebruikte zoektermen

Zoektermen	Searching terms
Wachtlijst (begeleiding)	Transition (elderly, care facility, old(er) people, experiences)
Behoeften, ouderen, wachtlijst, begeleiding	Needs, elderly ,waiting list, counseling (guidance)
Transities (succesvol (le))	Transition (longterm care facility, life)
Transities (chronische zorg)	Relocating (elderly, old(er) people, recently)
Transitie (ziekte en zorg)	Moving (nursing home, care facility, care home)
Opname (verpleeghuis, verzorgingshuis)	Waiting list (eldery, old(er) people, nursing home, (longterm) care facility)
Casemanagement	Nursing home placement
Verhuizen (verhuizing)	Elderly (self-asteem, self-image)
Verhuizen (verpleeghuis, verzorgingshuis)	Elderly, institutional living
Levensloopmodel (benadering)	Nursing home, adjustment
Welbevinden (ouderen, verpleeghuis, opname)	Wellbeing (elderly, nursing home, admission)

Vanwege het geringe aantal beschikbare bruikbare artikelen zijn er geen voorwaarden gesteld met betrekking tot datum van publicatie. De meeste recente literatuur verwijst naar ouder eerder gedaan onderzoek. Wel moest het artikel gratis toegankelijk zijn via de verschillende elektronische databases en moest het betrekking hebben op het onderzoek.

2.3.2 Stap 2: Research naar attenderende begrippen

Vervolgens zijn er in stap twee attenderende begrippen vastgelegd. Deze attenderende begrippen waren afgeleid van de gevonden topics uit stap één en zijn aangevuld met attenderende begrippen vanuit de vier domeinen van de kwaliteit van leven, zoals geformuleerd in het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg VV&T:

- 1: Wonen, woon- en leefomstandigheden.
- 2: Participatie, sociale zelfredzaamheid.
- 3: Welzijn, mentaal welbevinden en autonomie.
- 4: Zorg, Lichamelijk welbevinden en gezondheid (van Halem, N. & Groot, S. 2014).

Hiervoor is gekozen omdat deze domeinen ook gebruikt worden in het elektronisch cliënten dossier waarvan Woonzorg Flevoland gebruik maakt. Daarnaast komen deze domeinen ook terug in de levensloopbenadering. Volgens de levensloopbenadering hebben mensen behoefte aan balans op de levensdomeinen die de menselijke identiteit bepalen. Alleen door een goede balans op deze levensdomeinen ervaren mensen welzijn en kwaliteit van leven (Willems & Alsem, 2006).

Deze attenderende begrippen waren bepalend voor de topiclijst van de interviews en werden in de vorm van themacodes, variabelen en indicatoren gebruikt bij de analyse (Baarda et al., 2013). Door gebruik te maken van attenderende begrippen is er een soort kapstok gecreëerd waaraan de bevindingen tijdens de analyse van de interviews konden worden opgehangen. Tabel 2 geeft een overzicht aan van de attenderende begrippen en de topics uit stap één. Deze tabel is gebruikt als topiclijst voor de interviews uit stap drie. Omdat er voor dit onderzoek gevraagd werd naar de behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding is het thema “behoefte” toegevoegd als themacode. De behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding zijn vanuit de literatuur moeilijk te onderbouwen omdat er nog te weinig onderzoek naar gedaan is.

Tabel 2: Overzicht themacodes, variabelen en indicatoren.

Themacodes	Variabelen	Indicator
Betekenis	Wonen Participatie Welzijn Zorg	Positief Negatief
Verwachting	Wonen Participatie Welzijn Zorg	Positief Negatief
Planning	Communicatie Samenwerking Tijdslijn	Goed voorbereid Onvoldoende voorbereid
Omgeving	Familie en vrienden Professionals	Voldoende steun Onvoldoende steun
Kennis / vaardigheden	Wonen Participatie Welzijn Zorg	Voldoende Onvoldoende
Emotioneel / fysiek	Emotionele spanningen Fysieke spanningen	Veel spanningen Weinig spanningen Geen spanningen
Behoefte	Begeleiding	Wel behoefte Geen behoefte

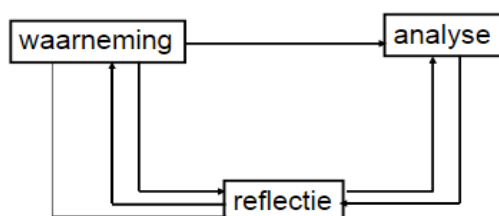
2.3.3 Stap 3: Interviews.

De interviews hebben plaatsgevonden in stap drie van de dataverzameling. Er is gekozen voor kwalitatieve semigestructureerde interviews. Deze vorm van interviewen bood voor dit onderzoek de beste mogelijkheid om inzicht te verkrijgen in de behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding in het perspectief van de voorgenomen verhuizing. Daarnaast bood deze onderzoeksmethode ook voldoende mogelijkheden om bepaalde thema's samen met de respondenten verder uit te diepen (Verhoeven, 2011). De topiclijst die gebruikt is voor de interviews is bepaald aan de hand van de uitkomsten van stap één en twee van de dataverzameling. Nieuwe thema's en inzichten die tijdens het onderzoek werden verkregen zijn toegevoegd aan het vervolg van het onderzoek. Door gebruik te maken van een topiclijst vond er een begripsafbakening plaats van het onderwerp van de interviews. Hierbij bleef het uitgangspunt de onderzoeksvraag van dit onderzoek en werden cruciale punten die belangrijk waren voor de beantwoording van de onderzoeksvraag niet over het hoofd gezien (Verhoeven, 2011). De topiclijst voor de interviews is opgenomen in de bijlagen. Alle respondenten zijn vooraf telefonisch benaderd om ze te vragen voor deelname aan het onderzoek en voor het maken van een afspraak. Tijdens deze telefonische uitnodiging is er informatie verschaft over het doel en de werkwijze van het onderzoek. De interviews zijn gehouden gedurende een periode van drie weken. Tijdens de eerste twee weken zijn de ouderen geïnterviewd. Per dag werd er één interview gehouden. De interviews werden opgenomen met geluidsapparatuur met toestemming van de respondent. Na ieder interview werd het interview getranscribeerd en werd er een begin gemaakt met de analyse van het interview. Deze manier van werken maakte het mogelijk om nieuw verkregen inzichten te gebruiken voor de volgende interviews. Tijdens de laatste week zijn de professionals geïnterviewd. Hiervoor is bewust gekozen zodat de resultaten van ouderen gebruikt konden worden tijdens het interviewen van de professionals en om als onderzoeker onbevangen te kunnen interpreteren wat de ouderen tijdens de interviews aangaven.

2.4 Data-analyse

Voor de data-analyse is er gebruik gemaakt van het proces van kwalitatieve analyse zoals beschreven in Baarda et al. (2013). Dit proces bestaat uit drie onderzoekersactiviteiten die elkaar voortdurend afwisselen (zie figuur 3):

1. Waarnemen
2. Analyseren
3. Reflecteren



Figuur 5: De opbouw van het analyseproces in de kwalitatieve analyse. Bron: Baarda, et al, 2013.

Door het voortdurend afwisselen van deze drie onderzoeksactiviteiten was er sprake van een iteratief proces. Door ieder interview na afname direct te transcriberen en vervolgens al een start te maken met het analyseren van het interview werd er informatie gevonden die werd toegevoegd aan de

volgende interviews. Dit maakt het mogelijk om de drie onderzoekersactiviteiten voortdurend met elkaar af te wisselen.

Waarnemen

In deze fase werd het materiaal verzameld dat voor de analyse is gebruikt. De waarneemfase tijdens dit onderzoek bestond dus uit het afnemen en direct transcriberen van de interviews zoals beschreven in paragraaf 2.3.3. Tijdens deze fase werd er ook een begin gemaakt met het analyseren van de interviews door ze kritisch te lezen zodat nieuwe gevonden informatie gebruikt kon worden voor de volgende interviews.

Analyse

In deze fase is er onderzocht welke kennis er kon worden ontleend aan het materiaal uit de waarneemfase. Dit gebeurde door het kritisch lezen van de transcripties van de interviews waarbij er werd gezocht naar een steeds verdere specificatie van het conceptueel kader. Deze manier van werken maakte dat er sprake was van een inductieve strategie die zich kenmerkt door verschillende fasen die tijdens de analyse zijn gebruikt en nagelopen.

Exploratiefase

Tijdens deze fase is er allereerst een selectie gemaakt van het bruikbare onderzoeksmateriaal door het kritisch lezen van de transcripten van de interviews. Deze selectie is vervolgens geïmporteerd en gesegmenteerd in het softwareprogramma Kwalitan. Vervolgens zijn deze segmenten door middel van het gericht coderen gekoppeld aan de hoofdthema's, variabelen en indicatoren van dit onderzoek. Tot slot zijn er door middel van de in vivo methode veel voorkomende woorden uit de interviews gefilterd en gebruikt als sub-variantie codes. Deze methode is gebruikt om naar uitspraken te zoeken die beantwoording van de onderzoeksvraag tot gevolg hebben. Door op deze manier codes toe te kennen aan het materiaal is er dicht bij het materiaal gebleven en zijn hierin zo weinig mogelijk interpretaties van de onderzoeker (Baarda et al., 2013).

Specificatiefase

In deze fase zijn de codes vanuit de exploratiefase geordend en samengevoegd in een bestand en is er gekeken hoe vaak de verschillende codes in de verschillende segmenten voorkomen. Dit is gedaan om zicht te krijgen op de overeenkomsten en verschillen tussen de codes. Door middel van axiaal coderen zijn er verschillende codes samengevoegd tot overstijgende variatiecodes die vervolgens aan de segmenten zijn toegevoegd. Deze inzichten waren nodig om de onderliggende structuur in kaart te brengen. De uitkomsten maakten het mogelijk om de resultaten te beschrijven. De samenhang tussen de codes en de achterliggende structuur is zichtbaar gemaakt door middel van een boomstructuur (zie bijlage 1).

Reflecteren

In de reflectiefase is er gekeken in hoeverre de resultaten van de analyse hebben bijgedragen aan de beantwoording van de onderzoeksvraag en de deelvragen. Kwamen er tijdens de reflectiefase nieuwe aspecten naar voren die ook relevant waren voor beantwoording van de onderzoeksvraag dan werden deze aspecten als topic toegevoegd aan de topiclijst voor de verdere interviews.

2.5 Kwaliteitscriteria van het onderzoek

Om het wetenschappelijke gehalte van een onderzoek te bepalen zijn er een aantal criteria gesteld waar iedere onderzoeker zich aan moet houden. De betreffende criteria die het wetenschappelijke karakter van dit onderzoek bepalen zijn in deze paragraaf beschreven.

2.5.1 Onafhankelijkheid

Het onderzoek is onafhankelijk van de mening en voorkeuren van de betrokkenen. Tijdens dit onderzoek wordt de onafhankelijkheid op twee manieren gewaarborgd:

Onafhankelijkheid van de mening en voorkeuren van Woonzorg Flevoland: Dit werd tijdens dit onderzoek gewaarborgd door de doelstelling en vraagstelling van dit onderzoek met de opdrachtgever te bespreken. Tijdens deze bespreking is duidelijk gemaakt welke positie de onderzoeker innam ten opzichte van het onderzoeksveld en het onderwerp van het onderzoek.

Onafhankelijkheid van invloeden van de onderzoeker: De onderzoeker heeft tijdens dit onderzoek gestreefd naar openheid van het onderzoek door onafhankelijk te zijn van commentaar door collega's en door persoonlijke voorkeuren geen rol te laten spelen. Dit werd tijdens dit onderzoek gewaarborgd door een medestudent mee te laten lezen als "advocaat van de duivel". Daarnaast heeft de onderzoeker ervoor gezorgd dat er voldoende kennis aanwezig was over zowel de methode van het onderzoek als het onderwerp van het onderzoek (Verhoeven, 2011).

2.5.2 Betrouwbaarheid van het onderzoek

De betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten geven aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Een belangrijke voorwaarde om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te kunnen onderzoeken is de herhaalbaarheid van dit onderzoek. Hoewel dit onderzoek plaats vindt binnen slechts één organisatie kan dit onderzoek wel herhaald worden waarbij herhaling zal leiden tot dezelfde resultaten. Dit betekent namelijk niet dat een herhalingsonderzoek moet leiden tot gelijke resultaten. Het maken van toevallige fouten is vooraf niet helemaal uit te sluiten. Toevallige fouten waar tijdens dit onderzoek mogelijk tegenaan kan worden gelopen zijn bijvoorbeeld ouderen die een vraag niet weten te beantwoorden of dat de onderzoeksgegevens niet goed worden verwerkt door de onderzoeker (Verhoeven, 2011).

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt gewaarborgd door:

- Er is een proefinterview gehouden om de betrouwbaarheid van de topic-lijst te verhogen.
- De resultaten van het onderzoek zijn voorgelegd aan en besproken met de co-referenten.

2.5.3 Validiteit van het onderzoek

Met de validiteit van dit onderzoek wordt bedoeld in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten. Er is binnen dit onderzoek gestreefd naar een intern valide resultaat zodat er vanuit de resultaten van het onderzoek juiste conclusies kunnen worden getrokken. De interne validiteit van dit onderzoek wordt gewaarborgd door:

- De validiteit van het meetinstrument. Dit is gewaarborgd door tijdens de interviews de vragen duidelijk en eenvoudig te formuleren. Daarnaast zijn er geen suggestieve vragen gesteld maar is er alleen gewerkt met een topiclijst.
- De topiclijst is samengesteld aan de hand van een literatuuronderzoek en op basis van reeds onderzochte theorieën.
- Het voorkomen van sociaal wenselijke antwoorden. Dit is gewaarborgd door vooraf aan te geven dat de resultaten van de interviews anoniem zouden worden verwerkt.

- Het op een structurele wijze ontwerpen van de analyse volgens de richtlijnen van het Basisboek Kwalitatief onderzoek (Baarda et al., 2013)

Binnen dit onderzoek is ook de begripsvaliditeit van belang omdat er onderzoek gedaan is naar behoeften. De begripsvaliditeit is gewaarborgd door vooraf een duidelijke omschrijving te geven van het begrip 'behoefte'. Vervolgens is dit begrip toegepast in de vragen (het meetinstrument). Door dit op deze manier te doen is er ook daadwerkelijk gevraagd wat voor dit onderzoek van belang was.

2.5.4 Bruikbaarheid van het onderzoek

Door Woonzorg Flevoland zo nauw mogelijk te betrekken bij het onderzoek werd de bruikbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk gemaakt. Hierdoor was het mogelijk om vragen te stellen die aansluiten bij de organisatiestructuur en de mogelijkheden die Woonzorg Flevoland kan bieden. Dit is gebeurd door het bespreken met de opdrachtgever en de coreferenten van de attenderende begrippen. Aan de hand van deze attenderende begrippen zijn tijdens de interviews de onderwerpen besproken die nodig waren om daadwerkelijk de behoeften te kunnen meten die gemeten moesten worden. Het aantal geïnterviewde ouderen bleek voldoende te zijn omdat de laatste twee interviews weinig tot geen nieuwe informatie hebben opgeleverd. Dit heeft er toe geleid dat de resultaten door Woonzorg Flevoland kunnen worden toegepast in het creëren van een nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding. Generalisatie van de resultaten is echter niet aan de orde omdat er in dit onderzoek slechts één specifieke organisatie wordt onderzocht (Verhoeven, 2011).

2.6 Ethische aspecten

Om het onderzoek ethisch verantwoord uit te voeren is er, met het oog op de respondenten, voldaan aan een aantal ethische eisen:

- **Vrijwillige medewerking.** Dit is gewaarborgd door alle respondenten vooraf expliciet om toestemming te vragen.
- **Juiste voorlichting.** Dit is gewaarborgd door de respondenten twee maal op de hoogte te brengen van het doel en de werkwijze van dit onderzoek. De eerste keer is dit gebeurd tijdens het benaderen van de respondenten voor deelname aan het onderzoek. De tweede keer heeft plaatsgevonden voor de start van het interview.
- **Anonimiteit.** Dit werd gewaarborgd door het anoniem verwerken van de gegevens van de respondenten.
- **Afwezigheid van nadelige effecten.** Omdat dit een onderzoek was naar behoeftes van de respondenten hebben de resultaten geen directe negatieve effecten op de respondenten.

Ook ten aanzien van de onderzoeker is er aan een aantal eisen voldaan om het onderzoek ethisch verantwoord te maken. Er is getracht om dit onderzoek op een eerlijke en wetenschappelijk verantwoorde manier uit te voeren. Verder zijn de gebruikte bronnen te allen tijde vermeld en zijn er geen gegevens aan derden verstrekt zonder toestemming van Woonzorg Flevoland. Omdat er bij dit onderzoek sprake is van een thesisonderzoek zijn er vooraf duidelijke afspraken gemaakt over zaken als eigendomsrecht van de onderzoeksgegevens en de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Tot slot heeft de onderzoeker bepaald hoe het onderzoek is uitgevoerd en heeft de onderzoeker hierin volledig onafhankelijk van de opdrachtgever gefunctioneerd (Baarda et al., 2013).

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die uit dit onderzoek zijn gekomen. In paragraaf 3.1 zijn de respondenten van dit onderzoek behandeld. Daarna volgen de resultaten. De gevonden resultaten zijn per themacode, zoals beschreven in paragraaf 2.2.5, uitgewerkt. Alleen de themacode “behoefte” is niet in een aparte paragraaf weergegeven. De behoeften zijn tijdens de interviews wel apart behandeld maar zijn verwerkt in de kaders aan het begin van de paragrafen.

3.1 Respondenten

In totaal hebben tien respondenten aan dit onderzoek meegewerkt, zeven ouderen en drie professionals. Van de zeven ouderen wonen er vijf nog zelfstandig in Lelystad en ontvangen thuiszorg van verschillende organisaties, de andere twee zijn reeds woonachtig in “de Hanzeborg” in Lelystad. De drie geïnterviewde professionals zijn alle drie werkzaam bij Woonzorg Flevoland. Alle respondenten zijn telefonisch gevraagd voor deelname.

Tabel 3: overzicht ouderen en professionals

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Burgelijke staat	Woonsituatie / discipline
Respondent A	V	71	Weduwe	Zelfstandig
Respondent B	V	81	Weduwe	Zelfstandig
Respondent C	V	84	Weduwe	Zelfstandig
Respondent D	M	76	Weduwnaar	Zelfstandig
Respondent E	V	86	Weduwe	Zelfstandig
Respondent F	V	81	Gehuwd	Verpleeghuis
Respondent G	V	84	Weduwe	Verpleeghuis
Professionals				
Professional A	V			Psycholoog
Professional B	V			Verpleeghuisarts
Professional C	V			Contactverpleegkundige

3.2 Resultaten thema “Betekenis”

Het thema “Betekenis” beschrijft de persoonlijke betekenis, dus subjectief, die ouderen geven aan het feit dat ze op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis en wat het voor hun betekent om naar het verpleeghuis te moeten verhuizen. Aan de hand van deze subjectieve beoordeling zijn door zowel de ouderen als de professionals zaken benoemd waar deze ouderen tegenaan lopen en waar behoeften uit voort kwamen.

De subjectieve beoordeling van de overgang is zowel positief als negatief. Hierin is geen verschil te bemerken tussen de ouderen die al opgenomen zijn en de ouderen die nog op de wachtlijst staan. De meeste ouderen zien de overgang naar het verpleeghuis als een overgang naar hun eindstation. Het gevolg hiervan is dat veel ouderen vooral in de eerste maanden na verhuizing last hebben van depressieve gevoelens. Volgens professionals hebben de ouderen voornamelijk behoefte aan begeleiding bij het leren omgaan met het verlies van zelfstandigheid. Ouderen hebben voornamelijk behoefte aan hulp bij het uitzoeken van de spullen die ze mee willen nemen en wat ze met de rest moeten doen. Verder geven ze aan behoefte te hebben aan een bekend gezicht die gedurende de transitie bij ze langs komt om te praten over onzekerheden met betrekking tot de verhuizing en uitbreiding van de huishoudelijke ondersteuning.

Met betrekking tot de betekenis van de transitie naar een verpleeghuis zijn de ouderen alleen voornamelijk positief over het wonen in de Hanzeborg. Vooral de grootte van de appartementen wordt als positief beoordeeld door de ouderen. Daarnaast speelt ook het gevoel van veiligheid dat de Hanzeborg biedt een grote rol in de beslissing om te verhuizen. De aanwezigheid van 24-uurs zorg en de angst om thuis een ongeluk te krijgen is groot bij de ouderen. De behoefte van ouderen is voornamelijk praktisch. Zo geven ouderen aan behoefte te hebben bij het uitzoeken of verdelen van de spullen en hebben ze tijdelijk meer huishoudelijk ondersteuning nodig; *“Het is hier zo’n bende steeds, ik kan dat allemaal zelf niet en wil niet voortdurend mijn dochter lastig vallen” (respondent A).*

Met betrekking tot participatie zijn de ouderen zowel positief als negatief. Voor vier van de zeven ouderen betekent de overgang naar de Hanzeborg een verlies van de gezelligheid en kennissen in de buurt waar ze wonen of gewoond hebben. Op het gebied van participatie geven vijf van de zeven ouderen aan vooral behoefte te hebben aan meer contacten in de Hanzeborg. Eén oudere die nog thuis woont verteld; *“Ik zal je wel vertellen, je vereenzaamt heel erg. Ik heb verder niemand. De kinderen wonen in de kop van Noord Holland en mijn zussen ook” (respondent C).*

Deelname aan activiteiten wordt door de ouderen voornamelijk als negatief ervaren, ze gaan er alleen naar toe om af en toe een praatje met iemand te maken; *“De bingo ga ik eens in de week naar toe, ik vind er niets aan maar het is wel gezellig om daar te zitten” (respondent F).*

Zes van de zeven ouderen geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning in de vorm van af en toe een praatje met een professional.

De overgang naar de Hanzeborg betekent voor de meeste ouderen een overgang naar hun eindbestemming. Volgens één van de professionals hebben de meeste ouderen de eerste maanden na de verhuizing naar de Hanzeborg last van depressiviteit; *“Van de mensen die naar een verpleeghuis gaan heeft een groot deel last van depressieve klachten. Ze zien het toch als de plek waar ze dood gaan” (professional A).* Vijf van de zeven ouderen geven aan zich niet thuis te voelen of hebben het gevoel dat ze zich er niet thuis zullen voelen. Eén oudere die reeds woonachtig is in de Hanzeborg omschrijft het als volgt; *“Je moet het zo zien: Als ik op vakantie ging kon ik nooit normaal naar de WC*

omdat het niet mijn eigen WC was. Dat heb ik hier na anderhalf jaar nog steeds. Mijn WC voelt nog steeds vreemd. En dan geven ze maar medicatie tegen obstipatie” (respondent G).

Ouderen zien de overgang naar het verpleeghuis als een verlies van zelfstandigheid. Volgens de professionals beseffen ouderen echter niet dat dit verlies van zelfstandigheid vaak al in de thuissituatie is begonnen en hebben ouderen behoefte aan begeleiding bij het leren omgaan met dit verlies.

Ten aanzien van de gezondheid zien de meeste ouderen wel in dat het niet langer verantwoord was of is om thuis te blijven; *“Het gaat niet goed met me, ik ben bang dat ik het niet langer alleen volhoud”* (respondent B). Ouderen hebben (of hadden) moeite met het bereiden van de maaltijden en de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen). Ten aanzien van de gezondheid betekent de overgang naar de Hanzeborg dan ook voornamelijk een gevoel van veiligheid. Daarnaast geeft het ouderen ook rust omdat ze zich niet voortdurend zorgen meer maken over hun gezondheid. Ouderen geven aan dat ze tevreden zijn met de zorg die ze krijgen; *“De zorg daar is perfect”* (respondent F). Dit is ook niet waar ouderen zich zorgen over maken en dit wordt dan ook als positief beoordeeld.

Tabel 4: Aantal uitspraken thema “Betekenis” per variabele en indicator waar behoeften uit voortkwamen.

Thema Betekenis	Indicator	Totaal
Variabele “Wonen”	Positief	13
	Negatief	6
Variabele “Participatie”	Positief	5
	Negatief	5
Variabele “Welbevinden”	Positief	8
	Negatief	23
Variabele “Gezondheid”	Positief	6
	Negatief	2
Totaal aantal uitspraken		68

3.3 Resultaten thema “Verwachtingen”

Voor het thema “Verwachtingen” zijn de ouderen en professionals bevraagd naar wat er verwacht wordt van de verhuizing naar het verpleeghuis op het gebied van de vier levensdomeinen. Aan de hand hiervan zijn door zowel ouderen als professionals zaken benoemd waar behoeften uit voort kwamen.

De verwachtingen ten aanzien van verhuizing naar de Hanzeborg waren wisselend. Alleen op het gebied van woonomgeving en verzorging zijn de verwachtingen positief. De verwachting van ouderen is namelijk dat hun gezondheid na overgang naar de Hanzeborg beter wordt doordat ze meer energie over houden; *“Alles is hier gericht op de cliënt. Je moet wel reëel blijven natuurlijk (respondent F)”*. Wel uiten ouderen de behoefte om het appartement in de Hanzeborg vaker te zien. Volgens professionals beseffen de ouderen goed dat hun ziekte de reden van opname is en dat hierin alleen maar achteruitgang valt te verwachten. Zij geven aan dat het juist de mantelzorgers zijn die hierin behoefte hebben aan begeleiding. Verder geven zij aan dat het belangrijk is om ouderen op de wachtlijst te vragen naar hun verwachting van de overgang naar de Hanzeborg en zien dit als een belangrijke voorbereiding voor het leven in een verpleeghuis. Of de verwachtingen reëel zijn kan vanuit de literatuur niet worden onderbouwd. Daarom wordt er door middel van een aantal citaten een illustratie gegeven van de verwachting van waaruit conclusies worden getrokken.

Met betrekking tot de woonomgeving zijn de verwachtingen van de meeste ondervraagden behoorlijk hoog. Alle ouderen hebben voor opname op de wachtlijst een rondleiding door de Hanzeborg gehad. Zes van de zeven ouderen gaven aan van tevoren een beeld te hebben van het verpleeghuis waarin hun bed in hun kleine woonkamer stond. Het zien van de appartementen in de Hanzeborg heeft dit beeld zeker veranderd, ze vonden de appartementen mooi en ruim. Wel gaven ze aan behoefte te hebben om de appartement na de eerste rondleiding nog een keer te mogen zien omdat ze het tijdens de rondleiding moeilijk hadden. Achteraf moeten ze alleen afgaan op de informatie van familie als het gaat over de praktische indeling van de appartementen. Hierdoor hebben ze moeite om meubilair uit te zoeken dat mee kan naar de Hanzeborg. Ouderen geven verder aan dat ze niet het gevoel hebben dat ze daar “weggestopt” worden; *“Het huis staat daar echt midden in de buurt he, het lijkt wel een buurtcentrum”(respondent D)*. Verder zien drie van de zeven ouderen de Hanzeborg niet als een echt verpleeghuis; *“Ik wil niet naar een echt “ouden van dagen huis”. Dat is de Hanzeborg niet” (respondent D)*.

Ten aanzien van de participatie verwachten drie van de vijf thuiswonende ouderen dat het allemaal beter gaat worden; *“Ik verwacht dat ik daar meer kan doen, ik kan naar de kapper, zwemmen, pedicure, ik kan snel ff naar mijn zus. Ik doe momenteel niets”(respondent C)*. Twee ouderen verwachten dat het allemaal slechter gaat worden; *“Je wordt er opgesloten. Mijn moeder kwam ook haar kamer niet meer af. Het leek wel of haar leven was gestopt” (respondent E)*. Vier van de zeven ouderen hadden de verwachting dat ze na opname minder eenzaam zouden zijn; *“Ik had van tevoren gehoopt dat ik minder eenzaam zou zijn en dat is ook zo. Er komt altijd wel iemand binnen hier” (respondent G)*. Eén van de ouderen benoemde als belangrijke voorwaarde voor het verbeteren van de participatie na verhuizing naar de Hanzeborg; *“Ik denk dat ik daar zelf ook heel hard aan zal moeten werken. Nieuwe contacten maken. Ik zal er zelf wat van moeten maken” (respondent C)*. Verder verwachten twee van de vijf thuiswonende ouderen dat ze aan allerlei activiteiten mee moeten doen; *“Maar ze moeten niet van mij verwachten dat ik mee ga doen met allerlei van die malle dingen” (respondent E)*. Opvallend is dat

vijf van de zeven ouderen verwachten dat hun familie minder vaak langs zal komen omdat ze geen hulp meer nodig hebben van familie. Volgens de professionals zijn het juist vaak de mantelzorgers die een verkeerd beeld hebben van opname in een verpleeghuis; *“Vaak is het beeld dat familie heeft van opname anders. Hierover is begeleiding nodig. Wij moeten werken aan het scheppen van een realistisch beeld”*(professional A).

Ten aanzien van welbevinden verwachten alle ouderen dat ze naar een verpleeghuis gaan om dood te gaan en wordt het verpleeghuis gezien als de laatste ronde. Slechts één oudere ziet hier niet tegenop; *“Ik ga nu naar de plek waar ik waarschijnlijk ook dood ga en ik heb echt niet dat gevoel. Ik zie er zelfs naar uit om dit alles achter mij te laten. Ik wil daar echt nog een poosje door gaan”* (respondent C). Over het algemeen verwachten ouderen dat ze niet meer het leven kunnen leiden dat ze willen en dat ze zichzelf niet meer kunnen zijn; *“Ik ben soms wel bang dat ik daar niet meer mijn leven kan leiden. Dat wil ik blijven doen zolang ik dat nog kan. Een verpleeghuis klinkt zo zwaar*(respondent D)”. Als het aankomt op welbevinden geeft één van de professionals aan dat er op dit gebied behoefte aan begeleiding nodig is; *“De overgang naar een verpleeghuis heeft een enorme impact op het privéleven van de mensen. We moeten eerlijk zijn over de mogelijke gevolgen van de opname. De verwachtingen moeten wel reëel zijn”* (professional A).

Van de zorg en de gevolgen hiervan voor de gezondheid hebben de meeste ouderen een hoge verwachting. Ouderen verwachten meer energie over te houden voor leuke dingen. Toch verwachten de ouderen niet dat hun gezondheid vooruit gaat maar wel dat het beter met ze zal gaan; *“Al het mooie en goede is allang van mijn lijf af, vroeger stonden ze in de weg, nu hangen ze in de weg! Mijn lijf is af maar dat maakt me ook niets meer uit”* (respondent B). Volgens de professionals hebben vooral de ouderen zelf toch wel een realistisch beeld ten aanzien van hun gezondheid en zijn het juist de mantelzorgers die hierin beter begeleid moeten worden; *“De verwachting van familie is belangrijk bij de begeleiding. Mensen gaan vaak niet achteruit door de verhuizing maar door de achteruitgang in ziekte”*(professional A). Over de verzorging zijn de professionals wat minder positief; *“Er wordt in het verpleeghuis toch ongemerkt veel overgenomen wat niet nodig is. Wij zijn wat dat betreft behoorlijk gehospitaliseerd”* (professional A). Dat dit klopt wordt bevestigd door één van de ondervraagden; *“Er wordt hier overal rekening mee gehouden, ik hoef zelf niets meer te doen. Ze hebben zelfs een taxi hier in huis. Dat hoeft ik zelf allemaal niet meer te regelen”* (respondent F).

Tabel 5: Aantal uitspraken thema “Verwachting” per variabele en indicator waar vervolgens behoeften uit voort kwamen.

Thema “Verwachting”	Indicator	Totaal
Variabele “Wonen”	Positief	13
	Negatief	6
Variabele “Participatie”	Positief	8
	Negatief	13
Variabele “Welbevinden”	Positief	6
	Negatief	22
Variabele “Gezondheid”	Positief	12
	Negatief	6
Totaal aantal uitspraken		86

3.4 Resultaten thema “Niveau van de kennis en vaardigheden”

Voor het thema “Niveau van de kennis en vaardigheden” zijn de ouderen gevraagd in hoeverre zij betrokken zijn geweest bij alle voorbereiden met betrekking tot inschrijving op de wachtlijst en het aanvragen van de WLZ-indicatie. Verder zijn ze bevraagd over wat ze weten van het leven in een verpleeghuis en hoe ze omgaan met de overgang naar het verpleeghuis. De vragen zijn wederom gesteld aan de hand van de vier levensdomeinen.

De ouderen die op de wachtlijst staan voor opname in de Hanzeborg hebben in de meeste gevallen geen idee over wat hun te wachten staat. Bij vijf van de zeven ouderen was de indicatie aangevraagd door familie. Zelfs tijdens de rondleiding zijn er door de ouderen zelf bijna geen vragen gesteld. Achteraf gezien hebben de ouderen hier spijt van en hadden ze veel meer en directer betrokken willen worden bij de beslissing tot het aanvragen van de indicatie en de beslissing om naar de Hanzeborg te (gaan) verhuizen. Ouderen geven aan behoefte te hebben om zelf te overleggen met professionals en regelmatig contact te onderhouden met de professionals als ze ergens mee zitten; *“Ik wou dat het anders gegaan was dat ik meer hierover had kunnen praten” (respondent C)*. Verder geven ze aan behoefte te hebben aan informatie over wat er allemaal gaat gebeuren en hoe het er in de Hanzeborg allemaal aan toe gaat. Tot slot hebben ouderen de behoefte aan ondersteuning bij het maken van nieuwe contacten.

Drie van de zeven ouderen vertellen dat ze totaal onverwachts door hun kinderen werden gevraagd om een appartement te gaan bezichtigen in de Hanzeborg. Alle ouderen zijn het erover eens dat ze de appartement in de Hanzeborg mooi vinden. Toch geven drie ouderen aan niet in de Hanzeborg te willen wonen. Ze hebben het gevoel dat ze weggehaald zijn of worden uit hun eigen vertrouwde omgeving; *“Ik durfde het zelf niet aan te geven. Ik had gewild dat er iemand was geweest die met mij alleen had gepraat” (respondent E)*. Alle ouderen geven aan weinig tot geen informatie te hebben gehad over het leven in de Hanzeborg er aan toe gaat. Over de inrichting van de appartementen maken de ouderen zich niet zo druk, wel hebben ze behoefte aan ondersteuning in het uitzoeken van wat er wel en wat er niet mee kan. Zelf hebben ze geen idee wat er wel in het appartement past en wat niet; *“Als ik maar een tafel of een stoel heb en mijn TV. Maar de foto van mijn man is belangrijk, die moet echt mee” (respondent B)*.

Drie van de zeven ouderen willen graag begeleiding van professionals bij het maken van contacten in de Hanzeborg; *“Ik wil leren om daar weer meer onder de mensen te zijn. Ik ben wel makkelijk in het leggen van contacten” (respondent A)*. Twee anderen geven weer aan dat ze geen behoefte aan nieuwe contacten hebben omdat ze zichzelf altijd al prima kunnen vermaken; *“Zo werk ik. Ik wil gewoon mijn eigen leven kunnen leiden en niet dat de verzorging steeds om mij heen staat” (respondent D)*. Vier van de zeven ouderen geven aan dat ze het moeilijk vinden om hun kinderen steeds van alles te vragen en overal bij te betrekken. Hierin willen ze meer ondersteuning van professionals, vooral bij de moeilijke zaken die ze zelf niet helemaal begrijpen. Dit geldt voor zowel de ouderen die al in de Hanzeborg wonen als voor de ouderen die op de wachtlijst staan; *“Hoe moet ik? linksom of rechtsom, het lijkt allemaal zo simpel maar dat is het voor mij niet” (respondent E)*.

Zes van de ondervraagden geven aan dat ze van tevoren geen goede voorlichting krijgen of hebben gekregen en hier echt wel behoefte aan hebben. Zo geven ze aan dat ze het lastig vinden om weer helemaal opnieuw te moeten beginnen. Ook vinden ze het belangrijk dat hun privacy wordt

gerespecteerd en dat de verzorging hierop is voorbereid; *“De zorg klopt aan en voordat ik me heb omgedraaid staan ze al binnen! Wat als ik nou iets stiekems aan het doen ben?”* (respondent F). Vier van de zeven ouderen hebben, of hadden, er daarom behoefte aan dat hun belangrijkste, vooral medische, gegevens en wensen al bekend zijn als ze in de Hanzeborg komen wonen; *“Het is voor mij belangrijk dat ze mijn een beetje kennen als ik binnen kom”* (respondent C). De professionals geven aan dat de meeste mensen na een aantal maanden wel een beetje gewend zijn, toch komt het weinig voor dat mensen nieuwe dingen willen leren; *“Meestal na een aantal maanden beginnen ouderen te aarden hier en proberen ze er nog maar wat van te maken. Ik kom zelden een oudere tegen die er het beste uit wil halen”*(professional A).

Tabel 6: Aantal uitspraken thema “Kennis/vaardigheden” per variabele en indicator waar vervolgens behoeften uit voort kwamen.

Thema “Kennis/vaardigheden”	Indicator	Totaal
Variabele “Wonen”	Voldoende	9
	Onvoldoende	1
Variabele “Participatie”	Voldoende	2
	Onvoldoende	8
Variabele “Welbevinden”	Voldoende	4
	Onvoldoende	7
Variabele “Gezondheid”	Voldoende	3
	Onvoldoende	0
Totaal aantal uitspraken		34

3.5 Resultaten thema “Planning”

Voor het thema planning is er aan ouderen gevraagd in hoeverre ze bezig zijn met het plannen van de verhuizing naar het verpleeghuis en waar problemen ten aanzien van het plannen gezien worden. Verder is de ouderen gevraagd naar hun mening over de communicatie en samenwerking met zowel mantelzorg als professionals ten aanzien van het plannen van de verhuizing naar het verpleeghuis.

Alle ouderen geven aan dat ze zich in meer of mindere mate bezig hebben gehouden met het plannen van de verhuizing. De meeste ouderen geven aan dat ze het onderwerp “verhuizing” bijna niet met hun mantelzorgers bespreken. Ook is er bijna geen communicatie met professionals over de voorgenomen verhuizing. Dit maakt het voor de ouderen moeilijk om zaken te plannen. Daarnaast valt er volgens de ouderen weinig te plannen omdat ze niet weten wanneer de verhuizing plaats gaat vinden, dit maakt ze onzeker en hier willen ouderen over praten met een professional. Er is vooral behoefte aan communicatie en samenwerking met professionals als aankomt op de planning van de voorgenomen verhuizing. Ouderen willen samen met een professional de spullen uitzoeken die meegaan naar de Hanzeborg om vervolgens de rest te verdelen onder familie. Daarnaast hebben ze behoefte aan ondersteuning bij allerlei regelzaken en om gewoon te praten over de verhuizing.

De meeste ouderen communiceren weinig met mantelzorgers of professionals over de voorgenomen verhuizing. Bij professionals hebben mantelzorgers in sommige gevallen zelfs aangegeven dat ze er maar zo weinig mogelijk met de oudere zelf over praten omdat de oudere dan meestal emotioneel wordt. Vier van de zeven ouderen zijn in hun hoofd druk bezig met de verhuizing zonder hierover iets met mantelzorg of professionals te delen. Als reden hiervoor wordt in twee gevallen benoemd dat ze het gevoel hebben dat ze altijd maar blij moeten zijn met de verhuizing; *“De kinderen willen altijd alles maar positief zien maar soms wil ik daar ook wel eens niet positief over zijn” (respondent G)*. Ook wordt de volgende reden aangegeven om er niet over te praten; *“Ik twijfel voortdurend, als ik begin met regelen en erover praat, wordt het echt en dat wil ik niet” (respondent E)*. Wel geven bijna alle ouderen aan er geestelijk heel druk bezig te zijn met de voorgenomen verhuizing.

Bijna alle ouderen geeft aan dat er geen goede samenwerking is met zowel mantelzorg als met professionals als het aankomt op de verhuizing. Professionals geven echter aan dat een goede samenwerking van groot belang is; *“Samen voorbereidingen treffen voor de verhuizing moet veel eerder beginnen. Als er een goede voorbereiding is geweest dan wennen ouderen veel sneller aan het leven in een verpleeghuis. Dan hebben ze het gevoel dat ze het zelf hebben gedaan” (professional B)*.

Met betrekking tot de tijdslijn waren er slechts twee ouderen die hier lang van tevoren mee begonnen zijn en die goed voorbereid zijn op de komende verhuizing; *“Als ik het eenmaal weet, en ik vind het een fijn appartement? Ik heb zelfs al met de verhuizer gesproken. De verhuizer is geweest en ik heb precies aangewezen wat ik mee neem, een telefoontje en het is geregeld” (respondent C)*. Voor vier van de zeven ouderen is de verhuizing voor hun gevoel plotseling gekomen; *“Mijn eigen huis heb ik niet meer gezien, wat ze met de spullen gedaan hebben weet ik niet. Af en toe denk ik nog ergens aan en vraag ik me af waar iets gebleven is, ik weet het niet” (respondent F)*. Toch is het volgens professionals van groot belang om de verhuizing goed voor te bereiden; *“Er is verschil te bemerken in ouderen die goed voorbereid zijn en ouderen die niet goed voorbereid zijn. Het zelf aanwijzen van de spullen die mee moeten lijkt erg belangrijk. Het geeft een gevoel van eigenwaarde” (professional C)*.

Tabel 7: Aantal uitspraken thema “Planning” per variabele en indicator waar vervolgens behoeften uit voort kwamen.

Variabele Planning	Indicator	Totaal
Communicatie	Goede communicatie	3
	Onvoldoende communicatie	7
Samenwerking	Goed samenwerking	2
	Onvoldoende samenwerking	9
Tijdslijn	Goed voorbereid	4
	Onvoldoende voorbereid	14
Totaal aantal uitspraken		39

3.6 Resultaten thema “Omgeving”

Voor het thema “Omgeving” zijn de ouderen en professionals gevraagd in hoeverre zijn steun ervaren van zowel mantelzorg als professionals. Verder is er gevraagd aan de ouderen waar zij graag ondersteuning bij willen hebben van mantelzorg of professionals.

Tijdens de transitie van thuis naar een verpleeghuis is de steun van mensen uit de omgeving belangrijk. Bijna alle ondervraagden gaven aan dat mantelzorg zo blij was met de (komende) verhuizing naar het verpleeghuis terwijl ze er zelf behoorlijk moeite mee hadden. Ook was er op dit gebied weinig steun van professionals. Sommige ouderen gaven aan niet te weten wat ze moeten voelen waardoor een gevoel van onmacht en frustratie overheerste. Ouderen geven aan behoefte te hebben aan meer steun van professionals en willen minder steun van mantelzorg omdat ze bang zijn deze te overvragen. Het thema omgeving leek een overkoepelend thema te zijn tijdens de interviews. Steun wordt gezocht op het gebied van zowel praktische zaken als emotionele begeleiding. Ook geven ouderen aan behoefte te hebben aan een vast contactpersoon die ze altijd kunnen bellen.

De inzet van familie en vrienden leek voor drie van de zeven ouderen eerder een probleem dan dat ze er blij mee waren. De reden hiervoor was in de meeste gevallen dat er angst was om mantelzorg teveel te belasten. Dit blijkt wel uit de volgende citaten; *“Mijn dochter is nu drie dagen niet geweest. Ik durf haar ook niet te bellen. Ze is zelf zo druk” (respondent A)* of; *Mijn familie hoeft daar minder voor mij te doen. Ik ben niet bang dat ze minder langs zullen komen” (respondent E).*

Daarnaast waren er twee ouderen die aangeven moeite te hebben met de steun van mantelzorg omdat die altijd zo positief doen; *“Als we het er wel over hebben dan beginnen ze altijd dat het bij oma ook zo gezellig was en dat ze echt wel vaak langs zullen komen. Ze begrijpen het niet” (respondent E).* Professionals herkennen deze gedachten; *“Als mensen net binnenkomen is de familie vaak gelukkiger dan de bewoner zelf” (professional C).* Verder geven ouderen aan dat het belangrijk voor ze is dat familie langs blijft komen, ook als ze al verhuisd zijn; *“Maar daar moeten ze wel komen en kunnen ze misschien andere dingen met en voor mijn doen” (respondent A).*

De inzet van professionals is op een andere manier belangrijk voor de ouderen. Zo geven vier van de vijf ouderen aan dat ze vooral behoefte hebben aan het praten over de aanstaande verhuizing; *“Dat zou ik graag met jullie willen doen. Ik zou het fijn vinden als jullie wat vaker langskwam en mij zou inlichten over alles wat er is in de HB zodat wij deze dingen samen kunnen regelen” (respondent D).* Verder geven ouderen aan in de war te raken van alles wat er moet gebeuren en juist dan hebben ze behoefte om met een professional te praten; *“Ik wil jullie altijd maar kan bellen. Als ik jullie bel word ik weer rustig” (respondent C).* Ouderen hebben vooral behoefte om zoveel als mogelijk zelf te regelen en daar hebben zij hulp nodig van professionals; *“Het zou fijn zijn als er iemand mij hielp om hier alles op een rijtje te krijgen” (respondent D).*

Over het algemeen kan er gesteld worden dat ouderen behoefte hebben aan steun van hun omgeving maar toch zoveel als mogelijk zelf de touwtjes in handen willen houden. Wat ze nog kunnen doen willen ze ook blijven doen, hoe weinig dit in sommige gevallen ook is; *“Alleen dat in die hoek mag niemand aankomen. Dat is van mijn overleden dochter en daar mogen ze niet aankomen. Dat wil ik zelf doen, anders heb ik het gevoel dat ik mijn dochter helemaal kwijt ben” (respondent A).* Professionals geven aan dat ouderen vooral ook behoefte hebben aan praktische steun door professionals, zoals

tijdelijk meer huishoudelijke ondersteuning. Ook moet er door professionals meer emotionele ondersteuning komen.

Tabel 8: Aantal uitspraken thema “Omgeving” per variabele en indicator waar vervolgens behoeften uit voort kwamen.

Thema “Omgeving”	Indicator	Totaal
Variabel “Familie en vrienden”	Voldoende steun	34
	Onvoldoende steun	8
Variabele “Professionals”	Voldoende steun	4
	Onvoldoende steun	12
Totaal aantal uitspraken		57

3.7 Resultaten thema “Emotioneel en fysiek welzijn”

Omdat transities vaak gepaard gaan met een breed scala aan spanningen en emoties is de ouderen gevraagd naar de emotionele en fysieke spanning die zijn ervaren of ervaren hebben voor, tijdens en direct na de verhuizing. Aan de hand van wat de ouderen benoemden zijn de behoeften beschreven.

Het thema emotioneel en fysiek welzijn bleek net als het thema omgeving een overkoepelend thema te zijn. Opvallende behoefte die bij dit thema valt te benoemen is de begeleiding van ouderen bij de achteruitgang in ziekte. Net als bij de transitie in plaats heeft ook de transitie in ziekte een grote impact op de levens van ouderen. De ondervraagde ouderen beseffen heel goed dat hun lichamelijke toestand steeds verder achteruitgaat en geven aan hier emotionele ondersteuning bij nodig te hebben. Wederom maken ze zich niet veel zorgen over de fysieke ondersteuning. Verder geven ze aan behoefte te hebben aan het doorgaan van de begeleiding als ze eenmaal zijn verhuisd naar de Hanzeborg.

De meeste ondervraagde ouderen geven aan last te hebben van emotionele spanningen. De emotionele spanningen rond de verhuizing naar de Hanzeborg zijn in sommige gevallen zo extreem dat er sprake is van paniekaanvallen; *“Ik heb paniekaanvallen hier. Die had ik niet toen ik nog thuis was. Die heb ik hier gekregen. Ik weet niet waardoor dit komt”* (respondent F). Ook twee van de vijf ouderen op de wachtlijst geeft aan last te hebben van spanningen; *“Ik slaap regelmatig heel slecht. Het idee dat ik uit mijn huisje weg moet kan ik af en toe niet verkroppen”* (respondent E). Zelfs de ouderen die over het algemeen positief staan tegenover de verhuizing naar de Hanzeborg hebben regelmatig te maken met emotionele spanningen; *“Ja, het is moeilijk om door te slikken, elke dag moet je iets inleveren en soms moet je iets inleveren wat je niet graag wil. Nu moet ik ook nog mijn huisje inleveren”* (respondent C). De meeste ouderen hebben het over het op en neer gaan van hun emotioneel welzijn. Eén van de ouderen omschreef het als volgt; *“Toen Cruijff dood ging dacht ik: ze mogen mij ook wel ophalen. De volgende dag dacht ik; nou gelukkig niet, ik kan nog gezellig mijn voetbal kijken!”* (respondent B). Dit op en neer gaan van emotionele spanningen lijkt kenmerkend te zijn voor alle ondervraagde ouderen. Ouderen geven aan behoefte te hebben aan begeleiding hierin zowel in de Hanzeborg als thuis.

Rondom de achteruitgang van het fysiek welzijn lijken de ouderen minder last te hebben van spanningen. Wel willen ouderen graag met iemand praten over de lichamelijke achteruitgang; *“Mijn lijf wil niet meer. Maar achteruitgang hoort erbij. Het zou wel fijn zijn om hier af en toe met een buitenstaander over te praten”* (respondent D). Ook geven de ondervraagde ouderen aan behoefte te hebben aan begeleiding en ondersteuning in de vorm van uitleg; *“Er wordt door verschillende dokters en verpleegkundigen van alles gezegd maar meestal begrijp ik het niet precies, ik wil het wel begrijpen”* (respondent C).

Tabel 9: Aantal uitspraken thema “Emotioneel en fysiek welzijn” per variabele en indicator waar vervolgens behoeften uit voort kwamen.

Thema “Emotioneel en fysiek welzijn”	Indicator	Totaal
Variabele “Emotionele spanningen”	Veel spanningen	68
	Weinig spanningen	14
Variabele “Fysieke spanningen”	Veel spanningen	6
	Weinig spanningen	18
Totaal aantal uitspraken		106

Hoofdstuk 4 Conclusie en discussie

In dit onderzoek is onderzocht welke behoeften ouderen hebben ten aanzien van wachtlijstbegeleiding in het kader van de voorgenomen verhuizing naar verpleeghuis de Hanzeborg in Lelystad. In dit hoofdstuk zijn de kritische waarderings beschreven van de resultaten van dit onderzoek. Allereerst wordt er in paragraaf 4.1 een kritische beschouwing van de ingezette methoden en technieken van het praktijkgericht onderzoek beschreven. Daarna volgt er in paragraaf 4.2 een kritische waardering van de resultaten waarna in paragraaf 4.3 de conclusies van dit onderzoek zijn beschreven.

4.1 Discussie

4.1.1 Methodologie

Onderzoekspopulatie

Tijdens dit onderzoek was er sprake van een vrij kleine groep respondenten. Vooral de ondervraagde ouderen met somatische problematiek die op de wachtlijst staan en nog “thuis” wonen was vrij beperkt. Toch kan er worden gesteld dat er bij dit aantal voldoende inzicht is gekomen in de behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding omdat de laatste interviews met ouderen weinig nieuwe inzichten opleverden en er dus gesteld kan worden dat de saturatiegrens was bereikt. De resultaten van de interviews van de ouderen die nog zelfstandig thuis wonen kwamen sterk met elkaar overeen. Verder waren er grote overeenkomsten tussen de resultaten van dit onderzoek en de resultaten vanuit internationaal onderzoek. Hieruit kan worden afgeleid dat de resultaten van dit onderzoek niet alleen voor Woonzorg Flevoland toepasbaar zijn maar ook door andere organisaties en instelling kunnen worden gebruikt.

Tijdsbestek

Het korte tijdsbestek van 20 weken maakte dat het niet mogelijk was om de respondenten nogmaals te bezoeken om de resultaten van het onderzoek met hun te bespreken. Wel zijn al de antwoorden direct samengevat en is er steeds gevraagd of deze samenvatting in overeenstemming was met wat er door de ouderen was aangegeven.

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen is de topiclijst die gebruikt is tijdens de interviews samengesteld aan de hand van een literatuurstudie. Vervolgens is de topiclijst met de opdrachtgever en medewerkers van de afdeling klantadvies besproken. Verder is er, zoals gepland, een proefinterview gehouden met één oudere die ook op de wachtlijst staat voor de Hanzeborg. Ook blijkt vanuit de transcripties dat er tijdens de interviews geen persoonlijke mening van de onderzoeker is benoemd waardoor de respondenten niet de mogelijkheid hadden om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Hoewel dit moeilijk is te achterhalen heeft de onderzoeker wel de indruk dat de respondenten open en eerlijk over hun behoeften hebben gesproken.

Validiteit

De validiteit van dit onderzoek gaat onder andere over de vraag of de toegepaste methode tijdens dit onderzoek de juiste methode is geweest om terechte uitspraken te kunnen doen. Er kan gesteld worden dat de validiteit van dit onderzoek redelijk is gezien:

- Door het nauwgezet volgen van de reeds eerder beschreven methode en technieken.

- Er zijn geen suggestieve vragen gesteld. De interview topics zijn door middel van een literatuurstudie samengesteld. Er is alleen gebruik gemaakt van reeds onderzochte en bevestigde theorieën.

Hoewel er wekelijks overleg is geweest met de opdrachtgever is er getracht om de meningen en voorkeuren van de opdrachtgever geen bepalende rol te laten spelen tijdens dit onderzoek. Hierbij dient de kanttekening te worden geplaatst dat dit niet geheel voorkomen kon worden. Bij het formuleren van de opdracht is hier rekening mee gehouden door de opdrachtgever intensief te betrekken bij de definitieve vraagstelling. Verder kan de interpretatie van de onderzoeker van invloed zijn geweest op de resultaten en het selecteren van relevante informatie. Om dit te voorkomen zijn de conclusies van dit onderzoek besproken met een collega en met een studiegenoot.

4.1.2 Beperkingen van het onderzoek

Voor dit onderzoek zijn alleen ouderen ondervraagd die op de wachtlijst staan voor de Hanzeborg of ouderen die reeds woonachtig zijn in de Hanzeborg. Hierbij dient te worden vermeld dat de Hanzeborg een modern en nieuw verpleeghuis is. Dit gegeven is van invloed op de uitspraken van ouderen met betrekking tot het domein woonomgeving. De grootte van de appartementen in de Hanzeborg varieert van 70 tot 100 vierkante meter en zijn dus in verhouding met de traditionele verpleeghuizen zeer ruim te noemen. Voor een vervolgonderzoek is het raadzaam om hieraan meer aandacht te besteden en het onderzoek uit te breiden naar wachtlijsten voor meerdere locaties.

Verder dient er te worden opgemerkt dat alle gesprekken met ouderen alleen zijn gevoerd, bij geen van de gesprekken was mantelzorg aanwezig. Dit is enerzijds positief omdat dit grotendeels voorkwam dat er door respondenten sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven, anderzijds is dit een beperking van het onderzoek omdat de inzet van mantelzorg meerdere malen ter sprake is gekomen.

4.2 Kritische waardering van de resultaten van het onderzoek

4.2.1 In het licht van de ontwikkelingen rondom het ouderbeleid in Nederland

Zoals reeds in de inleiding beschreven hebben de hervormingen in de langdurige zorg, die vanaf 1 januari 2015 zijn doorgevoerd, als doel het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen (VWS, 2013). Dit extramuraliseringsbeleid van de overheid heeft tot gevolg dat ouderen pas opgenomen worden in een verpleeghuis als er sprake is van een complexe zorgvraag (Kao et al., 2004). Dit wordt ook ondersteund vanuit de resultaten van dit onderzoek. Ouderen begrijpen in de meeste gevallen wel waarom ze opgenomen zijn of moeten worden in een verpleeghuis. Dat betekent echter niet dat ze het er helemaal mee eens zijn. De moeilijkheden die ouderen hebben met opname in het verpleeghuis hebben voornamelijk te maken met de manier waarop alles is gegaan en is geregeld. De meeste ouderen zijn niet betrokken geweest bij het aanvragen van de indicatie voor opname en hadden het gevoel dat de rondleiding door de Hanzeborg volledig aan hun voorbij was gegaan. Achteraf gezien hebben ze hier spijt van en is er bij de meeste ouderen sprake van gevoelens van verzet tegen opname. Deze bevindingen worden ook ondersteund vanuit de literatuur. Onderzoek heeft aangetoond dat bij ouderen voor wie de beslissing tot opname genomen is door anderen zich actief verzetten tegen opname (Svidén et al., 2002).

Een andere reden waarom mensen worden opgenomen in een verpleeghuis is volgens de literatuur de overbelasting van mantelzorg (Kao et al., 2004). Juist omdat de meeste ouderen aan hebben gegeven dat ze niet betrokken zijn geweest bij het aanvragen van de indicatie voor opname kwam tijdens dit onderzoek de vraag naar voren of ouderen niet opgenomen worden om de verkeerde

redenen. De inzet van mantelzorg in het huidige overheidsbeleid is belangrijk maar het moet niet bepalend worden voor de opname van ouderen in een verpleeghuis.

Het bovenstaande kan een verklaring zijn voor de verschillende behoeften van ouderen ten aanzien van begeleiding door professionals. Tijdens de interviews kwam verschillende keren de vraag naar begeleiding naar voren. Deze behoefte aan begeleiding bevestigt wat ook vanuit de literatuur naar voren kwam. Het is voor ouderen belangrijk dat ze begeleiding krijgen van professionals om zich voor te bereiden op de opname in een instelling (Iwasiw et al., 1996). Zowel de ouderen als de literatuur geven het belang aan van het luisteren naar ouderen tijdens een transitie.

4.2.2 In het licht van de ontwikkelingen binnen de doelgroep ouderen

Volgens de levensloopenbenadering is de ontwikkeling van een mens te allen tijde gericht op de aanpassing aan zijn omgeving. Ook ouderen hebben de capaciteiten om nieuw gedrag aan te leren en nieuwe doelen na te streven (Rögels, 2011). Van de ondervraagde ouderen was er slechts één oudere die er zelf bewust voor heeft gekozen om te verhuizen naar de Hanzeborg en die er ook echt naar uitzag. Zij zag er naar uit om alles achter zich te laten en wil er het beste van maken in de Hanzeborg. Vanuit de literatuur blijkt dat het zelf kiezen voor opname door ouderen heel belangrijk is. Onder de ouderen die zelf hebben gekozen voor opname en die actief betrokken zijn bij alle beslissingen rondom opname in een verpleeghuis overheerst een gevoel van opluchting (Iwasiw et al., 1996). Bij de wachtlijstbegeleiding is het dus belangrijk om te achterhalen of ouderen zelf bewust kiezen voor opname of dat opname vanwege andere redenen gewenst is. Zoals vermeld hebben ouderen de capaciteiten om zich aan te passen aan hun omgeving en het zelf bewust kunnen kiezen voor het moment van opname is een grote stap richting een succesvolle transitie.

4.2.3 In het licht van de ontwikkelingen binnen de Toegepaste Gerontologie

De resultaten van dit onderzoek hebben veel overeenkomsten met de bevindingen uit eerder gedaan internationaal onderzoek. Een belangrijk feit is het gegeven dat het proces van verhuizing naar een verpleeghuis al begint vanaf het moment dat ouderen op de wachtlijst worden geplaatst. Ouderen uiten meerdere keren behoeften ten aanzien van begeleiding in de vorm van het maken van een praatje. Zoals uit eerder gedaan onderzoek blijkt hebben ouderen vooral te maken met gevoelens van onzekerheid. Juist professionals moeten ouderen helpen deze onzekerheden op te heffen. Door regelmatig met ouderen te praten over de komende verhuizing kunnen deze onzekerheden op een eenvoudige manier worden opgeheven. Ouderen hebben behoefte aan informatie en willen zoveel als mogelijk zelf kunnen en blijven doen. Hierin moeten professionals ouderen ondersteunen omdat juist de ondersteuning hierin een bijdrage kan leveren aan een positief zelfbeeld.

Verder geven de meeste ondervraagde ouderen aan dat ze het gevoel hebben dat ze naar hun eindstation gaan. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat een professional aangeeft dat ze nog zelden een oudere heeft meegemaakt die er het beste van wil maken in het verpleeghuis. Als ouderen de verhuizing naar het verpleeghuis blijven zien als een verhuizing naar de plek waar ze dood gaan zullen ze moeite blijven houden met het aanpassen aan het leven in het verpleeghuis.

Zoals Rögels (2011) aangeeft heeft niet iedere oudere dezelfde capaciteiten en beschikken ze niet allemaal over dezelfde plasticiteit. Omdat dit persoonsgebonden kwaliteiten zijn ligt hier een taak voor professionals om door middel van persoonlijke begeleiding er toe te komen dat opname op het juiste moment voor de ouderen zelf komt.

4.2.3 Tot slot

In dit onderzoek is er onderzocht welke begeleidingsbehoeften ouderen hebben die op de wachtlijst staan voor opname in het verpleeghuis. Voor dit onderzoek is er zoveel als mogelijk gebleven bij de periode op de wachtlijst. Dat de transitie ook daarna nog doorgaat wordt bevestigd door zowel de literatuur als de ouderen zelf. Begeleiding moet niet stoppen na opname in een verpleeghuis maar moet ook daar nog gegeven worden. Er kan pas gestopt worden met begeleiding als er sprake is van een succesvolle transitie zoals beschreven in paragraaf 1.5.

4.3 Conclusie

In deze thesis is er onderzoek gedaan naar de begeleidingsbehoeften van ouderen met somatische problematiek die op de wachtlijst staan voor opname in het verpleeghuis. De behoeften die door dit onderzoek naar voren zijn gekomen zijn hieronder per thema vermeld.

Thema “Betekenis”

- Er is behoefte aan ondersteuning bij het uitzoeken van meubilair en andere spullen.
- Er is behoefte aan tijdelijk meer huishoudelijke ondersteuning.
- Er is behoefte aan het praten met een vaste professional over de emoties en onzekerheden die komen kijken bij het moeten verhuizen naar een verpleeghuis.

Thema “Verwachting”

- Er is behoefte om het appartement na de rondleiding op een andere tijd nogmaals te bekijken.
- Er is behoefte aan het begeleiden van mantelzorg om de verwachtingen ten aanzien van de gezondheid van ouderen voor en na de verhuizing naar het verpleeghuis te bespreken.
- Er is behoefte aan emotionele begeleiding voor, tijdens en vooral ook na de verhuizing.

Thema “Niveau van kennis en vaardigheden

- Er is behoefte aan ondersteuning bij allerlei regelzaken die de ouderen zelf niet begrijpen.
- Er is behoefte aan meer directe betrokkenheid rondom de aanvraag van de indicatie en de beslissing tot inschrijving voor het verpleeghuis.
- Er is behoefte aan begeleiding in het maken van nieuwe contacten na verhuizing naar het verpleeghuis.
- Er is behoefte aan voorlichting over hoe in het verpleeghuis alles is georganiseerd.
- Ouderen hebben er behoefte aan dat de zorgverleners in het verpleeghuis op het moment van verhuizing op de hoogte zijn van de belangrijkste medische gegevens en wensen.

Thema “Omgeving”

- Ouderen hebben er behoefte aan om zoveel als mogelijk zelf te regelen. Hierbij hebben ze behoefte aan extra ondersteuning van professionals en willen zij minder afhankelijk zijn van mantelzorg.
- Er is meer behoefte aan emotionele ondersteuning door professionals. Ouderen willen professionals regelmatig kunnen bellen als ze ergens mee zitten.

Thema “Mentaal en fysiek welzijn”

- Er is behoefte aan ondersteuning met betrekking tot de uitleg over medische zaken.

- Er is behoefte aan de begeleiding bij de onzekerheden die de ziekte(s) met zich meebrengt.
- Ouderen hebben er behoefte aan gewoon te kunnen praten met een professional over de lichamelijk achteruitgang. Bij familie voelen ze zich hierin teveel belemmerd.

Door middel van dit onderzoek is er meer duidelijkheid gekomen over de verschillende behoeften die ouderen hebben ten aanzien van wachtlijstbegeleiding. Hiermee is er antwoord gegeven op de vraagstelling van dit onderzoek. De resultaten van dit onderzoek kunnen dan ook een bijdrage leveren aan de invulling van de nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding die Woonzorg Flevoland wil invoeren.

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen en plan van verspreiding

5.1 Inleiding

Uit dit onderzoek zijn meerdere behoeften van ouderen ten aanzien van wachtlijstbegeleiding naar voor gekomen. In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen voor Woonzorg Flevoland beschreven die gedaan kunnen worden naar aanleiding van de resultaten. De resultaten van dit onderzoek zijn echter niet alleen toepasbaar voor Woonzorg Flevoland. Daarom worden er in dit hoofdstuk ook aanbevelingen gedaan voor andere stakeholders zoals de opleiding Toegepaste Gerontologie en verschillende ketenpartners. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.2 Aanbevelingen voor de opdrachtgever Woonzorg Flevoland

Voor Woonzorg Flevoland zijn er vanuit dit onderzoek meerdere behoeften van ouderen met betrekking tot wachtlijstbegeleiding naar voren gekomen. Vanuit deze resultaten kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan die kunnen bijdragen aan het geven van invulling van de wachtlijstbegeleiding.

5.2.1 Meer face-to-face contact met de ouderen op de wachtlijst

Ouderen hebben tijdens dit onderzoek op meerdere manieren aangegeven behoefte te hebben aan contact met professionals. Door het regelmatig bezoeken van de ouderen op de wachtlijst kunnen professionals deze ouderen ondersteunen met praktische zaken en kan er tegelijk emotionele ondersteuning geboden worden. De behoeften ten aanzien van emotionele ondersteuning zullen per oudere verschillen, belangrijk is wel dat onzekerheden ten aanzien van de verhuizing worden weggenomen en dat ouderen voldoende informatie hebben over het leven in de Hanzeborg.

Een andere vorm van meer face-to-face contact is om de toekomstige bewoners tijdens een rondleiding, of een daar speciaal voor ingelast bezoek, kennis te laten maken met ouderen die reeds woonachtig zijn in de Hanzeborg. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van koffiemiddagen waar bewoners samen met toekomstige bewoners kunnen praten over het leven in de Hanzeborg en waar ervaringen uitgewisseld kunnen worden.

5.2.2 Specificeren van de wachtlijst

De regelmatige bezoeken aan ouderen op de wachtlijst moeten niet alleen gebruikt worden om ouderen te ondersteunen bij de voorbereidingen voor de verhuizing. Ook moeten deze bezoeken gebruikt worden om een beter inzicht te krijgen in de persoon op de wachtlijst. Dit inzicht is nodig voor:

- Te achterhalen of de oudere zelf kiest voor opname of dat er andere redenen zijn voor opname.
- Te bepalen of opname überhaupt wel de oplossing is of dat er gekeken moet worden naar andere mogelijkheden.
- Het bepalen van het juiste moment van opname zodat voorkomen wordt dat mensen te vroeg opgenomen worden.
- Het in kaart brengen van de steun door de omgeving. Hierdoor kan er eventueel ondersteuning komen van mantelzorg om overbelasting te voorkomen.

Door deze zaken in kaart te brengen kan er anders omgegaan worden met de wachtlijst en kan deze meer samengesteld worden op basis van de wensen en behoeften van ouderen tot opname. Hierdoor kan grotendeels worden voorkomen dat opname tegen de wil van de ouderen gebeurt.

5.2.3 Tijdelijk doorgaan met begeleiding na opname

Als ouderen eenmaal verhuisd zijn naar de Hanzeborg en ze niet meer op de wachtlijst staan betekent dit niet dat de transitie in plaats tot eind is gekomen. Een succesvolle transitie kenmerkt zich namelijk door het ontstaan van een nieuw evenwicht door het accepteren van de verandering in het dagelijks bestaan. Er is begeleiding nodig bij het creëren van een gevoel van verbondenheid met de omgeving en het ontwikkelen van vertrouwen in eigen kracht (Willems en Alsem, 2006). Zoals in de resultaten door ouderen is aangegeven hebben ze in de Hanzeborg, vooral de eerste periode, behoefte aan een bekend gezicht. Daarom is het raadzaam om de begeleiding (door een vast contactpersoon) tijdelijk door te laten gaan na verhuizing naar de Hanzeborg.

5.2.4 Het invullen van de domeinen in het Elektronische Cliënten Dossier voor opname

Ouderen willen graag dat hun belangrijkste gegevens al bekend zijn in de Hanzeborg op het moment van verhuizing. Daarom is het raadzaam om de levensdomeinen, zoals benoemd in paragraaf 1.7, reeds in te vullen tijdens de periode op de wachtlijst. Dit creëert rust bij ouderen.

5.2.5 Begeleiden van mantelzorg

Professionals hebben aangegeven dat er vooral bij mantelzorg verkeerde verwachtingen leven ten aanzien van opname van de oudere in de Hanzeborg. Regelmatig worden er gevoelens geuit van teleurstelling door mantelzorg. Dit komt omdat bij mantelzorg het idee kan leven dat opname er voor zorgt dat het weer beter gaat met de oudere. Mantelzorg moet begrijpen dat ouderen worden opgenomen omdat ze ziek zijn en dat deze ziekte ervoor zorgt dat ouderen achteruit zullen gaan. De opname in de Hanzeborg verandert niets aan het feit dat de ziekte bij ouderen door gaat. De begeleiding van mantelzorg zou vorm kunnen krijgen door middel van het organiseren van mantelzorgavonden voor familie van (toekomstige) bewoners. Tijdens deze avonden kan er uitleg gegeven worden over de manier van werken en leven in een verpleeghuis en de functie van het verpleeghuis.

5.3 Aanbeveling voor de gemeente Lelystad

Een aanbeveling voor de gemeente Lelystad is om meer bekendheid te gaan geven aan de mogelijkheden van respijtzorg en dagbesteding voor ouderen dat vanuit de WMO wordt aangeboden. Daarnaast moet er meer bekendheid gegeven worden aan de inzet van vrijwilligers. De sociale wijkteams in Lelystad zouden hierin ook meer preventief te werk moeten gaan door het preventief bezoeken van ouderen van 80 jaar en ouder, eventueel door vrijwilligers. Van belang is dan wel dat vrijwilligers speciaal voor deze taak worden opgeleid. Aandacht voor ouderen en hun mantelzorgers is een belangrijke taak voor de sociale wijkteams in Lelystad waarbij zij veel vaker en meer de samenwerking met zorgorganisaties moeten zoeken.

Preventieve huisbezoeken worden al in meerdere gemeenten in Nederland uitgevoerd en hebben als doel om de zorg en de woon- en leefomstandigheden van ouderen in kaart te brengen. Daarnaast kunnen ouderen door middel van deze bezoeken gewezen worden op allerlei activiteiten, voorzieningen en regelingen die voor de ouderen van toepassing kunnen zijn en het gevoel van welzijn van ouderen kan vergroten. Ook kunnen deze bezoeken gebruikt worden om ouderen met dezelfde behoeften en interesses met elkaar in contact te brengen. Deze huisbezoeken worden onder andere al gedaan in Duivendrecht, Haarlem en Ouderkerk.

5.4 Aanbevelingen voor de opleiding Toegepaste Gerontologie

Voor de opleiding Toegepaste Gerontologie kan dit onderzoek inzichten geven voor het lesmateriaal van de minor Casemanagement. Dit is vooral van belang omdat vanuit de literatuur blijkt dat ouderen te weinig betrokken worden bij de opname in een verpleeghuis. Wat voor de mantelzorg geldt, geldt ook voor de casemanager, namelijk dat de casemanager en andere professionals soms kunnen denken dat opname beter is terwijl een oudere dit absoluut niet wil. Hierbij is het ook van belang dat de begeleiding van ouderen in de thuissituatie niet alleen gericht moet zijn op ondersteuning van de ouderen maar ook op ondersteuning van de mantelzorgers. Vooral omdat de gevoelens en overbelasting van mantelzorg geen reden moet zijn voor opname in een verpleeghuis. De Toegepast Gerontoloog moet als geen andere in staat zijn om op een creatieve manier tot mogelijkheden en oplossingen te komen.

Daarnaast is het van belang dat er bij de begeleiding van ouderen door casemanagers meer aandacht komt voor de gevoelens van ouderen ten aanzien van het levenseinde en moeten ouderen meer begeleiding krijgen bij de transitie in ziekte. Ouderen hebben behoefte aan meer uitleg over de ziekte zelf en wat ze moeten en kunnen verwachten. Een belangrijk onderdeel van de begeleiding door casemanagers is dan ook het bespreken van de verwachtingen en behoeften van ouderen ten aanzien van de begeleiding. De kennis en kunde om dit te doen moet duidelijk in het lesmateriaal van de minor casemanagement naar buiten komen.

5.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor dit onderzoek zijn er twee ouderen ondervraagd die reeds woonachtig zijn in een verpleeghuis. Beide ouderen gaven aan dat zij geen van beiden betrokken waren bij het aanvragen van de indicatie en bij de verhuizing naar het verpleeghuis. De ondervraagde psycholoog voor dit onderzoek gaf aan dat de meeste ouderen in het verpleeghuis de eerste zes maanden na verhuizing last hebben van depressieve gevoelens. Daarom zou een onderwerp voor vervolgonderzoek zijn om te onderzoeken in hoeverre deze depressie bij ouderen in het verpleeghuis veroorzaakt is door ontbreken van begeleiding, communicatie en het zelf al dan niet kunnen nemen van beslissing tijdens de transitie.

Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek betreft de mantelzorgers. Tijdens dit onderzoek zijn zij regelmatig ter sprake gekomen zonder dat zij bij dit onderzoek betrokken zijn geweest. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat zij in de meeste gevallen verantwoordelijk zijn geweest voor het aanvragen van de Wet Langdurige Zorg indicatie en direct te maken hebben gehad met de beslissing tot opname van de oudere in het verpleeghuis. Daarom zou een onderwerp voor vervolgonderzoek zijn om te onderzoeken wat de aanleiding is geweest voor mantelzorg om de WLZ indicatie voor opname in een verpleeghuis aan te vragen.

5.6 Plan van verspreiding

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de behoeften van ouderen met somatische problematiek ten aanzien van de wachtlijstbegeleiding in het perspectief van de voorgenomen verhuizing naar de Hanzeborg. Woonzorg Flevoland wil deze gegevens gebruiken bij het geven van invulling aan een nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding die zij aan wil bieden vanuit een nieuw te openen klantadviescentrum. Deze nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding moet nieuwe (toekomstige) bewoners van de Hanzeborg begeleiden op weg naar een succesvolle transitie van thuis naar de Hanzeborg. In deze paragraaf is het plan van verspreiding van de resultaten van dit onderzoek beschreven.

5.6.1 Doel van de verspreiding

Het doel van de verspreiding van de resultaten is in de eerste plaats om de stakeholders te informeren over de resultaten van dit onderzoek. Het uiteindelijke doel van de verspreiding van de resultaten is dat deze zullen leiden tot een nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding door Woonzorg Flevoland waarbij de behoeften van ouderen centraal zullen staan.

5.6.2 Manier van verspreiding onder de verschillende stakeholders

De resultaten van dit onderzoek worden op verschillende manieren met de direct betrokken stakeholders gedeeld. Allereerst worden de resultaten aangeboden aan Woonzorg Flevoland door middel van:

- Een papieren en digitale versie van de bachelor thesis aan de opdrachtgever; Karin Eijsten.
- Een presentatie tijdens het extramuraal overleg van Woonzorg Flevoland. Bij dit extramuraal overleg zijn alle managers van de afdeling Thuiszorg aanwezig. Vooraf krijgen ze allemaal digitaal de resultaten toegestuurd.
- Een presentatie tijdens het overleg van de afdeling Klantadvies van Woonzorg Flevoland. De afdeling Klantadvies is intensief betrokken geweest bij de verschillende fasen van het onderzoek en ontvangen allen een papieren versie.
- Een papieren en digitale versie voor de bestuurssecretaris, Carolien de Wit, van Woonzorg Flevoland zodat de resultaten worden besproken tijdens het CMT overleg. Vervolgens zullen de resultaten met haar worden besproken zodat er gekeken wordt naar de mogelijke toepassing van de gevonden resultaten in de nieuwe vorm van wachtlijstbegeleiding.

Tot slot worden de resultaten met de andere stakeholders op de volgende manier gedeeld:

- Een bondige presentatie van de resultaten tijdens een vergadering van het Sociale Wijkteam in Lelystad. Het voornaamste doel hiervan is om de generalisten en opbouwwerkers van het Sociale Wijkteam te informeren over de resultaten van het onderzoek zodat deze kunnen dienen als aandachtspunten tijdens de keukentafelgesprekken.
- Tot slot worden de resultaten gedeeld met de respondenten. Eerst door middel van brief waarin de belangrijkste informatie beknopt wordt weergegeven. Vervolgens door een persoonlijk bezoek om deze resultaten met hun te bespreken.

5.6.3 Waarde en betekenis van de resultaten

Een belangrijke betekenis van de resultaten voor Woonzorg Flevoland is dat zij door de resultaten meer de samenwerking zoekt met haar klanten. Hierdoor zal Woonzorg Flevoland nog beter in staat zijn om de wensen en behoeften van haar klanten voorop te stellen.

De belangrijkste waarde en betekenis van de resultaten is echter dat er door de verschillende stakeholders meer en goed geluisterd moet worden naar de ouderen zelf. Ouderen kunnen prima aangeven wat ze zelf willen en waar ze behoefte aan hebben. Door goed te luisteren naar de ouderen zullen deze resultaten dan ook bijdragen aan een betere kwaliteit van leven en gevoelens van het hebben van regie over het eigen leven van ouderen. Deze onderwerpen zullen tijdens de presentaties dan ook zeker besproken worden.

Literatuur

ActiZ, V. V. N., LOC, ZN., Sting, I. G. Z., BTN, Verenso & VWS, (2010). Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Zichtbare Zorg, Verpleging, Verzorging Thuiszorg. Den Haag: Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T.

Baarda, D. B., Goede, de, M., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V. & Velden, van der, T. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers

Baetsen, P. (2015). Dilemma's van corporaties bij langer thuis wonen. *Geron*, 17(2), p.p. 50-52. Geraadpleegd op <http://link.springer.com/article/10.1007/s40718-015-0044-0#page-1>

Chao, S. Y., Lan, Y. H., Tso, H. C., Chung, C. M., Neim, Y. M., & Clark, M. J. (2008). Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 149-158. doi:10.1097/01.JNR.0000387300.22172.c6

Cooney, A. (2012). Finding home': A grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *International journal of older people nursing*, 7(3), 188-199. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x

Eika, M., Espnes, G. A., & Hvalvik, S. (2014). Nursing staff's actions during older residents' transition into long-term care facility in a nursing home in rural Norway. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 1-8. doi:10.3402/qhw.v9.24105

Ellis, J. M. (2010). Psychological transition into a residential care facility: Older people's experiences. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1159-1168. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05280.x

Ellis, J.M., & Rawson, H. (2015). Nurses and personal care assistant's role in improving the relocation of older people into nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 24, 2005-2013. doi:10.1111/jocn.12798

Gerritsen, D., Leontjevas, R., Derksen, E., & Smalbrugge, M. (2015). Depressie opsporen en behandelen. *Denkbeeld*, 27(3), 22-25. doi:10.1007/s12428-015-0067-2

Giesbers, H. (RIVM), Verweij, A. (RIVM) & Beer, de, J. (NIDI), (2013). Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Vergrijzing, 21 maart 2013.

Groenewoud, J. H. & Lange, de, J. D. (2012). Van thuis naar verpleeghuis.: Ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers; Een handreiking voor hulpverleners. Geraadpleegd op <http://hr.surfsharekit.nl:8080/repository/app/humanReadable/itemId/smpid:58130>

Halem, van, N. & Groot, S. (2014). Planmatig werken. *Planmatig zorg verlenen*, 33-49. doi:10.1007/978-90-368-0588-9_4

Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). Participant recruitment. *Qualitative Research Methods*. London: Sage Publications Ltd, 81-107.

Iwasiw, C., Goldenberg, D., Mac Master, E., Mc Cutcheon, S. & Bol, N. (1996). Residents' perspectives of their first 2 weeks in a long-term care facility. *Journal of Clinical Nursing*, 5(6), 381-388. doi:10.1111/j.1365-2702.1996.tb00271.x

Kao, H.S., Travis, S.S. & Acton, G.J. (2004). Relocation to a long-term care facility: working with patients and families before, during and after. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42, 10-16. doi:10.3928/02793695-20040301-06

Kessel, van L. (1988). Ervaringsleren en supervisie. De theorie van David Kolb over ervaringsleren en haar betekenis voor begeleiding van het leerproces in supervisie. *Supervisie in opleiding en beroep*, 5(2), 5-29. Geraadpleegd op https://www.researchgate.net/profile/Louis_Van_Kessel2/publication/260516651_ERVARINGSLEREN_EN_SUPERVISIE_De_theorie_van_David_Kolb_over_ervaringsleren_en_haar_betekenis_voor_begleiding_van_het_leerproces_in_supervisie/links/0a85e531780b59a969000000.pdf

Lange, de. J. & van Staa, A. (2004). *Transities in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht*. *Verpleegkunde*, 19(2), 142-150. Geraadpleegd op <http://old.opeigenbenen.nu/files/samenvatting-lect-rede-tiz-verpleegkunde-92004.pdf>

Ministerie van Volkshuisvesting Welzijn en Sport, (2013). Kwaliteitsdocument-VVT-2013. Geraadpleegd op http://www.igz.nl/Images/Kwaliteitsdocument-VVT-2013_tcm294-329148.pdf

Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties, (2014). Transitieagenda langer zelfstandig wonen. Geraadpleegd op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/06/04/kamerbrief-over-langer-zelfstandig-wonen>

Ministerie van Volkshuisvesting Welzijn en Sport, (2015). Monitor langdurige zorg. Relatie indicatie en gebruik. Laatst geraadpleegd op 6 maart 2016 op <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/relatie-indicatie-en-gebruik>

Pel-Littel, R. (2010). Een ziekte komt zelden alleen. Geraadpleegd op http://vilans6.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit_literatuurverkenning_pdf.pdf

Rögels, N. (2011). *Levensloopsychologie. Jongvolwassenen, volwassenen en oudere volwassenen*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Roosmalen, G. van. G. & Marcoen, A. (2007). Welbevinden, functionele performantie en persoonlijke controle bij ouderen thuis en in het woonzorgcentrum. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38(3), 121-131. doi:10.1007/bf03074839

Schellevis, F. G. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk*. NIVEL. Geraadpleegd op <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Je-gaat-het-pas-zien-als-je-het-door-hebt-multimorbiditeit-in-de-huisartspraktijk.pdf>

Schumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. Geraadpleegd op <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>

Schumacher, K. L., Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Spreeuwenberg, C. (2009). Transitie in de chronische zorg. *Bijblijven*, 25(3), 18-24. doi:10.1007/bf03087634

Svidén, G., Wikström, B. M. & Hjortsjö-Norberg, M. (2002). Elderly persons' reflections on relocating to living at sheltered housing. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 9(1), 10-16. doi:10.1080/110381202753505818

Vermeer, K. (2015). Ondersteuning van zelfmanagement: van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat'. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 13(1), 21-23. doi:10.1007/s12468-015-0010-9

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek. Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. (4e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Walker, E. & McNamara, B. (2013). Relocating to retirement living: an occupational perspective on successful transitions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), 445-453. doi:10.1111/1440-1630.12038

Willems, D. & Alsem, I. (2006). De levensloopbenadering: Een bron van inspiratie—Op zoek naar de waarde van de levensloopbenadering voor het welzijnswerk ouderen. Utrecht: NIZW. Geraadpleegd op <http://www.vilans.nl/docs/producten/Levensloopbenadering.pdf>

Wilson, S.A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 864-871. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.00636.x

Young, H. M. (1990). The transition of relocation to a nursing home. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 74-83. doi:10.1097/00004650-199005000-00011