

De waarde van toewijzingscriteria

Een studie naar toewijzingscriteria en hun effecten omtrent kleinschalig wonen voor mensen met dementie

Student: Nicolien Brink
Studentnummer: 348134
Adres: Kortenaerstraat 14L, 3012 VD, Rotterdam
E-mailadres: 348134nb@eur.nl

Afstudeerbegeleider: Jeroen Postma MScBA
Meelezer: Dr. Annemarie de Vos

Datum: 24 juni 2013

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie welke ik heb geschreven ter afronding van de bachelor Beleid & Management van de Gezondheidszorg. Na drie leuke jaren waarin ik veel heb geleerd, vormt deze bachelorscriptie hiervan een waardige afsluiting.

In oktober 2012 ben ik gestart met dit project waarbij als eerste de onderwerpkeuze en de afbakening van het onderzoek centraal stond. Wegens mijn brede interesse in verschillende gebieden van de gezondheidszorg was dit nog geen gemakkelijk proces. Uiteindelijk heb ik gekozen mijn onderzoek te verrichten in de ouderenzorg en meer specifiek de dementiezorg, een sector waar altijd veel over te vertellen is en waar nog veel te verbeteren valt. Het schrijven van deze scriptie heeft er mede voor gezorgd dat ik graag verder zou willen gaan in deze sector en hopelijk wat kan bijdragen aan de problemen die daar aanwezig zijn.

Ik wil alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek nogmaals hartelijk bedanken. Zonder hen was ik niet tot dit resultaat gekomen. Ook ben ik mijn begeleider, Jeroen Postma, veel dank verschuldigd voor zijn tijd en goede begeleiding. Ik heb hier heel veel van geleerd. Ook mijn mee-lezer, Annemarie de Vos, wil ik bedanken voor haar tijd en moeite.

Ten slotte wil ik mijn ouders, Laura en Henk Brink, hartelijk bedanken voor de mogelijkheden die zij mij hebben geboden om mijn bachelor te behalen. Ook wil ik hen bedanken voor het luisterend oor dat zij mij altijd hebben geboden en de tips die zij mij hebben gegeven.

Ik wens u allen veel plezier toe bij het lezen van mijn bachelorscriptie.

Nicolien Brink,
juni 2013

Samenvatting

In dit onderzoek staat het toewijzingsproces van mensen met dementie aan kleinschalige woongroepen centraal. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie is het laatste decennium steeds meer in opkomst. Het is een reactie op grootschalige verpleeghuiszorg waarbij grotendeels de zorg van bovenaf wordt bepaald. Kleinschalige woongroepen kunnen verschillende kenmerken hebben en in verschillende settings plaatsvinden, zoals een stand-alone woongroep of een woongroep geïntegreerd in een intramurale instelling. Een aantal kenmerken vatten de kern van kleinschalig wonen samen en zorgen ervoor dat woongroepen als kleinschalig worden bestempeld. Zo wordt in een kleinschalige woonvorm getracht de thuissituatie zo goed mogelijk na te bootsen door in een huiselijke en herkenbare omgeving te leven. Dit gebeurt in kleine groepen. Daarbij is het streven de bewoners hun dagelijks leven zoveel mogelijk zelf te laten inrichten door vraaggestuurd te werken.

In eerste instantie laat wetenschappelijk onderzoek zien dat kleinschalig wonen veel positieve effecten met zich mee brengt voor bewoners, zoals een betere mentale gezondheid en betere relaties met familie en medewerkers. De laatste jaren komen er echter ook steeds meer kritische geluiden en lijkt kleinschalig wonen niet altijd beter te zijn dan grootschalige verpleeghuiszorg. Ook blijkt kleinschaligheid niet voor iedereen geschikt. De geschiktheid van een potentiële bewoner voor kleinschalig wonen wordt in de praktijk door de zorginstelling bepaald. Bestaand onderzoek in Nederland laat zien dat er weinig gebruik wordt gemaakt van toewijzingscriteria. Indien criteria wel worden gebruikt, wordt geen aandacht besteed aan de toepassing van de criteria en de mogelijke effecten. Internationaal worden verschillende toewijzingscriteria gehanteerd, maar ook hier wordt geen aandacht besteed aan hoe deze criteria worden toegepast en wat daarvan de effecten zijn. Er is dan ook tot nu toe is nog weinig onderzoek verricht naar toewijzingscriteria, de toepassing van toewijzingscriteria en de effecten hiervan.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in twee kleinschalige woongroepen van een woonzorgcentrum. Dit onderzoek heeft door middel van zeven diepte-interviews met verschillende betrokkenen van een kleinschalige woongroep en vier observatiedagen in de kleinschalige woongroepen trachten uit te wijzen welke toewijzingscriteria de zorginstelling heeft opgesteld, hoe deze criteria worden toegepast en wat hiervan de effecten zijn.

Er zijn verschillende resultaten uit het onderzoek naar voren gekomen. Het blijkt dat de organisatie een aantal in- en exclusiecriteria heeft opgesteld om het doel van kleinschalig wonen - een gezamenlijk huishouden waarin actieve participatie mogelijk is - in de praktijk te brengen. Deze criteria zijn voornamelijk gebaseerd op persoonsgebonden factoren.

Daarnaast blijkt dat deze criteria op verschillende wijze door verschillende betrokkenen zijn toegepast, namelijk door klantadviseurs en het Multi Disciplinair Team (MDT) van het woonzorgcentrum. Ook blijkt dat de criteria tijdens de toepassing niet altijd strikt zijn gehanteerd. Verder is tussen deze betrokkenen onderling weinig gecommuniceerd over de geschiktheid van potentiële bewoners en blijkt het beoordelen van potentiële bewoners lastig door de problematiek die zij hebben. Het gevolg van deze punten is dat er verschillen bestaan tussen bewoners binnen de woongroepen en tussen de twee woongroepen. Het betreft verschillen in de zorgvraag en de mate van zelfstandigheid van de bewoners. Ook komen hierdoor een aantal knelpunten voor in de woongroepen. Er is niet altijd volledig toezicht op de bewoners en er blijkt weinig ruimte te zijn om extra activiteiten te organiseren. Het gevolg hiervan is dat meer beroep wordt gedaan op familie en vrijwilligers.

Verskillende factoren zijn van invloed geweest op het toepassen van de toewijzingscriteria. Zo was er druk vanuit de organisatie om de woongroepen zo snel mogelijk te vullen wegens financiële redenen. Ook zijn de medewerkers van de woongroepen weinig betrokken in het toewijzingsproces waardoor geen gebruik is gemaakt van hun expertise. De familie is van invloed geweest op het toewijzingsproces door het feit dat zij uiteindelijk de beslissende partij zijn in het wel of niet aanvaarden van een appartement. Er wordt dan ook voornamelijk over de potentiële bewoner beslist en dit betekent dat de potentiële bewoner uiteindelijk een beperkte invloed heeft.

Dit onderzoek brengt verschillende theoretische implicaties met zich mee. Zo wordt in bestaand onderzoek weinig aandacht besteed aan organisatiebelang maar blijkt uit de praktijk dat dit een belangrijke factor is geweest tijdens het toewijzingsproces. Ook is het opvallend dat medewerkers, die binnen kleinschalig wonen een groter takkenpakket hebben, weinig zijn betrokken bij het toewijzingsproces.

Summary

In this research the admission process for small-scale living for elderly people with dementia is the central topic. Small-scale living for people with dementia has become more popular in the last decade as a reaction to large-scale nursing homes where the care is most of the time determined top-down. Small-scale living can have different characteristics and can take place in different settings, like a stand-alone living group or a small-scale living group integrated in a large-scale nursing home. Some characteristics grasp the core of small-scale living and ensure that living groups are labelled as small-scale living groups: small-scale living attempts to simulate the home situation of the occupant as good as possible by living in a homely and familiar atmosphere. This takes place in small groups. The intention is to let the residents arrange their daily life as much as possible by working demand-driven.

At first sight scientific research shows that small-scale living seems to have a lot of positive effects on the residents, like a better mental state and better relations with the family and caregivers. However, the last years also criticism was raised and it seems that small-scale living is not always a better option than large-scale nursing homes. Also small-scale living is not the proper solution for every potential resident. The suitability of a potential resident is determined in practice by the health care organization. Existing studies show that in the Netherlands there is a little use of admission criteria and there is no attention paid to the application of these criteria and the effects. Internationally, different admission criteria are mentioned, but also here there is no attention for the application of the criteria and the effects they may cause. So at this stage there has been little research about admission criteria, the application of the admission criteria and the effects of these criteria.

This research has taken place in two small-scale living groups in a nursing home. This research has been carried out through seven in-depth interviews with different people involved. In addition, four observation days were organised in the living groups. The interviews and observation days were to assess which admission criteria the health care organization has defined, how it applies these admission criteria and what the effects are of these criteria.

The research has resulted in a number of findings. It appeared that the organization has defined a number of in- and exclusion criteria in order to meet the goal of small-scale living. This goal is to form a household in which the residents actively participate. The criteria are based on personal factors. Additionally, it appeared that different actors apply these criteria, namely customer advisers and the multi-disciplinary team (MDT) of the nursing home. Also it came out that they apply these criteria in different manners. There has not been mutual

communication between these actors about the potential residents and the assessment of a potential resident is difficult due to the problematic features of dementia. The result of this is that the residents of the small-scale living groups have different characteristics and that there is a difference as well between the two small-scale care groups. There appear to exist a number of constraints in the groups, like there is not always full oversight of the residents and there is less room to organise extra activities. The consequence of this is that there is an increasing demand for support from family and volunteers.

Different factors have influenced the application of the criteria as described above. There was organisational pressure to fill the groups as fast as possible because of financial reasons. Additionally, the staff of the small-scale living groups was less involved during the admission process so their expertise and experience was not taken into account. The family of the resident has had a material impact on the admission process as well because they are in the end the deciding party in whether or not accepting an apartment. The decision process is mainly about the potential resident rather than that the potential resident is involved in this.

This research carries several theoretic implications in it. In existing studies there is less attention paid to the interests of the organization but in practice it appeared that this was an important factor during the admission process. Additionally, it is remarkable that the staff who has a greater range of tasks, are less involved in the admission process.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	1
SAMENVATTING	2
SUMMARY	4
1. PROBLEEMANALYSE	8
1.1 PROBLEEMSTELLING.....	9
1.2 DOELSTELLING.....	10
2. THEORETISCH KADER	11
2.1 HUIDIGE DEMENTIEZORG	12
2.1.1 Verpleeghuiszorg	12
2.1.2 Kleinschalige wonen	13
2.1.3 Conclusie	16
2.2 EFFECTEN VAN KLEINSCHALIG WONEN	16
2.2.1 Conclusie	17
2.3 BESTAAND ONDERZOEK NAAR TOEWIJZINGSCRITERIA	18
2.3.1 Nationaal onderzoek.....	19
2.3.2 Internationaal onderzoek.....	20
2.3.3 Conclusie	21
2.4 FACTOREN VAN INVLOED OP TOEWIJZINGSCRITERIA	21
2.4.1 Persoonsgebonden factoren.....	22
2.4.2 Invloed van familie.....	23
2.4.3 Invloed van professionals.....	24
2.4.4 Invloed van organisatiebelang en -beleid.....	24
2.5 CONCLUSIE.....	25
3. METHODEN	27
3.1 ONDERZOEKSDESIGN	27
3.2 ONDERZOEKSETTING	27
3.2.1 Kleinschalig wonen	28
3.2.2 Reguliere afdelingen.....	30
3.3 DATAVERZAMELING.....	30
3.4 ANALYSE	32
3.5 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID.....	32
4. RESULTATEN	34
4.1 DE BEWONERS EN HUN DAGELIJKS LEVEN IN DE WOONGROEPEN.....	35
4.1.1 Veel diversiteit binnen en tussen woongroepen.....	35
4.1.2 De verschillen en overeenkomsten in het dagelijks leven op de woongroepen.....	35
4.1.3 Communicatie tussen bewoners en medewerkers in de woongroepen.....	37
4.2 KNELPUNTEN BINNEN DE WOONGROEPEN	37
4.2.1 Verschillen in zorgvraag van bewoners heeft gevolgen voor toezicht op bewoners.....	38
4.2.2 Onvoldoende personeel ingezet op de woongroep voor extra activiteiten	38
4.3 DE INZET VAN FAMILIE & VRIJWILLIGERS ALS GEVOLG VAN DE KNELPUNTEN	39
4.4 DE TOEWIJZINGSCRITERIA EN HET DOEL VAN DE TOEWIJZINGSCRITERIA	41
4.4.1 De door het woonzorgcentrum opgestelde toewijzingscriteria.....	41
4.4.2 Toewijzingscriteria opgesteld aan de hand van doel kleinschalig wonen.....	42
4.5 DE TOEPASSING VAN DE TOEWIJZINGSCRITERIA IN DE PRAKTIJK	43
4.5.1 Verschillende uitgangspunten gehanteerd in de beoordeling van potentiële bewoners.....	43
4.5.2 Het doel van kleinschalig wonen: verschil tussen theorie en praktijk.....	45
4.5.3 Complexe problematiek van dementie bemoeilijkt de beoordeling	46
4.6 ROL VAN DE MEDEWERKERS IN HET TOEWIJZINGSPROCES	47
4.7 ROL VAN DE ORGANISATIE IN HET TOEWIJZINGSPROCES.....	48

4.7.1 Druk vanuit de organisatie tijdens het toewijzingsproces	48
4.8 ROL VAN FAMILIE IN HET TOEWIJZINGSPROCES.....	49
5. CONCLUSIE & DISCUSSIE	51
5.1 CONCLUSIE.....	51
5.2 DISCUSSIE	55
5.2.1 Beperkingen van het onderzoek.....	55
5.2.2 Theoretische implicaties.....	56
5.2.3 Aanbevelingen voor de organisatie.....	57
LITERATUURLIJST	59
BIJLAGE 1 VRAGENLIJSTEN.....	62

1. Probleemanalyse

Op dit moment lijden in Nederland 250.000 mensen aan dementie. De komende jaren zal dit aantal alleen maar toenemen mede door de verdergaande vergrijzing. Dit zal zelfs zo ver gaan dat verwacht wordt dat in 2050 een half miljoen Nederlanders dementie zal hebben (Alzheimer Nederland 2012). Het syndroom dementie is een geheugenstoornis waarbij cognitieve achteruitgang optreedt. Dit is van negatieve invloed op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties van de personen met dementie (Wind 2003). Dementie is dan ook een ziekte met een hoge ziektelast. Het veroorzaakt zelfs zoveel 'disability adjusted life years' (DALY's) voor ouderen boven de zestig dat het daarmee op de vierde plek staat in de lijst met de tien ziekten met het grootste verlies aan DALY's (World Health Organisation 2003).

In een beginnend stadium van dementie zijn mensen vaak nog in staat om thuis te blijven wonen. Naarmate het proces vordert en steeds meer hulp nodig is, zal opname in een intramurale instelling overwogen worden. Steeds vaker worden mensen met dementie niet meer in een grootschalig verzorgings- of verpleeghuis opgenomen, maar in een kleinschalige woonvorm. In een kleinschalige woonvorm wordt in een huiselijke omgeving verpleeghuiszorg aangeboden aan een kleine groep bewoners. Het streven is om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de individuele behoeften van bewoners (te Boekhorst et al. 2007). Er wordt met behulp van de verzorgenden en de mantelzorgers een gezamenlijk huishouden gevoerd. Het streven is de zorgverlening vraaggestuurd en integraal te laten verlopen. Het is dan ook de bedoeling dat medewerkers integraal, vraaggestuurd en relatiegericht werken (van Ijperen 2005). Het laatste decennium is in de intramurale zorg een sterke ontwikkeling te zien richting kleinschalige woonvormen. In 2005 was 10% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig georganiseerd (Verbeek et al. 2008). Er wordt geschat dat in 2010 ongeveer 25% van de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie in Nederland is ondergebracht in een kleinschalige woonvorm (van Waarde & Wijntjes 2007).

In eerste instantie lijkt kleinschalig wonen positieve effecten te hebben voor mensen met dementie en hun familie. De positieve effecten die uit nationaal en internationaal onderzoek naar voren komen hebben betrekking op de relatie van bewoners ten opzichte van elkaar en ten opzichte van familieleden en medewerkers (Depla et al. 2007, Kane et al. 2007, Reimer et al. 2004, te Boekhorst et al. 2009). Daarnaast zijn medewerkers en familie positief over kleinschalig wonen (Depla et al. 2007).

Naarmate meer resultaten bekend worden van onderzoek dat heeft plaatsgevonden naar de effecten van kleinschalig wonen klinken er echter steeds meer kritische geluiden. Zo zou er geen verschil bestaan in kwaliteit van leven tussen bewoners van een kleinschalige

woonvorm en bewoners van een traditioneel verpleeghuis. Medewerkers in kleinschalige woonvormen zijn niet méér tevreden over hun werk en er treden sneller personele problemen op (Verbeek et al. 2008, Verbeek 2011).

Wat ten slotte ook een probleem lijkt te vormen is dat kleinschaligheid niet voor iedereen geschikt blijkt te zijn. Sommige bewoners missen bijvoorbeeld de faciliteiten van een verpleeghuis zoals een restaurant of een winkel. Ook is het niet vanzelfsprekend dat iedere bewoner de aandacht krijgt die hij/zij nodig heeft vanwege de personele bezetting (Verbeek et al. 2011). Onderzoek van ActiZ (2012) waarin het LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden) Zeggenschap in Zorg, de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie), wetenschappers en zorgaanbieders om hun mening is gevraagd laat zien dat kleinschaligheid niet geschikt is als de bewoner niet houdt van wonen in een groep en van groepsactiviteiten. Ook als er niet genoeg ruimte is voor bewoners om hun energie kwijt te kunnen is kleinschalig wonen niet geschikt.

Een groter probleem wordt het als een persoon met dementie in een kleinschalige woonvorm wordt geplaatst en hij/zij hier vanaf het begin niet blijkt te passen. Dit kan overplaatsing tot gevolg hebben dat zorgt voor een grote last voor de mensen met dementie en de familie.

Geconcludeerd kan worden dat niet iedereen past in een kleinschalige woonvorm. Het is belangrijk om er achter te komen welke factoren bijdragen aan het feit of iemand al dan niet geschikt is voor een kleinschalige woonvorm. Hierdoor zal bij toewijzing door de zorgorganisatie een goede afweging gemaakt kunnen worden over het feit of iemand al dan niet geschikt is voor een kleinschalige woonvorm. Ook zal bekeken moeten worden hoe deze factoren vervolgens worden vertaald in toewijzingscriteria. Het is op dit moment niet duidelijk genoeg welke criteria worden gebruikt om tot de keuze voor kleinschalig wonen te komen en of de criteria wel juist en volledig worden toegepast. Tot nog toe is hier geen uitgebreid onderzoek naar gedaan. In het voorliggende onderzoek is onderzocht welke toewijzingscriteria zorginstellingen opstellen en daadwerkelijk in de praktijk toepassen bij het plaatsen van een persoon met dementie in een kleinschalige woonvorm. Ook de effecten van deze toewijzingscriteria zijn in kaart gebracht om te bepalen in hoeverre deze criteria van invloed zijn op het wonen in een kleinschalige woonvorm en op de organisatie.

1.1 Probleemstelling

De onderzoeksvraag die centraal staat in dit onderzoek luidt als volgt:

‘Op welke wijze hanteren zorginstellingen criteria voor het toewijzen van mensen met dementie aan kleinschalige woonvormen en wat zijn hiervan de effecten?’

De volgende deelvragen zijn opgesteld om tot een antwoord op de probleemstelling te komen:

1. Welke criteria zijn door de zorginstelling opgesteld bij het toewijzen van bewoners met dementie aan een kleinschalige woonvorm?
2. Op welke wijze worden de opgestelde criteria in de praktijk toegepast door leidinggevenden en professionals bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm en wat is hierbij de invloed van de potentiële bewoner en familie?
3. Wat zijn de effecten van de toepassing van de opgestelde toewijzingscriteria in de praktijk op het leven van de bewoners en op de organisatie volgens leidinggevenden, professionals en familie?
4. Hoe vallen de effecten van de opgestelde toewijzingscriteria in de praktijk te verklaren?

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in welke criteria zorginstellingen hanteren, toepassen en wat hiervan de effecten zijn op het kleinschalig wonen. Dit is maatschappelijk relevant omdat de gehanteerde criteria van invloed zijn op het leven van de bewoners in een kleinschalige woonvorm. De kwaliteit van leven van een bewoner die niet in een kleinschalige woonvorm blijkt te passen zal lager zijn dan op een plek waar hij/zij zich wel thuis voelt. Daarnaast kan een bewoner die niet blijkt te passen in een kleinschalige woonvorm het leven van de rest van de bewoners bemoeilijken. Als de bewoner uiteindelijk overgeplaatst moet worden is dit een zware belasting voor zowel de bewoner zelf als zijn/haar familie.

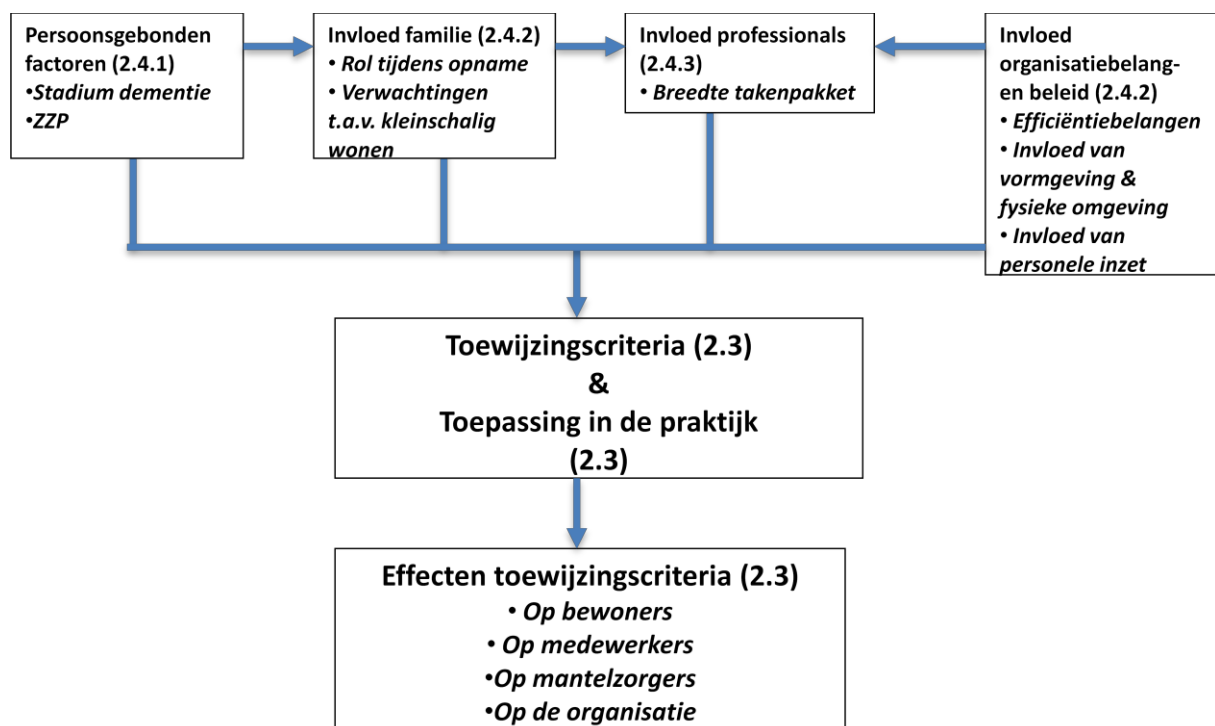
Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat op dit moment nog weinig onderzoek is verricht naar criteria voor toewijzing en wat hiervan de effecten kunnen zijn op het leven in een kleinschalige woonvorm. Vooral dit laatste punt is tot nu toe onderbelicht gebleven. Dit zal in het volgende hoofdstuk duidelijk worden. Doordat kleinschalig wonen de laatste jaren in opkomst is, is het van belang dat duidelijker wordt welke bewoners geschikt zijn voor kleinschalig wonen. Dit is vooral van belang omdat kleinschalig wonen nog al eens als oplossing wordt gezien voor reguliere verpleeghuiszorg en de daarbij behorende problemen met kosten en kwaliteit. Door inzicht te verschaffen in welke bewoners geschikt zijn voor kleinschalig wonen en hoe dit door een zorginstelling wordt bepaald, zal bekeken kunnen worden of dit een goede oplossing is voor de aanwezige problemen in de reguliere verpleeghuiszorg en of deze oplossing ook voor iedereen geschikt is. Het is daarnaast van belang dat dit onderzoek wordt gedaan zodat een zorginstelling gebruik kan maken van informatie die tot op heden nog weinig tot niet beschikbaar is.

2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk zullen enkele theoretische begrippen die centraal staan in dit onderzoek worden uitgewerkt. Eerst zal het verschil tussen (grootschalige) verpleeghuiszorg en kleinschalige woonvormen worden belicht. Hierbij komen verschillende kenmerken van kleinschalig wonen aan bod en zal het huidige beleid worden weergegeven. Ook zullen kort de effecten van kleinschalig wonen worden behandeld. Het is belangrijk om eerst duidelijk vast te stellen wat kleinschalig wonen precies is voordat er gekeken kan worden naar factoren die ten grondslag liggen aan toewijzingscriteria.

Vervolgens zal op de kern van het onderzoek worden ingegaan zoals weergegeven in figuur 1. In figuur 1 zijn de concepten samengevat die in dit hoofdstuk worden uitgewerkt en dient hier als leeswijzer.

Er zal beschreven worden wat er al bekend is over zowel nationaal als internationaal onderzoek naar toewijzingscriteria. Ten slotte zullen de belangrijkste factoren die van invloed zijn op toewijzingscriteria en de toepassing van de criteria in de praktijk worden besproken. Er zal worden ingegaan op persoonsgebonden factoren. Hierbij komen het stadium van dementie en het zorgzwaartepakket aan bod. Daarnaast zal door middel van bestaand onderzoek bekeken worden of de rol en de verwachtingen van de familie een rol spelen bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm. Daarom zullen deze twee concepten ook worden uitgewerkt. Hierbij zal ook kort worden ingegaan op de rol en verwachtingen van de potentiële bewoner zelf. Ook zal worden ingegaan op wat voor rol professionals kunnen spelen bij toewijzing en ten slotte zal de invloed van organisatiebelangen beleid worden besproken.



Figuur 1: conceptueel model met inhoud per paragraaf

2.1 Huidige dementiezorg

In deze eerste paragraaf zal de huidige dementiezorg worden uitgewerkt. Hierin wordt onderscheid gemaakt in verpleeghuiszorg en kleinschalig wonen zodat de verschillen tussen deze twee soorten dementiezorg duidelijk worden. De kenmerken die beide soorten zorg bevatten, kunnen bepalend zijn voor waar een nieuwe bewoner geplaatst zal worden. De vormen die worden beschreven zijn twee uiterste verschijningsvormen. Binnen deze vormen zijn verschillende middenwegen. Zo kan bijvoorbeeld kleinschalig wonen ook binnen een grootschalig verpleeghuis worden geïntegreerd. Dit betekent dat in de praktijk andere vormen kunnen voorkomen dan hierna wordt beschreven.

2.1.1 Verpleeghuiszorg

Verpleeghuiszorg kenmerkt zich door systematische, langdurige, continue en multidisciplinaire zorg (van IJperen 2005). Er wordt in de verpleeghuiszorg sterke waarde gehecht aan protocollen en standaarden en de dagindeling ligt vast. Een verpleeghuis hanteert het zogenaamde medische model waarbij de nadruk ligt op het genezen van de patiënt (Nouws 2003, van IJperen 2005). De ziekte van de patiënt staat centraal. De zorgverlening is aanbodgericht en wordt daarom veelal van bovenaf bepaald. Dit heeft als gevolg dat de bewoners niet geheel zelf hun dagelijks leven kunnen inrichten (Verbeek 2011). Daarnaast plaatst het personeel zich buiten het persoonlijke leven van de patiënt (Te Boekhorst et al. 2007). Op psychogeriatrische afdelingen van een verpleeghuis en sommige gesloten afdelingen van een verzorgingshuis is de wet Bopz (Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) van toepassing. Als er sprake is van een onvrijwillige opname dan geldt de wet Bopz. Er moet dan sprake zijn van een Bopz-verklaring. Er is sprake van een onvrijwillige opname als opname van een psychogeriatrische cliënt noodzakelijk is, maar deze cliënt niet in staat is om aan te geven akkoord te gaan met opname. Vaak is dit bij mensen met dementie het geval. Er is dan geen bereidheid, maar ook geen verzet. Dit staat in artikel 60 wet Bopz (Ministerie van VWS 2002).

De laatste jaren is er wel sprake van een verandering in de verpleeghuiszorg. De zorg is steeds meer patiëntgericht geworden (Verbeek et al. 2011). Dit betekent dan ook dat het verschil tussen verpleeghuiszorg en kleinschalig wonen minder groot aan het worden is. Kritiek op grootschalige verpleeghuiszorg is dat de nadruk teveel ligt op kwaliteit van zorg in plaats van kwaliteit van leven. Ook vinden bewoners het vervelend zich te moeten aanpassen aan de vastgestelde dagindeling. Hierdoor voelen bewoners zich niet thuis en vinden zij dat ze te weinig invloed kunnen uitoefenen op de inhoud van de zorg (Stichting cliënt en kwaliteit 2002). Als mogelijke oplossing voor deze problemen ontstonden kleinschalige woonvormen.

2.1.2 Kleinschalige wonen

Ontstaan

Kleinschalige woonvoorzieningen zijn voor het eerst ontstaan in de verstandelijke gehandicaptensector. Sinds de jaren negentig heeft in die sector een omslag plaatsgevonden van grootschalige woonvoorzieningen naar kleinschalige woonvoorzieningen. De achterliggende gedachte hierachter was met name dat deze groep op deze manier meer emancipeerde in de samenleving (van IJperen 2005).

Ten grondslag aan kleinschalig wonen voor mensen met dementie ligt de onvrede over de traditionele verpleeghuiszorg. In de langdurige zorgverlening is de nadruk in de laatste tientallen jaren meer komen te liggen op de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit gebeurt door de zorg meer af te stemmen op iedere individuele patiënt. Er is sprake van vraaggerichte zorg. Het gaat hier om een psychosociaal en patiëntgericht model (Verbeek 2011). De bewoners hebben daarbij meer mogelijkheden om zelf hun dagindeling te bepalen (van IJperen 2005).

Kenmerken

Kleinschalige woonvormen hebben een aantal kenmerken. Deze kenmerken zijn onder te verdelen in drie categorieën. De eerste categorie betreft de fysieke leefomgeving. Er wordt getracht de thuissituatie zo goed mogelijk na te bootsen door in een huiselijke en herkenbare omgeving te leven. Dit gebeurt in kleine groepen van maximaal acht bewoners. De tweede categorie betreft de aard van de zorgverlening. Het streven is om de bewoners hun dagelijks leven zoveel mogelijk zelf te laten inrichten. Er wordt met behulp van de verzorgenden en de mantelzorgers een gezamenlijk huishouden gevoerd. Er is sprake van een vraaggestuurde en integrale zorgverlening. De laatste categorie betreft de attitude van de medewerker. De medewerker zal integraal, vraaggestuurd en relatiegericht moeten werken (van IJperen 2005). Deze kenmerken zijn van belang voor het voorliggende onderzoek doordat een zorginstelling tijdens het toewijzingsproces op basis van deze kenmerken kan bepalen of een nieuwe bewoner zich hierbij prettig zal voelen en hiervoor geschikt is .

Het Trimbos-instituut heeft een aantal kenmerken opgesteld naar aanleiding van een onderzoek naar de definitie van het begrip kleinschalig wonen. Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (in volgorde van belangrijkheid) er sprake is van de volgende kenmerken (te Boekhorst et al. 2007):

Kenmerken kleinschalig wonen
Een bewoner blijft in voor- en tegenspoed bewoner
Er wordt een gewoon huishouden gevoerd

De bewoner heeft regie over de inrichting van zijn dagelijks leven
Het personeel is onderdeel van het huishouden
De bewoners vormen met elkaar een groep
Een kleinschalige woonvorm is gevestigd in het archetype huis

Tabel 1: kenmerken kleinschalig wonen Trimbos-instituut (te Boekhorst et al. 2007)

Deze kenmerken zijn door het Trimbos-instituut vastgesteld op basis van een concept map waar 17 Experts uit verschillende sectoren aan hebben bijgedragen. Er zijn door deze experts 91 uitspraken gedaan die zijn onderverdeeld in de groepen wonen-zorg en individu-omgeving. Uiteindelijk zijn deze uitspraken door middel van een hiërarchische clusteranalyse tot bovengenoemde zes clusters samengevoegd (te Boekhorst et al. 2007). Dit betekent dan ook dat kleinschalige woonvormen niet perse alle kenmerken bevatten, maar dat deze zes clusters samenvatten wat door de experts (onder andere verpleegkundigen, architecten en managers van een verpleeghuis) het meest is genoemd. Ook betekent dit dat een kleinschalige woonvorm andere kenmerken kan bevatten dan aangegeven in de tabel. Toch zijn er een aantal bepalende kenmerken die er voor zorgen dat een woonvorm als kleinschalig bestempeld kan worden, namelijk de huiselijke sfeer die gecreëerd wordt in een kleine groep met daarbij de dagindeling die door de bewoners wordt bepaald. Ook in de praktijk wordt een woonvorm die deze kenmerken bevat bestempeld als kleinschalig wonen (te Boekhorst et al. 2011). Kleinschalig wonen kan wel op veel verschillende manieren vorm krijgen, maar het is goed om de belangrijkste kenmerken te hebben weergegeven (te Boekhorst et al. 2007). De kenmerken die een kleinschalige woonvorm bevat kunnen namelijk ook van invloed zijn op toewijzing. Een voorbeeld hiervan kan genoemd worden bij het eerste en belangrijkste kenmerk namelijk in voor- en tegenspoed een bewoner blijven van een kleinschalige woonvorm. Dit kan betekenen dat door de zorginstelling zal moeten worden bekeken of de zorgvraag van de bewoner te allen tijde kan worden beantwoord door het personeel en de voorzieningen in de kleinschalige woonvorm.

Vormgeving

Zoals uit de het laatste kenmerk van het Trimbos-instituut met betrekking tot kleinschalig wonen al naar voren is gekomen, speelt ook de fysieke omgeving een rol. Kleinschalig wonen kan op verschillende manieren worden vormgegeven. De eerste variant is een afzonderlijke woning in een woonwijk. De eenheid staat los van de zorginstelling en functioneert zelfstandig (stand-alone). Bij de tweede variant staan de wooneenheden op het terrein van een intramurale zorginstelling, zoals een verpleeghuis, of de wooneenheden bevinden zich op loopafstand van de zorginstelling (maximaal 500 meter). In de laatste variant bevinden de wooneenheden zich binnen een intramurale zorginstelling (College bouw

zorginstellingen 2007). Deze laatste twee vormen sluiten niet aan bij het laatste kenmerk van het Trimbos-instituut waarbij kleinschalig wonen plaatsvindt in een archetype huis. De integratie van kleinschalig wonen binnen een intramurale instelling geeft weer dat kleinschalig wonen op verschillende manieren vorm kan krijgen. Ook blijkt hieruit dat de fysieke vormgeving het minst belangrijke kenmerk is om een woongroep als kleinschalig te bestempelen (te Boekhorst et al. 2011). Dit geeft weer dat kleinschalig wonen op verschillende manieren kan worden vormgegeven, maar dat de kern van kleinschalig wonen, namelijk het creëren van een huiselijke omgeving in een kleine groep waarbij de dagindeling door de bewoners wordt bepaald, gelijk zal zijn (te Boekhorst et al. 2011). Integratie binnen een intramurale instelling geeft tevens weer dat kleinschalig wonen ook binnen een grootschalige setting geïntegreerd kan worden en dat het onderscheid tussen verpleeghuiszorg en kleinschalig wonen minder stringent wordt. Hoe de fysieke omgeving van invloed kan zijn op toewijzing blijkt niet uit bestaand onderzoek. Toch lijkt het een factor die ook van belang is tijdens het toewijzingsproces. Als bijvoorbeeld de kleinschalige woonvorm zich op het terrein van de intramurale instelling bevindt, bestaan er voor de nieuwe bewoners meer mogelijkheden om gebruik te maken van de faciliteiten van deze instelling. Dit biedt de zorginstelling wellicht meer mogelijkheden om een bewoner die afhankelijk is van deze faciliteiten te plaatsen in een kleinschalige woonvorm.

Huidig beleid

Hoewel uit de inleiding is gebleken dat de effecten niet altijd even positief zijn, staat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) positief tegenover kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Dit blijkt uit het feit dat in 2010 de NZa-beleidsregel 'kleinschalige zorg voor mensen met dementie' is ingesteld. 65,1 miljoen euro werd beschikbaar gesteld voor kleinschalige woonprojecten voor mensen met dementie. Dit bedrag is verdeeld over de jaren 2010 en 2011. Op deze manier wilde het Ministerie van VWS zorginstellingen stimuleren om kleinschalige zorg te organiseren (Aedes-Actiz 2010). Hierbij kan de kleinschalige zorg worden georganiseerd zoals in de eerder genoemde vormen. Ook verpleeghuizen kunnen dus binnen een grootschalige setting kleinschalige zorg organiseren.

De redenen om kleinschalige zorg te stimuleren zijn de verschillende eerdergenoemde positieve effecten die kleinschalig wonen met zich meebrengt. Wel wordt aangegeven dat kleinschalig wonen niet voor iedereen geschikt is. Er wordt genoemd dat bijvoorbeeld mensen met ernstig probleemgedrag niet geschikt zijn om in een kleinschalige woonvoorziening te wonen. De zorginstelling moet voor hen andere alternatieven voorhanden hebben. De keuze voor kleinschalig wonen of wonen in een verpleeghuis wordt door het Ministerie van VWS bij de potentiële, toekomstige bewoner zelf gelegd. Om een

goede keuze te maken moeten voldoende aanbieders aanwezig zijn. Er is dan sprake van keuzevariatie. Dit is de belangrijkste reden voor het Ministerie van VWS om kleinschalig wonen te stimuleren (Bussemaker 2009). Dat kleinschalig wonen in opkomst is, blijkt wel uit het feit dat in maart 2010 de stimuleringsregeling voor 2011 al overtekend was (NZa 2010).

2.1.3 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat verpleeghuiszorg en kleinschalig wonen beiden hun eigen, specifieke kenmerken hebben. Deze kenmerken kunnen voor een zorginstelling een rol spelen om te bepalen waar een nieuwe bewoner zich het beste thuis zal voelen en zijn daarom dan ook van invloed tijdens het toewijzingsproces. De belangrijkste verschillen tussen kleinschalig wonen en verpleeghuiszorg hebben betrekking op de dagindeling van de bewoner en de setting waarin de zorg wordt verleend. In een verpleeghuis wordt de zorg en daarbij de dagindeling van de bewoner van bovenaf bepaald terwijl in een kleinschalige woonvorm de bewoners meer de mogelijkheid hebben om hun dagindeling zelf te bepalen, in een huiselijke omgeving. Wel kan worden geconcludeerd dat het onderscheid tussen kleinschalig wonen en verpleeghuiszorg aan het vervagen is. Dit komt doordat de zorg ook in een verpleeghuis steeds patiëntgericht wordt en doordat kleinschalig wonen ook in een grootschalige setting kan worden vormgegeven.

2.2 Effecten van kleinschalig wonen

Nu duidelijk is wat kleinschalig wonen precies is en waar de belangrijkste verschillen liggen met wonen in een verpleeghuis kan worden besproken welke effecten kleinschalig wonen met zich meebrengt. In deze paragraaf zullen de effecten van kleinschalig wonen aan bod komen. Er zullen effecten worden weergegeven die naar voren zijn gekomen uit zowel nationaal als internationaal onderzoek. Hierbij zullen overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende onderzoeken aan bod komen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat verschillende onderzoeken verschillende definities van kleinschalig wonen hanteren waardoor effecten in de ene setting niet per se hoeven te gelden voor een andere setting. Maar ook hier komen de onderzoeken in een aantal kenmerken van kleinschalig wonen overeen, namelijk de kleine groepen waarin zorg wordt verleend. Ook wordt een huiselijke omgeving gecreëerd en bepalen de bewoners grotendeels zelf hun dagindeling.

Onderzoek van Depla et al. (2007) naar de effecten van kleinschalig wonen wijst uit dat de bewoners meer van hun omgeving genieten, meer activiteiten hebben en minder hulp nodig hebben. Ook de medewerkers en de familie van mensen met dementie zijn positief over het kleinschalige wonen. Ander (internationaal) onderzoek laat ook positieve resultaten zien. Bewoners communiceren meer (Ritchie et al. 1992), hebben betere relaties met andere bewoners en een hogere mentale gezondheid (Kane et al. 2007). Ook wordt meer interesse getoond in de omgeving (Reimer et al. 2004) en zijn bewoners meer sociaal betrokken

vergeleken met bewoners van een traditioneel verpleeghuis (Te Boekhorst et al. 2009). Ten slotte worden minder vrijheidsbeperkende maatregelen genomen en wordt minder medicatie toegediend (Verbeek 2011).

Echter, naarmate meer onderzoek heeft plaatsgevonden naar de effecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie komen er steeds meer kritische geluiden over kleinschalig wonen. Groot onderzoek van Verbeek (2011), waarin een jaar lang kleinschalig wonen is vergeleken met wonen in een traditioneel verpleeghuis, wijst uit dat er geen verschil bestaat tussen kwaliteit van leven (KvL) van mensen met dementie in een kleinschalige woonvorm en een traditioneel verpleeghuis. Ook bestaat er geen verschil in neuropsychiatrische symptomen en zijn de bewoners niet meer of minder onrustig in een kleinschalige woonvorm dan in een verpleeghuis. Daarnaast blijken medewerkers niet méér tevreden te zijn over hun werk. Wel zijn familieleden van de bewoners in een kleinschalige woonvorm positiever over de zorgverlening dan in een verpleeghuis. Ook ervaren zij minder zorglast.

Tegelijkertijd wordt gewaarschuwd voor het feit dat kleinschaligheid geen doel op zich moet worden. Kleinschalig wonen is slechts een middel om de kwaliteit van leven van de bewoners te verhogen (Verbeek et al. 2008).

Een ander gesignaleerd probleem heeft betrekking op het personeel. Een woning is vaak afhankelijk van één verzorgende waardoor bij ziekte al snel een probleem op kan treden. Ook moet het verzorgend personeel op meer gebieden kennis en kunde hebben dan in een verpleeghuis. De vraag is of dit aanwezig is bij een omslag naar kleinschalig wonen bij het huidige personeel dat aan verpleeghuiszorg gewend is (Verbeek et al. 2008).

2.2.1 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat uit verschillende nationale en internationale onderzoeken verschillende effecten naar voren komen. In onderstaande tabel worden deze effecten samengevat.

Effect	Positieve effecten	Neutrale effecten
<u>Bewoner</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Meer activiteiten gedurende de dag (Depla et al. 2007) • Minder hulp nodig (Depla et al. 2007) • Hogere mentale gezondheid (Kane et al. 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen verschil in KvL kleinschalig wonen en verpleeghuis (Verbeek 2011) • Geen verschil in neuropsychiatrische symptomen kleinschalig wonen en verpleeghuis (Verbeek 2011) • Geen verschil mate van onrust kleinschalig wonen en verpleeghuis (Verbeek 2011)

<u>Omgeving & Relaties</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewoners genieten meer van hun omgeving (Depla et al. 2007) • Meer interesse in omgeving (Reimer et al. 2004) • Meer sociaal betrokken (te Boekhorst et al. 2009) • Meer communicatie met andere bewoners (Ritchie et al. 1992) • Betere relatie met andere bewoners (Ritchie et al. 1992) 	
<u>Familie</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaart minder zorglast (Verbeek 2011) • Positiever over zorgverlening (Verbeek 2011) 	
<u>Medewerkers</u>		<ul style="list-style-type: none"> • Niet méér tevreden over hun werk (Verbeek 2011) • Eerder personele problemen (Verbeek et al. 2008)
<u>Middelen en maatregelen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Minder medicatie toegepast (Verbeek 2011) • Minder vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast (Verbeek 2011) 	

Tabel 2: overzicht positieve en neutrale effecten van kleinschalig wonen.

2.3 Bestaand onderzoek naar toewijzingscriteria

Belangrijk is er achter te komen waarom verschillende effecten van kleinschalig wonen naar voren komen. Verschillende typen mensen lijken geschikt voor verschillende typen woonvormen. Iemand kan bijvoorbeeld niet geschikt zijn voor kleinschalig wonen doordat bepaalde faciliteiten, zoals een restaurant of een winkel, worden gemist (Verbeek et al. 2011). Ook is het niet vanzelfsprekend dat iedere bewoner de aandacht krijgt die hij/zij nodig heeft vanwege de personele bezetting (Verbeek et al. 2011). Verder is kleinschaligheid niet geschikt is als de bewoner niet houdt van wonen in een groep en van groepsactiviteiten (ActiZ 2012). Dit kan verklaren waarom er verschillende effecten van kleinschalig wonen naar voren komen. Ook andere factoren zoals het stadium van dementie en mate van ADL-vaardigheden lijken van invloed. Hier is in eerder onderzoek nog geen aandacht aan besteed. Aan het al dan niet geschikt zijn voor toewijzing aan een kleinschalige woonvorm liggen dus bepaalde factoren ten grondslag. Voordat op deze factoren kan worden ingegaan is het belangrijk om eerst huidig onderzoek naar toewijzingscriteria weer te geven. In deze

paragraaf zal worden weergegeven wat er op dit moment bekend is over toewijzingscriteria die zorginstellingen hanteren. Eerst zal worden ingegaan op nationale onderzoek en vervolgens zal aandacht worden besteed aan internationaal onderzoek. Hierbij zullen de verschillen tussen verschillende landen en onderzoeken duidelijk worden.

2.3.1 Nationaal onderzoek

Onderzoek van Verbeek et al. (2008) naar 44 kleinschalige projecten en plannen voor mensen met dementie in Limburg laat zien dat leidinggevenden weinig toewijzingscriteria hanteren. Dit betekent dat eigenlijk iedereen met een psychogeriatrische (PG) verpleeghuisindicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in een kleinschalige woonvorm terecht kan komen. Wel wordt door drie respondenten van operationele projecten aangegeven dat ernstige gedragsproblematiek als exclusie criterium wordt gehanteerd. Slechts één respondent geeft aan dat er ook moeilijkheden in de woongroep kunnen ontstaan door geen toewijzingscriteria te hanteren. Dit kan als een effect van een toewijzingscriterium worden gezien. Slechts door enkele respondenten wordt aangegeven dat bij de toewijzingsprocedure wordt gekeken of de persoon in de groep zal passen. Lichamelijke en cognitieve gebreken worden daarbij niet betrokken. Het gevolg hiervan is dat de kans bestaat dat de meest actieve of communicatievaardige bewoner wordt geselecteerd voor de kleinschalige woonvorm. Deze kan waarschijnlijk het meeste bijdragen aan het huishouden dat gevoerd wordt. Dit is ook een mogelijk effect van een gehanteerd toewijzingscriterium. Op welke wijze de toewijzingscriteria of exclusiecriteria worden gehanteerd wordt niet duidelijk uit dit onderzoek. Er wordt dan ook niet gesproken over het gebruik van bepaalde instrumenten bij het hanteren van de criteria en de uiteindelijke toewijzing.

In tegenstelling tot het onderzoek van Verbeek et al. (2008) laat onderzoek van de Regionale Commissie Gezondheidszorg (2010) zien dat door zorginstellingen wel toewijzingscriteria worden gehanteerd. Dit onderzoek naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Zuid-Holland Noord laat zien dat veertien van de in totaal vierentwintig geselecteerde projecten gebruik maakt van speciale toewijzingscriteria. De meest genoemde criteria zijn het stadium van dementie en een zorgzwaartepakket van vijf of hoger. Er wordt gestreefd personen toe te wijzen die zich ongeveer in het zelfde stadium van dementie bevinden. Drie projecten hanteren de mate van ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) beperkingen als toewijzingscriteria en twee projecten hanteren bij toewijzing de mate van sociale vaardigheden. Slechts door één zorginstelling wordt naar de wensen en behoeften van de huidige groep bewoners gekeken (Regionale Commissie Gezondheidszorg 2010). Ook bij dit onderzoek wordt niet specifiek ingegaan op waar de grens ligt voor wel of niet

toewijzen en wat voor instrumenten de zorginstelling hanteert bij het bepalen of iemand al dan niet geschikt is voor een kleinschalige woonvorm.

2.3.2 Internationaal onderzoek

Uit de vorige paragraaf blijkt dat in Nederland nog weinig bekend is over of en hoe toewijzingscriteria precies worden gehanteerd door zorginstellingen. Het is dan ook belangrijk weer te geven of hier buiten Nederland al meer aandacht aan wordt besteed. Een literatuurstudie van Verbeek et al. (2009a) naar 11 kleinschalige woonvormen in 11 verschillende landen laat zien dat tussen en binnen geselecteerde kleinschalige woonvormen veel verschillen bestaan tussen de bewoners. Er is sprake van heterogeniteit. In Zweden, Canada en de Verenigde Staten wordt een andere definitie gehanteerd van kleinschalig wonen dan in Nederland. 'Group Living' in Zweden en 'Woodside' in Canada en de Verenigde Staten richten zich op mensen met dementie in een vroegtijdig stadium. Het kleinschalig wonen wordt gezien als overgang tussen thuis wonen en wonen in een verpleeghuis, terwijl dit in Nederland als alternatief wordt gezien voor verpleeghuiszorg. Toewijzingscriteria die worden genoemd voor 'Group Living' en 'Woodside' betreffen voldoende participatieniveau en communicatieve vaardigheden van de mensen met dementie. Er wordt niet aangegeven welke instrumenten worden gebruikt om dit te bepalen. Ook is het opvallend dat deze criteria niet alleen worden gehanteerd bij toewijzing, maar dat deze ook nog een rol spelen als de bewoner er al woont. Er vindt namelijk overplaatsing plaats naar een ander zorgconcept wanneer niet meer aan deze criteria wordt voldaan (Annerstedt 1993, Janzen 2000). Er wordt niet ingegaan op de vraag hoe door de zorginstelling wordt bepaald wanneer niet meer aan deze criteria wordt voldaan. Ook bij ander onderzoek van Johansson (1990) wordt hier niet op ingegaan. Dit onderzoek geeft aan dat bij kleinschalig wonen in Zweden, waar vaak meer bewoners (13 tot 15) in een huis leven, mensen met dementie met grote psychiatrische problemen en fysiek kwetsbaren worden uitgesloten van kleinschalig wonen. Ook hier wordt echter aangegeven dat toewijzingscriteria tussen verschillende zorginstellingen aanzienlijk van elkaar verschillen. De Australische 'CADE (Confused And Disturbed Elderly) units' richten zich voornamelijk op mensen met dementie met gedragsproblemen zonder belangrijke fysieke problemen (Atkinson 1995). Deze 'units' worden meer gezien als toevoeging naast de bestaande zorg in plaats van vervanging van de huidige zorg. Ook hier wordt dus een andere definitie gehanteerd dan in Nederland omtrent het begrip kleinschalig wonen. 'Domuses' in het Verenigd Koninkrijk en 'Cantou' in Frankrijk richten zich bij toewijzing specifiek op het kenmerk dat de mensen met dementie de rest van hun leven in de kleinschalige woonvorm moet kunnen blijven wonen (Lindesay et al. 1991, Ritchie et al 1992). In Schotland is dit ook het geval, maar daar worden mensen met dementie die de sfeer in de groep negatief

beïnvloeden of niet passen in een huiselijke omgeving eerder overgeplaatst (Carr & Marshall 1993). Ook bij deze vier vormen van kleinschalig wonen wordt geen specifieke aandacht besteed aan hoe deze toewijzing precies plaatsvindt en wat voor instrumenten de zorginstellingen daarbij hanteren.

2.3.3 Conclusie

Uit het voorgaande blijkt dat ook tussen landen verschillen bestaan ten aanzien van de definitie van kleinschalig wonen. Het valt dan ook te betwijfelen of kleinschalig wonen in de verschillende landen met elkaar kan worden vergeleken waar het toewijzingscriteria betreft. Zowel op nationaal als internationaal niveau heeft er wel onderzoek plaatsgevonden naar toewijzingscriteria. Wat opvalt is dat niet altijd toewijzingscriteria worden gehanteerd door een zorginstelling. Verder is het opvallend dat zowel nationaal als internationaal weinig aandacht wordt besteed aan hoe deze criteria door de zorginstelling worden gehanteerd en wat voor instrumenten de zorginstelling hanteert bij het toetsen van de criteria. Er wordt bijvoorbeeld niet specifiek aangegeven wanneer een zorginstelling iemand nog als een communicatief vaardige bewoner beschouwd. Het is dan ook van belang dat dit in het voorliggende onderzoek duidelijk wordt gemaakt. Over effecten van toewijzingscriteria wordt in het bestaande onderzoek nog minder gesproken. De effecten die wel in de onderzoeken naar voren komen hebben betrekking op een actieve rol in het huishouden en een negatieve invloed van een bewoner op de overige bewoners van de woongroep.

Het is dan ook belangrijk dat in voorliggend onderzoek aandacht wordt besteed aan hoe zorginstellingen toewijzingscriteria hanteren en wat hiervan de effecten zijn.

In tabel 3 is samengevat welke criteria in de verschillende landen worden gehanteerd.

Criteria die bij toewijzing een rol spelen	NL	Zwe	Fr	GB	VS/Can	Aus
PG verpleeghuisindicatie	X					
Stadium dementie	X					
ZZP 5 of hoger	X					
Mate ADL-vaardigheden	X					
Mate sociale vaardigheden	X	X			X	
Bewoner voor altijd	X		X	X		
PG problematiek		X				
Fysiek kwetsbaar		X				X

Tabel 3: overzicht criteria die bij toewijzing een rol spelen

2.4 Factoren van invloed op toewijzingscriteria

Uit de voorgaande paragraaf over bestaand onderzoek naar toewijzingscriteria is een aantal factoren naar voren gekomen die mogelijk van invloed zijn op het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm. Deze factoren worden in deze paragraaf verder uitgewerkt. Ook zal een aantal factoren worden besproken die niet uit de onderzoeken zijn gebleken, maar mogelijk wel relevant kunnen zijn bij toewijzing. Deze factoren worden relevant geacht

doordat het factoren zijn die een rol spelen omtrent de bewoner, zoals familie, of omtrent het kleinschalig wonen, zoals de professionals en de organisatie. Deze factoren zullen in het voorliggend onderzoek verder worden uitgewerkt.

Er zal begonnen worden met persoonsgebonden factoren. Vervolgens wordt ingegaan op invloed van de familie. Ten slotte komt de rol van professionals aan bod en zal worden ingegaan op het organisatiebelang- en beleid.

2.4.1 Persoonsgebonden factoren

De eerste twee factoren beslaan het stadium van dementie en het zorgzwaartepakket. Deze factoren zijn persoonsgebonden en verschillen daarom ook per persoon. Uit het reeds bestaande onderzoek naar toewijzingscriteria is gebleken dat het stadium van dementie een rol kan spelen bij het toewijzen van een nieuwe bewoner aan een kleinschalige woonvorm. De ziekte dementie kent verschillende fasen waarin een steeds ernstiger ziektebeeld optreedt (Gezondheidsraad 2002). Dementie valt in drie stadia in te delen. Het eerste stadium is het stadium van lichte dementie. De persoon met dementie is hierbij nog in staat om thuis te blijven wonen. In het volgende stadium van matige dementie is al meer toezicht nodig en bij het laatste stadium van ernstige dementie is de persoon met dementie volledig hulpbehoevend. Niet alleen is dementie van invloed op de persoon met dementie, ook voor de familie en naasten brengt de ziekte een last met zich mee. Naarmate de dementie in een steeds verder gevorderd stadium komt, zal overwogen moeten worden of het voor degene met dementie beter is om intramurale zorg te ontvangen.

Voordat een persoon met dementie in aanmerking komt voor verpleeg- of verzorgingshuiszorg (AWBZ-zorg), en daarbij kleinschalig wonen, dient eerst bij het CIZ een indicatie aangevraagd te worden. Het CIZ voert onderzoek uit en bepaalt uiteindelijk of de persoon in kwestie in aanmerking komt voor zorg buitenshuis. Het CIZ werkt hierbij met een trechtermodel. Eerst wordt naar de verzekerde zelf gekeken. Er wordt door het CIZ weergegeven wat voor ziekte, beperking of stoornis de verzekerde heeft en in welke mate hier functiebeperkingen van worden ondervonden. Vervolgens wordt de relatie van de verzekerde met de omgeving onderzocht. Het betreft hier in welke mate gebruik wordt gemaakt van zorgactiviteiten en mantelzorg en wat de belasting hiervan is op de zorg en mantelzorgers. Ook wordt bekeken in wat voor woonomgeving de verzekerde zich bevindt en of daar eventuele problemen mee zijn. De tweede stap beslaat het vinden van een oplossing. Het CIZ zal op basis van de voorgaande stappen besluiten of er sprake moet zijn van AWBZ-zorg en ten slotte vindt het indicatiebesluit plaats (CIZ 2012). Een indicatie voor langdurig verblijf wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (CIZ 2012). Het gaat hier om zorgzwaartepakketten voor verpleging en verzorging. Er zijn acht zorgzwaartepakketten.

Lichte zorgzwaartepakketten zijn voor mensen die alleen hulp nodig hebben bij de dagelijkse verzorging. Zwaardere pakketten zijn voor mensen met een ernstige beperking of bijvoorbeeld voor mensen met zware dementie (Rijksoverheid 2012). Het gaat hierbij om het hierboven beschreven laatste stadium van dementie. Het zorgzwaartepakket hangt dus samen met het stadium van dementie waarin de persoon zich bevindt en is daarbij ook een factor van invloed op toewijzing tot een kleinschalige woonvorm (Verbeek et al. 2008, Regionale Commissie Gezondheidszorg 2010).

2.4.2 Invloed van familie

Hoewel de invloed van familie niet in het bestaande onderzoek over toewijzingscriteria naar voren is gekomen, speelt de familie wel een rol bij de opname in een intramurale instelling. De rol van de familie bij opname in een intramurale instelling is namelijk groot (Klingeman et al. 2007). Er wordt door de zorginstelling veel contact onderhouden met de familie. Gesprekken met familieleden zijn van belang om er achter te komen wat de karakteristieken van de persoon met dementie zijn. Ook het aangeven van de wensen en gewoonten van degene met dementie zijn belangrijk om te bepalen waar deze persoon het beste thuis zou kunnen horen (Klingeman et al. 2007). Het is daarom belangrijk om verder uit te diepen wat de invloed van familie is tijdens het toewijzingsproces. Ook geeft het onderzoek van Klingeman et al. (2007) weer dat familieleden bepaalde verwachtingen hebben ten aanzien van kleinschalig wonen. Familieleden verwachten dat er meer persoonlijke aandacht voor de bewoners zal zijn. Er zal een huiselijker sfeer zijn en de bewoners zullen elkaar beter leren kennen dan in een verpleeghuis. Op basis waarvan de toewijzing moet gebeuren van bewoners aan kleinschalig wonen zijn familieleden verdeeld. Er wordt gesproken over differentiatie naar dementiefasen zodat de familie van mensen met lichte dementie niet geconfronteerd wordt met bewoners met ernstige dementie. Ook hier komt dus het stadium van dementie weer naar voren. Daarnaast wordt voorkeur uitgesproken over indeling naar leefstijl. De bewoners en familie zullen zich zo meer thuis voelen. Toewijzingscriteria waarin differentiatie naar dementiefasen en leefstijl zijn ondergebracht brengt voor de familie dus positieve effecten met zich mee (Klingeman et al. 2007). Doordat de familie invloed heeft tijdens het toewijzingsproces en bepaalde verwachtingen heeft met betrekking tot kleinschalig wonen is in dit onderzoek ook aan dit aspect aandacht besteed. Wat opvalt is dat in bestaand onderzoek geen aandacht wordt besteed aan de rol en verwachtingen van de potentiële bewoner zelf. Wat deze rol is en welke verwachtingen hierbij van belang zijn, wordt ook in dit onderzoek verder uitgewerkt.

Naast de inzet van familieleden zijn kleinschalige woongroepen meestal ook afhankelijk van de inzet van vrijwilligers (Verbeek et al. 2008). Deze vrijwilligers kunnen de professional,

helpen bij de begeleiding of kunnen ingezet worden voor extra activiteiten. Hierbij kan gedacht worden aan activiteiten buitenshuis of individuele activiteiten (Facit 2009). Waar familie wellicht niet altijd een actieve rol kan spelen binnen een woongroep wegens andere bezigheden, kan de vrijwilliger dit waarschijnlijk wel. Vilans (2013) stelt dan ook dat vrijwilligers onmisbaar zijn voor het slagen van een kleinschalige woonvorm. Wel zal door de zorginstelling aandacht moeten worden besteed aan het feit welke begeleiding de vrijwilliger aan de bewoners mag bieden. Bij een onervaren vrijwilliger is de kans groter dat er iets gebeurt, zoals bijvoorbeeld een val. De organisatie zal dan ook samen met de professionals en de vrijwilligers moeten afstemmen wat wel en niet tot de taken van de vrijwilliger behoort (Facit 2009).

2.4.3 Invloed van professionals

Ook aan de invloed van professionals op het toewijzingsproces is in het bestaande onderzoek geen aandacht besteed. Toch wordt deze factor ook besproken, doordat de rol van professionals in een kleinschalige woonvorm anders is dan in een verpleeghuis. Met de komst van kleinschalige woonvormen zijn de taken van de verzorgenden uitgebreid. De zorg moet namelijk zoveel mogelijk geïntegreerd worden in het dagelijks leven van de bewoners (te Boekhorst et al. 2007). Naast persoonlijke en verpleegkundige zorg hebben verzorgenden nu ook een huishoudelijke taak en organiseren zij activiteiten in de woning (Krijger et al. 2002). Het grootste verschil met een grootschalig verpleeghuis is dat er in een kleinschalige woonvorm een huiselijke sfeer is en dat de dagindeling door de bewoners zo veel mogelijk zelf wordt bepaald. De regels van de organisatie en het takenpakket van de medewerkers speelt minder een rol (Verbeek et al. 2009b). Voor de medici en paramedici betekent kleinschalig wonen dat zij minder direct betrokken zijn bij de bewoners. Zij moeten zich juist terugtrekken. Dit betekent dat de verpleeghuisarts meer een rol krijgt zoals die van de huisarts (te Boekhorst et al. 2007).

Zoals al eerder genoemd is geen onderzoek verricht naar de invloed van professionals tijdens het toewijzingsproces maar door de uitbreiding van de taken en de huiselijke sfeer in een kleinschalige woonvorm bestaat de mogelijkheid dat ook professionals een rol spelen in het toewijzingsproces. Zij zijn namelijk uiteindelijk de mensen die in het dagelijks leven het meest bij de bewoners betrokken zijn. Ook zullen zij de effecten van toewijzingscriteria in de praktijk ervaren. In dit onderzoek wordt hier dan ook verder op ingegaan en wordt weergegeven of de professionals inderdaad invloed uitoefenen op toewijzing.

2.4.4 Invloed van organisatiebelang en -beleid

Ten slotte kunnen organisatiebelang en -beleid van invloed zijn op toewijzing. Een zorgorganisatie streeft bepaalde belangen na. De belangen van de organisatie bepalen vervolgens de strategie die hierop aansluit. Belangen van de organisatie zijn bijvoorbeeld

(arbeids)productiviteit en effectiviteit. Het mogelijke gevaar bestaat dat de organisatie het eigen organisatiebelang boven het belang van de potentiële, toekomstige bewoner stelt. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan efficiëntie. Het lijkt logisch dat het voor een zorginstelling efficiënter is om een kleinschalige woonvorm volledig bezet te hebben. Het oplossen van onderbezetting door middel van het willekeurig plaatsen van nieuwe bewoners brengt voor de zorginstelling een positief effect met zich mee namelijk volledige bezetting. Voor de bewoners kan dit juist een negatief effect met zich mee brengen doordat de nieuwe geplaatste bewoner daar niet op zijn/haar plek is. Of de organisatiebelangen ook een bepalende factor zijn bij toewijzing wordt in dit onderzoek uitgewerkt.

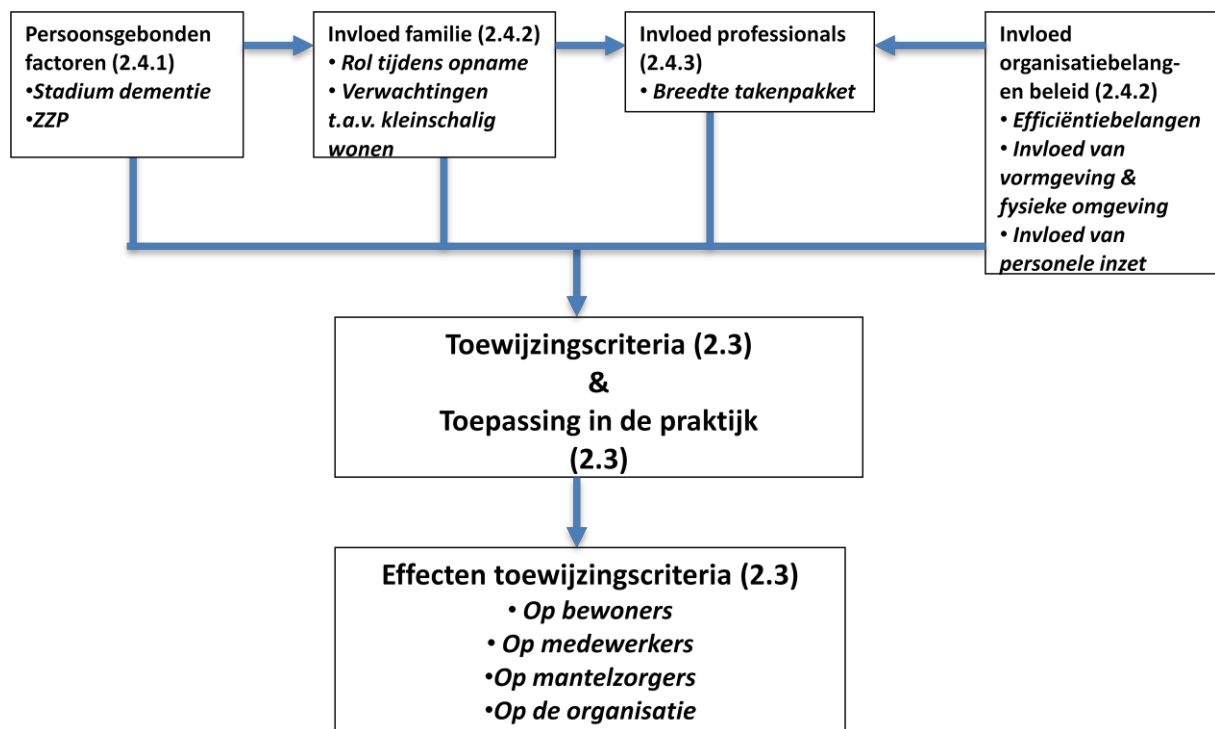
Daarnaast kan het beleid van een organisatie door verschillende factoren worden beïnvloed. Ten eerste kan een kleinschalige woonvoorziening zelfstandig zijn, maar kan er ook naast het kleinschalig wonen verpleeghuiszorg worden aangeboden door de zorginstelling. In dit geval kunnen bewoners van de kleinschalige woonvoorziening ook gebruik maken van de voorzieningen van het verpleeghuis. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om groepsactiviteiten (Verbeek et al. 2008).

Ook kan de beschikbaarheid van een vast team aan personeel, mantelzorgers en vrijwilligers door de zorginstelling van invloed zijn. Dit heeft namelijk als gevolg dat de bewoners vrijwel zeker altijd een beroep kunnen doen op hulpverleners. Hoe dit van invloed is op toewijzing blijkt niet uit het onderzoek van Verbeek et al. (2008), maar toch lijkt dit een relevant punt doordat het de zorginstelling kan doen besluiten ook bijvoorbeeld bewoners met een hogere zorgvraag op te nemen in de kleinschalige woonvorm. Wat hier van het effect is op het leven van de bewoners en de organisatie wordt in dit onderzoek verder uitgewerkt. Ten slotte zou de aanpassing van de fysieke omgeving voor de bewoners van invloed kunnen zijn op het beleid. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de inzet van domotica. Domotica zullen ingezet worden om de mobiele communicatie tussen het personeel te bevorderen. Ook de veiligheid van de bewoners speelt hierbij een rol. Vooral 's nachts wanneer geen personeel aanwezig is, kunnen bijvoorbeeld bewegingsdetectie en videocamera's erg belangrijk zijn (Verbeek et al. 2008). Voor een zorginstelling kan de aanwezigheid van domotica van invloed zijn in het toewijzingsproces. Het kan zijn dat een veiligere omgeving een zorginstelling doet besluiten om nieuwe bewoners in een later stadium van dementie ook op te nemen doordat meer toezicht aanwezig is. Of deze beleidsaspecten daadwerkelijk van invloed zijn op de toewijzingsprocedure, wordt later in dit onderzoek uitgewerkt.

2.5 Conclusie

In eerste instantie lijkt kleinschalig wonen een goede optie in de huidige dementiezorg. Er bestaat echter de nodige kritiek. Kleinschaligheid heeft niet altijd en zeker niet voor iedereen positieve effecten. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de manier van toewijzing van nieuwe

bewoners aan een kleinschalige woonvorm. Een aantal factoren is besproken die ten grondslag liggen aan toewijzingscriteria. Dit is uitgewerkt aan de hand van het conceptueel model (figuur 1).



Figuur 1: conceptueel model met inhoud per paragraaf

Persoonsgebonden kenmerken zijn uitgewerkt omdat dit uit het bestaande onderzoek naar voren is gekomen als factor van invloed op toewijzing. Daarnaast zijn de invloed van de familie, professionals en organisatiebelang en -beleid uitgewerkt. Deze drie factoren en hun invloed op toewijzing zijn tot op heden nog niet onderzocht, maar zijn wel relevant (te Boekhorst et al. 2007, Klingeman et al. 2007, Krijger et al. 2002, Verbeek et al. 2008, Verbeek et al. 2009b). Over de effecten van toewijzingscriteria is nog minder bekend. De relevantie voor dit onderzoek is hierdoor duidelijk geworden. In dit onderzoek zullen de besproken factoren, hoe deze factoren worden omgezet in toewijzingscriteria en de effecten van de toewijzingscriteria dan ook verder worden uitgewerkt. Hoe dit onderzoek is uitgevoerd, zal in het volgende hoofdstuk worden beschreven.

3. Methoden

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de methoden van onderzoek. Eerst zal worden ingegaan op het onderzoeksdesign met daarin voor welk type onderzoek is gekozen.

Vervolgens zal in worden gegaan op de setting (een woonzorgcentrum) waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarbij wordt aandacht besteed aan de kleinschalige woongroepen binnen het woonzorgcentrum en er zal kort aandacht worden besteed aan de reguliere afdelingen die naast het kleinschalig wonen binnen het woonzorgcentrum aanwezig zijn.

Daarna zullen de methoden van data verzameling en de analyse van de data beschreven worden. Ten slotte wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd wat explorierend van aard is geweest. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek om inzicht te verschaffen in het huidige gebruik van toewijzingscriteria, de daadwerkelijk toepassing van toewijzingscriteria en de effecten. Uit het bestaande onderzoek blijkt dat er nog weinig bekend is over gehanteerde toewijzingscriteria voor kleinschalig wonen. Daarnaast is, als gebruik wordt gemaakt van toewijzingscriteria, weinig bekend over hoe de criteria precies worden toegepast. Ook over de effecten van deze criteria is weinig bekend. Doordat er nog zo weinig bekend is, is dit onderzoek explorierend van aard geweest en is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet (Mortelmans 2011). Hierbij is de ervaring van de betrokkenen weergegeven en is de nadruk gelegd op de perceptie van de respondenten ten aanzien van de effecten. Daarnaast is dit onderzoek gericht geweest op studie in een natuurlijke omgeving. Er is voor gekozen om het onderzoek te laten plaatsvinden in de natuurlijke omgeving om de effecten op de sociale processen en gedragingen tussen bewoners, familie, professionals en de organisatie te kunnen weergeven (Mortelmans 2011).

3.2 Onderzoeksetting

Er is onderzoek gedaan naar één woonzorgcentrum in de regio Rotterdam zodat een diepteonderzoek heeft plaatsgevonden. Het woonzorgcentrum is geselecteerd aan de hand van de in dit onderzoek gebruikte definitie van kleinschalig wonen en de eerder genoemde kenmerken van het Trimbos-instituut. Deze kenmerken zijn gebruikt om te bepalen of er sprake is van kleinschalig wonen. De elementen uit de definitie van kleinschalig wonen waaraan is voldaan is dat er verpleeghuiszorg wordt geleverd in een huiselijk omgeving en dat niet meer dan 10 bewoners de unit bewonen (kleine groep). De kenmerken waar verder aan voldaan werd door de geselecteerde kleinschalige woongroepen zijn dat een gewoon huishouden gevoerd wordt, het personeel onderdeel van het huishouden is en de bewoners met elkaar een groep vormen. Ook dit zijn elementen die in de definitie van kleinschalig wonen terugkomen.

Ook is dit woonzorgcentrum benaderd omdat naast kleinschalig wonen ook reguliere verpleeghuiszorg op verschillende afdelingen wordt aangeboden. Op deze manier verschillen de twee fysieke woonvormen het meest van elkaar en heeft de zorginstelling bij toewijzing een keuze tussen kleinschaligheid en grootschalige verpleeghuiszorg. In de volgende twee subparagrafen wordt ingegaan op het kleinschalig wonen binnen het woonzorgcentrum en er wordt kort aandacht besteed aan de reguliere afdelingen binnen het woonzorgcentrum.

3.2.1 Kleinschalig wonen

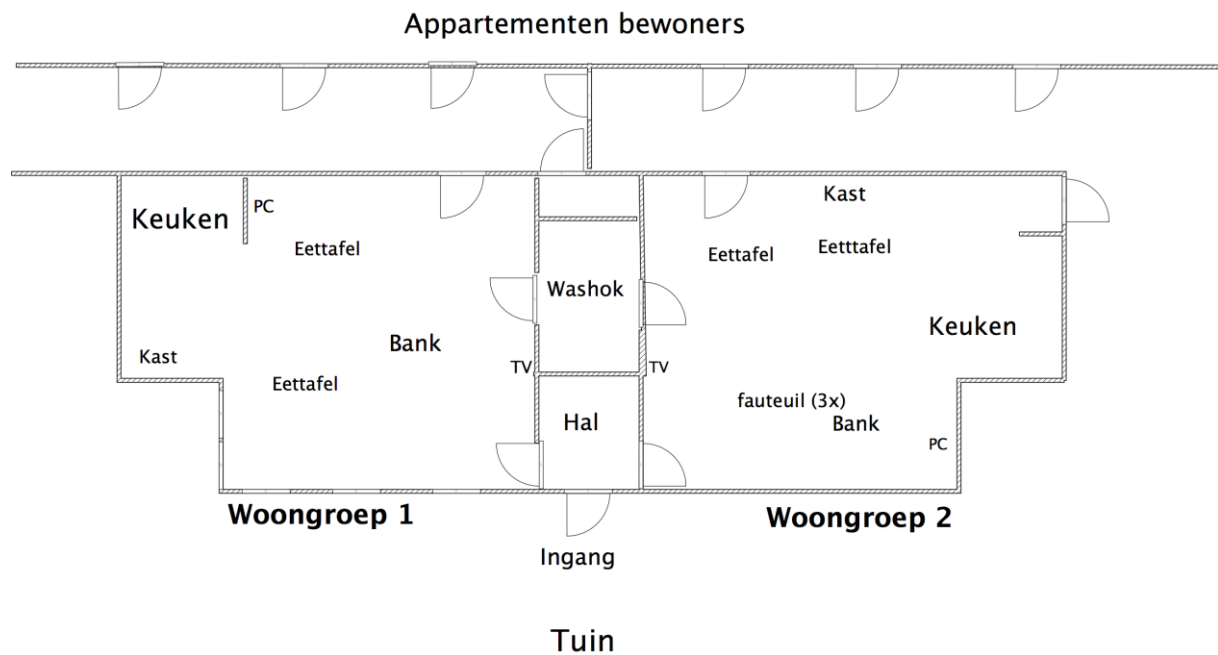
Dit onderzoek is uitgevoerd in een woonzorgcentrum voor ouderen met dementie. Dit woonzorgcentrum maakt deel uit van een organisatie die wonen, diensten en zorg aanbiedt in de regio Rotterdam. De organisatie biedt op enkele tientallen locaties zorg aan en levert daarnaast ook thuiszorg. Daarnaast beschikt de organisatie over verschillende activiteiten- en ontmoetingscentra. De doelgroep van deze organisatie zijn ouderen, maar er wordt op speciale locaties ook zorg geboden aan jongeren met niet-aangeboren hersenletsel en jongdementerenden.

Op dit moment wordt door de organisatie op meerdere locaties kleinschalig wonen aangeboden. Iedere locatie heeft redelijke vrijheid om naar eigen inzicht dit kleinschalig wonen vorm te geven. Er bestaan dan ook verschillen tussen de locaties. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan verschillende doelgroepen. Daarnaast is op dit moment het kleinschalig wonen met name gericht op bewoners met een bepaalde problematiek zoals dementie. Het is de bedoeling dat in de toekomst ook op reguliere afdelingen meer kleinschalig gewerkt en gewoond gaat worden

In het onderzochte woonzorgcentrum is in oktober 2012 op de begane grond met kleinschalig wonen gestart. De begane grond is daarvoor verbouwd en geschikt gemaakt voor kleinschalig wonen. De kamers bevinden zich aan beide kanten van een brede gang waarin lichte kleuren zijn gebruikt.

Het kleinschalig wonen vindt plaats in een open setting waardoor geen BOPZ-verklaring nodig is. In deze open setting zijn de bewoners in principe vrij om zich zelfstandig buiten de woongroepen te begeven. Er zijn twee woongroepen (zie figuur 2) met ieder acht bewoners. Deze bewoners huren een kamer, die zij zelf inrichten, met eigen badkamer en maken daarnaast gebruik van de gemeenschappelijke woonkamer en keuken. Beide woongroepen hebben hun eigen woonkamer en keuken. De inrichting van de woonkamer en keuken is voor een deel door de organisatie gedaan. Daarnaast hebben bewoners ook zaken van thuis meegenomen die nu in de woonkamers weer gebruikt worden (onder andere een bank en fauteuils). De woongroepen zijn in principe van elkaar gescheiden tenzij er grotere gezamenlijke activiteiten plaatsvinden. Beide woongroepen maken gebruik van dezelfde tuin

waarin zij buiten kunnen zitten.



Figuur 2: Plattegrond woongroepen

Iedere woongroep beschikt over een vast team aan medewerkers. De medewerkers hebben verschillende achtergronden. Het gaat met name om Medewerkers Maatschappelijke Zorg (MMZ) en Verzorgende IG (niveau 3). Daarnaast is per woongroep één eerste verantwoordelijk verpleegkundige (EUV'er). Er is per woongroep van 07.00 uur tot 15.00 uur en van 15.00 uur tot 23.00 uur een medewerker aanwezig. Daarnaast is er de omloop die bijspringt waar nodig. 's Nachts, van 23.00 uur tot 07.00 uur, kan door de bewoners een beroep worden gedaan op de nachtdienst van een reguliere afdeling. Ook is altijd voor de gehele locatie een nachthoofd aanwezig. De leiding en eindverantwoordelijkheid over beide woongroepen ligt in handen van de teamleider. Deze teamleider heeft naast de twee kleinschalige woningen ook de leiding over een reguliere afdeling binnen het woonzorgcentrum en heeft een verpleegkundige achtergrond. Ook de junior teamleider is verpleegkundige en is naast junior teamleider ook EUV'er van woongroep 2. De junior teamleider is dan ook meer aanwezig in de woongroepen zelf en rapporteert daarover richting de teamleider.

De woongroepen worden gefinancierd via het Volledig Pakket Thuis (VPT). Dit betekent dat de bewoners de appartementen huren en daarbij volledige zorg ontvangen. Ook hebben zij recht op één uur per week facilitaire dienst. Er kan gesteld worden dat bewoners in principe thuis wonen, maar daarbij wel alle ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Eén van de

onderdelen van het VPT is dat de bewoners hun eigen huisarts mogen behouden. Er is echter in overleg met de huisartsen besloten om deze zorg onder te brengen bij de specialist ouderengeneeskunde van de zorginstelling.

Er worden door het woonzorgcentrum verschillende faciliteiten aangeboden. Zo is er een klein supermarktje aanwezig in het woonzorgcentrum, waar de boodschappen voor ontbijt en lunch voor de kleinschalige woongroepen worden gedaan. Vaak doet een medewerker dit samen met één of meerdere bewoners. De ingrediënten voor de warme maaltijd 's avonds worden besteld en iedere dag vers geleverd. De keuze van de maaltijd wordt door de medewerkers gedaan. Daarnaast is een restaurant aanwezig waar de bewoners bijvoorbeeld met familieleden wat kunnen gaan eten en drinken. Ook worden er verschillende centrale activiteiten georganiseerd door de zorginstelling. Hier kunnen zowel de bewoners van de reguliere afdelingen als de bewoners van de kleinschalige woongroepen aan deelnemen.

3.2.2 Reguliere afdelingen

Naast het kleinschalig wonen biedt deze locatie ook reguliere verpleeghuiszorg aan. Deze afdelingen passen in het beeld over traditionele verpleeghuiszorg. De afdelingen bestaan uit lange, smalle gangen met aan beide kanten van de gang kamers. Dit zijn gesloten afdelingen waarbij één- en tweepersoonskamers worden aangeboden. De bewoners hebben geen badkamer, maar op de afdeling is een grotere badkamer waar de bewoners gewassen worden. Ook zijn op deze afdelingen woonkamers waar de bewoners gebruik van kunnen maken. Voor deze afdelingen is een BOPZ-verklaring nodig. Ook is er een observatieafdeling aanwezig waar bepaald kan worden wat precies de problematiek is en welke zorg daarbij past. Ten slotte is er een afdeling waar dagbehandeling plaatsvindt.

3.3 Dataverzameling

Eerst is door middel van literatuurstudie de huidige situatie omtrent kleinschalige wonen, toewijzingscriteria en factoren van invloed op toewijzingscriteria weergegeven in het theoretisch kader. Er is zowel naar nationale als naar internationale wetenschappelijke artikelen gezocht. Er is gezocht via PubMed, de databank van de EUR (sEURch) en via Google Scholar. De gebruikte zoektermen zijn 'kleinschalig wonen dementie', 'small scale care', 'dementia living', 'toewijzingscriteria kleinschalig wonen', 'effecten kleinschalig wonen', 'familie kleinschalig wonen dementie', 'effects small scale living dementia' en 'admission criteria small scale living dementia'.

Het streven is geweest om zo recent mogelijke artikelen te selecteren. Bij oudere artikelen is kritisch gekeken of deze nog worden aangehaald in recent wetenschappelijk onderzoek naar kleinschalig wonen. Artikelen zijn geselecteerd aan de hand van de samenvatting, de

inleiding en de conclusie. Vervolgens zijn door middel van referenties in de reeds geselecteerde artikelen opnieuw relevante artikelen geselecteerd.

Voor beantwoording van de deelvragen en hoofdvraag van dit onderzoek is op verschillende wijze data verzameld. Er zijn zeven interviews gehouden, er is vier dagen geobserveerd en er is gebruik gemaakt van een document zijnde een notitie opgesteld door het woonzorgcentrum omtrent kleinschalig wonen.

De teamleider van het kleinschalig wonen is telefonisch benaderd voor interviews en observatie. Er is ten eerste een interview gehouden met deze teamleider. Vervolgens is via de teamleider de rest van de respondenten benaderd. In tabel 4 is weergegeven welke respondenten zijn geïnterviewd.

Overzicht respondenten
Teamleider kleinschalige woongroepen
Junior teamleider kleinschalige woongroepen (tegelijkertijd Eerste Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV'er) woongroep 2)
EVV'er woongroep 1
Verpleegkundige woongroep 2
Klantadviseur
2 familieleden (tegelijkertijd geïnterviewd)
Beleidsmedewerker

Tabel 4: overzicht respondenten

Voor aanvang van de interviews is toestemming gevraagd voor een audio-opname van het interview en is benadrukt dat de anonimiteit van de respondent zal worden gewaarborgd. De interviews hebben face to face plaatsgevonden. Daarbij is een vooraf opgestelde vragenlijst (bijlage 1) met open vragen gehanteerd waarvan zo nodig is afgeweken. In de vragenlijst zijn vragen opgenomen om er achter te komen welke criteria voor toewijzing worden gehanteerd en op welke wijze deze criteria ook daadwerkelijk worden toegepast. Ook zijn deze interviews gehouden om te analyseren wat de effecten zijn van de toegepaste criteria op het wonen in een kleinschalige woonvorm en op de organisatie.

Vervolgens zijn de opgenomen interviews getranscribeerd. De transcripten van de interviews zijn vervolgens weer voorgelegd aan de respondenten zodat zij de mogelijkheid hebben gehad om eventuele onjuistheden aan te geven of aanvullingen te plaatsen.

Daarnaast is er participierend geobserveerd in de kleinschalige woongroepen. Waar mogelijk zijn tijdens de observaties vragen gesteld aan medewerkers. Ook heeft de onderzoeker met

enkele huishoudelijke taken meegeholpen tijdens deze observaties. Er is per woongroep twee dagen geobserveerd om de effecten van de criteria op het leven van de bewoners in kaart te brengen. Deze effecten hebben betrekking op gedragingen tussen bewoners, familie en personeel. De effecten zijn in het kader van het kwalitatieve en het explorerende karakter van dit onderzoek meer beschrijvend van aard dan dat deze daadwerkelijk zijn gemeten door een bepaald instrument.

Ook is er gebruik gemaakt van een document opgesteld door het woonzorgcentrum. Dit document is een notitie waarin beschreven staat hoe het woonzorgcentrum vorm en inhoud wil geven aan het begrip kleinschalig wonen. Deze notitie is gebruikt als achtergrondinformatie voor de hiervoor genoemde methoden van data verzameling. Bepaalde punten uit de notitie zijn later aangehaald in interviews en er is hier op gelet tijdens de participerende observaties. Hierbij kan gedacht worden aan het beschreven doel van kleinschalig wonen en de daarbij opgestelde in- en exclusiecriteria.

3.4 Analyse

Na de interviews en de observaties is begonnen met de analyse. De interviews en observaties zijn open gecodeerd waarbij gekeken is welke relevante thema's naar voren zijn gekomen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Op deze manier is structuur aangebracht in de verzamelde data (Mortelmans 2011). Vervolgens is er axiaal gecodeerd waarbij de verschillende thema's met elkaar in verband zijn gebracht. Op deze manier zijn bepaalde concepten ontstaan (Mortelmans 2011). Deze concepten zijn tijdens de laatste stap, het selectief coderen, uitgewerkt en zo is duidelijk geworden wat voor relaties er tussen de verschillende concepten bestaan (Mortelmans 2011). Aan de hand van deze analyse zijn vervolgens de resultaten weergegeven.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek zijn op verschillende manieren vergroot. Betrouwbaarheid van een onderzoek wil zeggen dat als het onderzoek nogmaals wordt uitgevoerd, door andere personen of later in de tijd, sprake moet zijn van ongeveer dezelfde resultaten (Mortelmans 2011). De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot doordat zelfreflectie heeft plaatsgevonden. Door eerdere onderzoeken over casemanagement voor mensen met dementie in hun thuissituatie kan de onderzoeker bepaalde verwachtingen hebben over de resultaten. Deze verwachtingen zijn door de onderzoeker expliciet gemaakt. Er werd vooraf verwacht dat de groep bewoners binnen een kleinschalige woonvorm een homogene groep zouden vormen waarvan duidelijk is dat deze bewoners niet meer thuis kunnen wonen, maar dat deze bewoners nog te zelfstandig zijn om op een reguliere afdeling te worden opgenomen. Welke rol deze verwachting tijdens het onderzoek heeft gespeeld, zal

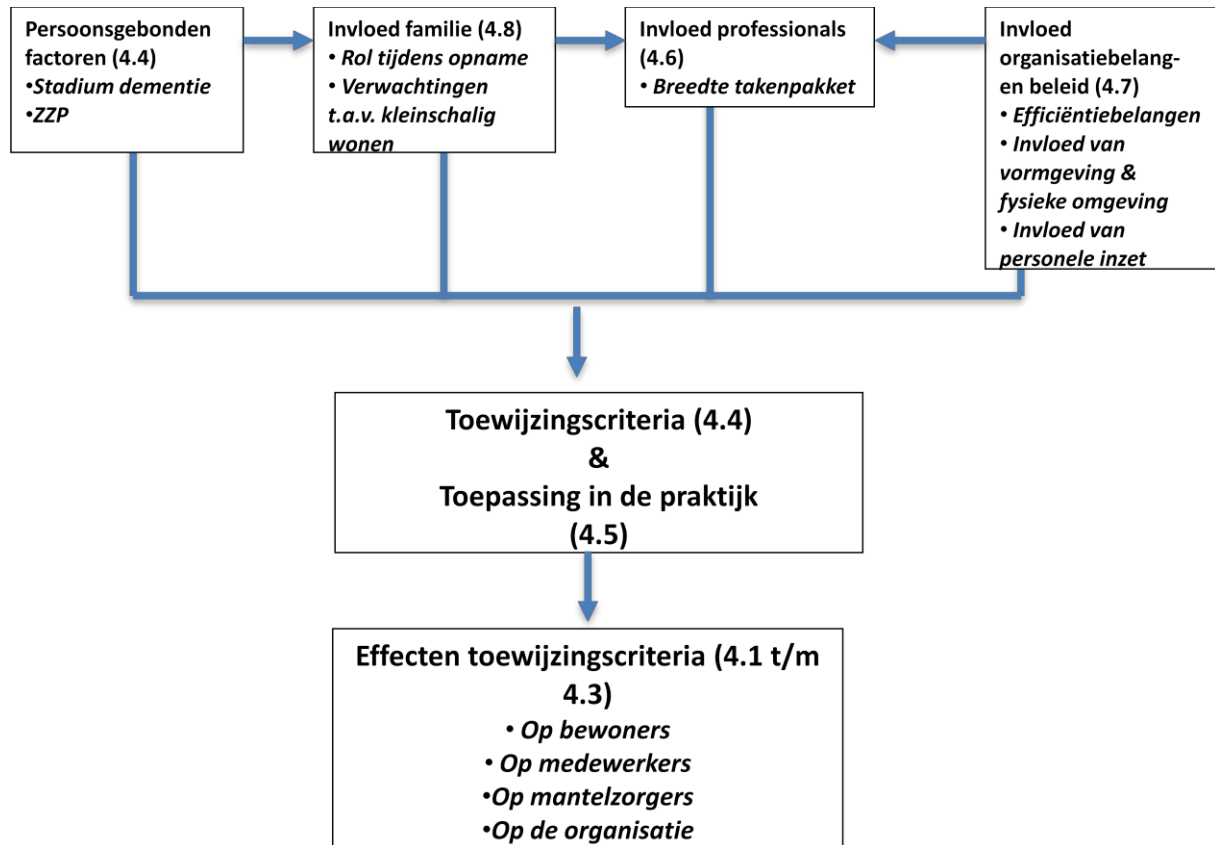
in de discussie duidelijk worden. Daarnaast is de betrouwbaarheid vergroot doordat zaken die naar voren zijn gekomen uit de notitie en de observaties later zijn getoetst tijdens interviews. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de rol van de medewerkers in de woongroep.

De externe validiteit van een onderzoek is hoog als de resultaten te generaliseren zijn naar de populatie waaruit de steekproef van het onderzoek is getrokken (Mortelmans 2011). Door de specificiteit van de casus en de kwalitatieve onderzoeksopzet is de externe validiteit van het onderzoek niet optimaal. Toch zullen er bepaalde mechanismen uit dit onderzoek, ook in andere omstandigheden en in een andere setting naar voren komen. Ook hier zal in de discussie op worden teruggekomen.

Ten slotte is de interne validiteit op verschillende manieren vergroot. De interne validiteit van een onderzoek betekent dat de onderzoeker heeft gemeten wat hij wil meten (Mortelmans 2011). Er zijn diepte-interviews gehouden met de respondenten om tot de kern van het onderzoek te komen. Hierdoor zit er diepgang in de dataverzameling (Mortelmans 2011). Ook is, zoals al eerder vermeld, om terugkoppeling gevraagd bij de respondenten. Op die manier is de geloofwaardigheid van de resultaten beoordeeld en is in sommige gevallen nieuwe informatie tot stand gekomen (Mortelmans 2011). Ten slotte is er sprake van datatriangulatie omdat er verschillende typen gegevens zijn verzameld (Mortelmans 2011). Er is namelijk zowel data verzameld via interviews, observatie en een document. Op deze drie manieren wordt de interne validiteit van het onderzoek vergroot.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden weergegeven. De resultaten zullen worden opgebouwd aan de hand van het conceptueel model (figuur 3) uit het theoretisch kader.



Figuur 3: conceptueel model met inhoud per paragraaf

Dit model zal in dit hoofdstuk van onder naar boven worden ingevuld. Er wordt begonnen bij de effecten van de toewijzingscriteria omdat deze het startpunt zijn van de analyse van de (toepassing van) de toewijzingscriteria. Deze effecten uiten zich in de samenstelling van de woongroepen, de dagelijkse gang van zaken in de woongroepen, de knelpunten die in de woongroepen voorkomen en de inzet van familieleden en vrijwilligers. Deze effecten zijn dan ook het eerst zichtbaar in de praktijk. Dit wordt uitgewerkt in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3. Vervolgens worden in de paragrafen 4.4 en 4.5 de effecten verklaard aan de hand van de toewijzingscriteria en de toepassing hiervan. Ten slotte zullen in de paragrafen 4.6 tot en met 4.8 de verschillende factoren die van invloed zijn op de toewijzingscriteria en hun toepassing worden besproken. Er zal hierbij worden ingegaan op de rol van de medewerkers, van de organisatie en van familie tijdens het toewijzingsproces.

4.1 De bewoners en hun dagelijks leven in de woongroepen

In deze paragraaf zullen beide woongroepen worden beschreven. Hierbij zal worden ingegaan op de groepssamenstelling, het dagelijks leven in de woongroep en de mate van communicatie tussen bewoners en medewerkers. Daarbij zullen de verschillen en overeenkomsten tussen beide woongroepen worden aangegeven. Dit zal beschreven worden aan de hand van de interviews en observaties en worden gezien als effecten van de toewijzingscriteria en de toepassing ervan in de praktijk. Eventuele verschillen tussen de bewoners en de woongroepen kunnen dan later verklaard worden aan de hand van de toewijzingscriteria en de toepassing hiervan.

4.1.1 Veel diversiteit binnen en tussen woongroepen

Woongroep 1 bestaat uit vijf vrouwen en drie mannen. Eén bewoner is via de dagbehandeling in deze groep terecht gekomen, twee bewoners zijn van de reguliere afdeling overgekomen en de rest van de bewoners is vanuit de thuissituatie in het kleinschalig wonen terecht gekomen. Op 1 oktober 2012 is begonnen met het vullen van de woongroepen. Eind oktober 2012 zat woongroep 1 vol. Uit de interviews en observaties is naar voren gekomen dat verschil bestaat tussen de bewoners in wat zij nog kunnen en hoeveel zorg nodig is. Het is dan ook geen homogene groep. De EVV'er van woongroep 1 zegt hierover het volgende:

'En verder de mensen ja, kijk er is iemand van 97 maar ook iemand van 80 dus daar zit al 17 jaar verschil tussen. Ook mensen die al gewend zijn in het huishouden veel te doen, pikken dat hier weer op. Ook al zijn ze geestelijk al wat verder weg'.

Woongroep 2 bestaat uit zeven vrouwen en één man. Bijna alle bewoners zijn vanuit de thuissituatie gekomen. Ook hier is op 1 oktober 2012 begonnen met het vullen van de woongroep. Woongroep 2 zat echter pas op 27 december 2012 vol. Dit is het eerste verschil tussen de woongroepen. Ook binnen deze woongroep bestaan verschillen tussen wat de bewoners nog kunnen en verschilt de zorgvraag per persoon. Woongroep 2 bestaat uit bewoners die nog meer zelfstandig zijn en meer eigen initiatief tonen.

4.1.2 De verschillen en overeenkomsten in het dagelijks leven op de woongroepen

In woongroep 1 wordt ongeveer de helft van de bewoners 's ochtends geholpen met douchen en aankleden. De medewerker is hier het eerste deel van de ochtend mee bezig. Tegelijkertijd wordt ontbeten. Het ontbijt is niet gezamenlijk omdat er nog bewoners geholpen moeten worden met wassen en aankleden. Thee staat op tafel, brood en beleg wordt in aangepaste hoeveelheden door de medewerker op tafel gezet op het moment dat bewoners gaan ontbijten. Sommige bewoners worden geholpen met ontbijten door de medewerker.

Door de begeleiding van de medewerker tijdens het douchen en aankleden, is in de woonkamer niet altijd toezicht op wat de bewoners doen.

Ook in de woongroep 2 wordt een aantal bewoners geholpen met douchen en aankleden. Daaronder zijn twee rolstoelafhankelijke bewoners. Ook hier wordt, terwijl de medewerker nog andere bewoners helpt, ontbeten. Wat verschilt met woongroep 1 is dat hier tijdens het ontbijt geen sprake is van afgepaste hoeveelheden. Een aantal bewoonsters gaat daarna op eigen initiatief de tafel afruimen en afwassen zonder dat daarbij de medewerker aanwezig is. In woongroep 1 is meer begeleiding nodig bij het afruimen. De medewerker moet de bewoners meer aansporen om hen mee te laten helpen met afruimen. De lunch verloopt in beide woongroepen grotendeels hetzelfde als het ontbijt. Wel is de lunch gezamenlijk.

Tussen de maaltijden door is er voor de bewoners de ruimte om in de woonkamer te blijven of naar hun eigen kamer te gaan. Ook hier laat zich een verschil zien tussen woongroep 1 en woongroep 2. In woongroep 1 blijft het grootste deel van de bewoners in de woonkamer. De activiteit in de woonkamer is niet groot. Veel bewoners slapen een groot deel van de dag. Ze worden door de medewerker wel aangespoord om wakker te blijven bijvoorbeeld door een tijdschrift te gaan lezen, de tv en radio aan te zetten of één of meerdere bewoners mee te nemen naar het winkeltje voor boodschappen. Ondertussen is de medewerker bezig met huishoudelijke taken zoals afwassen, de was doen en strijken. Na enige aansporing wordt hierbij wel geholpen door bewoners. Deze hulp vindt met name plaats bij het dekken en afruimen van de tafels, de afwas en bijvoorbeeld aardappels schillen voor de avondmaaltijd. Een aantal bewoners blijkt duidelijk niet in staat dit nog te doen. Vaak wordt dit veroorzaakt door het feit dat de bewoners niet meer weten wat zij moeten doen. In woongroep 2 is de activiteit gedurende de dag groter. De minderheid van de bewoners blijft het grootste deel van de ochtend in de woonkamer. Deze bewoners hebben de meeste zorg nodig en zijn ook het minst actief. De andere bewoonsters trekken meer met elkaar op. Zij gaan bijvoorbeeld met elkaar naar buiten om te wandelen. Ook bestaat de mogelijkheid voor de bewoners van de woongroepen om in de tuin te zitten.

De medewerker van de woongroepen heeft op zo'n moment tijd om (huishoudelijke) taken uit te voeren. Daarnaast werd tijdens de observatie de onderzoeker door de medewerker gevraagd af en toe wat mee te helpen bijvoorbeeld bij het doen van een aantal boodschappen met een bewoner in het winkeltje. Hierdoor kon de medewerker zich met andere zorg- en huishoudelijke taken bezighouden. Dit was ook het geval op de tweede observatiedag toen een stagiaire HBO-verpleegkunde aanwezig was. Terwijl de medewerker bewoners aan het douchen en aankleden was, was de stagiaire al aanwezig in de woonkamer tijdens het ontbijt.

4.1.3 Communicatie tussen bewoners en medewerkers in de woongroepen

In woongroep 1 vindt tussen de bewoners onderling weinig communicatie plaats. Tijdens de maaltijden wordt weinig met elkaar gepraat. Als er communicatie plaatsvindt is dit vooral met de medewerker. De medewerker probeert daarnaast de bewoners wakker te houden zodat het dag- en nachtritme niet verstoord raakt.

In woongroep 2 is meer communicatie tussen de bewoners onderling. Ook dit is een verschil tussen beide woongroepen. Tijdens het ontbijt en lunch vindt al de nodige communicatie plaats tussen de bewoners van woongroep 2. Ze hebben het onder andere over de medewerker die op dat moment niet aanwezig is om één van de bewoonsters te helpen wat wassen en aankleden. Er is volgens hen te weinig personeel aanwezig.

4.2 Knelpunten binnen de woongroepen

In deze paragraaf zullen verschillende knelpunten aan bod komen. Er is gekozen om deze knelpunten weer te geven omdat deze knelpunten niet zouden moeten voorkomen als de bewoners volledig aan de in- en exclusiecriteria zouden voldoen die door het woonzorgcentrum zijn opgesteld. Deze knelpunten kunnen dan ook gezien worden als een effect van de toewijzingscriteria en de toepassing van de toewijzingscriteria. De knelpunten kunnen, net als de verschillen tussen de bewoners en de woongroepen, later verklaard worden aan de hand van de toewijzingscriteria en de toepassing hiervan. De knelpunten worden onderverdeeld in verschillende sub paragrafen. Het eerste knelpunt heeft betrekking op de zorgvraag van de bewoners en de gevolgen daarvan voor het toezicht op bewoners. Het tweede knelpunt heeft betrekking op het personeel dat weinig ruimte heeft voor het organiseren van extra activiteiten. Belangrijk om te vermelden is dat de junior teamleider aangeeft dat bij deze verschillende knelpunten het ook afhangt van de medewerker of iets als een knelpunt gezien wordt. De focus van de medewerker speelt daarbij een rol. Sommige medewerkers zijn meer gericht op welzijn waarbij bijvoorbeeld gezelligheid in de huiskamer een grote rol speelt, terwijl andere medewerkers meer gericht zijn op het leveren van zorg. Tegelijkertijd is dit ook de kracht van het team medewerkers. Het is een goede combinatie gericht op zowel welzijn als zorg. Daarnaast geeft de junior teamleider aan dat het missen van de nodige ervaring ook als oorzaak gezien kan worden van het optreden van knelpunten. De junior teamleider geeft aan dat hij zelf een probleem ook vaak als een uitdaging ziet. Ook ontkent hij niet dat, zeker toen de woongroepen net open waren, het erg hectisch is geweest voor de medewerkers en dat er ook daadwerkelijk problemen waren.

'Kijk wat voor mij.. 4 zware mensen, 4 zware passieve mensen die niet meewerken zouden voor mij ook nog geen probleem zijn, maar het past alleen niet binnen het concept. Een deel van mijn collega's zou dat ook niet aankunnen omdat zij ook hier met andere gedachten zijn komen werken. Ik ben daar wat vrijer ingegaan, en ik ben meer gewend'.

4.2.1 Verschillen in zorgvraag van bewoners heeft gevolgen voor toezicht op bewoners

Doordat een aantal bewoners meer zorg vraagt dan andere bewoners is overdag geen continu toezicht aanwezig in de woonkamer van beide woongroepen. Dit komt met name voor tijdens het douchen van bewoners. Tijdens het ontbijt in de woonkamer ziet de medewerker dan niet altijd wat er gebeurt. Er is wel een omloop aanwezig die zo nodig in de woongroep kan bijspringen, maar vaak is de hulp van deze omloop nodig bij het wassen en aankleden van een bewoner. Dit kan er voor zorgen dat er tijdelijk geen toezicht is op de bewoners die op dat moment alleen in de woonkamer zijn. In woongroep 2 blijken uit de observaties minder problemen met toezicht op bewoners voor te komen dan in woongroep 1. Er is ook daar tijdens het douchen geen toezicht aanwezig in de woonkamer maar dit blijkt een minder groot probleem dan in woongroep 1 doordat de bewoners nog meer zelfstandig zijn en ook meer eigen initiatief nemen over bijvoorbeeld het afruimen van de tafel. Wel geeft de verpleegkundige van woongroep 2 aan dat het voor haar niet prettig is dat ze niet weet wat op dat moment in de woonkamer gebeurt.

‘Je ziet ook niet wat er dan allemaal hier gebeurt als ik bijvoorbeeld iemand in zijn kamer aan het helpen ben.’

Ook tijdens de nachten blijkt er geen continu toezicht op de bewoners te zijn. Uit de interviews is gebleken dat met name 's nachts onrust voor komt in woongroep 1. 's Nachts is geen continu toezicht aanwezig waardoor deze onrust gemakkelijker kan ontstaan. De EVV'er van woongroep 1 zegt hierover het volgende:

‘Ze kunnen niet verder dan de gangen en dan gaan ze bij ander weer op de kamer bonken en dat geeft gewoon onrust in de groep’.

Ook de teamleider, junior teamleider en de klantadviseur signaleren dit probleem van nachtelijke onrust. In woongroep 2 is volgens de verpleegkundige soms onrust, maar meestal gaat het goed.

4.2.2 Onvoldoende personeel ingezet op de woongroep voor extra activiteiten

Door een grotere zorgvraag van bepaalde bewoners is het niet altijd mogelijk om extra activiteiten in de woongroep te organiseren. Dit komt met name door het gebrek aan tijd van de medewerker door het feit dat naast het leveren van zorg ook huishoudelijke taken uitgevoerd moeten worden. De medewerker moet dit grotendeels alleen uitvoeren. Door de organisatie is namelijk gekozen om één medewerker op een woongroep met acht bewoners te zetten. Wel is een omloop aanwezig, maar deze helpt de medewerker vooral bij het douchen/aankleden van bewoners. Aan de zorg- en huishoudelijke taken komt de medewerker grotendeels wel toe, maar het organiseren van extra activiteiten of het geven van extra aandacht is vaak niet mogelijk. Dit is juist een aspect dat in de kleinschalige woongroepen meer aandacht zou moeten krijgen dan op een reguliere afdeling. Hierdoor ligt de nadruk meer op zorgen dan op welzijn. Dit knelpunt blijkt ook groter te zijn voor

woongroep 1. De zorgvraag van de bewoners is hier groter waardoor maar één medewerker op de woongroep hier als groter knelpunt gezien kan worden. De medewerker is dan met name bezig met de dagelijkse zorgverlening en het huishouden. De EVV'er van woongroep 1 zegt:

'Je hebt soms, al gaat het nu wel wat beter, geen tijd om activiteiten er naast te doen. Om is een keer lekker te sjoelen of te kaarten. Want tussendoor moet je ook nog het huishouden runnen.'

In woongroep 2 is volgens de EVV'er van woongroep 1 meer ruimte voor extra activiteiten dan in woongroep 1 ondanks dezelfde personele inzet. De EVV'er van woongroep 1 geeft aan dat dit met name komt door de al eerder genoemde grotere zelfstandigheid en het nog meer kunnen tonen van eigen initiatief van de bewoners in woongroep 2:

'Als je daar (woongroep 2) een sjoelbak op tafel zet, iemand schrijft de punten op, en dat gaat allemaal wel. Als ik bij mij op de huiskamer (woongroep 1) een sjoelbak of een bord mens erger je niet neerzet en ik moet weg om iemand naar het toilet te brengen, dan zitten ze elkaar allemaal nog steeds zo aan te kijken. Er wordt door niemand initiatief genomen om de pionnen neer te zetten of een dobbelsteen te gaan gooien. Ze zitten met z'n vieren er om heen en ze denken het zal wel en ze gaan zitten slapen.'

Daarentegen stelt de verpleegkundige van woongroep 2 dat ze te weinig tijd heeft om persoonlijke aandacht aan de bewoners te schenken. Ze is teveel bezig met het leveren van zorg en het doen van het huishouden. Voordat zij begon met werken in de kleinschalige woongroep, had zij juist het beeld dat dit stukje extra persoonlijke aandacht een zeer belangrijk onderdeel is van het concept van kleinschalig wonen. De verpleegkundige vindt dat dan ook bijna nog belangrijker dan het leveren van zorg en bijdragen aan het huishouden.

'Fris gewassen hier zitten, een boterhammetje smeren, koffie en thee inschenken en dat je voor ze kookt, dat valt dan binnen een vaste structuur. Maar alle andere aspecten, die ik persoonlijk nog belangrijker vindt, zoals het contact maken of bepaalde dingen ondernemen daar is dan gewoon geen tijd voor.'

4.3 De inzet van familie & vrijwilligers als gevolg van de knelpunten

Het is duidelijk dat verschillende knelpunten aanwezig zijn in de woongroepen. Een gevolg hiervan is dat van familieleden wordt verwacht dat zij een actieve rol spelen in de woongroepen. Daarnaast worden vrijwilligers ingezet om bepaalde taken op zich te nemen. Ook dit kan dan ook als een effect van de toewijzingscriteria en hun toepassing worden gezien.

Van familieleden wordt verwacht dat zij een actieve rol spelen in de woongroepen. Het is dan ook de bedoeling dat samen met de inzet van medewerkers, familie en vrijwilligers de woongroep gerund wordt. Het is gebleken dat het voor de medewerkers niet altijd mogelijk is om continu toezicht te houden op bewoners. Ook voor extra aandacht of extra activiteiten is niet altijd ruimte. Van familie wordt verwacht om dit (voor een deel) op te vullen. Het kan hierbij gaan om hulp in de huishouding of het organiseren en begeleiden van activiteiten.

In het begin bleek het volgens de EVV'er van woongroep 1 wettens voor de familieleden dat het niet de bedoeling was dat ze alleen op bezoek kwamen, maar dat ook een actieve houding van hen wordt verwacht. Nu de woongroepen een half jaar open zijn, is de familie meer en meer gewend aan hun rol en is een band ontstaan tussen de familie en de medewerkers.

'Maar ik merk ook wel dat de band die er nu is tussen de familie en tussen ons team, ik merk wel dat ze nu we een beetje de vrijheid hebben om koffie te gaan zetten, en als ik soep maak dan pakken ze het over, gaan ze de groenten snijden of samen met iemand de groenten snijden. Dus je merkt wel dat er steeds meer dat ze het gevoel hebben dat ze wat kunnen en ook mogen doen'.

Een ander gevolg van de knelpunten is dat meer een beroep wordt gedaan op vrijwilligers. Zoals al eerder geschetst, is tijdens het ontbijt vaak geen volledig toezicht op bewoners in de woonkamer omdat de medewerker(s) dan bezig zijn met het wassen en aankleden van een bewoner. Dit heeft zoals gezegd te maken met de grotere zorgvraag van sommige bewoners. Ontbijtondersteuning door een vrijwilliger zou hier volgens de junior teamleider en de EVV'er van woongroep 1 dan ook een goede oplossing voor zijn.

Vrijwilligers kunnen, net zoals familieleden, ook een rol spelen bij extra activiteiten waar de medewerkers niet altijd tijd voor hebben. Op deze manier krijgen de bewoners ook weer een stuk extra aandacht. Ook begeleiding naar en tijdens activiteiten binnenshuis behoren tot de mogelijkheden

Uit de interviews blijkt dat het niet altijd eenvoudig is om vrijwilligers te vinden. Dit komt mede door de ligging van het woonzorgcentrum. Het woonzorgcentrum ligt niet in een woonwijk en daardoor vrij afgelegen. De teamleider zegt daarover het volgende:

'Maar wij zitten heel erg geïsoleerd, we zitten in een buitengebied en dat weerhoudt mensen om hier heel makkelijk als vrijwilliger aan de slag te gaan. We hebben ze wel maar daar zouden we toch nog wel wat meer input van willen hebben'.

Ook moeten vrijwilligers geschikt zijn om in een woongroep werkzaamheden uit te voeren.

De EVV'er van woongroep 1:

'Ze moeten natuurlijk niet alles gaan overnemen, maar ze moeten ook niet te afwachtend zijn.'

4.4 De toewijzingscriteria en het doel van de toewijzingscriteria

In de paragrafen 4.1 en 4.2 is gebleken dat verschillen bestaan tussen bewoners en tussen de verschillende woongroepen en dat in de woongroepen bepaalde knelpunten voorkomen. Dit heeft vervolgens weer gevolgen voor de inzet van familieleden en vrijwilligers, dat in paragraaf 4.3 aan bod is gekomen. Deze effecten kunnen verklaard worden door de toewijzingscriteria die de instelling hanteert en dan met name door de toepassing van deze criteria. In deze paragraaf zal beschreven worden welke toewijzingscriteria het woonzorgcentrum heeft opgesteld en met welk doel ze deze criteria hebben opgesteld. Vervolgens zal in paragraaf 4.5 worden ingegaan op de toepassing van de toewijzingscriteria en zal een verklaring worden gegeven voor de effecten zoals beschreven in de paragrafen 4.1 tot en met 4.3.

4.4.1 De door het woonzorgcentrum opgestelde toewijzingscriteria

Een potentiële bewoner behoort volgens het woonzorgcentrum beoordeeld te worden aan de hand van een aantal in- en exclusiecriteria. Deze criteria zijn opgesteld door een werkgroep van de organisatie waarin verschillende disciplines vertegenwoordigd waren. De werkgroep heeft vervolgens een notitie opgesteld waarin de verschillende criteria zijn opgenomen. De klantadviseurs beoordelen potentiële bewoners aan de hand van deze criteria. Om goed te kunnen beoordelen of iemand geschikt is voor kleinschalig wonen en of aan de criteria wordt voldaan, wordt door klantadvies allerlei informatie ingewonnen bij verschillende zorgverleners die op dat moment al zorg leveren aan de potentiële bewoner. Dit zijn onder andere de huisarts en, mocht daar sprake van zijn, thuiszorg. Ook bij familie wordt navraag gedaan over de potentiële bewoner.

In tabel 5 is een overzicht opgenomen van de opgestelde in- en exclusiecriteria.

In- en exclusiecriteria	
<u>Inclusiecriteria</u>	Gediagnosticeerde dementie
	ZZP 5
	Beginnend tot matig stadium van dementie
<u>Exclusiecriteria</u>	Ernstige gedragsproblematiek
	Gevorderd stadium van dementie
	Jong-dementerenden

Tabel 5: in- en exclusiecriteria

4.4.2 Toewijzingscriteria opgesteld aan de hand van doel kleinschalig wonen

De opgestelde in- en exclusiecriteria lijken goed aan te sluiten bij het doel dat het woonzorgcentrum voor ogen heeft met kleinschalig wonen. De woongroepen zijn namelijk opgesteld met als doel een gezamenlijk huishouden te voeren waarbij actieve participatie nog mogelijk is. Ook staat het welzijn van de bewoner hierbij centraal. De junior teamleider zegt over dit doel het volgende:

'We willen een bepaalde vorm van zorg willen leveren in de zin van dat er een groep mensen samen moet zitten die nog deels aan huishoudelijke activiteiten kunnen deelnemen, dus nog wel een beetje de actieve mensen. En omdat we dat als beoogd doel hebben staan, willen we ook dat daar in- en exclusiecriteria aan vast zitten om gewoon echt de juiste mensen op de juiste plek te hebben'

Toch blijkt uit de knelpunten die aanwezig zijn in de woongroepen dat de bewoners niet volledig aan de in- en exclusiecriteria voldoen. Het doel van de kleinschalige woongroepen is om een actief, gezamenlijk huishouden te voeren. De opgestelde criteria waaraan de bewoners getoetst worden, moeten ervoor zorgen dat dit doel daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Het is dan van belang dat de toepassing van deze criteria zorgvuldig plaatsvindt. Door het feit dat, met name in woongroep 1, er vanaf de start van de woongroep geen actief en gezamenlijk huishouden wordt gevormd doordat een aantal bewoners hier niet toe in staat is, blijkt dat ergens in het toewijzingsproces deze criteria niet volledig zijn nageleefd. In woongroep 2 blijkt het toewijzingsproces beter te zijn verlopen doordat daar meer sprake is van een actief en gezamenlijk huishouden. Daarnaast blijkt dat het voor de medewerkers problematisch is dat zij niet altijd toezicht kunnen houden op de bewoners in de woongroep als zij iemand op de kamer aan het helpen zijn. De bewoners die op dat moment geholpen worden met douchen en aankleden zijn (grotendeels) volledig hulpbehoevend. Volledige hulpbehoevendheid is een kenmerk dat toebehoort aan het laatste stadium van dementie. Ook nachtelijke onrust is een kenmerk dat met name in een later stadium van dementie voor komt. Een gevorderd stadium van dementie is juist door het woonzorgcentrum als exclusiecriteria opgesteld, waardoor volledige hulpbehoevendheid en nachtelijke onrust in de praktijk niet zou moeten voorkomen. Ook dit geeft weer dat de bewoners in de praktijk niet volledig aan de criteria voldoen. Ten slotte het gegeven dat één medewerker per woongroep niet voldoende blijkt te zijn om alle aandacht te geven en extra activiteiten te organiseren die bij kleinschalig wonen hoort, geeft weer dat in de praktijk de criteria anders zijn toegepast. De inzet van één man personeel komt namelijk ook voort uit het feit dat er vanuit wordt gegaan dat een actief en gezamenlijk huishouden mogelijk is. De medewerker zou dan samen met de bewoners het huishouden kunnen runnen. Dit is nu niet het geval waardoor meer een beroep wordt gedaan op familieleden en vrijwilligers. In de

volgende paragraaf zal worden uitgewerkt hoe de toepassing van de in- en exclusiecriteria deze effecten heeft kunnen veroorzaken.

4.5 De toepassing van de toewijzingscriteria in de praktijk

Nu de effecten van de toewijzingscriteria en de toewijzingscriteria zijn besproken, kan in deze paragraaf worden ingegaan op de toepassing van de toewijzingscriteria in de praktijk. Aan de hand hiervan kan een verklaring worden gegeven voor de effecten van de toewijzingscriteria.

Ten eerste zal op de rol van de twee groepen professionals die de toewijzingscriteria hebben toegepast worden ingegaan. Het blijkt dat de toepassing door twee verschillende groepen professionals is gedaan. De eerste groep is klantadvies. Klantadvies beoordeelt potentiële bewoners die op de wachtlijst van het woonzorgcentrum staan. Dit zijn potentiële bewoners die vanuit de thuissituatie komen. De taak van klantadvies is om aan de hand van de opgestelde criteria en de ingewonnen informatie bij hulpverleners en familie te beoordelen of iemand geschikt is voor kleinschalig wonen. Dit gebeurt vanaf papier, maar bij twijfel gaat de klantadviseur op huisbezoek. Dit blijkt slechts in enkele gevallen te gebeuren.

De tweede groep die potentiële bewoners beoordeeld heeft, is het Multi Disciplinair Team (MDT) van het woonzorgcentrum. Het MDT bestaat uit de specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut, de teamleider en een medewerker van de afdeling. Naast bewoners die vanuit de thuissituatie zijn gekomen, zijn ook drie bewoners van de reguliere afdelingen van het woonzorgcentrum in de kleinschalige woongroepen terecht gekomen. Zij zaten al intern, vaak op de observatieafdeling waar gekeken wordt wat voor problematiek er speelt en wat voor soort wonen en zorg hierbij past. Deze bewoners zijn vaak door een medewerker van de desbetreffende afdeling aangedragen voor het kleinschalig wonen. Vervolgens is door het MDT van de afdelingen beslist of iemand inderdaad geschikt werd geacht voor kleinschalig wonen. Uit de interviews blijkt de specialist ouderengeneeskunde hier een beslissende rol in te hebben gespeeld. Deze bewoners zijn dan ook niet door de klantadviseurs beoordeeld.

In paragraaf 4.5.1 zal aandacht worden besteed aan de verschillende uitgangspunten die klantadvies en de specialist ouderengeneeskunde van het MDT hebben gehanteerd. Vervolgens wordt in 4.5.2 weergegeven in hoeverre het doel van kleinschalig wonen is gehanteerd bij de toepassing van de criteria. Ten slotte zal in paragraaf 4.5.3 worden ingegaan op de complexe problematiek van dementie. Ook dit blijkt een rol te hebben gespeeld in de toepassing van de toewijzingscriteria.

4.5.1 Verschillende uitgangspunten gehanteerd in de beoordeling van potentiële bewoners

Bij de toepassing van de toewijzingscriteria door klantadvies en het MDT zijn verschillende uitgangspunten gehanteerd. Klantadvies blijkt niet altijd even strikt de in- en exclusiecriteria

te hebben toegepast. De klantadviseur zegt te beginnen bij het feit of een potentiële bewoner een BOPZ-verklaring heeft. Iemand met een BOPZ-verklaring moet opgenomen worden op een gesloten afdeling en is daarom al niet geschikt voor het kleinschalig wonen dat in een open setting plaatsvindt. Daarnaast blijkt het klantverhaal belangrijker dan de opgestelde criteria. Wel zijn de in- en exclusiecriteria door de klantadviseurs indirect in de beoordeling mee genomen, maar het klantverhaal is breder dan deze criteria. Aspecten waar volgens de klantadviseur namelijk naast de criteria aandacht aan wordt besteed zijn oog voor de medemens hebben, nog sociaal actief zijn en deel kunnen nemen aan een gezin met het daarbij behorende huishouden. Het belangrijkste voor de klantadviseur blijkt dan ook of een potentiële bewoner nog mee kan doen in een gezinssituatie. Iemand kan al in een verder gevorderd stadium van dementie zitten, maar alsnog geschikt zijn voor kleinschalig wonen doordat iemand sociaal nog heel vaardig is.

De klantadviseur zegt het volgende:

'Criteria kan je natuurlijk beschrijven, maar het is het klantverhaal. Ik kan wel heel sec zeggen het moet een ZZP 5 zijn, maar de overheid kent maar één pakket 5 en dat is een variatie van op een nog heel hoog niveau functioneren tot zwaar bedlegerig in zichzelf gekeerde dementerenden. Dus het hele klantverhaal maakt of jij iemand vindt passen in die groep.'

Ook hoe de nachten van de potentiële bewoner zijn wordt als belangrijk punt beschouwd door klantadvies. De klantadviseur zegt daarover het volgende:

'Daarnaast is een van de criteria, waar we ook altijd naar vragen, hoe de avonden gaan en de nachten. Op het moment dat je hoort dat mensen 's nachts thuis al lopen te dwalen, dan komen ze ook niet meer in aanmerking.'

Toch lijkt dit niet helemaal goed te zijn beoordeeld door de klantadviseurs, aangezien op dit moment de nodige nachtelijke onrust is in de woongroepen en dan met name in woongroep 1.

De junior teamleider en de EVV'er van woongroep 1 geven aan dat het onduidelijk is geweest hoe de bewoners door de specialist van het MDT precies zijn beoordeeld en geschikt zijn bevonden. De junior teamleider weet niet of het MDT de in- en exclusiecriteria heeft gehanteerd zoals beschreven in de notitie. Zij blijken meer beoordeeld te hebben op basis van observatie en onderling overleg. Volgens de junior teamleider vertoonden de bewoners die intern zijn overgeplaatst bepaald problematisch gedrag op de reguliere afdeling of observatieafdeling waardoor de arts aannam dat kleinschalig wonen voor hen wellicht een betere oplossing zou zijn.

De EVV'er van woongroep 1 zegt hierover dat daardoor een aantal bewoners zijn geplaatst die problemen veroorzaken:

'Die zijn eigenlijk niet helemaal geschikt voor kleinschalig wonen maar zijn via de organisatie verkeerd beoordeeld'.

Naast de verschillende manieren van beoordelen blijkt ook dat onderling weinig is gecommuniceerd over de potentiële bewoners. Over interne verhuizingen is geen overleg geweest tussen klantadvies en het MDT doordat gedacht werd dat dezelfde uitgangspunten werden gehanteerd. Ook de junior teamleider geeft aan dat er door het MDT weinig communicatie is geweest over deze bewoners met de betrokkenen van de kleinschalige woongroepen. Zonder overleg is dan ook besloten door de specialist deze bewoners over te plaatsen naar kleinschalig wonen. De junior teamleider zegt hierover het volgende:

'En dat was dus opeens van 'hij komt hier wonen, kijk maar hoe het gaat''

Ook de klantadviseur signaleert het probleem dat door het MDT en door de klantadviseurs verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd waar geen communicatie over is geweest. Klantadvies is er vanuit gegaan dat de beoordeling vanuit het MDT op dezelfde gronden heeft plaatsgevonden als door klantadvies. Hierdoor heeft dan ook geen beoordeling meer vanuit klantadvies plaatsgevonden.

Het gevolg hiervan is dat het voor de betrokkenen tijdens het toewijzingsproces onduidelijk is geweest dat door klantadvies en het MDT verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd. Op deze manier is niet eenduidig omgegaan met de toewijzingscriteria en zijn verschillen tussen de bewoners en de woongroepen ontstaan, waar vervolgens weer de eerdergenoemde knelpunten door zijn ontstaan.

De verschillende manieren van beoordelen met de daarbij behorende verschillende uitgangspunten zijn een verklaring voor de verschillen die aanwezig zijn tussen de bewoners en tussen de woongroepen. Klantadvies is uitgegaan van het hele klantverhaal, terwijl het MDT meer op basis van bepaalde problematiek heeft besloten dat kleinschalig wonen geschikt zou zijn. Doordat verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd zitten er bewoners met verschillende zorgvragen en is de ene bewoner hulpbehoevender (soms volledig hulpbehoevend) dan de andere bewoner. Hulpbehoevende bewoners zorgen daarnaast ervoor dat het toezicht op andere bewoners in de woongroep niet altijd gegarandeerd kan worden. Ook is hierdoor niet altijd ruimte voor extra aandacht en activiteiten.

4.5.2 Het doel van kleinschalig wonen: verschil tussen theorie en praktijk

Klantadvies heeft bij de beoordeling een ander doel van kleinschalig wonen voor ogen gehad dan het MDT. Klantadvies blijkt namelijk meer te hebben beoordeeld op basis van het feit dat

er een gezin moet worden gevormd in de kleinschalige woongroepen. Daarbij moet samen een huishouden worden gevormd waarbij het sociale aspect erg belangrijk is.

Het MDT van de reguliere afdelingen heeft bij de beoordeling een eigen invulling gegeven aan het doel van de kleinschalige woongroepen. De woongroepen zijn, zoals eerder genoemd, opgericht met als doel een gezamenlijk huishouden te voeren waarbij actieve participatie nog mogelijk is. Ook staat het welzijn van de bewoner hierbij centraal. De specialist heeft aangenomen dat kleinschalig wonen geschikt is voor bewoners met bepaalde problematiek. Bij deze aanname heeft de specialist een eigen invulling gegeven aan het doel van kleinschalig wonen. Het effect hiervan is het eerder beschreven toezicht op de bewoners dat niet altijd gegarandeerd wordt. Er is geen continu toezicht aanwezig doordat de medewerker bijvoorbeeld een bewoner aan het douchen is. Ook nachtelijke onrust speelt op (mede) door deze bewoners.

4.5.3 Complexe problematiek van dementie bemoeilijkt de beoordeling

Klantadvies blijkt op basis van de beoordeling van het klantverhaal wel het doel van de kleinschalig woongroepen voor ogen te hebben gehad. Een andere reden dat wellicht toch verschil tussen de bewoners en de woongroepen zit wordt aangedragen door de beleidsmedewerker. De beleidsmedewerker stelt dat het beoordelen van potentiële bewoners nu eenmaal heel lastig is door de problematiek die potentiële bewoners hebben. Volgens de beleidsmedewerker ligt de oorzaak van de knelpunten dan ook meer bij het inschatten van de problematiek:

'Het blijft toch erg lastig om een inschatting te maken van de exacte problematiek die iemand heeft en als iemand er dan daadwerkelijk komt te wonen dan blijkt wellicht de problematiek anders, erger.'

Daar zit volgens de beleidsmedewerker nog een andere kant aan die meer te maken heeft met de problematiek omtrent dementie zelf:

'Mensen in een beginnend PG stadium hebben ook nog zelf heel veel invloed op hoe ze overkomen en ze kunnen dus in eerste instantie beter overkomen dan dat ze daadwerkelijk zijn. Daar kan je inschattingsfout maken.'

Dit kan verklaren waarom in de woongroepen 's nachts onrust is. De klantadviseurs hebben dit namelijk wel meegenomen in hun beoordeling, maar dit blijkt toch lastig te beoordelen geweest, gezien de actuele onrust gedurende de nacht.

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat de toewijzingscriteria en dan met name de toepassing van de toewijzingscriteria van invloed zijn geweest op de effecten in de

woongroep. In de volgende paragrafen zal beschreven worden welke factoren van invloed zijn geweest op de toepassing van de toewijzingscriteria in de praktijk. Er zal worden ingegaan op de rol van de medewerkers (4.6), de organisatie (4.7) en de familie (4.8) in het toewijzingsproces.

4.6 Rol van de medewerkers in het toewijzingsproces

In deze paragraaf zal aandacht worden besteed aan of en hoe de medewerkers betrokken zijn bij het opnameproces, wat deze rol in de toekomst zal zijn en in hoeverre er betrokkenheid is tussen de organisatie en de medewerkers.

De medewerkers zijn weinig betrokken bij het toewijzen van potentiële bewoners. Hierdoor is geen gebruik gemaakt van de praktijkervaring die aanwezig is bij de medewerkers. De medewerkers geven aan dat juist zij goed kunnen inschatten welke bewoners geschikt zijn voor kleinschalig wonen, onder andere door hun kennis over de bewoners in de woongroep. Door deze ervaring, kennis en inzicht van de problematiek omtrent dementie zijn de medewerkers goed in staat om te beoordelen of een potentiële bewoner geschikt is voor kleinschalig wonen. Ook zijn zij degenen die door het reeds werken op reguliere afdelingen het best het verschil kunnen aangeven tussen bewoners die geschikt zijn voor de reguliere afdelingen en bewoners die geschikt zijn voor kleinschalig wonen. De EVV' er van woongroep 1 zegt hierover het volgende:

'Ik vind dat wij het beste beeld hebben over de groep en wat daar in past'.

Ook de verpleegkundige van woongroep 2 geeft aan graag meer betrokken te willen worden in het toewijzingsproces:

'Ik zie dingen toch weer heel anders. Misschien kan je ook nog wel een ander idee aandragen, iets vertellen van wat je ziet. Daar is weinig ruimte voor'.

Zoals al eerder vermeld, hebben medewerkers wel bepaalde bewoners van de observatieafdeling of dagopvang aangedragen maar daarna heeft het MDT deze medewerkers verder weinig betrokken in de toewijzingsprocedure. De EVV'er van woongroep 1 en de verpleegkundige van woongroep 2 zeggen niet betrokken te zijn geweest bij het opnameproces. In de toekomst lijkt, volgens de klantadviseur, de rol van de medewerkers groter te worden doordat zij dan degenen zijn die het beste beeld hebben van de bestaande groep. Daardoor kunnen zij het beste inschatten welke potentiële nieuwe bewoner het best in de groep zal passen. De klantadviseur zegt hierover:

'We hadden nu het geluk dat elke nieuweling een nieuweling was. Als dit straks een hechte groep gaat worden, en er gaat een nieuweling komen, dan moet je zeker weten hoe zo'n vaste groep functioneert'.

Ook de EVV'er van woongroep 1 stelt dat de medewerkers graag meer betrokken willen worden bij het opnameproces om dezelfde redenen als de klantadviseur aandraagt. Ook de verpleegkundige van woongroep 2 vindt dit een goed plan. Het is volgens haar belangrijk dat de medewerkers betrokken worden bij de toepassing van de toewijzingscriteria omdat zij het beste beeld hebben van de groep en wie daarbij past.

4.7 Rol van de organisatie in het toewijzingsproces

In deze paragraaf zal uitgewerkt worden welke rol de organisatie heeft gespeeld tijdens het toewijzingsproces. Er zal worden ingegaan op de druk die er vanuit de organisatie was om de woongroepen zo snel mogelijk te vullen.

4.7.1 Druk vanuit de organisatie tijdens het toewijzingsproces

Uit de interviews is gebleken dat er vanuit de organisatie de nodige druk is uitgeoefend om de woongroepen zo snel mogelijk bezet te krijgen. Deze druk komt voort uit financiële overwegingen. Als geen zorg geleverd wordt zijn er namelijk ook geen inkomsten uit deze zorg. Dit blijkt van invloed te zijn geweest op de toepassing van de toewijzingscriteria. Met name woongroep 1 is snel van bewoners voorzien. Uit het interview met de teamleider bleek dat de directeur van de organisatie stelde dat de woningen binnen twee weken na oplevering volledig bezet moesten zijn. Op 1 oktober is begonnen met het plaatsen van bewoners in woongroep 1. De teamleider heeft hierover gezegd dat het onmogelijk was om binnen twee weken vol bezet te zijn, aangezien de invulling van het personeel toen ook nog niet rond was. Uiteindelijk is woongroep 1 toch snel van bewoners voorzien en was de groep eind oktober volledig bezet. De junior teamleider zegt hierover het volgende:

'Het was ook zo op een gegeven moment moest ook de woning voor 31 december vol liggen. Dat is allemaal vanuit kostenoverweging, het financiële plaatje, en met name in de eerste groep zijn een aantal opnames gedaan waar wij het niet mee eens zijn geweest en in de tweede groep is wel beter gekeken naar wat past en welke groepssamenstelling hebben we nodig'

In woongroep 2 is dan ook zorgvuldiger met de toepassing van de toewijzingscriteria omgegaan omdat meer tijd is genomen om te beoordelen welke personen geschikt zouden zijn voor de woongroep. Er is daar dan ook meer aandacht besteed aan de toepassing van de toewijzingscriteria. Hierdoor zijn in deze groep ook minder knelpunten, tonen bewoners meer eigen initiatief en is er meer communicatie tussen bewoners onderling.

Uit het interview met de beleidsmedewerker blijkt dat vanuit de beleidskant niet is ervaren dat er te weinig tijd is geweest voor de betrokkenen om de woongroepen te vullen. Volgens de beleidsmedewerker is de tijd die er was een redelijke periode geweest om de

woongroepen in te vullen en moet op een gegeven moment toch een deadline worden gesteld.

De druk vanuit de organisatie blijkt ook uit het feit dat, indien de familie beslist hun demente familielid te laten plaatsnemen, het de bedoeling is dat de verhuizing snel plaatsvindt. De organisatie krijgt namelijk pas inkomsten van de zorg zodra een bewoner daadwerkelijk in het appartement woont en zorg ontvangt. De teamleider zegt hierover:

'We zeggen ook, u heeft nu het appartement aanvaard, dus binnen uiterlijk een week moet de bewoner ook daadwerkelijk hier zijn'.

Dit blijkt ook uit het interview met twee familieleden van een bewoner van woongroep 1. Op vrijdag besloot de familie het appartement te aanvaarden en op de woensdag erna werd al verhuisd. De familie heeft dit niet als een probleem ervaren doordat het voor hen duidelijk was dat hun familielid niet meer thuis kon blijven wonen en dat opname dan ook noodzakelijk was.

'We vinden het niet te snel gegaan. We zagen ook gewoon heel erg dat ze achteruit ging. Het gas aan liet staan en dat soort dingen. Het was wel echt nodig dat er iets gebeurde'.

Organisatiebelang, namelijk het zo snel mogelijk volledig bezet hebben van een woongroep wegens financiële redenen, blijkt een belangrijke factor van invloed op de toepassing van de toewijzingscriteria in de praktijk. Meer tijd zorgt er namelijk voor dat zorgvuldiger met de toewijzingscriteria kan worden omgegaan. Organisationsbeleid, zoals het feit dat er één medewerker op de woongroep staat, lijkt minder direct van invloed op tijdens het toewijzingsproces en wordt niet specifiek meegenomen. Dit wordt niet specifiek meegenomen in de beoordeling. Wat belangrijker lijkt te zijn is of in de nacht ook een medewerker in de woongroep aanwezig is. Zoals al eerder genoemd houdt klantadvies namelijk rekening met het feit dat 's nachts geen continue toezicht aanwezig is.

4.8 Rol van familie in het toewijzingsproces

In deze paragraaf zal de invloed van familie op het toewijzingsproces uitgewerkt worden. De aanwezigheid van familie en de bijdrage die zij kunnen leveren aan het toewijzingsproces is niet expliciet van invloed op de toepassing van de toewijzingscriteria, maar toch speelt familie een beslissende rol bij opname.

Vóór opname van een bewoner wordt aan de familie gemeld dat van hen een actieve opstelling wordt verwacht zodra hun familielid als bewoner in een kleinschalig wonen woongroep wordt geplaatst. Deze verwachte actieve opstelling is niet een criterium dat

expliciet door klantadvies wordt meegenomen. Wel wordt, zoals al eerder genoemd, door klantadvies ook bij familie informatie ingewonnen over de potentiële bewoner om zo goed mogelijk te kunnen beoordelen of iemand al dan niet geschikt is. Als klantadvies vervolgens beslist dat iemand geschikt is voor kleinschalig wonen, wordt de bewoner met familie uitgenodigd voor een rondleiding door de woongroepen. Het is (in bijna alle gevallen) de familie van de bewoner die uiteindelijk beslist of het appartement aanvaard wordt. Er wordt dan ook in feite over een bewoner beslist; over de geschiktheid van een bewoner door de organisatie en over het aanvaarden van het appartement door de familie. Een potentiële bewoner zelf heeft uiteindelijk weinig invloed tijdens het toewijzingsproces. Het volgende citaat van een familielid geeft dit goed weer:

'We hebben tegen haar gezegd dat haar huisje gerenoveerd wordt, dat ze eruit moest even een paar weken, nou prima.'

Vanwege het feit dat de reguliere afdelingen en het kleinschalig wonen qua opzet en interieur zo van elkaar verschillen, is het logisch dat familie niet twijfelt over het huren van een appartement in de kleinschalige woongroepen. Ook is opname meestal noodzakelijk doordat de potentiële bewoner niet meer zelfstandig kan wonen.

De familie speelt een beslissende rol in de acceptatie van een appartement voor hun familielid, waardoor hun rol dan ook uiteindelijk groot is.

5. Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk zullen de opgestelde deelvragen en de hoofdvraag beantwoord worden. In de discussie zal aandacht worden besteed aan de beperkingen en de theoretische implicaties van dit onderzoek. Ten slotte worden aanbevelingen aan de organisatie gedaan.

5.1 Conclusie

In deze paragraaf zullen de opgestelde deelvragen beantwoord worden. Aan de hand hiervan kan uiteindelijk tot een antwoord op de hoofdvraag worden gekomen.

1. Welke criteria zijn door de zorginstelling opgesteld bij het toewijzen van bewoners met dementie aan een kleinschalige woonvorm?

Een werkgroep van het woonzorgcentrum met daarin vertegenwoordigd verschillende disciplines hebben een notitie opgesteld waarin de verschillende in- en exclusiecriteria worden vermeld. Deze criteria zijn opgesteld om zorg te kunnen leveren die aansluit bij het doel van kleinschalig wonen. Het doel is een gezamenlijk huishouden te voeren waarbij actieve participatie nog mogelijk is. De in- en exclusiecriteria blijken vooral gestoeld te zijn op persoonsgebonden factoren. De volgende in- en exclusiecriteria zijn opgesteld om aan het doel van kleinschalig wonen te kunnen voldoen (tabel 5).

In- en exclusiecriteria	
<u>Inclusiecriteria</u>	Gediagnosticeerde dementie
	ZZP 5
	Beginnend tot matig stadium van dementie
<u>Exclusiecriteria</u>	Ernstige gedragsproblematiek
	Gevorderd stadium van dementie
	Jong-dementerenden

Tabel 5: in- en exclusiecriteria

Deze criteria komen grotendeels overeen met de toewijzingscriteria die uit bestaand onderzoek naar voren zijn gekomen (tabel 6). Er wordt gekeken naar het ZZP (en daarbij het hebben van een verpleeghuisindicatie), het stadium van dementie en ernstige gedragsproblematiek. De mate van sociale vaardigheden en ADL-vaardigheden zijn geen criteria die expliciet door het woonzorgcentrum zijn opgesteld. Wel is gebleken dat de klantadviseurs hier aandacht aan besteden. Ook is in dit onderzoek door het woonzorgcentrum het criteria dat de bewoner een bewoner voor altijd moet blijven niet meegenomen. Dit om te voorkomen dat bewoners binnen de kleinschalige woongroep in een later stadium meer zorg nodig hebben, dan dat er daadwerkelijk geboden kan worden. De

reden dat dit verschil tussen voorliggend onderzoek en het bestaand onderzoek aanwezig is, kan zijn dat deze kleinschalige woongroepen deel uitmaken van een groter woonzorgcentrum waardoor overplaatsing naar een afdeling voor een grotere zorgvraag eenvoudiger is. In het geval van een stand-alone woongroep, bijvoorbeeld binnen een woonwijk, kan dit lastiger zijn waardoor dit criterium wel gehanteerd wordt. Het op jonge leeftijd hebben van dementie is in bestaand onderzoek geen exclusiecriteria doordat deze onderzoeken zich hebben gericht op woonvoorzieningen voor ouderen met dementie.

Criteria die bij toewijzing een rol spelen	NL	Zwe	Fr	GB	VS/Can	Aus
PG verpleeghuisindicatie	X					
Stadium dementie	X					
ZZP 5 of hoger	X					
Mate ADL-vaardigheden	X					
Mate sociale vaardigheden	X	X			X	
Bewoner voor altijd	X		X	X		
PG problematiek		X				
Fysiek kwetsbaar		X				X

Tabel 6: overzicht criteria die bij toewijzing een rol spelen

2. Op welke wijze worden de opgestelde criteria in de praktijk toegepast door leidinggevend en professionals bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm en wat is hierbij de invloed van de potentiële bewoner en familie?

De opgestelde in- en exclusiecriteria zijn door twee verschillende groepen professionals toegepast waarbij verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd. Klantadvies is de eerste groep en beoordeelt potentiële bewoners vanuit de thuissituatie. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van allerlei informatie ingewonnen bij zorgverleners en familieleden van de potentiële bewoner. De klantadviseurs zijn bij de beoordeling uitgegaan van het hele klantverhaal. Daarbij wordt met name meegenomen hoe iemand in een groep nog kan functioneren. Zo wordt onder andere gekeken of iemand nog sociaal actief kan zijn. De invloed van het klantverhaal betekent dat de in- en exclusiecriteria niet altijd strikt zijn gehanteerd. Klantadvies beoordeelt potentiële bewoners dan ook op een breder niveau door naar het gehele klantverhaal te kijken in plaats van alleen naar de opgestelde criteria. De tweede groep is het MDT van het woonzorgcentrum. Het MDT, waarbij een beslissende rol is weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde, heeft potentiële bewoners van de reguliere afdelingen en observatieafdeling beoordeeld. Deze potentiële bewoners zijn meestal aangedragen door een medewerker van de desbetreffende afdeling. Hierbij zijn andere uitgangspunten gehanteerd dan door klantadvies. Het is onduidelijk welke criteria de specialist heeft gehanteerd en op basis waarvan beoordeeld is. Voor bepaalde bewoners

met specifieke problematiek op de reguliere afdeling werd kleinschalig wonen door het MDT gezien als oplossing voor deze problematiek. Bij deze aannname is een eigen invulling gegeven aan het doel van kleinschalig wonen. Over geschiktheid van bewoners is besloten aan de hand van observaties van bewoners en onderling overleg binnen het MDT. Het MDT heeft hierover geen overleg gepleegd met klantadvies of andere betrokkenen bij de kleinschalige woongroepen.

Familie is uiteindelijk de beslissende partij in het wel of niet aanvaarden van een appartement. Er wordt voornamelijk voor een bewoner beslist waardoor de invloed van potentiële bewoners zelf in het toewijzingsproces klein is.

3. Wat zijn de effecten van de toepassing van de opgestelde toewijzingscriteria in de praktijk op het leven van de bewoners en op de organisatie volgens leidinggevenden, professionals en familie?

De toepassing van de in- en exclusiecriteria heeft ervoor gezorgd dat in de praktijk niet geheel aan het doel van kleinschalig wonen zoals opgesteld door het woonzorgcentrum wordt voldaan. Er bestaan verschillen tussen de twee woongroepen in hoeveel zorg bewoners vragen, hoe actief en zelfstandig zij nog zijn binnen de woongroep en de mate waarin communicatie onderling plaatsvindt. In woongroep 1 ligt de zorgvraag hoger dan in woongroep 2. Ook wordt in woongroep 2 meer initiatief genomen door de bewoners zelf en vindt meer communicatie tussen de bewoners plaats. Er is daar meer sprake van een gezinssituatie. Daarnaast komen een aantal knelpunten voor binnen de woongroepen als gevolg van de onzorgvuldige toepassing van de toewijzingscriteria. Het eerste knelpunt heeft betrekking op de verschillen in zorgvraag van bewoners met als gevolg dat er geen continu toezicht is. Als de medewerker bewoners aan het douchen is, is geen toezicht aanwezig. Dit komt voornamelijk door de (grotendeels) volledig hulpbehoevende bewoners, die in eerste instantie niet tot de doelgroep behoren. Ook 's nachts, wanneer onrust ontstaat, is dit probleem van ontbrekend toezicht aanwezig. Dit zou niet moeten voorkomen als de bewoners volledig aan de in- en exclusiecriteria zouden voldoen. Daarnaast blijkt niet altijd voldoende personeel te worden ingezet voor extra activiteiten en aandacht. Dit komt doordat naast het leveren van zorg ook huishoudelijke taken door de medewerker moeten worden uitgevoerd waarbij de inbreng van de bewoners in de praktijk gelimiteerd is. Er wordt geprobeerd deze knelpunten weg te nemen door een beroep te doen op familieleden van bewoners en op vrijwilligers. Samen met de medewerkers wordt dan de woongroep gerund.

4. Hoe vallen de effecten van de opgestelde toewijzingscriteria in de praktijk te verklaren?

De effecten van de opgestelde toewijzingscriteria in de praktijk kunnen door verschillende factoren verklaard worden. Er is door twee verschillende groepen, klantadvies en het MDT,

beoordeeld waardoor verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd. Hierdoor zijn verschillen ontstaan tussen de bewoners en de woongroepen. Ook komen daar de verschillende knelpunten uit voort. Daarnaast is er weinig gecommuniceerd tussen klantadvies en het MDT en heeft het MDT geen overleg gepleegd met de betrokkenen van de kleinschalige woongroepen over potentiële bewoners waardoor het pas achteraf duidelijk werd dat verschillende uitgangspunten zijn gehanteerd. Hierdoor was correctie niet meer mogelijk. Verder blijkt het toepassen van de in- en exclusiecriteria lastig. Dit komt door de problematiek die de potentiële bewoners hebben. Daarbij kunnen zij bijvoorbeeld voorwenden dat zij tot meer in staat zijn dan dat werkelijk het geval is. Ook zijn een aantal factoren van invloed geweest op de toepassing van de toewijzingscriteria. Er is vanuit de organisatie druk geweest om de groepen zo snel mogelijk te voorzien van bewoners. Zeker voor woongroep 1, die eind oktober al een volledige bezetting had, heeft dit ervoor gezorgd dat minder zorgvuldig kon worden omgegaan met de toepassing van de toewijzingscriteria. In woongroep 2 is hier meer tijd en aandacht voor genomen, mede doordat na de start van woongroep 1 duidelijker werd wat bewoners geschikt maakt voor de groepen. Daarnaast zijn de medewerkers weinig betrokken geweest in het opnameproces met als gevolg dat bepaalde kennis niet meegenomen is, zoals het goed kunnen duiden van het verschil tussen kleinschaligheid en reguliere verpleegafdelingen. Op basis van hun ervaring hebben de medewerkers inzicht in en kennis van de geschiktheid van potentiële bewoners voor kleinschalig wonen.

Aan de hand van de antwoorden op de deelvragen kan nu antwoord worden gegeven op de hoofdvraag:

‘Op welke wijze hanteren zorginstellingen criteria voor het toewijzen van mensen met dementie aan kleinschalige woonvormen en wat zijn hiervan de effecten?’

De zorginstelling hanteert op verschillende wijze criteria voor het toewijzen van mensen met dementie aan een kleinschalige woonvorm. Er wordt niet op een eenduidige manier omgegaan met de toewijzingscriteria. Verschillende uitgangspunten met betrekking tot de geschiktheid van bewoners voor kleinschalig wonen is daarvan de oorzaak. Daarnaast vindt geen onafhankelijk controle plaats nadat iemand als geschikt is beoordeeld waardoor het niet altijd duidelijk is welke uitgangspunten zijn gehanteerd bij het beoordelen van een bewoner.

De effecten van de toewijzingscriteria en de toepassing daarvan zijn dat een aantal bewoners feitelijk niet geschikt is voor kleinschalig wonen. Een aantal bewoners voldoet niet

aan de opgestelde criteria en dit blijkt uit de knelpunten die voorkomen. Deze knelpunten zijn binnen een kleinschalige woonvorm moeilijk op te lossen vanwege de kleinschaligheid. Daarmee wordt het doel van kleinschalig wonen niet volledig bereikt. Dit heeft ook zijn weerslag op de bewoners die wel aan de in- en exclusiecriteria voldoen. Ook voldoet het werk dat de medewerkers uitvoeren hierdoor niet aan hun verwachtingspatroon. Het welzijnsaspect wordt overschaduwd door de tijd die moet worden besteed aan zorg- en huishoudelijke taken.

De effecten betekenen met name voor woongroep 1 dat het verschil tussen de doelgroepen van kleinschalig wonen en van de reguliere verpleegafdelingen minder groot is dan dat deze zou moeten zijn. Het verschil zit nu dan vooral in de setting waarin de zorg wordt verleend.

5.2 Discussie

In deze paragraaf zal gereflecteerd worden op het uitgevoerde onderzoek. Eerst zullen de beperkingen van het onderzoek aan bod komen. Vervolgens zal worden ingegaan op de implicaties van dit onderzoek voor de theorie. Ten slotte zullen een aantal aanbevelingen worden gedaan voor de organisatie.

5.2.1 Beperkingen van het onderzoek

Er is getracht dit onderzoek zo valide en betrouwbaar mogelijk uit te voeren. Toch zijn een aantal beperkingen in dit onderzoek aanwezig die in deze paragraaf behandeld zullen worden.

Ten eerste is het onderzoek uitgevoerd bij één zorginstelling. De resultaten die zijn gevonden in de kleinschalige woongroepen van dit woonzorgcentrum kunnen daarom niet geheel representatief zijn voor andere kleinschalige woongroepen. Zoals uit het theoretisch kader naar voren is gekomen kunnen kleinschalige woongroepen verschillende kenmerken hebben en in verschillende settings plaatsvinden. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een kleinschalige woongroep geïntegreerd in een intramurale instelling. Kleinschalige woongroepen met andere kenmerken en in een andere setting, bijvoorbeeld een stand-alone woongroep, kunnen dan ook tot een ander onderzoeksresultaat leiden. Ook kunnen kleinschalige woongroepen een andere populatie tot hun doelgroep rekenen, waardoor de resultaten eveneens anders kunnen zijn. Toch is te verwachten dat bepaalde mechanismen ook in andere omstandigheden terug zullen komen. Hierbij kan gedacht worden aan het feit dat toewijzingscriteria significante effecten op de bewoners, medewerkers en de organisatie met zich mee kunnen brengen. Ook heeft iedere zorgorganisatie, zeker in deze periode waarin veel bezuinigd moet worden, te maken met efficiëntiebelangen waardoor dit ook iets is wat in een andere setting terug zal komen.

Daarnaast heeft wegens omstandigheden geen interview kunnen plaatsvinden met de specialist ouderengeneeskunde van het MDT. Het was goed geweest om ook het perspectief

van deze betrokkene op het toewijzingsproces in dit onderzoek te hebben betrokken. Helaas is dit wegens langdurige ziekte van de specialist niet mogelijk geweest. Voor vervolgonderzoek is het van belang dat deze visie ook wordt meegenomen zodat duidelijk kan worden welke overwegingen door de specialist tijdens het toewijzingsproces zijn meegenomen. Nu is dit gedaan op basis van uitspraken van de betrokken respondenten. Ten slotte, terugkomend op de verwachting van de onderzoeker zoals beschreven in de methoden kan gesteld worden dat deze verwachting een kleine rol heeft gespeeld. Dit komt door het feit dat vanaf het begin van het onderzoek al duidelijk werd dat de groep bewoners geen homogene groep vormde en door het feit dat niet alle bewoners geschikt bleken te zijn voor kleinschalig wonen. Deze verwachting heeft dan ook geen invloed gehad op de rol van de onderzoeker tijdens het onderzoek.

5.2.2 Theoretische implicaties

Dit onderzoek brengt verschillende theoretische implicaties met zich mee. De belangrijkste bijdrage aan theoretische kennis is aanwezig in effecten die kleinschalig wonen met zich mee kunnen brengen. Zoals gebleken is uit het theoretisch kader brengt kleinschalig wonen positieve effecten met zich mee en zijn er geen resultaten die er op wijzen dat kleinschalig wonen slechter is dan wonen op een reguliere afdeling. Indien woongroep 2 wordt vergeleken met een reguliere afdeling is de kans groot dat deze positieve effecten inderdaad naar voren zullen komen, doordat kleinschalig wonen daar tot uitdrukking komt zoals bedoeld. Deze effecten zullen anders uitpakken als een vergelijking wordt gemaakt tussen woongroep 1 van kleinschalig wonen en een reguliere afdeling. Doordat niet alle bewoners in woongroep 1 geschikt zijn voor kleinschalig wonen zal dit gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van de bewoner zelf en van andere bewoners. De kans is dan ook groter dat kleinschalig wonen in dit geval in de praktijk sterk lijkt op wonen op een reguliere afdeling en de positieve effecten niet optreden. Het belang van toewijzingscriteria en de toepassing van deze criteria wordt hiermee geïllustreerd. Verkeerde toewijzingscriteria of een verkeerde toepassing van de toewijzingscriteria kunnen bepalend zijn voor welke effecten kleinschalig wonen met zich meebrengt.

Verder zijn er een aantal verschillen tussen theorie en praktijk naar voren gekomen. Er is in de praktijk gebleken dat medewerkers van een kleinschalige woongroep weinig betrokken worden bij het toewijzingsproces. Uit de theorie bleek echter dat juist de medewerkers een groter takenpakket krijgen in een kleinschalige woonvorm. Naast zorgtaken worden ook huishoudelijke taken uitgevoerd en de medewerker maakt deel uit van het gezin dat gevormd wordt in de woongroep. Het is dan ook opvallend dat in de praktijk de medewerkers bij de start van de kleinschalige woongroepen en de toewijzing van bewoners weinig betrokken zijn. De rol die zij kunnen spelen in het toewijzingsproces van bewoners aan kleinschalige

woongroepen zal verder onderzocht moeten worden. Daarnaast is het opvallend dat het belangrijkste kenmerk dat door het Trimbos-instituut wordt genoemd, namelijk in voor- en tegenspoed bewoner blijven, geen kenmerk, en dus ook geen onderdeel van de in- en exclusiecriteria, is van de onderzochte kleinschalige woongroepen. De praktijk is hier dan ook strijdig met de theorie. De vraag die hierbij gesteld kan worden is of dit kenmerk van het Trimbos-instituut wel het belangrijkste kenmerk is van kleinschalig wonen of dat kleinschaligheid meer gevonden wordt in de huiselijke sfeer, de kleine groepen en de dagindeling die door de bewoners wordt bepaald. Deze kenmerken kwamen ook meer naar voren in de reeds bestaande onderzoeken.

Daarnaast is het opvallend dat in de theorie geen aandacht wordt besteed aan organisatiebelang en de invloed daarvan op het toewijzingsproces. In de praktijk blijkt dat de druk vanuit de organisatie om de woongroepen zo snel mogelijk bezet te krijgen om inkomsten te genereren toch een belangrijke factor is geweest. Doordat de groepen zo snel mogelijk een volledige bezetting moesten hebben is minder zorgvuldig kunnen worden omgegaan met de toepassing van de toewijzingscriteria. Organatiebelang is dan ook een tot nu toe onderschatte factor in de theorie over het toewijzingsproces. Er zal verder onderzocht moeten worden hoe beter zou kunnen worden omgegaan met deze belangen van de organisatie.

Ten slotte valt op dat zowel in de theorie als in de praktijk weinig tot geen aandacht wordt besteed aan de rol en mening van de potentiële bewoner zelf tijdens het toewijzingsproces. Het blijkt dat eigenlijk voor de bewoner besloten wordt door de organisatie en familie. De organisatie beslist daarbij over de geschiktheid van een bewoner voor kleinschalig wonen en de familie is de beslissende partij in het wel of niet aanvaarden van een appartement. Het is belangrijk dat in de toekomst onderzocht wordt welke rol de potentiële bewoner zelf nog kan spelen in het toewijzingsproces ondanks de problematiek waar hij/zij mee te maken heeft. In het geval van dementie in een beginnend stadium (wat vaak de doelgroep is voor kleinschalig wonen) moet dit nog enigszins mogelijk zijn. Een bewoner kan zelf het beste aangeven wat bij hem past in welke setting en onder welke omstandigheden hij/zij het liefst zorg zou willen ontvangen.

5.2.3 Aanbevelingen voor de organisatie

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen voor de organisatie worden gedaan. De in- en exclusiecriteria die de organisatie heeft opgesteld sluiten goed aan bij het doel waarmee de kleinschalige woongroepen zijn opgericht. De toepassing van de criteria is echter lastig gebleken. Het is dan ook van belang dat de in- en exclusiecriteria uitgebreider worden beschreven. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een omschrijving wat verstaan wordt onder een beginnend tot matig stadium van dementie en

welke aspecten daar bij moeten worden beoordeeld door klantadvies of het MDT. Op die manier zijn meer handvatten aanwezig om zorgvuldiger te kunnen beoordelen en zal ook meer eenduidig kunnen worden beoordeeld.

Ook is het van belang dat meer controle plaatsvindt op hoe de uiteindelijke toewijzing tot stand is gekomen. Als het MDT een bewoner aandraagt voor kleinschalig wonen zal klantadvies hier een toetsing op kunnen doen en vice versa.

Daarnaast is het voor de organisatie van belang om de medewerkers van de woongroepen meer te betrekken in het toewijzingsproces. Dit belang wordt nu nog groter aangezien het nu een bestaande groep is waar een potentiële bewoner goed in moet passen. De medewerkers van de woongroepen zijn degenen die deze inschatting het best kunnen maken. Dit zal er dan ook voor zorgen dat in de toekomst minder verschillen tussen de bewoners en de woongroepen zal voorkomen en dat minder knelpunten aanwezig zullen zijn.

Ten slotte is het belangrijk dat de organisatie een goede balans vindt tussen het toewijzingsproces en het organisatiebelang waarbij de inkomsten bij een volledige bezetting bepalende factor is. Dit organisatiebelang zal altijd aanwezig zijn en het is dan ook goed om te benadrukken wat voor gevolgen dit belang kan hebben. Toewijzen onder druk van volledig bezet willen zijn kan er voor zorgen dat er verkeerde plaatsingen plaatsvinden. Een goed toewijzingsproces zorgt er op de langere termijn voor dat er minder negatieve effecten zullen optreden, zoals bewoners die moeten worden overgeplaatst en medewerkers die niet tevreden zijn. Ook dit is in het belang van de organisatie en zal haar uiteindelijk op de langere termijn waarschijnlijk financieel en niet-financieel meer opleveren dan in vergelijking met de situatie die snelle plaatsingen met zich mee brengt.

Literatuurlijst

Actiz. 2012. Kleinschaligheid: kansen maar geen tovermiddel.

(Aedes-Actiz). 2010. NZa publiceert beleidsregel kleinschalige zorg [internet]. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 18-02-2010 [aangehaald op 20-10-2012]. Bereikbaar op http://www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen/nza_publiceert_beleidsregel_kleinschalige_zorg

Annerstedt, L. 1993. 'Development and consequences of group living in Sweden: a new mode of care for the demented elderly'. *Social Science Medicine* 37:1529–538.

Atkinson, A. 1995. 'Managing people with dementia: CADE units'. *Nursing Standard* 9:29–32.

te Boekhorst, S. & Depla, M. & de Lange, J. & Pot, A.M. & J.A. Eefsting. 2007. 'Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering'. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 38:17-26.

te Boekhorst, S. & Depla, M. & de Lange, J. & Pot, A.M. & J.A. Eefsting. 2009. 'Group living homes for older people with dementia: the effects on quality of life and functioning of residents'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 24(9):970-978.

te Boekhorst, S. & Depla, M. & Pot, A.M. & de Lange, J. & J.A. Eefsting. 2011. 'The ideals of group living homes for older people with dementia: are they for real?'. Vrije Universiteit Amsterdam.

Bussemaker J. 2009. Kamerbrief: stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Ministerie van VWS.

Carr, J. S. & M. Marshall. 1993. 'Innovations in long-stay care for people with dementia'. *Reviews in Clinical Gerontology* 3:157–167.

(CIZ). 2012. CIZ Indicatiewijzer. Toelichting op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS [internet]. Centrum Indicatiestelling Zorg, 01-2012 [aangehaald op 11-12-2012]. Bereikbaar op http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/indicatiewijzer/Indicatiewijzer_50.pdf

(CIZ). 2012. Van aanvraag tot indicatie [internet]. Centrum Indicatiestelling Zorg, 18-10-2012 [aangehaald op 18-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.ciz.nl/awbz-zorg/awbz-wegwijzer/van-aanvraag-tot-indicatie>

(College bouw zorginstellingen 2007). 'Kleinschalig wonen, grote verschillen'. Bouwkundige verschijningsvormen van kleinschalig wonen in de ouderenzorg. Utrecht:College bouw zorginstellingen.

Depla, M. & S. te Boekhorst. 2007. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten? Utrecht:Trimbos-instituut.

(Facit 2009). 'Meer dan muren en een dak. Inspiratiegids kleinschalig wonen'. Velsen-Noord:Facit.

(Gezondheidsraad 2002). 'Dementie'. Den Haag:Gezondheidsraad 2002/04.

Van IJperen, M. 2005. 'Kleinschalige zorg. Grote Verschillen?' Erasmus Universiteit Rotterdam

Janzen, W. M. 2000. 'Family members caring for relatives with Alzheimer Disease in long-term care facilities'. Unpublished dissertation, University of Alberta.

Johansson, L. 1990. 'Group dwelling for dementia patients – a new care alternative'. *Ageing International* 17(1):35-37.

Kane, R.A. & Lum, T.Y. & Cutler, L.J. & Degenholtz, H.B. & T.C. Yu. 2007. 'Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program'. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(6):832-839.

Klingeman, C. & Hoogenboom, A. & J. de Lange. 2007. 'De rol van familieleden bij kleinschalig wonen voor mensen met dementie in de Rustenburg'. Rotterdam: Kenniskring transitie in zorg.

Krijger, E. & Driest, P. & B. Stoelinga. 2002. 'De integrale medewerker'. Utrecht: Innovatieprogramma Wonen en Zorg.

Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. & J. Herzberg. 1991. 'The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly'. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6:727-736.

(Ministerie van VWS). 2002. 'De Wet Bopz voor artsen'. Begrippen en toepassing en verpleeg- en verzorgingshuizen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mortelmans, D. 2011. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Derde druk. Leuven: Acco.

(NZa). 2010. Stimuleringsregeling kleinschalige zorg: ook 2011 overtekend [internet]. Nederlandse Zorgautoriteit, 19-04-2010 [aangehaald op 11-11-2012]. Bereikbaar op: <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Stimuleringsregeling-kleinschalige-zorg-ook-2011-overtekend/>

Nouws, H. 2003. 'Wat is kleinschalig wonen voor mensen met dementie? Op zoek naar een definitie.' *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric* 15(5):4-7.

Reimer, M.A. & Slaughter, S. & Donaldson, C. & Currie, G. & M. Eliasziw. 2004. 'Special Care Facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of quality of life'. *Journal of the American Geriatrics Society* 52(7):1085-1092.

Ritchie, K. & Colvez, A. & Ankri, J. & Ledesert, B. & Gardent, H. & A. Fontaine. 1992. 'The evaluation of longterm care for the dementing elderly: A comparative study of hospital and collective non-medical care in France'. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7(8):549-557.

(Regionale Commissie Gezondheidszorg 2010). 'Onderzoeksrapportage inventarisatie kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie in de regio Zuid-Holland Noord'. Regionaal Bureau Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord.

(Rijksoverheid). 2012. Zorgzwaartepakket: beschrijving van de zorg. [internet]. Rijksoverheid, 20-10-2012 [aangehaald op 20-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten/zorgzwaartepakket-beschrijving-van-de-zorg>

(RIVM). 2012a. Wat is dementie en wat is het beloop? [internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 19-10-2012 [aangehaald op 19-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/>

(RIVM). 2012b. Dementie: wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? [internet]. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 19-10-2012 [aangehaald op 19-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/diagnostiek-behandeling/>

Verbeek, H. & van Rossum, E. & Zwakhalen, S.M.G. & Kempen, G.I.J.M & J.P.H. Hamers. 2008. 'Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Een beschrijvend onderzoek naar de situatie in Limburg'. Universiteit Maastricht.

Verbeek, H. & S.M.G. Zwakhalen & E. Van Rossum & G.I.J.M. Kempen & J.P.H. Hamers. 2009a. 'Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review'. *International Psychogeriatrics* 21(2):252-264.

Verbeek, H. & van Rossum, E. & Zwakhalen, S.M.G. & Ambergen, T. & Kempen, G.I.J.M. & J.P.H. Hamers. 2009b. 'The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study'. *BMC Geriatrics* 2009(9).

Verbeek, H. & S.M.G. Zwakhalen & E. Van Rossum & T. Ambergen & G.I.J.M. Kempen & J.P.H. Hamers. 2010. 'Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics'. *BMC Health Services Research* 10(30).

Verbeek, H. 2011. 'Redesigning Dementia Care. An evaluation of small-scale, homelike care environments'. Universiteit Maastricht.

(Vilans). 2013. 5 tips voor de begeleiding van vrijwilligers in kleinschalig wonen. [Internet]. Vilans Kenniscentrum voor langdurige zorg. 03-03-2013 [aangehaald op 03-03-2013]. Bereikbaar op: <http://www.vilans.nl/Pub/Home/Over-Vilans/Tips/5-tips-voor-de-begeleiding-van-vrijwilligers-in-kleinschalig-wonen.html>

van Waarde H. & M. Wijntjes. 2007. De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.

(World Health Organization 2003). World Health Report 2003 - Shaping the Future. Geneve:World Health Organization.

Wind, A.W. Gussekloo, J. Vernooij-Dassen, M.J.F.J. Bouma, M. Boomsma, L.J. & F.S. Boukes. 2003. 'NHG-Standaard Dementie (Tweede herziening)'. *Huisarts Wet* 46(13):754-767.

Bijlage 1 Vragenlijsten

Interview Teamleiders & klantadvies

- Wat is uw functie?

Deelvraag 1: Welke criteria zijn door de zorginstelling opgesteld bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm?

- Hoe wordt er informatie verkregen over de nieuwe bewoner?
- Zien jullie de nieuwe bewoner ook voordat er wordt toegewezen? Waarom wel/niet?
- Vindt er een intakegesprek plaats? Waarom wel/niet?
- Zo ja, Is er familie aanwezig bij dit gesprek? Waarom/wel niet?
- Hoe groot is de invloed van familie bij dit gesprek?
- Hoe worden de verzorgenden (professionals) bij de toewijzing betrokken?
- Welke criteria zijn opgesteld voor toewijzing van nieuwe bewoners aan kleinschalig woonvorm?
→ Hier wordt vervolgens ingegaan op persoonsgebonden kenmerken, invloed van familie, professionals en organisatiebelang- en beleid.
- Waarom zijn de genoemde criteria gehanteerd?

Deelvraag 2: In hoeverre worden de opgestelde criteria in de praktijk toegepast door leidinggevenden en professionals bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm?

- In hoeverre passen jullie de opgestelde criteria daadwerkelijk toe?
- Wordt er wel eens afgeweken van criteria? + waarom?

Deelvraag 3: Wat zijn de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk op het leven van de bewoners volgens leidinggevenden, professionals en familie?

- Kunnen bewoners de rest van hun leven blijven wonen in de kleinschalige woonvorm? Waarom kan dit juist wel of juist niet?
- Komen er wel eens problemen voor in de groep? Wat voor problemen?
- Wat denkt u dat de redenen zijn voor deze problemen?
- Vindt er wel eens overplaatsing plaats naar grootschaliger wonen (bv verpleeghuis)?
- Wat zijn dan de redenen voor deze overplaatsing?

Deelvraag 4: Hoe vallen de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk te verklaren?

- Wat vindt u van de gehanteerde criteria?
- Wat zou er verbeterd kunnen worden?

Interview professionals (EVV'ers & verpleegkundige)

- Wat is uw functie?

Deelvraag 1: Welke criteria zijn door de zorginstelling opgesteld bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm?

- Wat voor bewoners wonen er hier? (kenmerken, lichamelijk en psychisch)
- Welke criteria zijn opgesteld voor toewijzing van nieuwe bewoners aan kleinschalig woonvorm?
→ Hier wordt vervolgens ingegaan op persoonsgebonden kenmerken, invloed van familie, professionals en organisatiebelang- en beleid.
- Hoe wordt u betrokken bij het toewijzingsproces?
- Bent u op de hoogte van de criteria die voor toewijzing worden gesteld? Hoe bent u hiervan op de hoogte?

Deelvraag 2: Op welke wijze worden de opgestelde criteria in de praktijk toegepast door leidinggevenden en professionals bij het toewijzen van bewoners aan een kleinschalige woonvorm?

- In hoeverre passen jullie de opgestelde criteria daadwerkelijk toe?
- Wordt er wel eens afgeweken van criteria? + waarom?

Deelvraag 3: Wat zijn de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk op het leven van de bewoners en op de organisatie volgens leidinggevenden, professionals en familie?

- Hoe ziet u de opgestelde criteria terug in het dagelijks leven in de woning?
- Kunnen bewoners de rest van hun leven blijven wonen in de kleinschalige woonvorm? Waarom kan dit juist wel of juist niet?
- Komen er wel eens problemen voor in de groep? Wat voor problemen?
- Wat denkt u dat de redenen zijn voor deze problemen?
- Vindt er wel eens overplaatsing plaats naar grootschaliger wonen (bv verpleeghuis)?
- Wat zijn dan de redenen voor deze overplaatsing?

Deelvraag 4: Hoe vallen de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk te verklaren?

- Wat vindt u van de gehanteerde criteria?
- Wat zou er verbeterd kunnen worden?
- Aan welke aspecten zou meer of juist minder aandacht besteed moeten worden ?
- Bent u blij met de samenstelling van de groep? Waarom wel/niet?

Interview familieleden (mantelzorgers)

- Wat is uw relatie tot de bewoner?

Deelvraag 3: Wat zijn de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk op het leven van de bewoners en op de organisatie volgens leidinggevenden, professionals en familie?

- Bent u op de hoogte van criteria die worden gehanteerd bij toewijzing? Hoe bent u hiervan op de hoogte?
- Wat vindt u van de criteria die worden gehanteerd?
- Vindt u dat de toewijzingsprocedure goed is verlopen?
- Hoe bent u betrokken bij deze procedure?

Deelvraag 4: Hoe vallen de effecten van de opgestelde criteria in de praktijk te verklaren?

- Wat vindt u van de gehanteerde criteria?
- Wat zou er verbeterd kunnen worden?
- Aan welke aspecten zou meer of juist minder aandacht besteed moeten worden ?
- Bent u blij met de samenstelling van de groep? Waarom wel/niet?

Interview Beleidsmedewerker

- Waarom is er gekozen voor kleinschalig wonen?
- Wat voor doel hebben jullie voor ogen met het kleinschalig wonen?
- Is kleinschalig wonen voor een bepaalde doelgroep?
- Hoe wordt die doelgroep bepaald?
- Gaat dit per locatie of is dit vanuit organisatie bepaald?
- Is er per locatie een beleid of is dit beleid organisatiebreed?
- Waarom is er gekozen om per locatie dit te laten verschillen/gelijk te laten zijn?
- Is het de bedoeling dat de bewoners er de rest van hun leven kunnen blijven wonen?
- In hoeverre zijn de teamleiders vrij om zelf te bepalen wie ze mogen opnemen?
- Zijn er problemen geweest tussen organisatie en teamleiders?
- Vindt er terugkoppeling plaats tussen de woongroepen en beleid/organisatie?
- Is er ook een soort druk vanuit de organisatie dat de woongroepen snel vol moesten in verband met financiële overwegingen?
- Hoe gaat het volgens jullie nu in de woongroepen?

- Is het toewijzingsproces goed verlopen?
- Zijn alle bewoners die er zitten geschikte bewoners?
- Vindt er steeds meer kleinschalig wonen plaats?
- Ook voor ander doelgroepen of alleen voor mensen met dementie of andere problematiek?