

Evaluatie vernieuwd woon- zorgconcept

De Nieuwe Antoniehof

Terug in de tijd,
een goed idee of niet?

Eindrapportage



Colofon

Opdrachtgever

Laurent de Vries, Bestuurder Viattence

Projectleider De Nieuwe Antoniehof

Petralien van Oene, Teamleider De Nieuwe Antoniehof

Eindverantwoordelijke Trimbos-instituut

Bernadette Willemse

Projectleider Trimbos-instituut

Astrid van der Schot

Projectleden Trimbos-instituut

Marije Kaat

Marleen Prins

Looptijd

September 2017 – Maart 2018

Contactgegevens

E: aschot@trimbos.nl

T: 030 29 59 423

Inhoud

Inhoud	2
Inleiding	3
Deel I: Focusgroepen met zorgmedewerkers en familie van De Nieuwe Antoniehof	5
Inleiding	5
Resultaten	6
Samenvatting	16
Deel II: Vergelijking van de De Nieuwe Antoniehof uitkomsten met de woonvoorzieningen in de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie	19
Achtergrond Monitor Woonvormen Dementie 2008-2017	19
Gegevensverzameling	20
Resultaten	21
Samenvatting	54
Literatuur	61

Inleiding

In december 2016 opende Viattence de deuren van De Nieuwe Antoniehof (DNAH) aan de Sint Antonieweg in het centrum van Epe. Op deze locatie bevinden zich drie woongroepen voor cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag en één woongroep voor ouderen met somatische klachten. DNAH is omgeven met veel groen en voorzieningen van het dorp Epe zijn dichtbij. De buitenzijde van de locatie doet denken aan een herenhuis. Binnen gaat de inrichting terug in de tijd. Er zijn elementen uit de jaren '60 gebruikt om herkenning te creëren bij de bewoners. Zo zijn er ouderwetse stopcontacten en eigentijdse meubelen in huis en is de drukknop om het toilet door te trekken vervangen door een touwtje. De inrichting is tot stand gekomen in samenwerking met het Nederlands Openluchtmuseum Arnhem. De bewoners slapen op de bovenverdieping en wonen beneden (net als vroeger vaak het geval was). De daginvulling van bewoners wordt zoveel mogelijk aangepast aan hun belevingswereld. Het leefgedeelte beneden bestaat uit een eetkamer, woonkamer, rustkamer en serre. Met behulp van moderne technologie zijn de nieuwste technische innovaties op het gebied van domotica toegevoegd. De reacties van bewoners, familie, bezoekers en medewerkers op deze nieuwe woonvoorziening zijn positief. Familieleden en medewerkers merken op dat menig bewoner beter lijkt te functioneren in DNAH dan hij of zij deed in de woonvoorziening waar de bewoner tot dan toe woonde. Ook bestaat het beeld dat de activiteiten anders zijn, er meer 'vrije rommelruimte' is en dat medewerkers meer een gevoel van rust ervaren. Viattence heeft het Trimbos-instituut gevraagd om deze ervaringen wat meer te objectiveren door middel van een evaluatie.

Doelstelling

Het primaire doel van de evaluatie is om meer inzicht te krijgen in de invloed van het woon-/zorgconcept van DNAH volgens betrokkenen op het welbevinden van bewoners, de werkbeleving van medewerkers en de betrokkenheid van familieleden. Tevens geeft de evaluatie inzicht in hoe de uitkomsten van zorg van DNAH zich verhouden tot een deel van de metingen die gedaan zijn binnen een landelijke steekproef van woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie in Nederland (Monitor Woonvormen Dementie).

Plan van aanpak

Omdat DNAH eind 2016 geopend is en deze evaluatie later startte, was het niet mogelijk om een voormeting te doen bij bewoners en medewerkers die voordat zij in DNAH kwamen wonen en werken van een andere Viattence locatie kwamen. Hierdoor is het niet mogelijk

om middels een onderzoek met voor- en nameting de daadwerkelijke verschillen tussen de oude en nieuwe situatie te kwantificeren. In overleg met DNAH is daarom gekozen voor de volgende combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methodieken om de vraagstellingen te beantwoorden:

1. Door middel van kwalitatieve groepsinterviews (focusgroepen) zijn ervaringen van familie waarvan de naaste eerst op een andere locatie van Viattence woonde en zorgmedewerkers die eerst op een andere locatie van Viattence werkten, uitgevraagd. De analyse en resultaten van dit onderdeel zijn beschreven in het eerste deel van dit rapport. Aanvullend op de focusgroepen zijn er vier telefonische interviews (twee met familie en twee met medewerkers) gehouden om een aantal punten die naar voren zijn gekomen tijdens de focusgroepen nog te verhelderen en/of aan te vullen.
2. Met behulp van een kwantitatief vragenlijstonderzoek zijn de uitkomsten van DNAH vergeleken met deelnemende woonvoorzieningen in de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie (N = 49). Voor de vergelijking met de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zijn er naast een interview met de locatieleider (Mw. Petralien van Oene), registraties opgevraagd en observatievragenlijsten verstuurd naar familieleden en verzorgenden over o.a. kwaliteit van leven van bewoners, de rol in de zorg van familieleden, hun inzet en betrokkenheid in de woonvoorziening, de mate van persoonsgerichte zorg en de eenduidigheid van de visie. De resultaten van dit onderdeel zijn beschreven in het tweede deel van dit rapport.

Deze rapportage sluit af met een reflectie en aandachtspunten.

Deel I: Focusgroepen met zorgmedewerkers en familie van De Nieuwe Antoniehof

Inleiding

In dit deel van het rapport worden de bevindingen beschreven gebaseerd op de focusgroepen die zijn gehouden met medewerkers en familieleden van bewoners van DNAH. Tijdens de focusgroepen is gepoogd inzicht te krijgen in mogelijke verschillen in het gevoel van tevredenheid, betrokkenheid, participatie, woonomgeving en welbevinden tussen DNAH en andere locaties van Viattence.

Werkwijze

De medewerkers zijn per brief geïnformeerd over het doel en de opzet van de evaluatie. Familieleden zijn deels persoonlijk door de locatieleider geïnformeerd en daarnaast ook schriftelijk. Iedereen die in aanmerking kwam om deel te nemen (familie van bewoners die op een andere locatie van Viattence gewoond hadden en medewerkers die op een andere locatie gewerkt hadden) kreeg een verzoek om deel te nemen. De brieven zijn verstuurd door de locatieleider. Op basis van de vraagstelling van de evaluatie was er een beknopte interviewleidraad die de onderzoekers gehanteerd hebben. Tijdens de focusgroepen was de werkwijze als volgt: eerst werden de deelnemers gevraagd om verschillen tussen DNAH en andere locaties van Viattence voor zichzelf te noteren op een plaknotitie. Zij kregen de opdracht om alles wat hen te binnen schoot op te schrijven met betrekking tot locatie/woonomgeving, bewoners, medewerkers en familie. De informatie die genoteerd werd op de post-its is op een later moment in de focusgroep met de deelnemers besproken. Tijdens de focusgroep werd ingegaan op familie (tevredenheid, betrokkenheid, participatie, samenwerking met zorgmedewerkers en ervaren zorgbelasting), bewoners (welbevinden en activiteiten) en medewerkers (tevredenheid, persoonsgerichte zorg, samenwerking met familie, manier van werken, werkdruk en werkbeleving).

Analyse

De opnames van de focusgroepen zijn woord voor woord uitgeschreven (avertim getranscribeerd). Drie medewerkers van het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut hebben onafhankelijk van elkaar thema's gedefinieerd vanuit de getranscribeerde teksten. Deze zijn met elkaar besproken en samen geduid. Consensus werd bereikt over de thema's, waarna de tekst nog een keer definitief is doorgelopen. De resultaten worden in de volgende sectie beschreven. Er wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen wat de medewerkers en de familieleden over de thema's hebben verteld.

Resultaten

Uit de analyse van de interviews kwamen de volgende thema's naar voren: Omgeving, Bouw & Faciliteiten, Activiteiten, Manier van werken, Samenwerken en Vlinderen.

Omgeving

Zorgmedewerkers

Wat betreft de omgeving geven meerdere zorgmedewerkers aan dat zij het voordelig vinden dat DNAH dichtbij het dorp, de markt en de supermarkt is gelegen. Bewoners kunnen volgens de medewerkers zo relatief makkelijk (makkelijker dan vanaf andere locaties), indien zij daartoe in staat zijn, met hun familie naar de voor hun bekende dorpskern van Epe. Dit heeft volgens een aantal medewerkers een positieve invloed op het welbevinden van de bewoners. Dit merken zij aan de stemming van de bewoners; zij lijken meer tevreden.

Familie

Met betrekking tot de omgeving van DNAH wordt door meerdere familieleden ook als voordeel genoemd dat DNAH dichtbij het dorp Epe ligt. Familieleden kunnen hun naaste, indien hij of zij hiertoe in staat is, gemakkelijk meenemen naar het dorp. Als nadeel wordt meermaals genoemd dat DNAH aan een drukke rondweg ligt. De weg ligt direct naast het terrein van de woonvoorziening. Tijdens het verlaten van het terrein van DNAH is dus alertheid geboden volgens de familieleden. Tevens wordt als nadeel genoemd dat sommige burens van DNAH weleens klagen over geluidsoverlast. Daardoor mag er bijvoorbeeld buiten niet meer met de bewoners gezongen worden.

Bouw

Zorgmedewerkers

Meermaals wordt als groot voordeel benoemd dat DNAH als woonhuis is gebouwd. Dit is een duidelijk verschil ten opzichte van andere locaties van Viattence waar de zorgmedewerkers gewerkt hebben. Zij vinden DNAH huiselijk ingericht met ouderwetse, doch moderne meubels en met een ruime tuin en serre. De huiselijke inrichting wordt genoemd als factor die het welbevinden van de bewoners positief beïnvloedt. Men heeft het idee dat de huiselijkheid resulteert in een rustigere sfeer.

Ik heb wel het idee dat de huiselijkheid zorgt voor een soort basale rust. Ik heb nog nooit iemand horen zeggen: "Ik moet naar huis."



De huiselijke inrichting en sfeer van DNAH is volgens de zorgmedewerkers het grootste

verschil ten opzicht van andere locaties van Viattence waar zij gewerkt hebben, zelfs als dat ook kleinschalige woonvoorzieningen waren.

‘Ik zit ook te denken, want op De Speulbrink en De Klaarbeek heb je precies ook zoals het hier ingericht is. Je doet zelf de was en kookt zelf. En toch is het hier anders. Ik zat te bedenken waarom het hier anders is. En ik denk dat toch dat het komt omdat het hier een echt huis is’.

De medewerkers geven aan dat de bouw het contact tussen de zorgmedewerkers en de bewoners faciliteert. Wanneer zij aan het werk zijn in de huiskamer of in de keuken, zijn zij altijd dichtbij de bewoners.

‘Je praat veel met bewoners. Je komt ze in de wandelgangen tegen en je bent de hele dag om de bewoners heen, een beetje in de buurt.’

De medewerkers geven verder aan dat de indeling van het huis (de slaapkamers boven en het woongedeelte beneden) een unieke indeling is. Dit heeft volgens hen echter geen aanwijsbare positieve invloed heeft op het welbevinden van de bewoners.

De bouw nodigt volgens de medewerkers uit tot het samenkomen van familie. Door de inrichting van het huis (boven slapen, beneden wonen), zijn de familieleden ook het merendeel van de tijd beneden in de gezamenlijke ruimtes aanwezig in plaats van in de privéruimte van de bewoner zoals in andere woonvoorzieningen vaak wordt gezien.

De bouw heeft volgens de medewerkers tevens invloed op de manier van werken, ofwel de manier waarop zorgmedewerkers in hun werk staan. Doordat de locatie als een echt huis is ingericht, voelt het voor hen nog meer dat zij bij de bewoners in huis komen om te ondersteunen in plaats van alsof zij het gevoel hebben in een “zorginstelling” te zijn. Het is daarom een verschil met het werken in een “klassieke zorginstelling”; daar voelden zij zich meer echt een “zorgmedewerker”. Nu voelen zij zich meer alsof ze ten dienste staan, ondersteunend zijn voor de bewoners, alsof ze op bezoek/te gast zijn. Dit versterkt volgens de medewerkers ook de samenwerking met familieleden, omdat familieleden zich meer gelijkwaardige partners in de zorg voelen.

‘Het voelt echt als bij mensen thuis, hun hier in hun huis ondersteunen.’

Familie

Over de indeling van DNAH wordt wisselend gedacht door de familieleden. Aan de ene kant wordt aangegeven dat door de aanwezigheid van een huiskamer en de afwezigheid van een ontmoetingsruimte en restaurant een gezellige huiselijke sfeer ontstaat in de huiskamer. De inloop van verschillende familieleden, bewoners en zorgmedewerkers wordt door hen als gezellige drukte bestempeld. Ook wordt het gemakkelijke betrekken van andere bewoners bij een ontmoeting door hen als positief ervaren. Echter, door andere familieleden wordt de inloop in de huiskamer als onrustig en een vermindering van de privacy en intimiteit ervaren.



Als je iets privé wil bespreken, dan moet je naar boven gaan, want je zit hier met de hele club in één ruimte.

Over de serre wordt aan de ene kant positief gesproken, dit zorgt volgens de familie voor een ruimtelijk gevoel en een goede zichtbaarheid van de tuin. Aan de andere kant wordt ook genoemd dat de serre wat aan de smalle kant is, dit bemoeilijkt de doorloop en zorgt voor een vermindering van het ruimtelijke gevoel.

Faciliteiten

Zorgmedewerkers

Zoals hierboven benoemd, is bij de bouw gekozen voor een 'woonhuis'-concept, en zijn er daarom geen ruimtes voor restaurant of ontmoetingsruimte. Dit wordt zowel als nadeel als als voordeel bestempeld door de medewerkers. Het nadeel vinden zij dat het soms druk in de huiskamer kan zijn als meerdere bewoners op hetzelfde moment bezoek ontvangen. Er is geen ruimte zoals een restaurant of ontmoetingsruimte aanwezig waar zij zich eventueel zouden kunnen terugtrekken. Andere bewoners, die geen bezoek ontvangen en op dat moment in de huiskamer aanwezig zijn, kunnen hinder ondervinden van de drukte. Dat kan volgens de medewerkers een negatieve invloed op hun welbevinden hebben. De medewerkers merken dit doordat de betreffende bewoners onrustiger worden wanneer het druk is. Aan de andere kant worden meerdere voordelen van de afwezigheid van een ontmoetingsruimte of restaurant genoemd door zorgmedewerkers. Ten eerste zien zij voordelen in het feit dat er in de huiskamer gekookt wordt, er dus elke avond vers gekookt wordt en de geur van het eten zich door de huiskamer verspreidt. Tevens zorgt het koken in de huiskamer ervoor dat bewoners een zinvolle bezigheid hebben, zij kunnen immers meehelpen met huishoudelijke taken behorende bij het bereiden van het eten. Ten tweede

wordt als voordeel genoemd dat bewoners ‘meeliften op elkaars gezelligheid’. Voor sommige bewoners die bijvoorbeeld minder vaak bezoek krijgen en daarom minder aanspraak hebben, kan het hun welbevinden positief beïnvleeden als er meer aanloop in de huiskamer is. Ten derde wordt genoemd dat het contact tussen de familieleden en de zorgmedewerkers nauwer is door de afwezigheid van een grote ontmoetingsruimte of restaurant. Wanneer zij op bezoek komen, zitten zij meestal in de huiskamer bij hun naaste. Dit zorgt ervoor dat de zorgmedewerkers vaker in gesprek gaan met familie/familieleden dan wanneer zij zich zouden terugtrekken in een afzonderlijke ruimte.

De afwezigheid van een kerk wordt als nadeel genoemd door de medewerkers. De zorgmedewerkers geven aan dat er actief nagedacht wordt over oplossingen om een kerkdienst mogelijk te maken. Er worden mensen aangeschreven met de vraag of zij een kerkdienst zouden willen houden in DNAH en er worden kerken aangeschreven met de vraag of zij bewoners op zouden willen halen.

Ik denk dat de mensen nog nooit zoveel buiten zijn geweest als sinds ze hier zitten.



Over de tuin zijn de zorgmedewerkers over het algemeen positief. De tuin vinden zij goed zichtbaar door de grote ramen van de serre. Dit zorgt er volgens hen voor dat meer bewoners geneigd zijn om even de tuin in te gaan. Bijna elke dag wordt er gewandeld in de

tuin. Het buiten zijn en het wandelen in de tuin heeft volgens een aantal zorgmedewerkers een positieve invloed op de nachtrust van de bewoners. Zij geven aan dat zij een verschil zien tussen de slaapkwaliteit van bewoners op DNAH en bewoners op andere locaties van Viattence. Dit komt volgens hen door het veelvuldig buiten zijn.

Familie

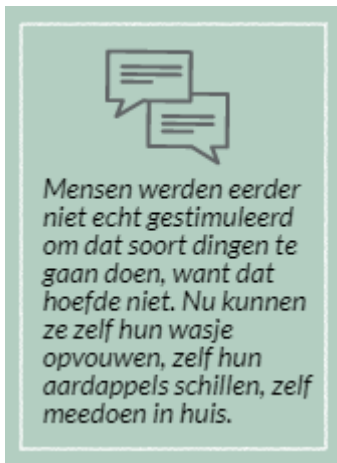
Familieleden geven aan dat zij faciliteiten met betrekking tot persoonlijke verzorging van bewoners, zoals een kapper of een tandarts missen in DNAH. Tevens wordt het kleine aantal parkeerplekken bij DNAH genoemd als nadeel. Sommige familieleden zouden graag een restaurant zien in DNAH, anderen missen een restaurant niet.

Ten slotte wordt als nadeel genoemd dat niet alle betrokkenen, zoals familieleden of vrienden, over een zogenaamde “tag” beschikken waarmee zij toegang hebben tot DNAH. Dit kan soms leiden tot ongemak, bijvoorbeeld lang wachten voor de deur voordat er opengedaan wordt.

Activiteiten

Zorgmedewerkers

Meermaals wordt door medewerkers genoemd dat bewoners actiever zijn dan in andere woonvoorzieningen van Viattence. Bewoners worden volgens medewerkers in de DNAH meer gestimuleerd om huishoudelijke taken te verrichten. Zorgmedewerkers geven aan dat bewoners bijvoorbeeld helpen met de was opvouwen of aardappels schillen.



Activiteiten zoals die aangeboden worden in een grootschaligere woonvoorziening (zoals bijvoorbeeld een kookclub of een zangclub) zijn niet aanwezig, maar worden niet gemist volgens de zorgmedewerkers. De bewoners ogen volgens de medewerkers meer tevreden dan op andere locaties van Viattence en hoeven niet 'vermaakt' te worden met grootschalige activiteiten door hun betrokkenheid bij de gewone dagelijkse bezigheden.

Een medewerker gaf aan het leuk te vinden om eens een soort huiskamerrestaurant te maken en wat bijzonders te koken voor de bewoners, maar dit vervolgens niet uit te voeren. Zij zei het gevoel te hebben eerst te moeten overleggen.

Familie



Familieleden zeggen te merken dat hun naaste op DNAH (indien deze hiertoe in staat is) actiever lijkt dan op de vorige locatie waar deze verbleef. Bewoners verrichten volgens familieleden meer huishoudelijke taken, zoals het schillen van aardappelen en lopen te-

vens meer rond door het huis. De aanwezigheid van stagiaires wordt hierbij genoemd als faciliterende factor; door de extra mankracht kan er volgens de familie meer ondernomen worden met de bewoners.

Over de barbecue die georganiseerd werd in de zomer, wordt wisselend gesproken door de familie. De ene mantelzorger geeft aan dat het een groot succes was, omdat zowel medewerkers als familieleden en bewoners samenkamen en het een leuke, unieke activiteit was. Aan de andere kant wordt door de familie aangegeven dat de barbecue te druk was en dat bewoners niet veel baat hadden bij deze activiteit.

Meerdere familieleden melden dat zij op DNAH een kerkdienst missen. Eén van hen geeft aan dat een activiteit zoals het kijken van een documentaire op televisie gemist wordt.

Manier van werken

Zorgmedewerkers

De manier van werken op DNAH heeft een aantal opvallende aspecten volgens de medewerkers. Ten eerste komt de persoonsgerichte benaderingswijze aan bod. De medewerkers gaven aan: bewoners hebben de regie. Voorbeelden zijn dat bewoners opstaan en ontbijten op hun tijdstip van voorkeur en dat bewoners dingen kunnen doen wanneer ze er zin in hebben. Dit heeft volgens de zorgmedewerkers een positieve invloed op het welbevinden van de bewoners. Volgens de medewerkers geeft het bewoners rust dat zij vrijgelaten worden om hun eigen ritme aan te houden.

Er zijn er een paar, die ontbijten om half acht en een paar die ontbijten om tien uur of half elf. Dat mag, dat kan.



‘Vroeger op de oude locatie zei je van hup, naar de WC, dan had je de pyjama al uit en de waslap er al bij. Het is gewoon een mentaliteitsverschil.’

Daarbij is een belangrijk verschil ten opzichte van vorige locaties dat zorgmedewerkers zeggen een ondersteunende rol te hebben in de zorg, in plaats van een meer leidende/sturende rol.

Het feit dat er geen kantoor aanwezig is, heeft voor- en nadelen volgens de medewerkers. Als voordeel wordt genoemd dat er geen ruimte is voor zorgmedewerkers om zich af te zonderen en dat zij daarom meer contact hebben met, en meer betrokken zijn bij de bewoners en de familieleden. Zorgmedewerkers zijn meer betrokken bij de bewoners, doordat zij soms letterlijk werken aan de tafel in de huiskamer, de leefomgeving van de bewoners. Als nadeel wordt aangegeven dat er soms veel doorloop aanwezig is in de woongroepen.

'Wat hier wel lastig is, omdat je dus geen kantoor hebt – wat ik heel goed vind hoor, dus je hoeft echt geen kantoren meer te hebben – merk je dat mensen van buitenaf die hier komen, behandelaren bijvoorbeeld, door de woongroepen heen lopen. Er zijn vaak mensen die hier het gebouw willen zien, omdat het blijkbaar goed aangeschreven staat. Iedereen loopt hier continu door de woongroepen heen.'

We hebben te weinig ruimte met elkaar. Ik vind dit heel leuk, dat we zo eens even bij elkaar zitten, dat gebeurt nooit, of bijna nooit.



Tevens wordt genoemd dat medewerkers elkaar onderling niet vaak spreken. Zij zouden het op prijs stellen om wat vaker bij elkaar te komen, zonder bewoners of familieleden erbij, om elkaar te kunnen spreken. Zij geven tijdens de focusgroep aan het leuk te vinden eens bij elkaar te zitten.

De arts geeft jou de gelegenheid om met je eigen ideeën naar voren te komen, het wordt niet meer beslist door hem alleen.



De samenwerking met het multidisciplinaire team is uitstekend volgens de zorgmedewerkers. Dat vinden zij een duidelijk verschil ten opzichte van de vorige locaties van Viattence waar zij werkten. De medewerkers staan in nauw contact met de arts en ervaren veel ruimte voor eigen inbreng. Ook wordt de tijd genomen om de oorzaak van onbegrepen gedrag van bewoners te achterhalen en wordt volgens de zorgmedewerkers minder snel gegrepen naar medicatie.

De gelijkwaardigheid van de verschillende lagen van personeel in DNAH wordt als zeer positief ervaren door de medewerkers en door één van de zorgmedewerkers als volgt verwoord: *“Weet je, we zijn allemaal één team, met familie, met onze bewoners en met ons personeel of met ons team, zijn we allemaal gelijk. En dat is gewoon fantastisch. Dat vind ik mooi.”*

Familie

De familieleden geven aan dat de manier van werken op DNAH anders is dan op andere locaties van Viattence met betrekking tot hun rol: op vorige locaties waren zij alleen familie, hier zijn zij mantelzorger en bieden zij samen met de zorgmedewerkers zorg aan hun naaste. Hierop gaan we verderop in het rapport dieper in onder het kopje *Samenwerking*. De persoonlijke aandacht en aandacht voor de individuele behoeften voor de bewoners die er op DNAH is, ervaart de familie als een groot voordeel. Dit is volgens hen een opvallend verschil ten opzichte van de vorige locaties van Viattence waar de bewoners verbleven.



Je ziet dus regelmatig dat iemand de tijd neemt om even met een bewoner te praten.

‘Ja, als mijn vader geen zin heeft om uit bed te komen, dan komt hij later uit bed of helemaal niet. En dat laten ze dan ook zo.’

De gefragmenteerde diensten en vaak wisselende bezetting ervaren sommige familie als chaotisch. Aangegeven wordt dat een zorgmedewerker met overzicht over de gehele dag gemist wordt, iemand die een vast aantal uren op een dag aanwezig is en een ‘helicopter-view’ heeft over de gang van zaken. Men geeft wel aan dat dit op de andere locaties van Viattence niet anders was. Tevens is het voor een deel van de familie niet duidelijk welke zorgmedewerker waarvoor verantwoordelijk is en wie ze waarover aan kunnen spreken. Daarnaast geeft één familielid aan dat er op een jachtige manier gewerkt wordt door zorgmedewerkers, dit wordt echter ontkracht door andere familieleden.

Samenwerking

Zorgmedewerkers

Wat betreft de samenwerking met familie zijn de meningen tussen de medewerkers verdeeld. Een deel van de zorgmedewerkers geeft aan dat zij wellicht nog wat voorzichtig zijn in het vragen of familie taken willen oppakken. Andere zorgmedewerkers hebben de neiging om taken uit handen te nemen van familieleden, dat is iets wat er nog in zit en er soms weer insluipt volgens hen. Aan de andere kant hebben sommige zorgmedewerkers het gevoel dat familie ‘de boel een beetje overneemt’. Het blijkt een fragiel evenwicht, de samenwerking met familie. De medewerkers noemen hierbij dat de formule (nauwe samenwerking met familie) redelijk nieuw is. De medewerkers vinden het een leerproces en zij vinden het al een stuk beter gaan dan in de beginfase (rondom de opening van DNAH).

De woongroepoverleggen vinden de medewerkers een succes. Tijdens deze overleggen voelen familieleden zich volgens de medewerkers gehoord en kunnen zij hun ei kwijt. Er moet volgens de medewerkers wel voor gewaakt worden dat het woongroepoverleg niet omslaat in een 'klaaguurtje', al komen er ook vaak positieve dingen naar voren. De medewerkers geven aan dat familie soms juist ook punten inbrengt waar de zorgmedewerkers veel aan hebben.

Familie

De korte lijnen tussen familie en zorgmedewerkers wordt door alle familieleden als voordeel genoemd. Dit betreft zowel het contact met de zorgmedewerkers als het multidisciplinaire team in bredere zin. Familie geven ook aan dat zij zich serieus genomen voelen door het gehele multidisciplinaire team, wat zij erg waarderen.

'Er is hier geen grote afstand tussen de dokter en familieleden.'

'Hier word je betrokken als familie. Als belanghebbende.'

Wat betreft de taakverdeling tussen zorgmedewerkers en familie zou volgens sommige familie meer duidelijkheid en structuur mogen ontstaan. Het is soms niet duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Tevens hebben sommige familieleden het gevoel dat hen taken uit handen wordt genomen door zorgmedewerkers.

'Ja, je krijgt de kans niet. Dan wordt de koffie gezet voordat je er erg in hebt.'

Wat ik het voordeel vind, is dat je dan met zijn allen bij elkaar zit. Met zijn allen bedoel ik dan medewerkers, mantelzorgers, partners en bewoners. En dat je dan dingen kan zeggen en dat daar echt naar geluisterd wordt.



De woongroepoverleggen worden gewaardeerd door de familie, al geven zij aan dat het soms tot frustratie leidt als zij het gevoel hebben dat – als bepaalde punten herhaaldelijk in de overleggen terugkomen - er niks met hun inbreng wordt gedaan.

'Je zit met een klein groepje bij elkaar en je kunt gewoon alles zeggen....Maar als er niks aan gebeurt, dan is dat wel frustrerend.'

Welbevinden

Zorgmedewerkers

Zorgmedewerkers geven allen aan met plezier naar hun werk bij DNAH te gaan. Zij hebben minder het gevoel 'naar hun werk te gaan' dan toen zij nog op een andere locatie werkten. Op de vraag of iemand terug zou willen naar de vorige locatie van Viattence waar ze gewerkt hebben, wordt unaniem 'Nee' geantwoord.

Familie

De familieleden geven unaniem aan dat ten opzichte van vorige locaties meer van hen gevraagd wordt. Een deel van de familieleden geeft aan dit graag te doen, een ander deel geeft aan dit minder graag te doen. Een deel van de familie geeft aan een spanningsveld te ervaren tussen het willen en het kunnen aanbieden van hun hulp. Er wordt in hun optiek een groot beroep op hen gedaan door medewerkers van DNAH en zij zouden graag veel hulp bieden, maar dit is niet altijd haalbaar. Zij geven aan zich weleens schuldig te voelen, terwijl zij hun uiterste best doen om hulp te bieden.

'Er moet opgepast worden dat er niet van familie en familieleden dingen gevraagd gaat worden die ze wel willen geven, maar niet kunnen geven.'

'Het is een mooi principe, maar je moet er geen schuldgevoel van krijgen.'

Wat betreft het welbevinden van hun naasten, geeft het grootste deel van de familie aan dat de verhuizing naar DNAH heeft geresulteerd in een hoger welbevinden. Niet iedere mantelzorger herkent dit; bij sommige bewoners vinden zij het lijken dat het welbevinden stabiel is gebleven. Daarbij geven familieleden aan dat zij het lastig vinden om het welbevinden van hun naaste te beoordelen.



'Ze was hier gelijk eigen. Vanaf de eerste dag liep ze hier rond alsof ze er al jaren woonde.'

'Ik heb haar opgehaald en toen zei ze ja, hier woon ik. Dus ik denk nou, dat is een goed teken, dat is toch fijn.'

Vlinderen

Zorgmedewerkers

Medewerkers vertellen dat bewoners die daartoe in staat zijn, rond 'scharrelen' door het huis. Dit is volgens de medewerkers echter niet aanwijsbaar meer dan op andere kleinschalige locaties van Viattence. Bewoners lopen volgens de medewerkers rond in het huis en bezoeken daarbij ook vaak andere huiskamers. Sommige bewoners drinken volgens de medewerkers daar dan een kopje koffie of gaan daar even zitten. Medewerkers geven aan dat bewoners veelal eten in hun eigen huiskamer. Het komt volgens de medewerkers zelden voor dat bewoners in een andere huiskamer eten. De medewerkers geven echter ook aan dat als bewoners dat zouden willen, het geen probleem is.

Familie

De familieleden geven aan dat de bewoners die daartoe in staat zijn, gebruik maken van de mogelijkheid om vrij door DNAH te bewegen.

'En ze komt op burenviste. Elke avond komt ze bij ons koffie drinken. We noemen haar ook wel de buurvrouw van 4b.'

Samenvatting

De insteek van de focusgroepen was om zo goed mogelijk in kaart te brengen welke verschillen medewerkers en familieleden ervaren tussen DNAH en andere woonvormen van Viattence waar de bewoners eerst woonden en de medewerkers werkten. En wat de invloed hiervan is op het welbevinden van bewoners en de werkbeleving van medewerkers. Uit de gesprekken kwamen de volgende thema's naar voren die in DNAH anders werden ervaren: Omgeving, Bouw, Faciliteiten, Activiteiten, Manier van werken, Samenwerking, Welbevinden en Vlinderen. Bij dit gedeelte van de evaluatie is het belangrijk te benoemen dat alle inzichten gebaseerd zijn op uitspraken van medewerkers en familie en niet met behulp van een voor- en nameting geobjectiveerd is. Dit is niet op een objectieve manier gemeten.

Als belangrijkste en grootste verschil tussen DNAH en de andere locaties van Viattence kwamen de huiselijke sfeer, de huiselijke inrichting en het "gebouwd zijn als huis" naar voren. Het gebouw en de inrichting creëren dat huiselijke gevoel volgens de medewerkers en familieleden. Dit faciliteert niet alleen de manier van werken en het contact tussen de zorgmedewerkers, de bewoners en de familie, maar ook tussen familie onderling. De inrichting (inclusief de tuin) zorgt er volgens hen voor dat bewoners, als zij daartoe in staat zijn, rondlopen, actiever zijn, meer buiten zijn en ook beter slapen. Het boven slapen en

beneden wonen (zoals vroeger) lijkt volgens de medewerkers en familie niet “het” verschil te maken tussen DNAH en andere locaties van Viattence.

Als het gaat om de faciliteiten in DNAH worden nadelen en voordelen genoemd door de medewerkers en familie. Het koken op de woning (dus niet in een restaurant) zorgt iedere dag voor de geur van vers eten en leidt tot zinvolle activiteiten voor bewoners doordat zij meehelpen met het bereiden van eten, aldus de medewerkers en familieleden. Bewoners lijken volgens de medewerkers en familie meer actief in dagelijkse bezigheden en grote gemeenschappelijke activiteiten zoals bijvoorbeeld een wekelijkse bingo worden volgens hen niet gemist. De medewerkers en familieleden denken dat er minder behoefte aan is en volgens hen zijn de bewoners meer tevreden. Een ontmoetingsruimte wordt door de medewerkers en familie wel gemist. De kamers vinden zij te klein om, bijvoorbeeld, een verjaardag te vieren. Zij vinden dat er soms te weinig privacy is in de huiskamers. Echter wordt er ook een voordeel genoemd van de gezamenlijke huiskamers, bijvoorbeeld dat bewoners die minder aanspraak hebben, baat kunnen hebben bij het bezoek dat hun medebewoners ontvangt. Een kantoor wordt soms gemist door de medewerkers. Niet zozeer een kantoor om in te werken, maar meer om geïnteresseerden van buiten DNAH te ontvangen. De aanwezigheid van geïnteresseerden van buiten wordt meermaals genoemd als storend en zorgend voor onrust op de groepen. Tevens zijn er soms zaken over bewoners die medewerkers met elkaar willen bespreken, zonder dat bewoners of familieleden mee kunnen luisteren. Hiervoor zou een kantoorroimte een uitkomst zijn.

Bij de manier van werken vallen een aantal dingen op die door de medewerkers en familie gezegd zijn. De persoonsgerichte benadering komt veel naar voren tijdens de focusgroepen. De medewerkers zetten de bewoners centraal en sluiten aan bij hun behoeften volgens de medewerkers en familie. Door zorgmedewerkers wordt nog genoemd dat de samenwerking binnen het multidisciplinaire team duidelijk anders is ten opzichte van andere locaties van Viattence. Er is volgens hen nauwer contact met bijvoorbeeld de arts en ze ervaren veel ruimte voor eigen inbreng. De gefragmenteerde diensten en vaak wisselende bezetting ervaren familieleden echter als chaotisch en men mist een medewerker die een ‘helicopterview’ heeft over algehele gang van zaken. Echter wordt ook genoemd dat dit bij DNAH niet anders is dan bij andere locaties van Viattence.

De meningen over de samenwerking met familie waren tussen medewerkers verdeeld. De visie van DNAH is volgens de medewerkers dat zij vooral ondersteunend zouden zijn, maar men vindt het nog lastig om familie dingen te vragen. Aan de andere kant geven medewerkers aan dat sommige familie juist wat te veel betrokken zijn naar hun mening. De familie geven aan dat zij de korte lijnen ervaren als voordeel en ook zeggen ze zich serieus

genomen te voelen. Familieleden ervaren wel dat er meer van hen gevraagd wordt op DNAH en sommige familieleden ervaren een spanningsveld tussen het veel betrokken willen en kunnen zijn. Een deel van de familie geeft aan dat het welbevinden van hun naaste is toegenomen na de verhuizing, ze geven vooral aan dat hun naaste zich meer thuis lijkt te voelen. Echter geeft familie aan het moeilijk te vinden om het welbevinden van hun naaste te beoordelen. Tot slot geven de zorgmedewerkers aan niet terug te willen naar hun vorige werkplek, wat duidt op tevredenheid over de huidige werkplek bij DNAH.

Deel II: Vergelijking van de De Nieuwe Antoniehof uitkomsten met de woonvoorzieningen in de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie

Achtergrond Monitor Woonvormen Dementie 2008-2017

De Nederlandse verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is volop in beweging. De behoeftes van mensen met dementie en hun welzijn staat steeds meer centraal in de zorgverlening. Een cruciale factor daarbij is zorg bieden in een zoveel mogelijk vertrouwde en herkenbare omgeving. Ook de aandacht voor en samenwerking met familie en naasten krijgt steeds meer aandacht. Daarnaast spelen specifieke kwaliteitsvraagstukken in de dementiezorg zoals het goed omgaan met onbegrepen gedrag, het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen. Hoe staat het met het welzijn van de bewoners, het personeel en de kwaliteit van zorg? En in welke mate worden familieleden betrokken bij de zorg?

Om (onder andere) deze vragen te kunnen beantwoorden is het Trimbos-instituut in 2008 gestart met de Monitor Woonvormen Dementie. Deze Monitor wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en sinds 2012 ook door de deelnemende woonvoorzieningen zelf. De eerste gegevensverzameling in de zorginstellingen die deelnamen aan de Monitor Woonvormen Dementie vond plaats tussen oktober 2008 en maart 2009 (MWD1), de vierde gegevensverzameling, waar deze vergelijking zich op richt, vond plaats tussen mei 2016 en februari 2017 (MWD4).

In de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zijn 49 woonvoorzieningen voor mensen met dementie onderzocht. Deze woonvoorzieningen zijn onder te verdelen in vijf typen woonvormen:

- 4 Verpleeghuizen waar grootschalige verpleeghuiszorg wordt geleverd
- 5 Verzorgingshuizen of woonzorgcentra met een grootschalige pg-unit
- 11 Woonvoorzieningen die kleinschalige zorg bieden aan meer dan 36 bewoners
- 10 Woonvoorzieningen met maximaal 36 bewoners waar kleinschalige zorg wordt geboden naast andere zorg
- 18 Woonvoorzieningen met maximaal 36 bewoners waar uitsluitend kleinschalige zorg wordt geboden

In dit onderdeel van de eindrapportage worden de gegevens van DNAH teruggekoppeld en vergeleken met de 49 woonvoorzieningen waarbij gegevens zijn verzameld voor de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie. De gegevens die aan bod komen zijn:

algemene gegevens en kenmerken van DNAH, de bewoners, het verzorgend personeel, familiebetrokkenheid en de kwaliteit van de geboden zorg.

Leeswijzer

Per onderwerp wordt beschreven hoe de gegevens verzameld zijn, wat de resultaten zijn en hoe de resultaten geïnterpreteerd kunnen worden. Wanneer er in de figuren en tabellen 'PG' staat, refereert dit naar de bewoners met dementie. Bij bewoners met een somatische aandoening is dan 'SOM' genoteerd.

Wanneer er in het hoofdstuk *Samenvatting* uitspraken worden gedaan over verschillen tussen gemiddelden, dan moet er rekening mee gehouden worden dat deze verschillen niet getoetst zijn op significantie. Het betreft een interpretatie van de verschillen die op het oog te zien zijn. Tevens zijn de gebruikte vragenlijsten ontwikkeld voor de psychogeriatrische doelgroep en niet voor de somatische, al zijn veel onderwerpen die belangrijk zijn voor mensen met dementie ook belangrijk voor bewoners met een somatische aandoening in de verpleeghuiszorg.

Gegevensverzameling

Voor de vergelijking van DNAH met de deelnemende locaties aan de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zijn op verschillende manieren gegevens verzameld:

- Interview manager: er is een interview gehouden met een manager, het afdelingshoofd of de teamleider over onder andere de organisatorische kenmerken van de woonvoorziening.
- Registraties: Ook zijn registraties van het psychofarmacagebruik en de toepassing van fixaties opgevraagd bij de manager.
- Observatievragenlijst bewoners: Daarnaast zijn van de bewoners van de woonvoorziening de desbetreffende eerst verantwoordelijke verzorgende gevraagd om observatievragenlijsten in te vullen om de kwaliteit van leven en het functioneren van deze bewoners in kaart te brengen.
- Vragenlijst familie: Ook de familieleden van de bewoners zijn gevraagd om een online vragenlijst in te vullen over o.a. de rol in de zorg voor hun naaste, de betrokkenheid bij de zorg en de zorgbelasting.
- Vragenlijst verzorgend personeel: Het direct verzorgend personeel is gevraagd een online vragenlijst in te vullen over onder andere hun kijk op mensen met dementie, visie en hoe zij familieleden betrekken bij de zorg en de algemene gang van zaken.

Resultaten

In tabel 1 is te zien hoeveel procent van de vragenlijsten die in DNAH bij de verschillende groepen zijn uitgezet, door ons is ontvangen, in vergelijking met andere deelnemende woonvoorzieningen.

Tabel 1. Responspercentage van de verschillende groepen waarbij vragenlijsten zijn uitgezet

Responspercentage	Vragenlijst over bewo- ners	Vragenlijst familieleden	Vragenlijst verzorgenden
DNAH PG	81%	50%	*
DNAH SOM	50%	71%	*
DNAH - gemiddeld	66%	61%	91%
MWD4	54%	48%	44%

* Verzorgenden zijn zowel werkzaam op afdelingen voor mensen met een psychogeriatrische als somatische aandoening. Daarom zijn zij hier niet uitgesplitst.

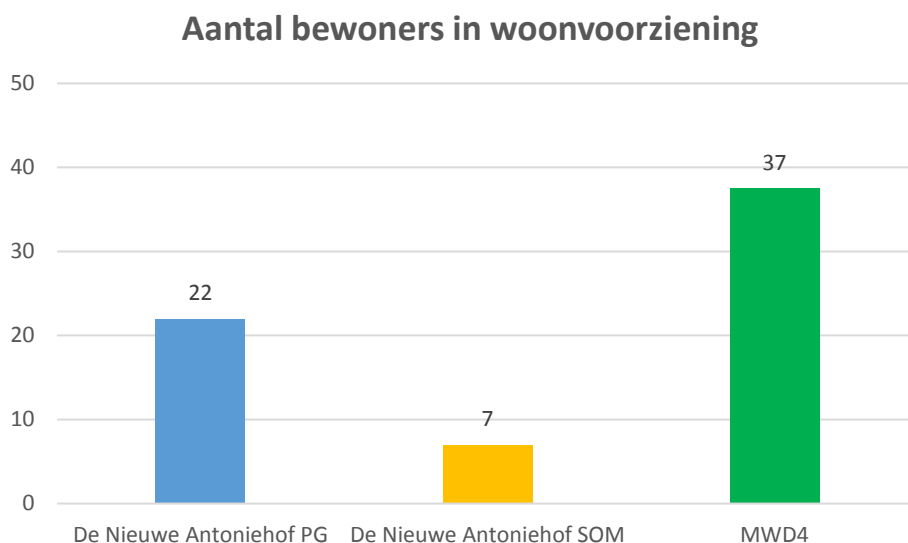
Kenmerken woonvoorziening

Er bestaat veel variatie in de wijze waarop zorg geboden wordt in de verschillende woonvoorzieningen. Om hier meer zicht op te krijgen is een aantal kenmerken van de woonvoorzieningen in kaart gebracht.

Totaal aantal bewoners in woonvoorziening (Figuur 1)

In figuur 1 is weergegeven hoeveel bewoners in DNAH woonden ten tijde van het verzamelen van de gegevens.

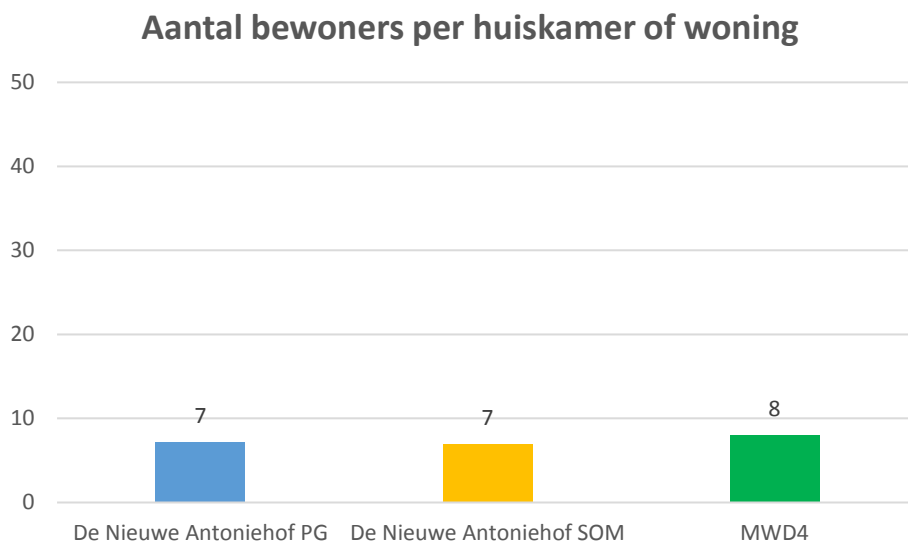
Figuur 1. Aantal bewoners in woonvoorziening.



Aantal bewoners per huiskamer of woning (Figuur 2)

Het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer of woning in DNAH is weergegeven in figuur 2.

Figuur 2. Aantal bewoners per huiskamer of woning.

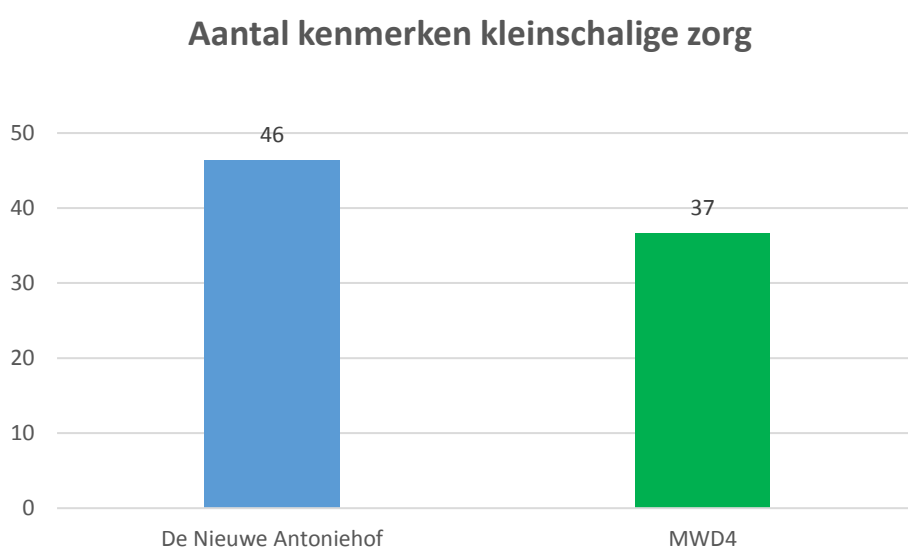


Kleinschalig zorgaanbod (Figuur 3)

De mate waarin kleinschalige zorg wordt geboden is gemeten met behulp van een verkorte versie van de vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod'. Deze vragenlijst hebben wij in een

eerder onderzoek ontwikkeld en is gebaseerd op de opvattingen over kleinschalige zorg van verschillende pioniers en experts op het gebied van kleinschalig wonen (te Boekhorst e.a., 2007). Van verschillende kenmerken van kleinschalige zorg werd gevraagd aan te geven in hoeverre dit kenmerk van toepassing was op de woonvoorziening. Bijvoorbeeld: 'Maaltijden worden op tafel opgeschept'. Er is een totaalscore op basis van veertien vragen berekend waarin er minimaal 0 en maximaal 56 punten kunnen worden behaald. Een hogere score vertegenwoordigt een meer kleinschalig zorgaanbod. Omdat deze vragenlijst over de gehele woonvoorziening gaat, is er geen onderscheid gemaakt tussen PG en SOM.

Figuur 3. Aantal kenmerken kleinschalige zorg.



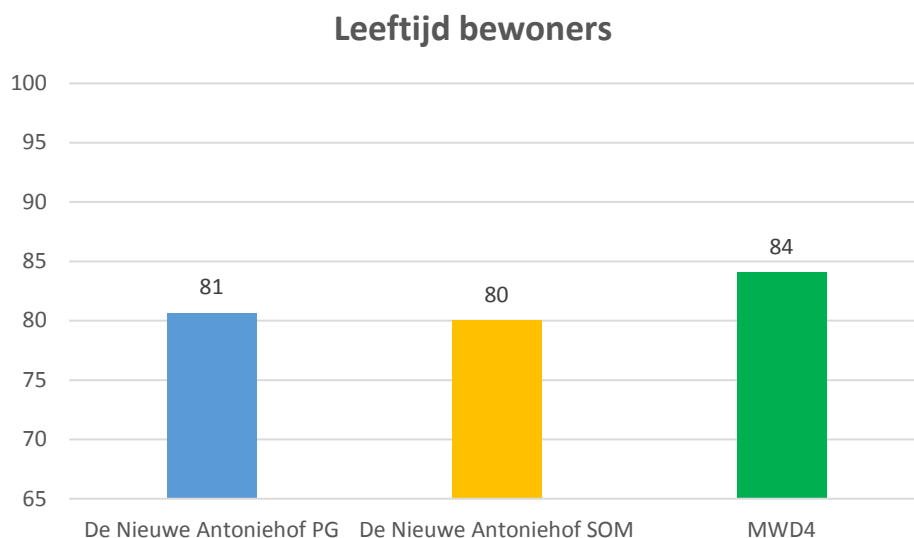
Bewoners

Om een beeld te krijgen van de zorgzwaarte van de bewoners binnen DNAH, hebben verzorgenden vragen beantwoord over de mate waarin de bewoners onbegrepen gedrag vertonen, zij hulp nodig hebben bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en de mate waarin zij cognitieve beperkingen hebben. Daarnaast is een totaal overzicht van de zorgzwaartepakketten (ZZP) opgevraagd en is er door verzorgenden een observatievragenlijst ingevuld om zicht te krijgen op de kwaliteit van leven van bewoners.

Leeftijd (Figuur 4)

In figuur 4 is weergegeven wat de gemiddelde leeftijd is van de bewoners van DNAH waarover vragenlijsten zijn ingevuld.

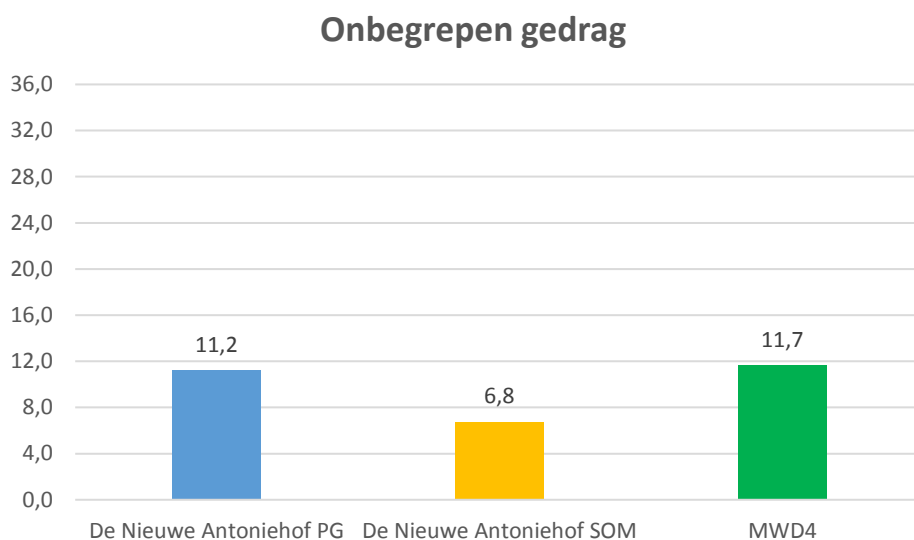
Figuur 4. Leeftijd van de bewoners in de woonvoorziening.



Onbegrepen gedrag (Figuur 5)

Onbegrepen gedrag is gemeten met de Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (De Jonghe, 2003). Dit is een internationaal frequent gebruikt instrument om neuropsychiatrische symptomen te beoordelen. De score varieert tussen de 0 en 36, waarbij een hoge score een hoge mate van neuropsychiatrische symptomen (meer onbegrepen gedrag) vertegenwoordigt.

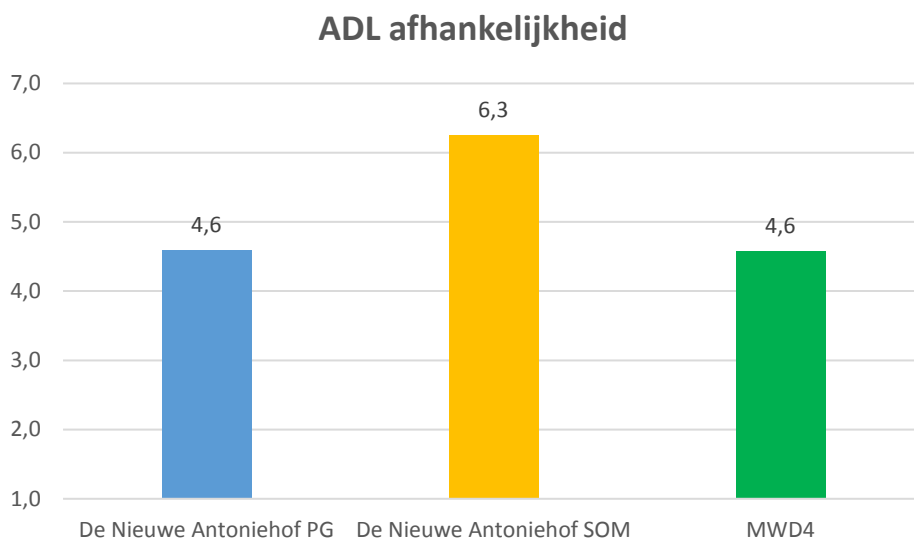
Figuur 5. Mate van onbegrepen gedrag van bewoners in DNAH.



Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) (Figuur 6)

De hulp die de bewoner nodig heeft bij de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) is gemeten met de KATZ vragenlijst (Katz, 1983) die door de verzorgende is ingevuld. De score representeert hoe afhankelijk de bewoners in DNAH zijn bij het uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven. De score kan variëren tussen 1 en 7, waarbij een hoge score betekent dat de bewoners over het algemeen veel hulp nodig hebben bij de uitvoering van de ADL.

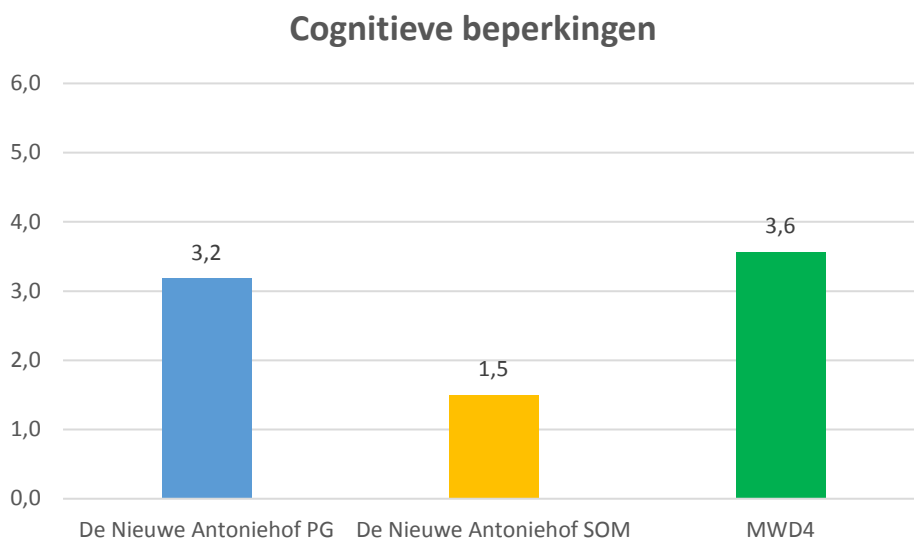
Figuur 6. Mate van ADL afhankelijkheid van bewoners in de woonvoorziening.



Cognitief functioneren (Figuur 7)

Het cognitief functioneren van de bewoners is in kaart gebracht met de Cognitive Performance Scale (CPS; Morris et al., 1994). Ook deze gegevens zijn door de verzorgende over de bewoner ingevuld. Met de CPS wordt gekeken welke belemmeringen de bewoner heeft met het nemen van beslissingen, het korte termijn geheugen, en met het uiten van zichzelf. De score op de CPS kan variëren tussen 0 en 6, waarbij 0 betekent dat iemand geen problemen met het cognitief functioneren heeft, en 6 dat iemand ernstige beperkingen heeft in de cognitie.

Figuur 7. Mate van cognitieve beperkingen van bewoners in de woonvoorziening.



ZZP verdeling (Figuur 8)

In figuur 8 zijn percentages weergegeven van de bewoners met een ZZP4, 5, 7 en overig. Deze percentages zijn gebaseerd op een totaaloverzicht van het aantal bewoners per zorgzwaartepakket in DNAH. De gegevens zijn gebaseerd op de informatie die de manager of de teamleider aan ons heeft verstrekt. In totaal zijn er gegevens verstrekt over 23 bewoners in DNAH, die dementie of een somatische aandoening hebben.

Figuur 8. ZZP verdeling



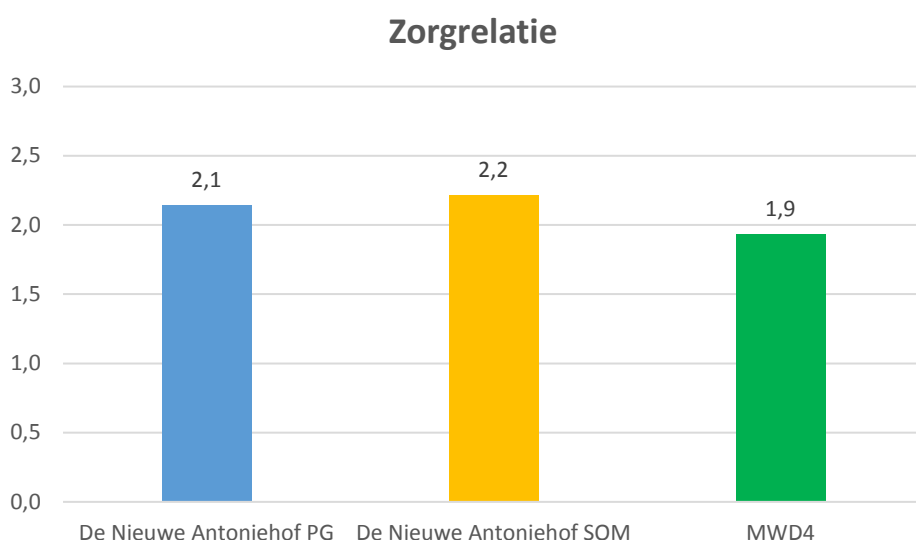
Kwaliteit van leven (Figuur 9 t / m 17)

De kwaliteit van leven van de bewoners met dementie is in kaart gebracht met behulp van de Qualidem (Ettema e.a., 2007). Dit meetinstrument bestaat uit negen verschillende subschalen: positief affect, sociale relaties, zich thuis voelen, zorgrelatie, positief zelfbeeld,

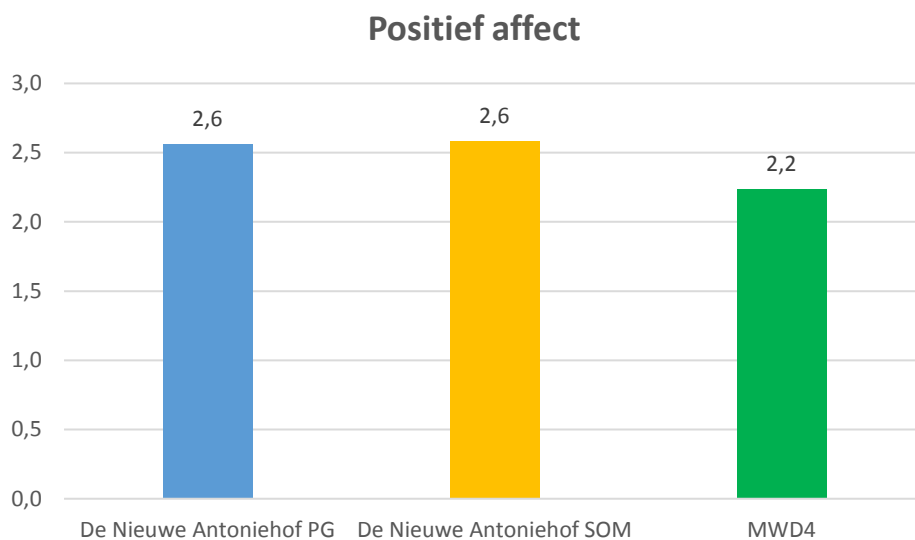
iets om handen hebben, negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement. De subschalen bestaan uit een aantal items waarbij aangegeven kon worden in welke mate een bepaalde emotie of gedrag bij de bewoner voor komt, variërend van 'nooit' tot 'vaak'. Voorbeelden van items zijn: "Heeft contact met andere bewoners" en "Kan genieten van dingen in het dagelijks leven." Voor iedere subschaal geldt dat er minimaal 0, en maximaal 3 kan worden gescoord.

In figuren 9 t/m 17 zijn per subschaal van kwaliteit van leven de scores van de bewoners weergegeven. Voor figuren 9 t/m 14 geldt dat een hogere score voor de subschalen, een hogere kwaliteit van leven van de bewoners vertegenwoordigt. Voor de subschalen die gepresenteerd worden in figuren 15 t/m 17 (negatief affect, rusteloos gedrag en sociaal isolement) representeert een hoge score juist een lagere kwaliteit van leven.

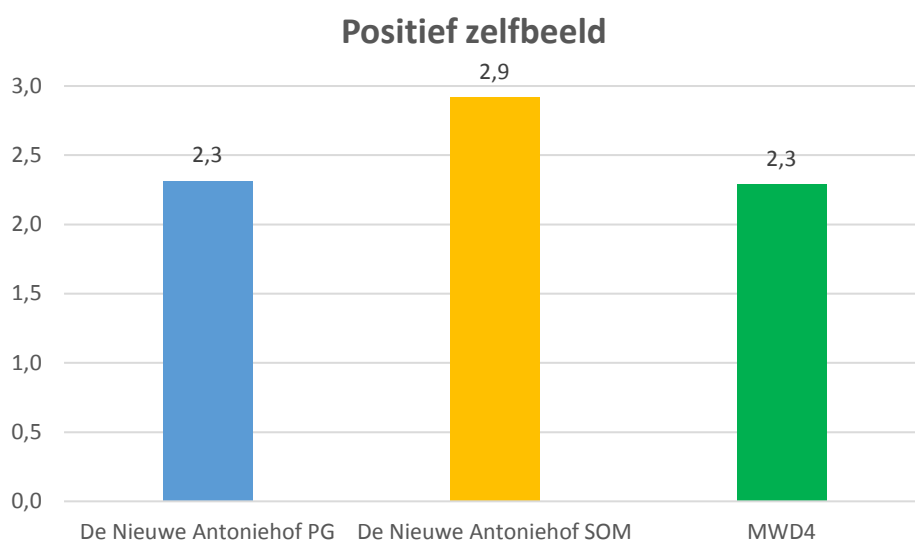
Figuur 9. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening - zorgrelatie.



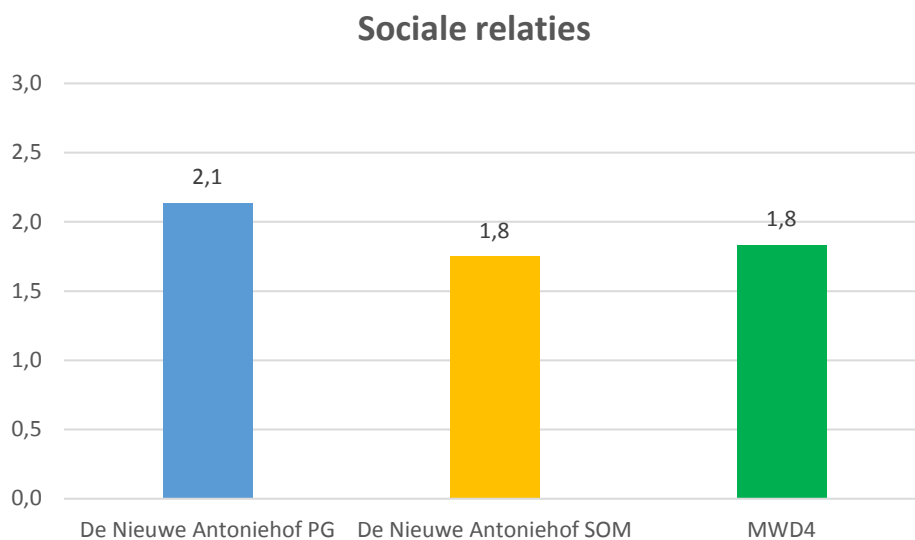
Figuur 10. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – positief affect.



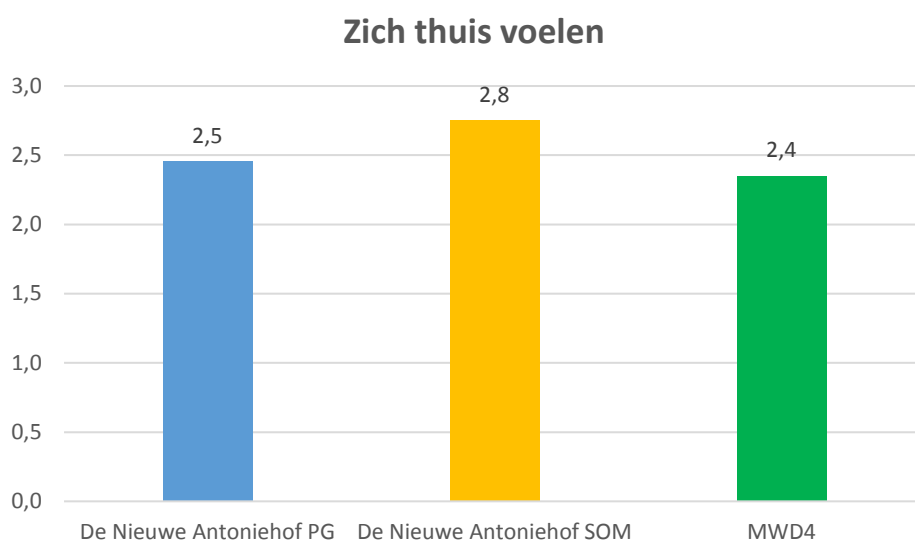
Figuur 11. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – positief zelfbeeld.



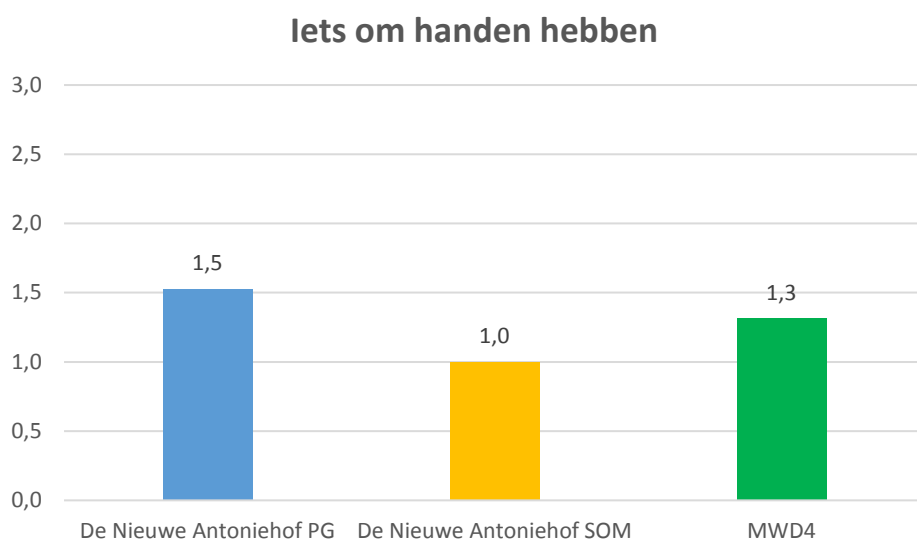
Figuur 12. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – sociale relaties.



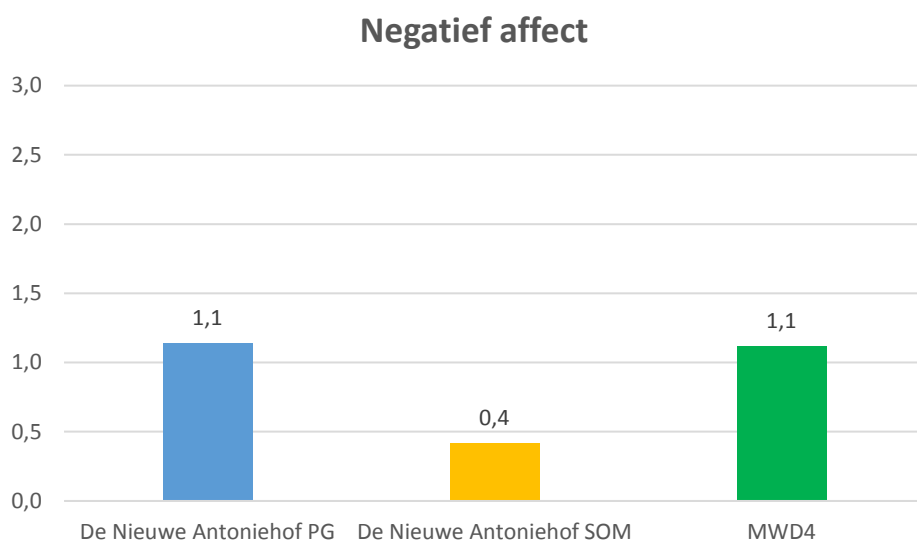
Figuur 13. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – zich thuis voelen.



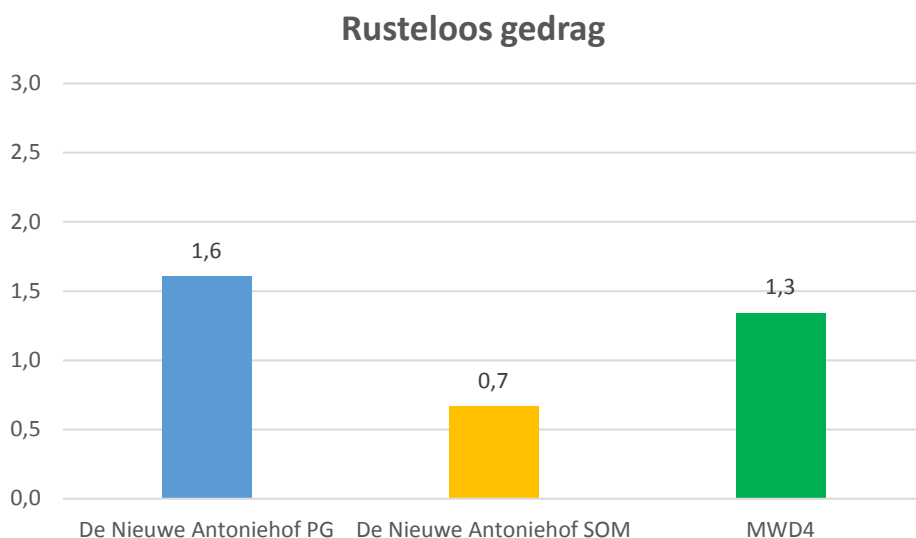
Figuur 14. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – iets om handen hebben.



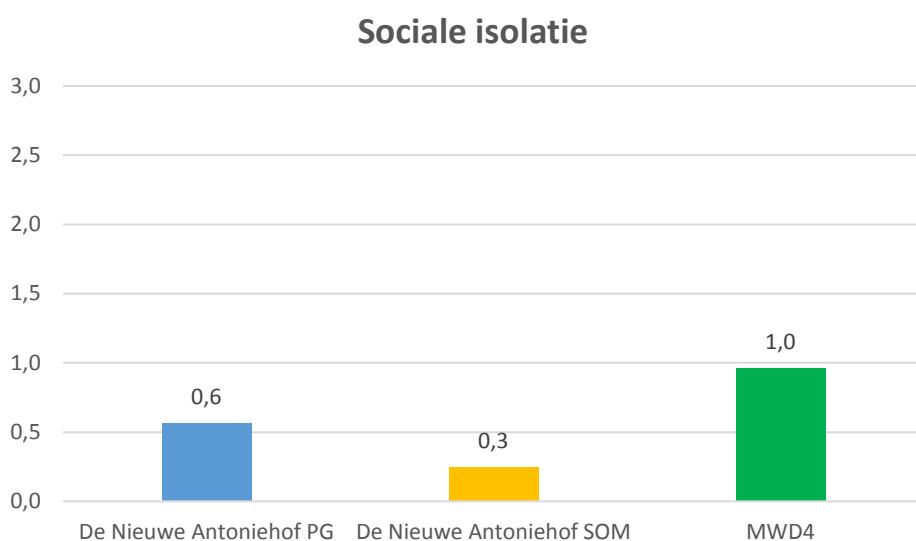
Figuur 15. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – negatief affect.



Figuur 16. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – rusteloos gedrag.



Figuur 17. Kwaliteit van leven van bewoners in woonvoorziening – sociale isolatie.



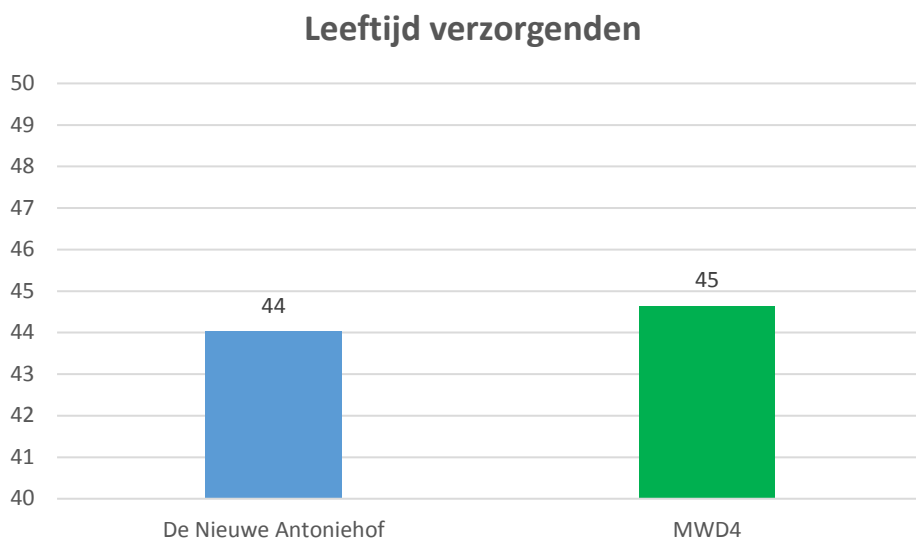
Verzorgend personeel

Het verzorgend personeel is gevraagd om vragenlijsten, die onder andere de kijk op mensen met dementie, werkdruk en eenduidigheid in visie meten, in te vullen.

Leeftijd (Figuur 18)

In figuur 18 is weergegeven wat de gemiddelde leeftijd is van het verzorgend personeel dat de vragenlijst in DNAH invulde.

Figuur 18. Gemiddelde leeftijd van de verzorgenden in de woonvoorziening.

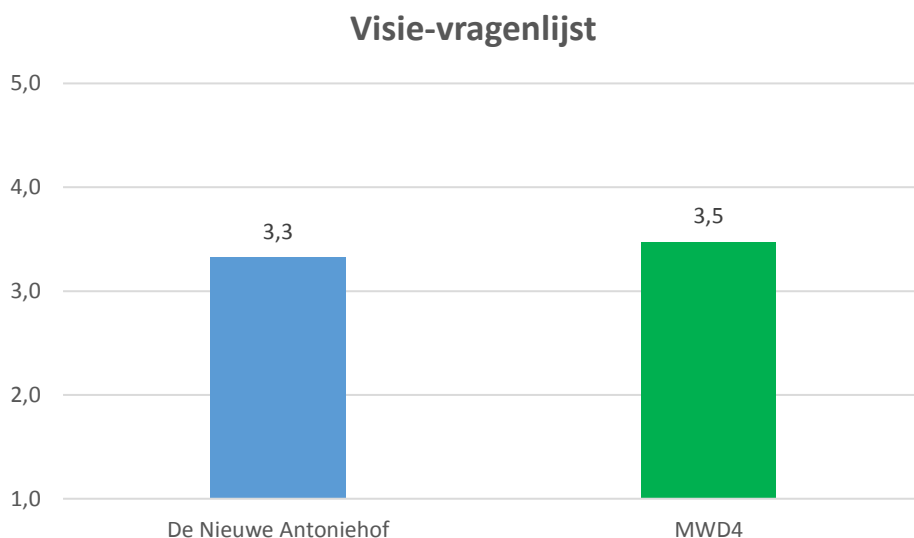


Eenduidigheid in visie op zorg ervaren door verzorgenden (Figuur 19)

In figuur 19 vindt u de uitkomst van een vragenlijst die is voorgelegd aan het verzorgend personeel van DNAH, waarin wij hen vroegen in hoeverre onenigheid bestond binnen het team over verschillende aspecten in de zorg die op dit moment vaak terugkomen in de visies van woonvoorzieningen van mensen met dementie. Bijvoorbeeld: 'Een huiselijke omgeving voor de bewoners met dementie', 'Meegaan in het dagritme van de bewoner' en 'Het betrekken van familie bij de zorg voor hun naaste met dementie'.

Er is een gemiddelde score op basis van 7 vragen berekend met een spreiding van 1 tot 5 punten. In de verdiepende deelstudie van de Monitor Woonvormen Dementie kwam naar voren dat een duidelijke visie een belangrijke voorwaarde is voor succes van een woonvoorziening voor mensen met dementie. Het bleek dat in woonvoorzieningen waar een duidelijke visie was op de te verlenen zorg, weinig onenigheid was over hoe de zorg aan de bewoners geboden zou moeten worden. Wanneer geen duidelijke visie heerste in een woonvoorziening, ging dit juist vaak samen met onenigheid over de manier waarop het beste zorg kan worden verleend en waar prioriteiten lagen. Een hoge score op onze Visie-vragenlijst betekent dan ook dat binnen een verzorgend team weinig onenigheid heerst over de zorg en er een duidelijke visie is.

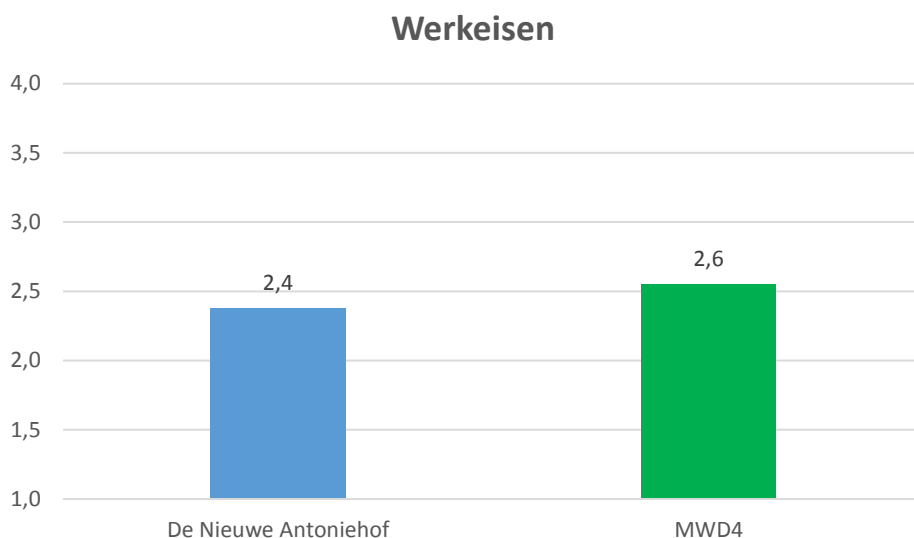
Figuur 19. Eenduidigheid in visie onder de verzorgenden in de woonvoorziening.



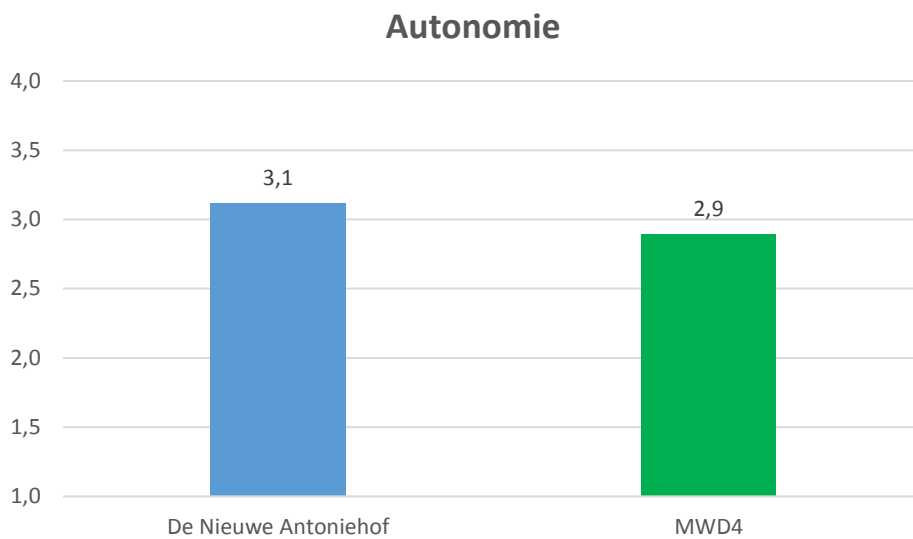
Werkeisen en autonomie (Figuur 20 en 21)

Met behulp van de Leidse Arbeidskenmerken Schaal (LAKS; Van der Doef & Maes, 1999) zijn verschillende arbeidskenmerken gemeten: werkdruk en autonomie. Medewerkers hebben aangegeven in hoeverre ze het met bepaalde stellingen eens waren. Een voorbeeld van deze stellingen is: 'Ik heb voldoende tijd om goede zorg te verlenen aan bewoners'. De antwoorden zijn per subschaal bij elkaar opgeteld en vervolgens is het gemiddelde berekend (range 1-4), waarbij een hoger gemiddelde een hogere aanwezigheid van dat werkkenmerk inhoudt.

Figuur 20. Ervaren werkeisen door verzorgenden in de woonvoorziening.



Figuur 21. Ervaren autonomie door de verzorgenden in de woonvoorziening.



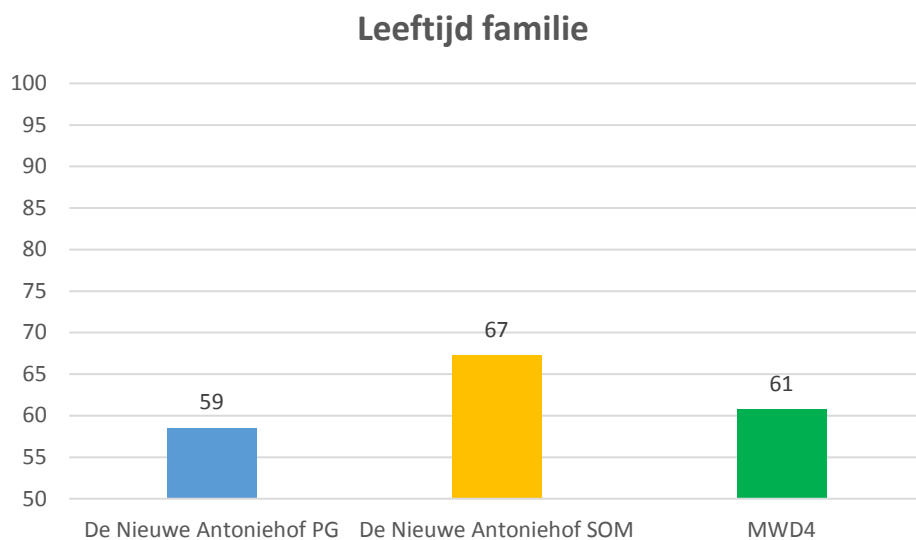
Familieleden en vrijwilligers

Uit de verdiepende studie van de Monitor Woonvormen Dementie kwam een goede samenwerking met familie als succesfactor naar voren voor woonvoorzieningen voor mensen met dementie (De Lange, Willemse, Smit & Pot, 2010). Een goed contact en een goede samenwerking met de familie van de bewoners leidt ertoe dat familieleden graag iets voor de woonvoorziening doen. Familie kan alleen bijdragen aan het succes van de woonvoorziening wanneer zij zich welkom voelt en de ruimte krijgt om het welzijn van hun familielid en van de woongemeenschap te bevorderen door aanwezig te zijn, te helpen en sfeer te brengen. Sinds de tweede meetronde van de Monitor hebben wij daarom vragenlijsten bij familieleden afgenomen om zicht te krijgen op hoe zij hun betrokkenheid bij en rol binnen de woonvoorziening ervaren en hoe tevreden en belast zij zijn.

Leeftijd (Figuur 22)

In figuur 22 is weergegeven wat de gemiddelde leeftijd is van de familieleden die de vragenlijst in DNAH invulden.

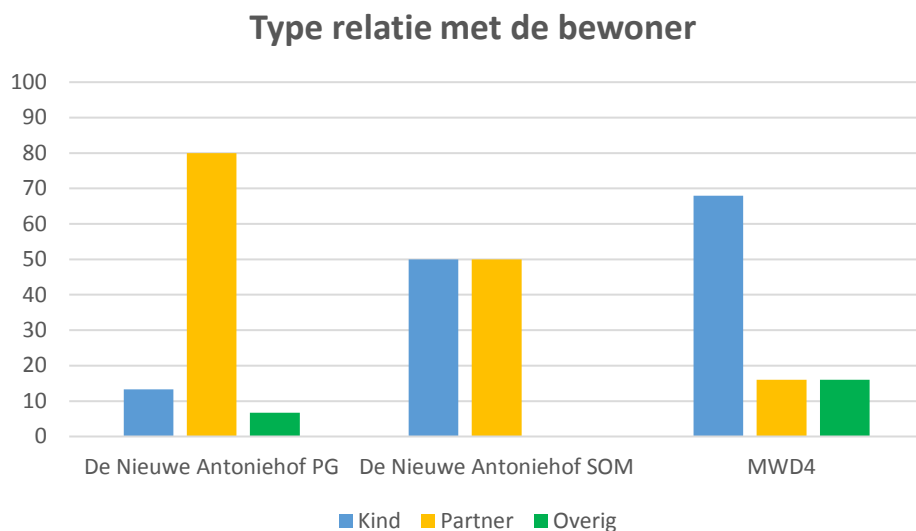
Figuur 22. Gemiddelde leeftijd van familieleden van bewoners in de woonvoorziening.



Type relatie (Figuur 23)

In figuur 23 is weergegeven welk percentage van de familieleden die de vragenlijst heeft ingevuld, kind of partner van de bewoner was of een andere relatie met de bewoner had.

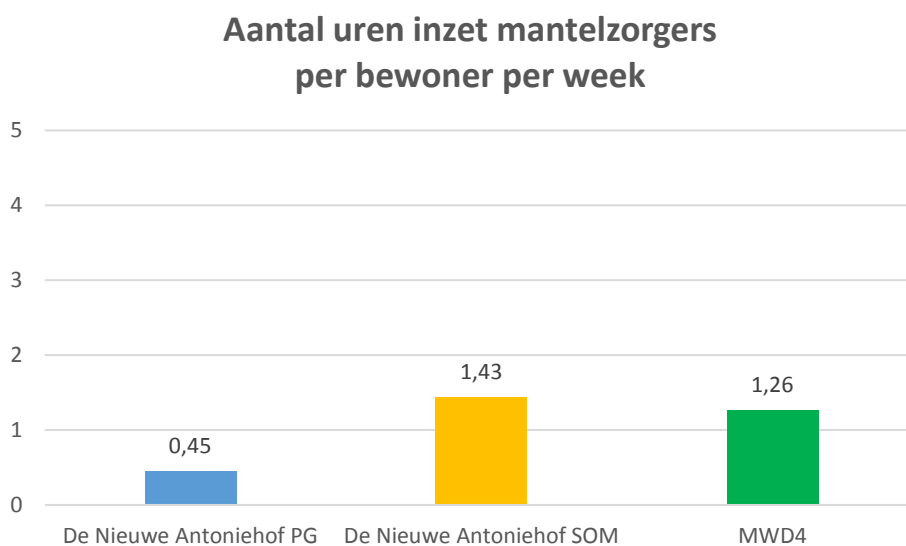
Figuur 23. Verschillende soorten relaties die familieleden hebben met bewoners in de woonvoorziening.



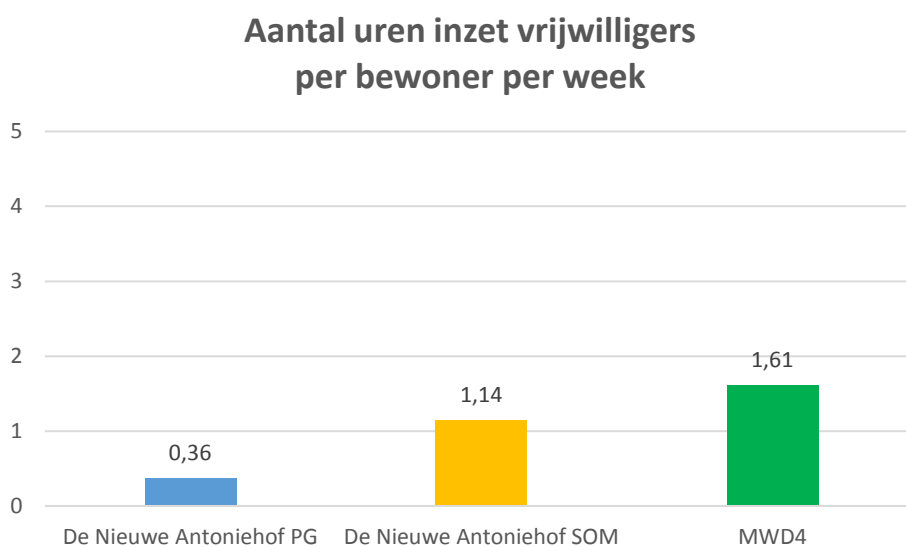
Inzet van familie en vrijwilligers (Figuur 24 en 25)

De gegevens die betrekking hebben op de inzet van familie en vrijwilligers worden gepresenteerd in figuren 24 en 25. In de figuren wordt het aantal uur per bewoner per week, dat de familie of vrijwilligers een structurele bijdrage levert aan de woonvoorziening, weergegeven. Deze gegevens zijn tijdens het interview met de manager verkregen.

Figuur 24. Gemiddeld aantal uren per bewoner dat familieleden worden ingezet in de woonvoorziening.



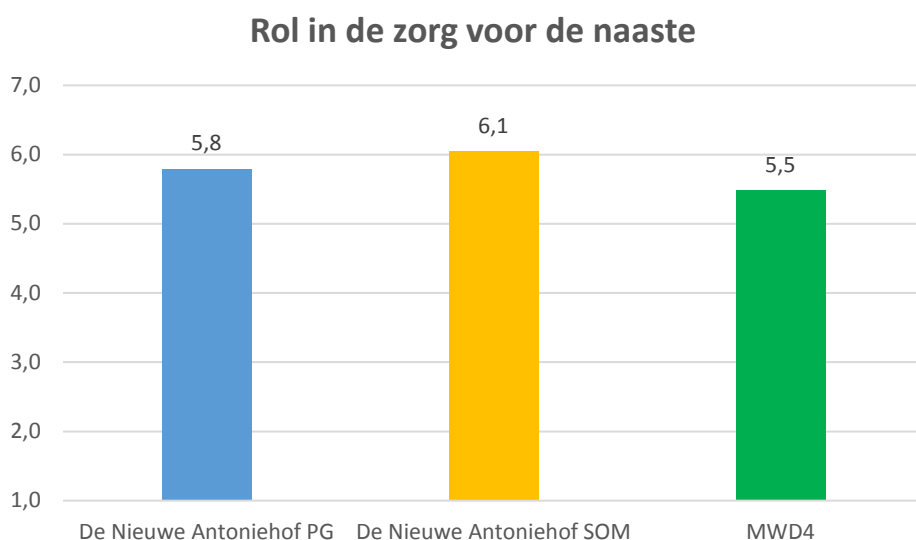
Figuur 25. Gemiddeld aantal uren per bewoner dat vrijwilligers worden ingezet in de woonvoorziening.



Ervaren rol familie (Figuur 26)

De betrokkenheid van familieleden bij de zorg is gemeten met een selectie van vragen uit de Nederlandse vertaling van de Family Perceptions of Caregiving Role vragenlijst (FPCR; Maas & Buckwalter, 1990). Familieleden hebben gereageerd op 15 stellingen van de subschaal "Role" die gaan over de rol die zij spelen in de verzorging van hun naaste met dementie. Een voorbeeld van een stelling is: 'Ik voel me een buitenstaander in de zorg voor mijn familielid'. De familieleden hebben op een schaal van 1-7 aangegeven in hoeverre ze het eens zijn met de stelling. De gemiddelde eindscore kan variëren tussen 1 en 7 punten. Een hogere score op de schaal betekent meer ervaren betrokkenheid bij de zorg, ofwel de ervaring van familieleden dat zij een grotere rol in de zorg spelen.

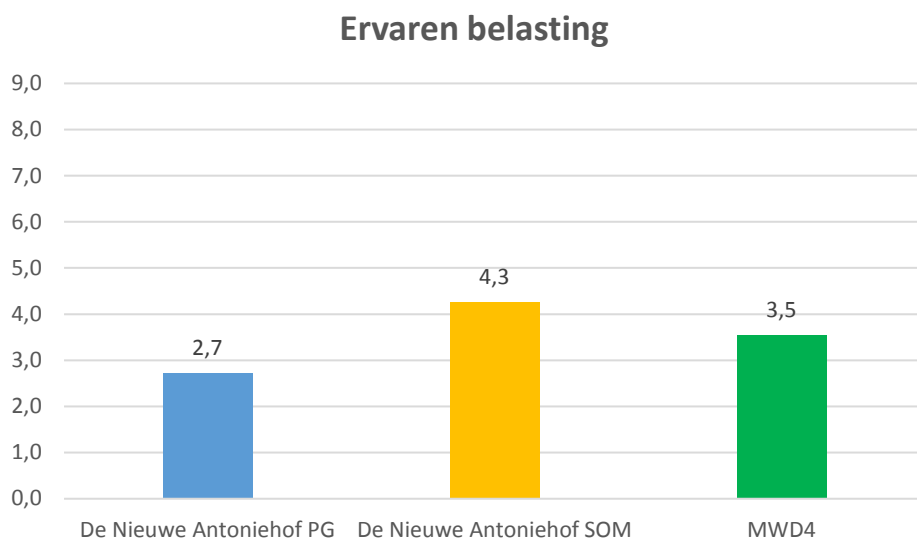
Figuur 26. Ervaren rol door familieleden van bewoners in de woonvoorziening.



Ervaren zorgbelasting (Figuur 27)

De ervaren zorgbelasting die familieleden ervaren is gemeten aan de hand van de vragenlijst Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ; Pot, van Dyck & Deeg, 1995). Familieleden hebben op negen stellingen aangegeven in welke mate de stelling op hen van toepassing is. Voorbeelden van stellingen zijn: 'De situatie van mijn naaste eist voortdurend mijn aandacht' en 'De hulp die mijn familielid nodig heeft, komt teveel op mijn schouders neer'. De eindscore kan variëren tussen 0 en 9, waarbij een hoge score betekent dat de familie veel belasting ervaart.

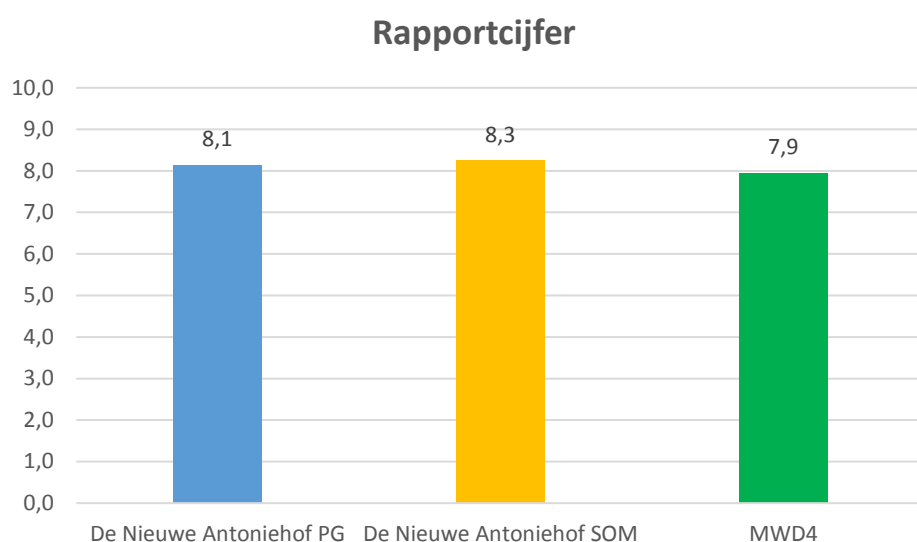
Figuur 27. Ervaren druk door familieleden van bewoners in de woonvoorziening.



Gemiddeld rapportcijfer van familie voor woonvoorziening (Figuur 28)

Aan de familieleden hebben we gevraagd welk rapportcijfer ze de woonvoorziening over het algemeen zouden geven. Het gemiddelde rapportcijfer voor DNAH (dat kan variëren van 1 tot 10) is in figuur 48 weergegeven.

Figuur 28. Gemiddeld rapportcijfer dat familieleden van bewoners in de woonvoorziening geven aan de woonvoorziening.



Familieparticipatie

Het thema familieparticipatie is opgesplitst in twee onderwerpen:

- zeggenschap van familie en
- de betrokkenheid van familie in het ondernemen van activiteiten binnen de woonvoorziening.

Hoe is het beleid met betrekking tot de zeggenschap van familie en de betrokkenheid in het ondernemen van activiteiten binnen de woonvoorziening? Stimuleert het verzorgend personeel dit? En hoe ervaren families het? En voelen verzorgenden zich toegerust om familieparticipatie te bevorderen? Vragen met betrekking tot het thema familieparticipatie hebben we voorgelegd aan de manager, de verzorgenden en de familie van bewoners.

Eerst zal het onderdeel zeggenschap besproken worden, daarna volgt het ondernemen van activiteiten door familie in de woonvoorziening. Tenslotte wordt ingegaan op de mate waarin verzorgenden behoefte hebben aan ondersteuning op het gebied van omgaan met familie van bewoners.

Zeggenschap

In het onderdeel zeggenschap richten we ons op de betrokkenheid van de familie bij de invulling van de zorg, begeleiding en behandeling van hun naaste en bij de algemene gang van zaken in de woonvoorziening. In onderstaande paragrafen is voor beide onderdelen van zeggenschap eerst weergegeven wat het beleid is en vervolgens in welke mate verzorgenden dit inderdaad zeggen te stimuleren en tenslotte in welke mate de familie hierin participeert.

Betrokkenheid familie bij de zorg, begeleiding en behandeling van naaste

- **Manager**

Voor DNAH is aangegeven dat het beleid is dat jullie samen met de familie invulling geven aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en dat familie wordt gestimuleerd deze rol op zich te nemen. 96% van de deelnemende woonvoorzieningen aan de vierde meetronde hanteren dit beleid. Bij 10% van de woonvoorzieningen wordt dit beleid in de praktijk echter niet uitgevoerd en bij 10% is het beleid nog in ontwikkeling.

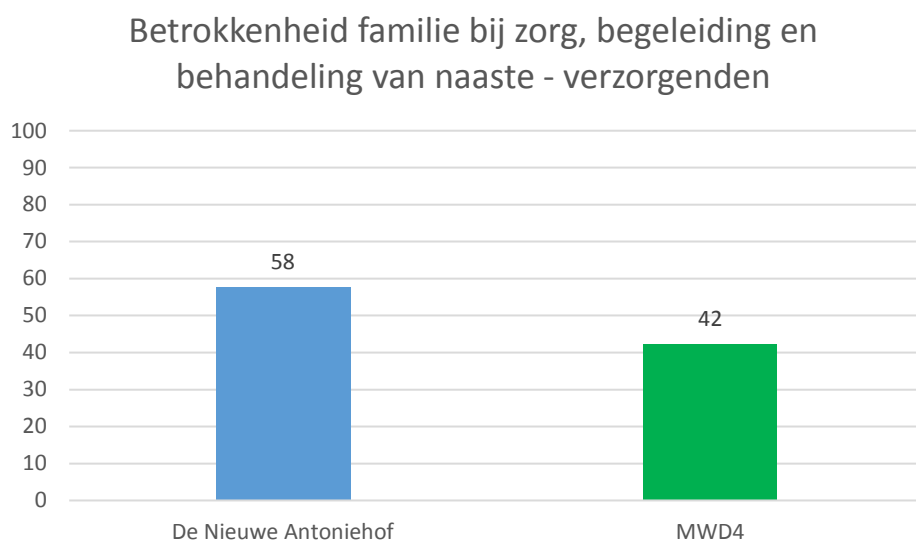
- **Verzorgenden**

De verzorgenden is gevraagd hoe vaak zij de familie betrekken bij de zorg voor hun naaste. In figuur 29 is het percentage verzorgenden te zien dat aangeeft vaak samen met de familie invulling te geven aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en de familie te stimuleren om deze rol op zich te nemen.

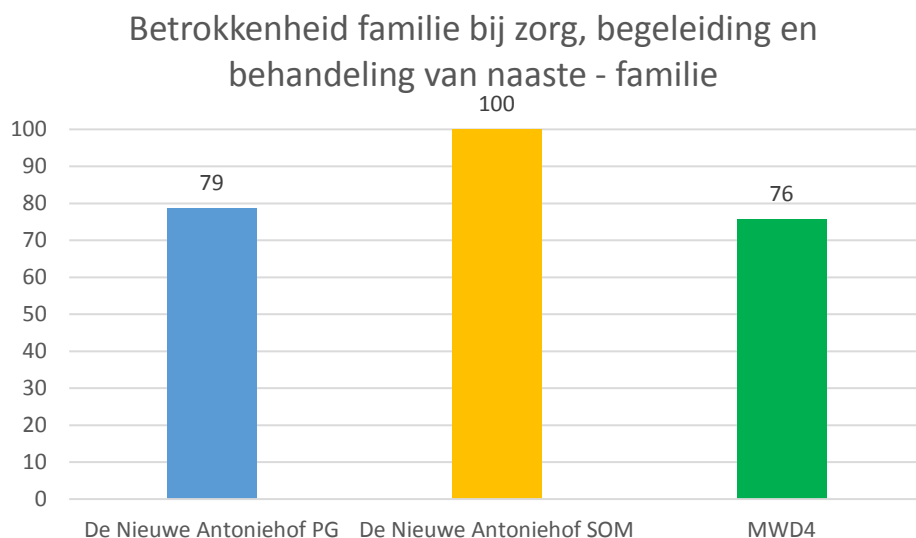
- **Familie**

Gemiddeld 76% van de familie van bewoners van alle woonvoorzieningen van de vierde meetronde geeft **soms of vaak** hun mening uit zichzelf over de zorg, behandeling of begeleiding van hun naaste of komt zelf met verandervoorstellen, ongeacht of hen dit gevraagd wordt. In figuur 30 is te zien hoeveel procent van de familie van bewoners van DNAH aangeeft dit soms of vaak te doen.

Figuur 29. Percentage verzorgenden dat vaak samen met de familie invulling geeft aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en de familie stimuleert deze rol op zich te nemen.



Figuur 30. Percentage familieleden dat aangeeft soms of vaak hun mening uit zichzelf over de zorg, behandeling of begeleiding van hun naaste geeft of zelf komt met verandervoorstellen, ongeacht of hen dit gevraagd wordt.



Betrokkenheid familie bij algemene gang van zaken

- **Manager**

Voor 82% van alle deelnemende woonvoorzieningen van MWD4 is het beleid om samen met de familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening te bepalen en de familie te stimuleren om deze rol op zich te nemen of is dit beleid in ontwikkeling. Voor DNAH is aangegeven dat dit ook het beleid is.

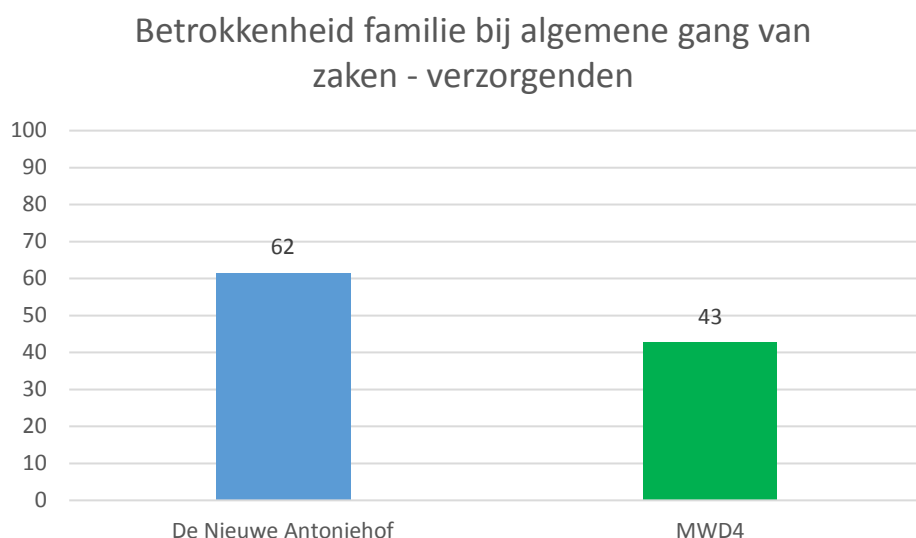
- **Verzorgenden**

In figuur 31 is het percentage verzorgenden te zien dat aangeeft vaak samen met de familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening te bepalen en dat zij familie vaak stimuleren deze rol op zich te nemen.

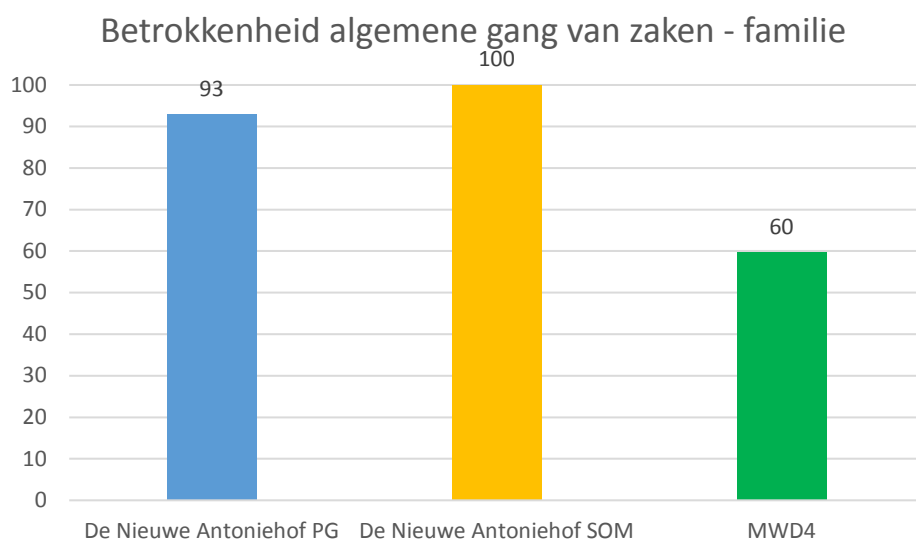
- **Familie**

60% van de familie van de bewoners van alle woonvoorzieningen geeft **soms of vaak** zijn of haar mening over de algemene gang van zaken of het beleid binnen de woonvoorziening, ongeacht of hen dit gevraagd wordt. In figuur 32 is te zien hoeveel familie van bewoners van DNAH aangeeft dit soms of vaak te doen.

Figuur 31. Percentage verzorgenden dat vaak samen met de familie de gang van zaken binnen de woonvoorziening bepaalt en familie vaak stimuleert deze rol op zich te nemen.



Figuur 32. Percentage familieleden dat aangeeft soms of vaak hun mening over de algemene gang van zaken of het beleid binnen de woonvoorziening geeft, ongeacht of hen dit gevraagd wordt.



Activiteiten

In het onderdeel activiteiten richten we ons op de betrokkenheid van familie in het ondernemen van activiteiten binnen de woonvoorziening. We richten ons niet alleen op de activiteiten die familie met hun eigen naaste onderneemt, maar ook op het ondernemen van activiteiten met andere bewoners. Tevens hebben we geïnventariseerd of het gestimuleerd wordt dat familie deze activiteiten op vaste, afgesproken tijden onderneemt.

In onderstaande paragrafen is eerst weergegeven wat het beleid is van de woonvoorziening op dit gebied, vervolgens laten we zien in welke mate verzorgenden dit inderdaad zeggen te stimuleren en tenslotte in welke mate de familie ervaart dat de woonvoorziening hen stimuleert om activiteiten te ondernemen.

Manager

Geen van de deelnemende woonvoorzieningen verplicht de familie om op afgesproken tijden activiteiten of taken op zich te nemen. Binnen DNAH is het beleid dat de woonvoorziening het aan familie laat of zij activiteiten met of taken voor haar naaste onderneemt. Ook houdt de woonvoorziening het niet af dat zij activiteiten met andere bewoners onderneemt of taken op zich neemt binnen de woonvoorziening. Dit beleid wordt actief uitgevoerd. In tabel 2 is te zien welk beleid de andere woonvoorzieningen hanteren.

Tabel 2. Aantal woonvoorzieningen dat beleid heeft op het stimuleren van familie om activiteiten te ondernemen

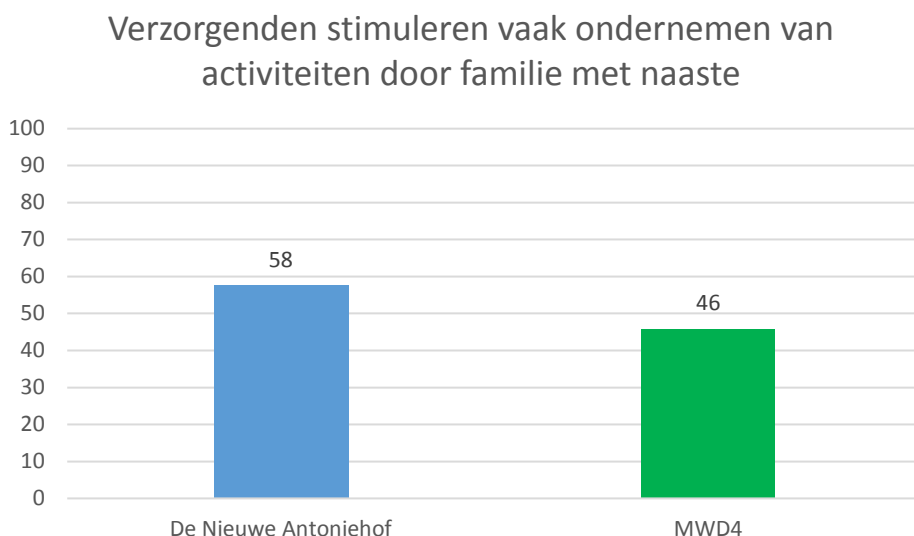
Type beleid	Percentage van deelnemende locaties
De woonvoorziening verplicht familie om op afgesproken tijden activiteiten of taken op zich te nemen	0%
De woonvoorziening stimuleert familie om op vaste, afgesproken tijden activiteiten of taken op zich te nemen. Dit is niet verplicht.	8%
De woonvoorziening stimuleert familie om activiteiten met en taken voor hun naaste, maar ook andere bewoners, te ondernemen of taken op zich te nemen binnen de woonvoorziening	76%
De woonvoorziening stimuleert familie alleen om activiteiten met en taken voor hun naaste te ondernemen, niet met andere bewoners	2%
De woonvoorziening laat het aan familie of zij activiteiten met of taken voor haar naaste ondernemen, ook houden zij het NIET af dat zij activiteiten met andere bewoners ondernemen of taken op zich nemen binnen de woonvoorziening	12%
De woonvoorziening laat het aan familie of zij activiteiten met of taken voor haar naaste ondernemen, maar wij houden het af dat zij activiteiten met andere bewoners ondernemen of taken op zich nemen binnen de woonvoorziening.	2%

Verzorgenden

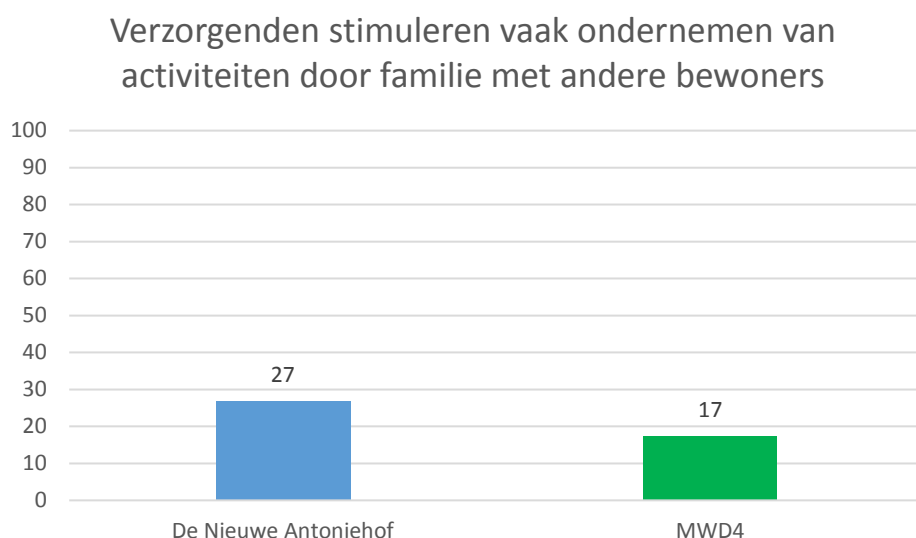
In figuren 33 t/m 35 is te zien hoeveel procent van de verzorgenden van DNAH aangeeft:

- vaak de familie te stimuleren om activiteiten met hun naaste te ondernemen.
- vaak de familie te stimuleren om activiteiten met andere bewoners te ondernemen.
- vaak de familie te stimuleren om op afgesproken tijden mee te helpen in de woonvoorziening.

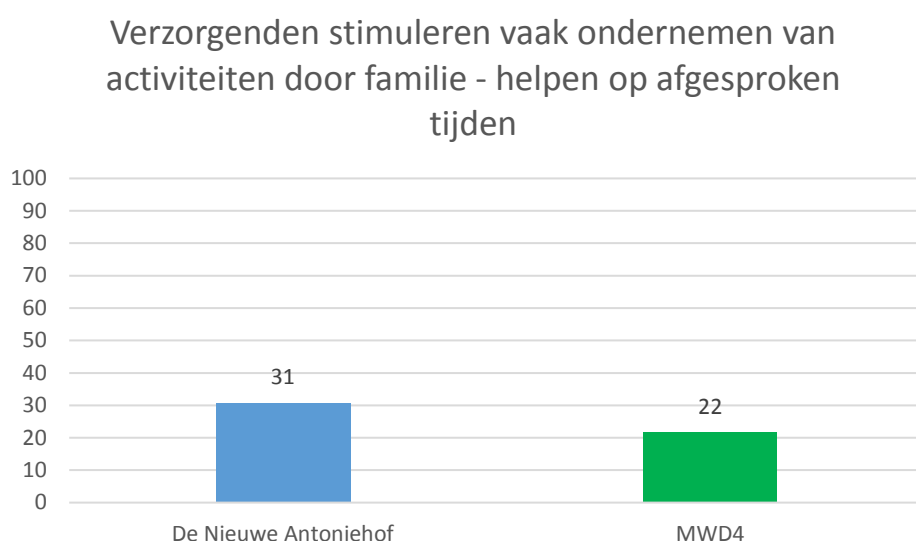
Figuur 33. Percentage verzorgenden dat aangeeft vaak de familie te stimuleren om activiteiten met hun naaste te ondernemen.



Figuur 34. Percentage verzorgenden dat aangeeft vaak de familie te stimuleren om activiteiten met andere bewoners te ondernemen.



Figuur 35. Percentage verzorgenden dat aangeeft vaak de familie te stimuleren om op afgesproken tijden mee te helpen in de woonvoorziening.



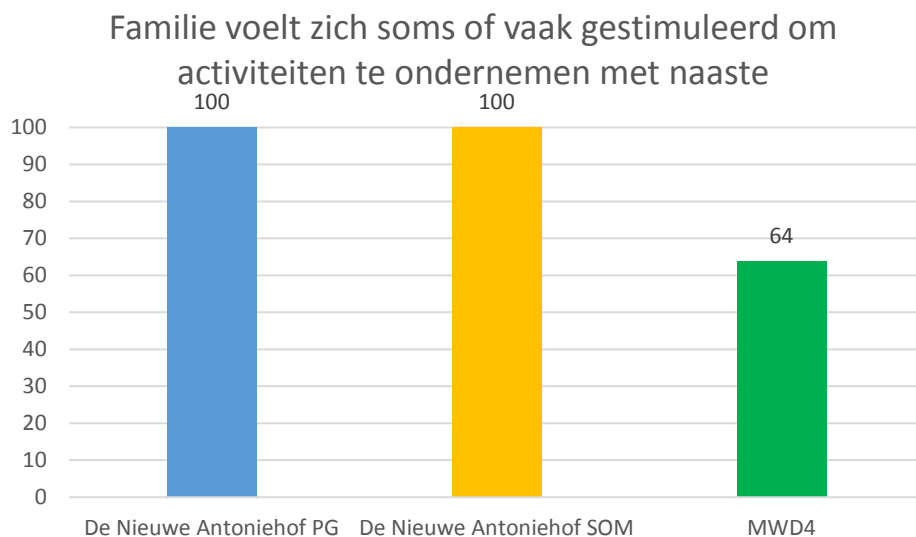
Familie

In figuren 36 t/m 38 is te zien hoeveel procent van de familie van DNAH ervaart dat de woonvoorziening:

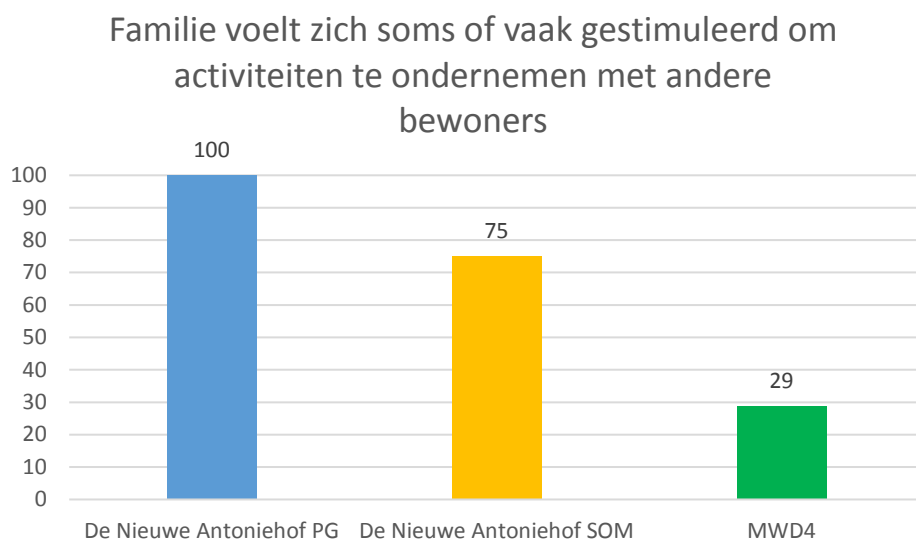
- hen soms of vaak stimuleert om activiteiten met de naaste te ondernemen.
- hen soms of vaak stimuleert om activiteiten met andere bewoners te ondernemen.

- hen stimuleert om op afgesproken tijden mee te helpen in de woonvoorziening, bijvoorbeeld bij de maaltijden of activiteiten.

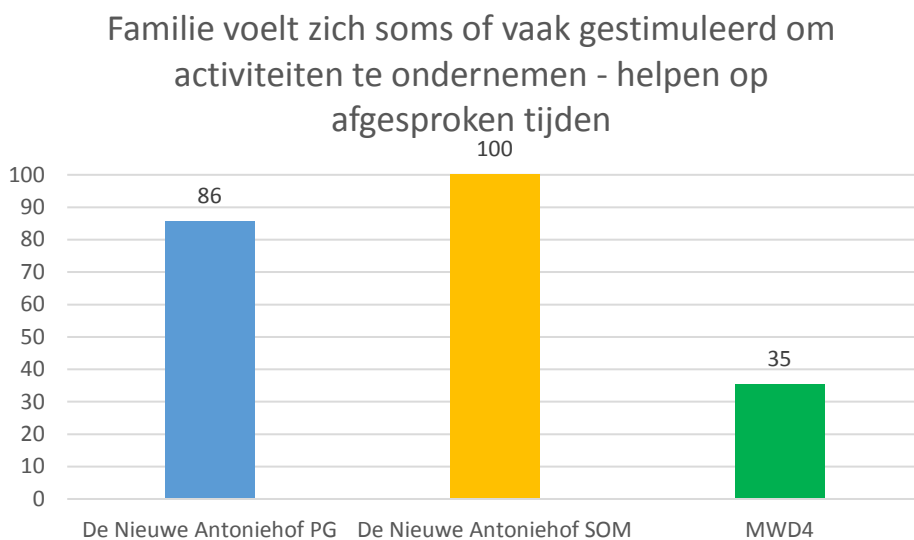
Figuur 36. Percentage familieleden dat aangeeft dat verzorgenden hen soms of vaak stimuleert om activiteiten met de naaste te ondernemen.



Figuur 37. Percentage familieleden dat aangeeft dat verzorgenden hen soms of vaak stimuleert om activiteiten met andere bewoners te ondernemen.



Figuur 38. Percentage familieleden dat aangeeft dat verzorgenden hen soms of vaak stimuleert om op afgesproken tijden in de woonvoorziening te helpen.



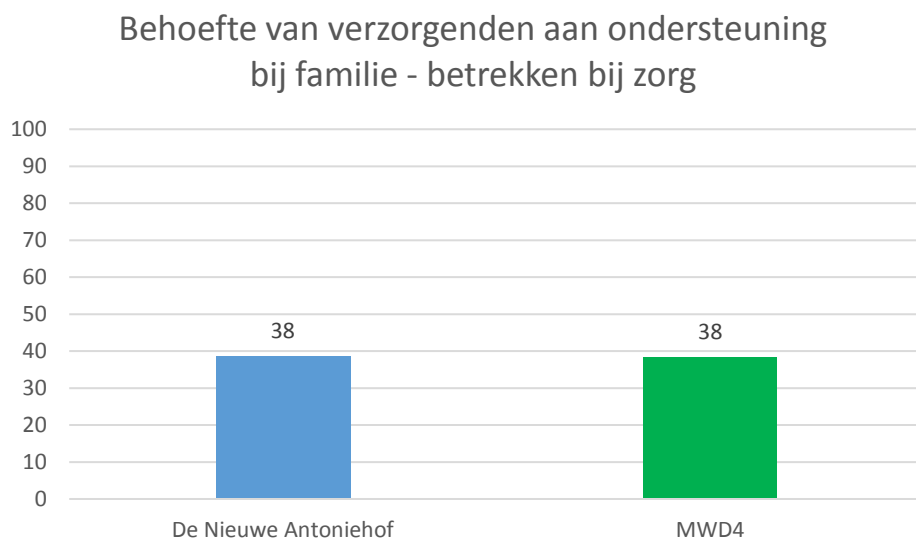
Behoefte van verzorgenden aan ondersteuning (Figuren 39 t/m 41)

De verzorgenden zijn gevraagd of zij behoefte hebben aan ondersteuning op het gebied van:

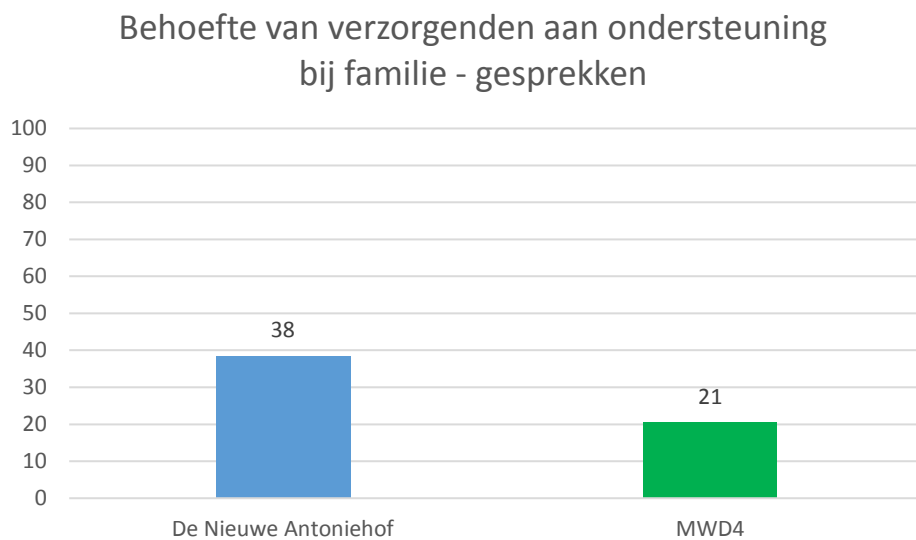
- het betrekken van de familie bij de zorg,
- het in gesprek gaan met familie en
- het ondersteunen van familie in de omgang met hun naaste.

In figuren 39 t/m 41 is te zien hoeveel procent van de verzorgenden behoefte heeft aan ondersteuning bij deze aspecten.

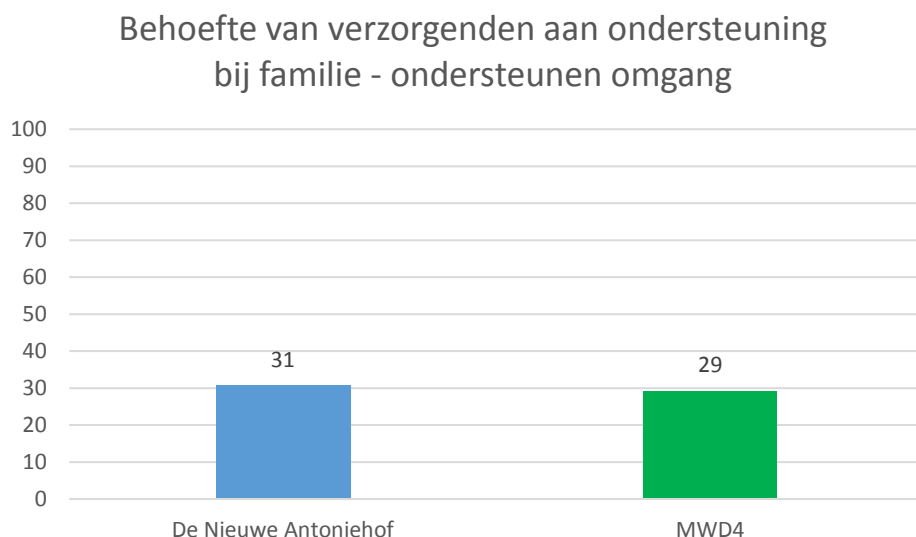
Figuur 39. Percentage verzorgenden dat aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning bij het betrekken van familie bij de zorg.



Figuur 40. Percentage verzorgenden dat aangeeft behoefte te hebben aan ondersteuning bij het in gesprek gaan met familie.



Figuur 41. Percentage verzorgenden dat aangeeft behoefte te hebben bij het ondersteunen van familie in de omgang met hun naaste.



Kwaliteit van de zorg

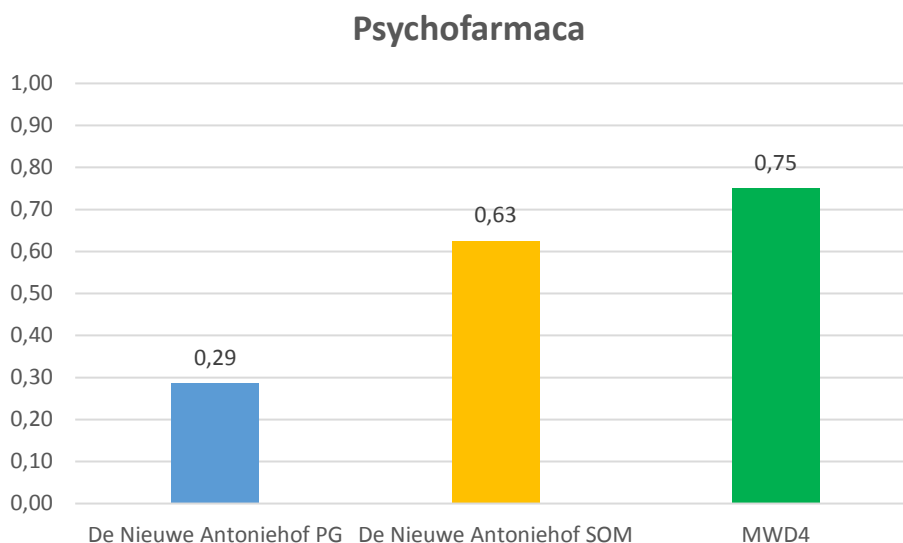
Om de kwaliteit van de zorg in kaart te brengen, is een aantal indicatoren gebruikt: het aantal gebruikte psychofarmaca, het aantal toegepaste fixaties, de mate waarin bewoners worden betrokken bij activiteiten en de mate waarin de zorg volgens verzorgenden op een persoonsgerichte manier geboden wordt.

Psychofarmaca (Figuur 42)

Het psychofarmacagebruik van DNAH is in kaart gebracht met behulp van een inventarisatie van de hoeveelheid toegediende medicatie per bewoner van iedere afdeling of woning van de woonvoorziening. Vaak is dit door de verpleeghuisarts/specialist ouderengeneeskunde gedaan. Figuur 42 geeft het gemiddelde aantal psychofarmaca dat per bewoner wordt gebruikt in DNAH weer.

Een korte uitleg hoe u dit figuur kunt lezen: een gemiddelde van 0.25 psychofarmaca per bewoner betekent dat bij 1 op de 4 bewoners 1 psychofarmacon wordt toegediend. Aangezien het hier om gemiddelden gaat kan dit in de praktijk betekenen dat bijvoorbeeld bij een kwart van de bewoners 1 psychofarmacon wordt toegediend. Stel uw woonvorm heeft 24 bewoners, dan betekent dit dus dat op het moment dat de gegevens verzameld werden 6 bewoners 1 psychofarmacon werd toegediend.

Figuur 42. Gemiddeld aantal psychofarmaca per bewoner.

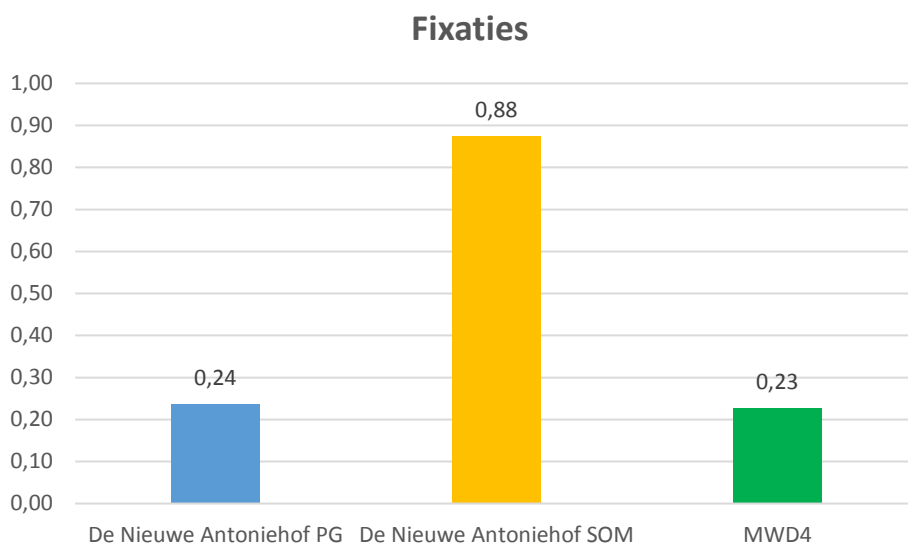


Fixaties met en zonder bedhekken (Figuren 43 en 44)

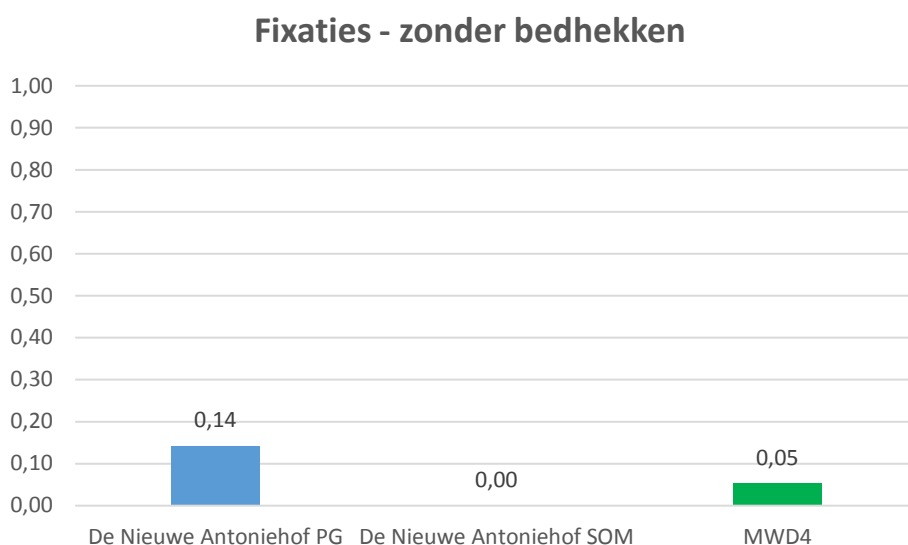
De gegevens over het aantal fixatiemaatregelen dat wordt toegepast binnen DNAH zijn in figuren 43 en 44 weergegeven. In figuur 43 wordt het aantal fixaties met bedhekken weergegeven en in figuur 44 het aantal fixaties zonder bedhekken. De waarden geven het gemiddelde aantal fixatiemaatregelen per bewoner weer.

Een korte uitleg hoe u dit figuur kunt lezen: een gemiddelde van 0.25 fixaties per bewoner betekent dat bij 1 op de 4 bewoners 1 fixatie wordt ingezet. Aangezien het hier om gemiddelden gaat kan dit in de praktijk betekenen dat bijvoorbeeld bij een kwart van de bewoners 1 wordt ingezet. Stel een woonvorm heeft 24 bewoners, dan betekent dit dus dat op het moment dat de gegevens verzameld werden 6 bewoners 1 fixatie werd ingezet.

Figuur 43. Gemiddeld aantal fixaties per bewoner.



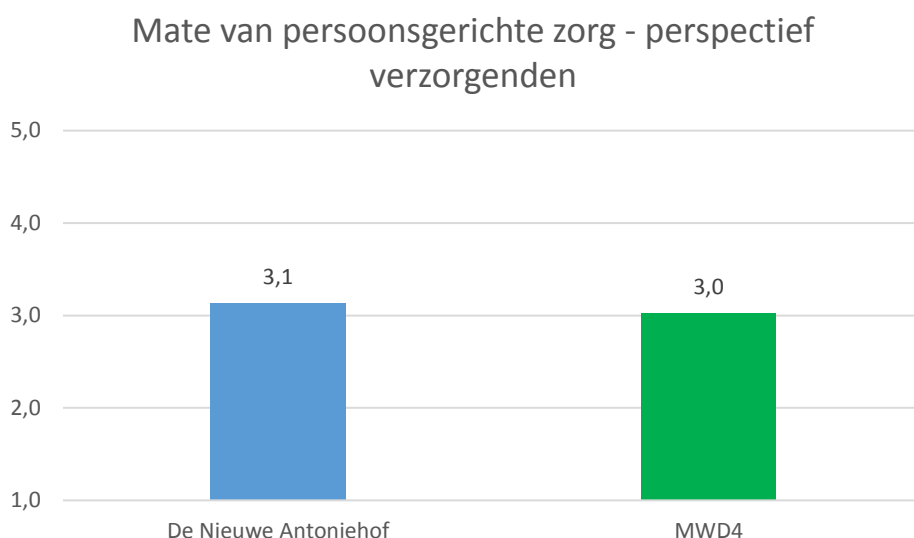
Figuur 44. Gemiddeld aantal fixaties per bewoner – zonder bedhekken.



Persoonsgerichte zorg ervaren door verzorgenden (figuur 45)

De mate waarin persoonsgerichte zorg wordt geboden binnen de woonvoorziening is gemeten met de Person-centered care vragenlijst (PCC; Porock & Chang, 2013). Deze vragenlijst is voorgelegd aan de verzorgenden. Figuur 45 laat zien in welke mate de zorg in DNAH persoonsgericht is vanuit het perspectief van de verzorgenden. Er geldt dat hoe hoger de score, hoe meer persoonsgerichte zorg geboden wordt binnen de zorginstelling.

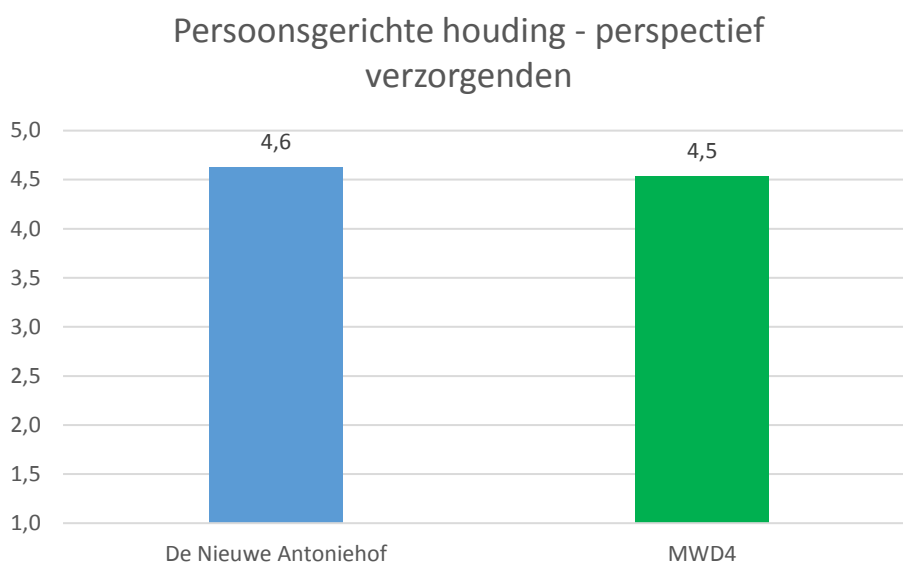
Figuur 45. Mate van persoonsgerichte zorg in de woonvoorziening- ervaren door verzorgenden.



Persoonsgerichte houding (figuur 46)

De persoonsgerichte houding van de verzorgenden ten opzichte van mensen met dementie is gemeten met een subschaal van de Nederlandse vertaling van de Approach to Dementia Questionnaire (Lintern, 2009). De verzorgenden hebben gereageerd op stellingen door aan te geven in hoeverre ze het ermee eens waren. Hieruit is een score gevormd binnen een range van 1 tot 5 punten. Een hogere score staat voor een meer persoonsgerichte houding ten opzichte van mensen met dementie.

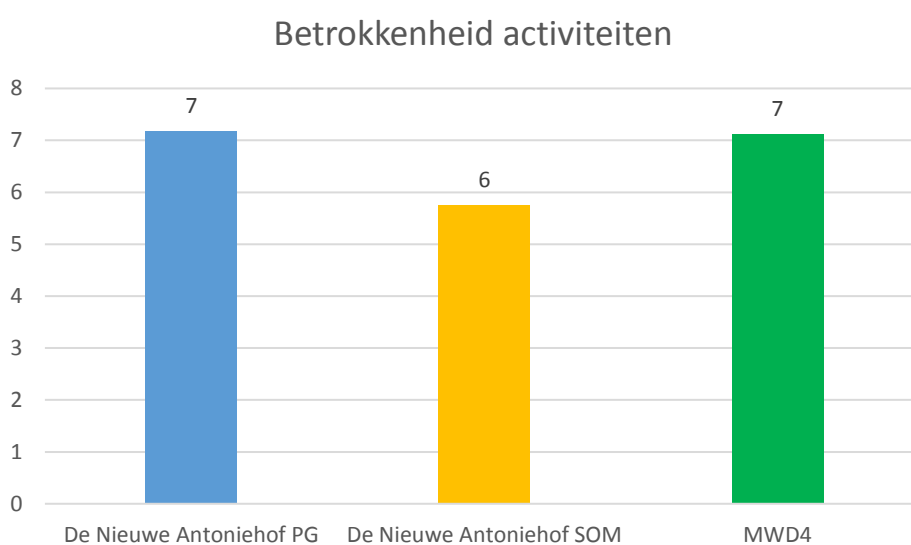
Figuur 46. Persoonsgerichte houding van verzorgenden vanuit het perspectief van verzorgenden.



Activiteiten (Figuur 47)

In figuur 47 is te zien bij hoeveel activiteiten de bewoners de afgelopen drie dagen gemiddeld waren betrokken. Denk aan muziek of zingen, wandelen of in rolstoel naar buiten, religieuze activiteiten, snoezelen en huishoudelijke activiteiten.

Figuur 47. Gemiddeld aantal activiteiten waarbij bewoners de afgelopen drie dagen voorafgaand aan de meting betrokken waren.



Samenvatting

Algemene gegevens en kenmerken woonvoorziening

Wanneer gekeken wordt naar het aantal bewoners in de woonvoorziening, zien we dat het aantal bewoners aanzienlijk minder is op DNAH dan gemiddeld het geval was in de Monitor Woonvormen Dementie (MWD4). Het aantal bewoners per huiskamer of woning is nagenoeg gelijk. Het aantal kenmerken van kleinschalige zorg ligt op DNAH gemiddeld hoger dan bij andere woonvoorzieningen in MWD4.

Bewoners

Wanneer er wordt gekeken naar de uitkomsten met betrekking tot de bewoners, ligt de gemiddelde leeftijd van de bewoners van DNAH iets lager dan gemiddeld in MWD4. De mate waarin onbegrepen gedrag, cognitieve beperkingen en ADL afhankelijkheid geobserveerd wordt bij de bewoners met dementie komt overeen met dat wat gemiddeld is in MWD4. Bij de bewoners met een somatische aandoening wordt minder onbegrepen gedrag en minder cognitieve beperkingen geobserveerd, maar meer ADL afhankelijkheid vergeleken met bewoners in MWD4.

De scores op de kwaliteit van leven schalen van de bewoners met dementie van DNAH lijken ongeveer overeen te komen met de scores van de bewoners in MWD4, al lijken de scores bij DNAH op de meeste schalen net iets positiever te zijn. Een uitzondering is de schaal gericht op rusteloos gedrag. Dit wordt vaker geobserveerd in DNAH t.o.v. het gemiddelde van MWD4. In eerder onderzoek naar kleinschalig wonen (Verbeek e.a., 2011) werd dit ook gezien.

Bij de bewoners met een somatische aandoening lijkt de score op de schaal 'iets om handen hebben' iets lager te liggen dan bij de bewoners in MWD4 en de bewoners met dementie. Ook lijken de scores op de schalen 'negatief affect', 'rusteloos gedrag' en 'sociale isolatie' iets lager te liggen, wat betekent dat dit minder voor komt bij bewoners met een somatische aandoening dan bij de bewoners in MWD4.

Verzorgend personeel

Bij het verzorgend personeel wordt gezien dat de leeftijd nagenoeg gelijk is aan de leeftijd van het verzorgend personeel in MWD4. De eenduidigheid in visie is bij DNAH vergelijkbaar met het gemiddelde van MWD4. Werkeisen oftewel werkdruk lijkt iets minder ervaren te worden door verzorgend personeel bij DNAH en autonomie iets meer dan in MWD4. Deze verschillen zijn echter beperkt.

Familieleden

De leeftijd van de familieleden ligt bij de bewoners met dementie iets lager, en bij familieleden van bewoners met een somatische aandoening iets hoger dan bij de familieleden van de bewoners in MWD4. Bij de bewoners met dementie zijn de familieleden die de vragenlijst hebben ingevuld meestal partners, bij bewoners met een somatische aandoening zijn dit even vaak partners als kinderen. In de Monitor waren de familieleden voor het grootste deel kinderen. De familieleden van bewoners in DNAH lijken een iets grotere rol te ervaren dan de familieleden in MWD4. De ervaren druk van de familieleden van bewoners met dementie lijkt iets lager te zijn dan bij de familieleden in MWD4, terwijl de ervaren druk bij de familieleden van bewoners met een somatische aandoening juist wat hoger lijkt te liggen. Het rapportcijfer dat familieleden de DNAH geven, is iets hoger dan familieleden in MWD4 gemiddeld gaven. De genoemde verschillen in de ervaren rol en het rapportcijfer zijn echter klein.

Familieparticipatie

De manager van DNAH geeft aan dat het beleid is dat samen met familie invulling wordt gegeven aan de zorg, begeleiding en behandeling van de bewoners en dat de familie gestimuleerd wordt deze rol ook op zich te nemen. Een groot deel van de bevindingen op het gebied van familieparticipatie vanuit het perspectief van medewerkers en verzorgenden sluit hierop aan.

Medewerkers van DNAH geven vaker aan dat zij familie betrekken bij de zorg, begeleiding en behandeling van hun naaste en bij de algemene gang van zaken dan verzorgenden in MWD4. Familieleden ervaren dit ook zo. Zij voelen zich ook vaker betrokken bij de zorg, begeleiding en behandeling van hun naaste. Met name bij de familieleden van bewoners met een somatische aandoening blijkt dit percentage veel hoger te liggen. Ook voelen zij zich veel vaker betrokken bij de algemene gang van zaken dan gemiddeld het geval is in MWD4.

Ook geven medewerkers vaker aan dat ze familieleden stimuleren om activiteiten te ondernemen met hun naaste of met andere bewoners, en om op vaste tijden mee te helpen. Dit ervaren familieleden ook zo, zij voelen zich vaker dan gemiddeld in MWD4 hierin gestimuleerd.

De mate van ondersteuning die de medewerkers van DNAH aangeven nodig te hebben bij het omgaan met familieleden, lijkt nagenoeg overeen te komen met de antwoorden van medewerkers in MWD4. De medewerkers van DNAH lijken iets vaker behoefte te hebben aan ondersteuning bij het in gesprek gaan met familieleden dan gemiddeld in MWD4.

Opvallend gezien bovenstaande bevindingen is dat de structurele inzet van familieleden van bewoners met dementie aan het reilen en zeilen van de afdeling of woonvoorziening minder groot is dan in DNAH op de afdelingen in MWD4. Bij de afdeling voor bewoners met een somatische aandoening, lijken familie juist meer structureel bij te dragen. Het aantal uren structurele inzet van vrijwilligers is bij de bewoners met dementie ook wat lager dan bij de woonvoorzieningen in MWD4. Dit geldt ook voor de bewoners met een somatische aandoening, al lijkt dit wel hoger te zijn dan bij de bewoners met dementie.

Kwaliteit van zorg

Bij de bewoners met dementie wordt minder vaak psychofarmaca ingezet dan gemiddeld in MWD4. Bij bewoners met een somatische aandoening worden psychofarmaca echter wat vaker ingezet dan bij de bewoners met dementie, maar nog altijd wat minder dan het gemiddelde van MWD4. Bij de bewoners met een somatische aandoening worden vaker vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast dan gemiddeld in MWD4. Dit blijken in alle gevallen bedekken te zijn. Vraag is of deze bedekken daadwerkelijk als vrijheidsbeperkende maatregel of op eigen verzoek van bewoners ingezet worden. Daarin maakt de manier van uitvragen van de Monitor geen onderscheid. De mate waarin vrijheidsbeperkende maatregelen worden ingezet bij bewoners met dementie lijkt grofweg overeen te komen met het gemiddelde in MWD4. Bij deze doelgroep gaat het gedeeltelijk om bedekken en gedeeltelijk om andere maatregelen.

De mate van persoonsgerichte zorg die volgens verzorgenden in de woonvoorziening wordt geboden en de persoonsgerichte houding lijkt nagenoeg gelijk te zijn in DNAH als het gemiddelde in MWD4. Ook de mate waarin bewoners met dementie deelnemen aan activiteiten lijkt nagenoeg overeen te komen met de mate waarin bewoners in MWD4 deelnemen aan activiteiten. De bewoners met een somatische aandoening lijken wat minder vaak deel te nemen aan activiteiten. Dit lijkt ook overeen te komen met de iets lagere score op de subschaal van kwaliteit van leven 'iets om handen hebben'.

Reflectie en aandachtspunten

Het doel van deze evaluatie was om meer inzicht te krijgen in de invloed van het woon-/zorgconcept van DNAH volgens betrokkenen op het welbevinden van bewoners, de werkbewoering van medewerkers en de betrokkenheid van familieleden. En om uitkomsten van DNAH te vergelijken met een landelijke steekproef van woonvoorzieningen die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie in Nederland. Daartoe hebben we kwalitatieve en kwantitatieve methoden gecombineerd. We hebben groepsinterviews, focusgroepen, gehouden met zorgmedewerkers en familieleden. Daarnaast hebben we een gedeelte van het vragenlijstonderzoek van de Monitor Woonvormen Dementie uitgevoerd en de gegevens hierop van DNAH vergeleken met de gemiddelden van woonvoorzieningen in de vierde meetronde van deze Monitor in 2016-2017. In de voorgaande delen van deze rapportage zijn we afzonderlijk ingegaan op de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten. In deze reflectie willen we beide delen op elkaar betrekken. Tevens dragen we aandachtspunten aan om met de betrokkenen van DNAH over in gesprek te gaan naar aanleiding van deze evaluatie.

Welbevinden bewoners

De bevindingen op basis van de Monitor Woonvormen Dementie (MWD4) laten zien dat de kwaliteit van leven op verschillende subdomeinen, uitzonderingen daargelaten, telkens iets hoger ligt dan het gemiddelde in MWD4. In de groepsinterviews geven familieleden en medewerkers aan dat verschillende aspecten in DNAH naar hun idee bijdragen aan het welbevinden van bewoners. Allereerst benoemen zij de huiselijke bouw en inrichting van DNAH, waardoor er volgens hen een rustige sfeer ontstaat die de bewoners ten goede komt en waardoor zij zich meer thuisvoelen. Deze huiselijkheid blijkt ook uit de relatief hoge scores op de vragenlijst gericht op kenmerken van kleinschaligheid vergeleken bij het gemiddelde in MWD4. Ook het feit dat er iets te beleven is door de huiselijke bezigheden zoals koken, de gezelligheid van bezoek in de huiskamer en dat DNAH dichtbij de (voor veel bewoners bekende) dorpskern van Epe ligt ervaren zij als positief. Ook geven zij aan dat bewoners hier veel vaker naar buiten gaan, wat een positieve uitwerking zou hebben op hun welbevinden. Het boven slapen en beneden wonen zien zij niet echt als een meerwaarde als het gaat om het welbevinden van bewoners. Anderzijds geven beide groepen aan dat door het ontbreken van een ontmoetingsruimte en kantoor het soms erg druk kan zijn in de huiskamers, wat bewoners niet ten goede komt. Mogelijk hangt de wat hogere score op rusteloos gedrag vergeleken bij MWD4 hiermee samen. Deze drukte ontstaat soms door familiebezoek, maar ook door de aanloop van externen die geïnteresseerd zijn

in het woonzorgconcept van DNAH. Dit ervaren zij als nadelig voor de bewoners. Dit is een aandachtspunt bij de reflectie op de bevindingen van de evaluatie binnen DNAH.

Medewerkers en familieleden benoemen ook dat de zorg meer persoonsgericht is in DNAH dan op de locaties waar de bewoners eerst woonden of de medewerkers werkten. De bewoners hebben meer de regie, medewerkers volgen hun ritme en er is meer aandacht voor de individuele behoeftes van bewoners. Doordat medewerkers de bewoners meer volgen hebben zij een meer ondersteunende rol en minder leidende rol dan voorheen. Dit staat centraal in de visie van DNAH. Deze toegenomen persoonsgerichtheid volgens de betrokkenen blijkt niet uit een hoger dan gemiddelde score op de vragenlijsten gericht op persoonsgerichte zorg in MWD4. Mogelijk zijn hier nog verdere stappen in te zetten en is hier nog sprake van een leer- of groeiproces en zijn er vooral al grote stappen gezet ten opzichte van de locaties waarmee de betrokkenen DNAH vergelijken. Een verbeterpunt dat medewerkers zelf aandragen m.b.t. persoonsgericht werken is meer achtergrondinformatie over de bewoners en beter op de hoogte zijn van de beschikbare informatie. Zij geven namelijk aan dat ook als deze informatie beschikbaar is, deze soms lastig vindbaar is voor andere collega's. Persoonsgericht werken begint tenslotte met het goed kennen van de bewoners.

Betrokkenheid van familie

De meest opvallende bevinding is de ervaren betrokkenheid bij de zorg en bij de algehele gang van zaken door familieleden op DNAH en de mate waarin zij zich gestimuleerd voelen om dingen te ondernemen op DNAH. Ook verzorgenden ervaren dit zo. Dit past bij de visie van DNAH. In vergelijking met het gemiddelde van de woonvoorzieningen die meededen aan de Monitor Woonvormen Dementie (MWD4) is dit aanzienlijk hoger. Medewerkers denken dat het helpt dat DNAH echt als een huis van de bewoners voelt en dat familie daardoor veel vanzelfsprekender een samenwerkingspartner wordt. Zij ervaren dan ook veel meer gezamenlijkheid en gelijkwaardigheid met alle betrokken partijen, waaronder ook de behandelaars. Opvallend verschil tussen de familie van bewoners met dementie en bewoners met een somatische aandoening is dat de familie van de laatste groep zich steeds iets meer betrokken lijkt te voelen en hun ervaren zorgbelasting ook hoger is. Een interessant gegeven om met elkaar op te reflecteren binnen DNAH.

Uit resultaten van MWD4 die beschreven staan in de deelpublicatie 'Informeel zorg in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie' blijkt dat vooral familieleden die een grotere

structurele bijdrage leveren aan de zorg, zich meer belast voelen. Tegelijkertijd werd gevonden dat juist familieleden die zich meer betrokken voelen in de zorg voor hun naaste, zich minder belast voelen. In DNAH valt zoals eerder genoemd op dat familie vergeleken bij het gemiddelde in MWD4 een aanzienlijk minder grote structurele bijdrage levert aan het reilen en zeilen van de woonvoorzieningen. Het gaat daarbij niet zozeer om taken of bezigheden die zij voor of met hun naaste ondernemen, maar voor de woonvoorziening of bewonersgroep als geheel. Dit lijkt tegenstrijdig met voorgaande bevindingen. Een verklaring hiervoor ligt mogelijk in het gegeven dat familie in de groepsinterviews aangeeft dat er relatief veel van hen verwacht wordt in DNAH wat gerelateerd is aan hun eigen familielid. Mogelijk ervaren zij verder geen tijd of ruimte om een aanvullende structurele bijdrage te leveren.

Een andere verklaring voor het feit dat familie niet bijster veel structureel bijdraagt aan het reilen en zeilen van de woonvoorziening kan zijn dat medewerkers, zo gaven zij aan in de groepsinterviews, het lastig vinden om 'ondersteunend' te blijven naar familie en bewoners zoals de visie van DNAH voorschrijft. Regelmatig is er toch de neiging om zaken over te nemen van familie. Enerzijds geven zij aan dat dit allemaal redelijk nieuw voor hen is en dat het dientengevolge een leerproces betreft. In een dergelijk nieuw proces is het niet vreemd dat zij soms terugvallen in oude patronen. Anderzijds geven zij aan dat meer duidelijkheid over de manier van werken en de verwachtingen van familie hierin zou kunnen helpen.

Sowieso blijkt in lijn met de algemene bevindingen uit de Monitor, enerzijds uit de bevindingen van het vragenlijstonderzoek bij de familieleden van de somatische bewoners en anderzijds uit de bevindingen van de groepsinterviews, dat het soms lastig is om een evenwicht te vinden in wat verwacht wordt van de betrokkenheid van familie bij de zorg en begeleiding van hun naaste en wat zij willen en/of kunnen geven. Het vinden van een goede balans tussen betrokkenheid en belasting blijkt lastig. Mogelijk geven de aanbevelingen in de recente rapportage over informele zorg van de Monitor hier handvatten voor.

Wat betreft de samenwerking met familie lijken de woongroepoverleggen een positieve bijdrage te leveren volgens zowel familieleden als medewerkers. Tegelijkertijd ligt hier ook een aandachtspunt. Familieleden gaven aan soms zaken ter sprake te brengen in woongroepoverleggen en vervolgens het gevoel te hebben dat er niet veel mee gebeurde. Terwijl medewerkers juist aangaven actief naar oplossingen te zoeken voor door familie aangedragen punten. Het is het overwegen waard om hier op metaniveau over van gedachten te wisselen in een woongroepoverleg met familie en medewerkers aangezien dit op de lange

termijn voor irritatie onderling kan zorgen. De ondersteuningsbehoefte die er bij medewerkers lijkt te zijn om in gesprek te gaan met familie behoeft aandacht in DNAH gezien deze en bovenstaande bevindingen. Zeker ook omdat sommige medewerkers de betrokkenheid van familie soms nog lijken te ervaren als het overnemen van hun werk. Het is van belang over deze ervaren sentimenten in gesprek te gaan met elkaar.

Werkbeleving medewerkers

Een zeer positieve bevinding is dat medewerkers unaniem aangeven niet meer terug te willen naar de plek waar zij hiervoor werkten. Zij hebben het naar hun zin op DNAH en het voelt minder aan als werken. In lijn met wat we weten m.b.t. de werkbeleving van zorgmedewerkers in kleinschalige woonvormen (Willemse, 2016), ervaren medewerkers wat minder werkdruk en wat meer autonomie, regelruimte in het werk. Deze verschillen zijn echter maar beperkt vergeleken met het gemiddelde van MWD4. Het lijkt erop dat medewerkers nog zoekende zijn in waar zij zelf over mogen beslissen, zeggenschap over hebben en wat zij eerst moeten overleggen met bijvoorbeeld de teamleidster. Zo geven zij in de interviews aan dat er wel ideeën en initiatieven leven onder zorgmedewerkers, maar dat nog niet altijd de vrijheid gevoeld wordt om deze concreet te maken. Tevens is het voor hen niet helemaal duidelijk wat wel en niet overlegd hoeft te worden. Hetzelfde lijkt ook bij familie te spelen. Meer duidelijkheid hieromtrent kan bijdragen aan meer ervaren autonomie, wat een positieve invloed heeft op het welbevinden van medewerkers (zie bijv. Willemse, 2016). Ook dit is een aandachtspunt bij het bespreken van de bevindingen van de evaluatie in DNAH.

Familie geeft verder aan dat de manier van werken in DNAH, net als in de andere woonvormen van Viattence waar zij ervaring mee hebben, gefragmenteerd overkomt en dat zij de bezetting als wisselend ervaren. Het zou helpend zijn om dit verder te verkennen en nog meer inzicht te krijgen in waar dit in zit.

Iets dat tot slot opviel was hoe prettig de geïnterviewde medewerkers het vonden om bij elkaar te zitten en hun mening en ideeën over hun werk op DNAH met elkaar te delen. Zij gaven aan dit soort momenten te missen. Ook uit ander onderzoek blijkt het belang van het plannen van dit soort overlegmomenten voor teams waarin ruimte voor reflectie is (den Bakker & Willemse, 2017).

Literatuur

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

Carless, S.A., Wearing, A.J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3).

Den Bakker, J. & Willemse, B. (2017). *Goede zorg is beweging. Een beschrijving van sturende perspectieven en relationeel werken binnen De Hagert*. Utrecht: Stichting Presentie en Trimbos Instituut.

van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of work questionnaire: It's construction, factor structure, and psychometric qualities. *Psychological Reports*, 85, 963 – 970.

Ettema, T.P., Dröes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J., & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.

de Jonge, J., Dormann, C. & van Vegchel, N. (2004). Taakeisen, hulpbronnen en psychische gezondheid: het Demand-Induced Strain Compensation (disc) Model. *Gedrag en Organisatie*, 17, 59-79.

de Jonghe, J.F.M., Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory vragenlijst (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34, 74 – 77.

De Jonge, J., Dormann, C., Van Vegchel, N., Von Nordheim, T., Dollard, M., Cotton, S., & Van den Tooren, M. (2007). *DISQ 2.0: De DISC Vragenlijst Nederlandse Versie 2.0 [DISQ 2.0: The DISC Questionnaire Dutch Version 2.0]*. Eindhoven University of Technology, Eindhoven, The Netherlands.

George, J.M., & Zhou, J. (2001). When openness to experience and conscientiousness are related to creative behavior: An interactional approach. *Journal of Applied Psychology*, 86, 513-524.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31 (1), 721-726.

de Lange, J. , Willemse, B., Smit, D. & Pot, A.M. (2010). *Monitor Woonvormen Dementie – tien factoren voor een succesvolle woonvoorziening voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut. Downloadable via:
<https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1002>

Lintern,T. (2009). *Improving quality in dementia care: Relationships between care staff attitudes, behaviour and resident quality of life*. VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG, Saarbrücken, Germany.

Lintern, T., Woods, B. & Phair, L. (2000). Training is not enough to change care practice. *Journal of Dementia Care*, March/April,15–17.

Maas, M., & Buckwalter, K. (1990). *Final report: Phase II nursing evaluation research: Alzheimer's care unit* (R01 NR01689-NCNR). Rockville, MD: National Institutes of Health.

Morris, J.N., Fries, B.E., Merh, D.R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., & Lipsitz, L.A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of gerontology*, 49(4), 174 – 182.

Pot, A.M., van Dyck, R., & Deeg, D.J.H. (1995). Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 214 – 219.

Reid. R., Chappel, N.L., & Gish, J.A. (2007). Measuring family perceived involvement in individualized long-term care. *Dementia*, 6, 89.

Schaufeli, W.B., & van Dierendonck, D., (2000). Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 22, 153-172.

Seltzer ,J., Numerof, R., & Bass, B. (1989) Transformational leadership: is it a source of more burnout and stress? *Journal of Health and Human Resources Administration* 12, 174–185.

TNO, 2001. *Vragenlijst BewegingsApparaat (VBA)*. Hoofddorp: TNO Arbeid.

Trimbos-instituut, 2010. *Ervaringen met de zorg van het DOC-centrum, tevredenheid van familie*. Trimbos-instituut: Utrecht.

Verbeek, H. (2011). *Redesigning Dementia Care. An evaluation of small-scale, homelike care environments*. Universiteit Maastricht: ISBN 978-90-9026022-8, Maastricht.

Willemse, B.M. (2016). *Working conditions and person-centredness of the dementia care workforce: Impact on quality of care, staff and resident well-being*. Proefschrift, VU.

