

TNO-rapport**TNO/LS 2015 R11684***Kijken door de bril van het functioneren
Bouwstenen voor een proefhandreiking*

Datum	December 2015
Auteur(s)	Ir. Dieuwke Schokker Dr. Marianne Stadlander Drs. Ariette van Hespem Dr. Carola Döpp Dr. Astrid Chorus
Aantal pagina's	53 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3
Samenwerkingspartner	Zorginstituut Nederland
Projectnaam	Bouwstenen Handreiking Functioneren
Projectnummer	060.15592



Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methoden	4
2.1	Van functioneringsprofielen naar casussen	4
2.2	De casussen als input voor workshops	4
2.3	Van resultaten van de workshops naar concept bouwstenen	5
2.4	Van concept naar definitief werkdocument	5
3	Resultaten: Bouwstenen	6
3.1	Bouwsteen A. Uitgangspunten van de bril van het functioneren: definitie en metafoor	7
3.2	Bouwsteen B. Casusbeschrijvingen geven functioneringsprofielen een gezicht	10
3.3	Bouwsteen C. Functioneringsgericht kijken in drie fasen: signalering, oplossing en evaluatie	11
3.4	Bouwsteen D. Rollen van professionals: generalisten en specialisten	14
3.5	Bouwsteen E. Links naar opgehaalde goede voorbeelden	18
	Bijlage(n)	
	A Verslag workshops	
	B Deelnemers workshops	
	C Bouwsteen B. Casusbeschrijvingen geven functioneringsprofielen een gezicht	

1 Inleiding

Functioneren is een centraal begrip in het nieuwe denken over gezondheid. De behoeften en mogelijkheden van de mens vormen het uitgangspunt, en niet ziekten, aandoeningen of belemmeringen. In een innovatief traject werkt TNO samen met Zorginstituut Nederland aan het operationaliseren van deze manier van denken. Daarbij is er voor gekozen om te focussen op ouderen. Het operationaliseren betekent antwoorden creëren op vragen als: Wat betekent dit voor preventie, zorg en welzijn? Hoe kan de professional zijn rol hierin vervullen? Wat betekent dit voor ouderen en hun sociale omgeving?

In 2007 ontwikkelde TNO de Functioneringsprofielen Ouderen (www.tno.nl > zoek op functioneringsprofielen). Deze profielen geven inzicht in de aard en omvang van de problemen die ouderen in hun functioneren ervaren. In de broedplaatsen van Zorginstituut Nederland (Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen), zijn lokale data gebruikt om deze evidence-based profielen toe te passen op de ouderenpopulatie. Dat heeft in elke broedplaats geleid tot een indicatie van het functioneren van ouderen in 2030 en de aard en omvang van de functioneringsproblemen van ouderen in de toekomst. Het gaat dan bijvoorbeeld over problemen met zelfzorg of mobiliteit, maar ook over cognitief functioneren en dementie. Met deze profielen kunnen beleidsmakers, bestuurders en zorgverleners tijdig anticiperen met onder andere passend aanbod voor ouderen om hen zo te stimuleren en faciliteren om zo lang en goed mogelijk zelfstandig te blijven functioneren.

Zorginstituut Nederland bracht in april 2015 het advies “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren” uit aan de Ministers van VWS en OCW. Het functioneren van ouderen, volgens de functioneringsprofielen van TNO, vormden een van de bouwstenen van dit advies. In 2016 zal in aansluiting op dit advies een tweede advies volgen met de inrichting van het onderwijs als thema.

Dit advies kent een aantal spin-off trajecten en projecten. Om het werkveld te ondersteunen bij het functioneringsgericht werken, hebben Zorginstituut Nederland en TNO gezamenlijk een eerste stap gezet in de richting van een proefhandreiking “functioneren ouderen”. De term proefhandreiking is gekozen vanwege het innovatieve karakter van de totstandkoming en de aard van de handreiking: faciliteren en inspireren van professionals, zonder verplichting. Het resultaat van deze verkenning in 2015 zijn de bouwstenen die in dit document worden gepresenteerd. De term Bouwstenen is gekozen omdat het resultaten van een eerste verkenning betreft. Dit is weliswaar nog geen volledig eindproduct, maar een goede basis om op voort te bouwen. Zo kan een volgende stap gezet worden om professionals te faciliteren bij het kijken door de bril van het functioneren.

Met dank aan ...

Aan de totstandkoming van de onderdelen van dit werkdocument hebben diverse personen met TNO en Zorginstituut Nederland meegedacht en -gewerkt. Daarvoor willen we de professionals die feedback gaven op de casussen (bouwsteen B), de experts die deelnamen aan de workshops en de op onderdelen betrokken collega's hartelijk danken!

2 Methoden

De Bouwstenen zijn in een aantal stappen tot stand gekomen. Het centrale doel hierbij was om professionals op een innovatieve manier te faciliteren bij het kijken door de bril van het functioneren. Deze stappen, weergegeven in figuur X, worden hier kort uiteengezet.



Figuur 2.1: Stappen in totstandkoming Bouwstenen in dit werkdocument.

2.1 Van functioneringsprofielen naar casussen

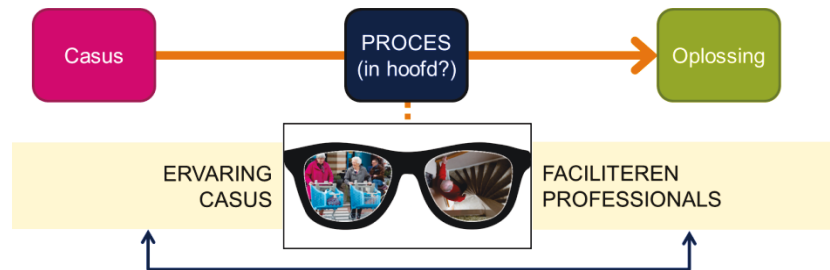
Allereerst is een vertaalslag gemaakt van de door TNO ontwikkelde 9 functioneringsprofielen naar casussen. Het doel was tweeledig: enerzijds het geven van een gezicht aan deze profielen, “over welke mensen gaat dit?”, anderzijds om de variatie tussen, maar ook binnen de profielen te laten zien. Hiertoe zijn casussen geschetst waarbij de functioneringsprofielen en de indicatoren van het functioneren de basis vormden. In persoonskenmerken als leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, etnische achtergrond, en in de fysieke en sociale omgeving, als woonsituatie (type woning, woonomgeving) en sociaal netwerk (familie, vrienden), is variatie aangebracht.

De eerste versie van deze casussen is door een aantal professionals uit de praktijk van feedback voorzien. Een huisarts, docent verpleegkunde / oud wijkverpleegkundige, een geriatrisch fysiotherapeut en een basisarts hebben elk vanuit hun eigen ervaring en expertise aangegeven of de set casussen een goede dekking gaf van de ouderen waar zij mee in contact staan en of de geschetste casussen realistisch waren. Hun feedback is verwerkt in de definitieve versie van de casussen. Doordat deze casussen aansluiten bij behoeften uit de praktijk van zorg, welzijn en onderwijs is besloten deze uit te brengen als separaat document. Het kan ondersteunen bij het (beter) leren kijken door de bril van het functioneren. In samenwerking met een tekenaar, tektschrijver en grafisch vormgever zijn de casussen verwerkt tot een casusbundel, in dit document opgenomen als Bouwsteen 2.

2.2 De casussen als input voor workshops

Vervolgens werden met de casussen als input twee workshops georganiseerd met experts op het gebied van ouderen, functioneren, preventie, zorg en welzijn (zie bijlage 2 voor de deelnemers). Het doel van deze workshops was aanknopingspunten te vinden voor het faciliteren van professionals bij het ‘kijken door de bril van het functioneren’. Ter voorbereiding op de workshops ontvingen deze experts een selectie van de casussen. Gevraagd werd aan te geven wat er nodig was om het functioneren van de beschreven personen te optimaliseren. Tijdens de workshop stonden niet de aangedragen oplossingen centraal, maar *het proces* dat zich in het hoofd van de experts had afgespeeld bij het komen tot een

oplossing. Welke afwegingen hadden zij gemaakt, welke vragen hadden zij zichzelf gesteld? Dit gaf inzicht in het daadwerkelijke kijken door de bril van het functioneren. Daarbij werd steeds de vertaalslag gemaakt van de specifieke casus naar het meer generiek faciliteren van de professional.



Figuur 2.2: De opzet van de workshops: het proces om te komen van casus naar oplossing stond centraal, waarbij steeds de vertaalslag werd gemaakt van de ervaring met de casus naar het faciliteren van de professional.

In de voorbereiding op de workshops werd door TNO gewerkt aan een toegankelijke definitie van functioneren. Op basis van de International Classification of Functioning (ICF) werd in een aantal stappen toegewerkt naar een werkdefinitie. Deze stappen zijn te vinden in Bouwsteen A.

2.3 Van resultaten van de workshops naar concept bouwstenen

De workshops zijn samengevat in een mindmap, waarin de centrale concepten én de verbindingen tussen deze concepten worden weergegeven. Tevens zijn hierin een aantal opmerkingen genoteerd die om nadere uitwerking vroegen. Dit document is te vinden in bijlage 1 en vormde de basis voor de Bouwstenen C en D die in dit werkdocument zijn opgenomen.

2.4 Van concept naar definitief werkdocument

Het concept van de Bouwstenen is opgesteld door TNO en voorgelegd aan het projectteam met Katja van Vliet, Diana Delnoij en Marjolein de Booy van Zorginstituut Nederland. Op basis van deze bespreking zijn de concepten uitgewerkt tot de voorliggende versie van de Bouwstenen.

3 Resultaten: Bouwstenen

Dit document bevat de volgende bouwstenen voor de proefhandreiking.

A. Uitgangspunten van de bril van het functioneren: definitie en metafoor

Deze Bouwsteen vormt de basis van het functioneringsgericht denken, kijken en handelen. Hierin wordt beschreven hoe de definitie functioneren tot stand is gekomen en wat dit uiteindelijk is geworden. Tevens wordt de metafoor 'kijken door de bril van het functioneren' toegelicht.

B. Casusbeschrijvingen geven functioneringsprofielen een gezicht

Het betreft een 18-tal casusbeschrijvingen van ouderen. Deze geven de 9 functioneringsprofielen een gezicht of zelfs twee gezichten: bij elk profiel zijn twee casussen geschetst. Bij elke casus is een reële situatie uit de praktijk op het vizier geweest. De namen van de personen zijn fictief. De casusbeschrijvingen geven een beeld van de variatie en de complexiteit die professionals (en ook vrijwilligers en studenten) in zorg en welzijn in de praktijk aantreffen.

C. Functioneringsgericht kijken in drie fasen: signalering, oplossing en evaluatie

Kijken naar functioneren is complex. Om deze complexiteit enigszins te reduceren zijn drie fasen onderscheiden: 1. signalering, 2. oplossing en 3. evaluatie. Voor elk van deze fasen is een aantal aandachtspunten benoemd. Ook de te betrekken domeinen zijn hier punt van aandacht.

D. Rollen van professionals: generalisten en specialisten

Professionals in zorg en welzijn hebben diverse rollen en taken. Door hier van een afstandje naar te kijken door de bril van het functioneren, kan grofweg onderscheid worden gemaakt twee type professionals, namelijk degenen die het benaderen vanuit het brede perspectief van functioneren, en degenen die focussen op een smaller deel van problematiek en specifieke oplossingen voor die problematiek. De rolverdeling, afstemming en samenwerking tussen deze rollen is in deze Bouwsteen beschreven.

E. Links naar opgehaalde goede voorbeelden

Tijdens het proces dat is doorlopen, zijn tal van goede voorbeelden aangereikt. Dit zijn bijvoorbeeld methoden of instrumenten die het functioneren en de eigen regie centraal zetten. Deze Bouwsteen geeft een (niet uitputtend) overzicht van deze goede voorbeelden.

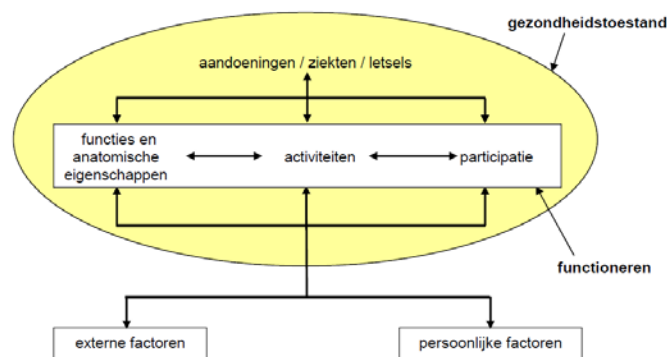
3.1 **Bouwsteen A. Uitgangspunten van de bril van het functioneren: definitie en metafoor**

3.1.1 *Definitie van functioneren*

De taal van de ICF

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) biedt internationaal een standaardtaal én een schema voor de beschrijving van het menselijk functioneren en hetgeen daarmee verband houdt. Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven, schematisch weergegeven in figuur 3.1:

- Het perspectief van de mens als **organisme**, als 'lichaam'
Het gaat hierbij om functies en stoornissen. Hoe goed functioneren bijvoorbeeld de gewrichten, het hart en de bloedvaten, de hersenen en zenuwen, en de longen van een persoon? Zijn er klinische bijzonderheden die het goed functioneren van lichaam bedreigen dan wel negatieve invloed erop hebben?
- Het perspectief van het **menselijk handelen**
Het gaat hierbij om activiteiten en beperkingen. Welke activiteiten voert iemand zelf uit en welke zou hij/zij zelf kunnen of willen uitvoeren?
- Het perspectief van **participatie**
Het gaat hier om deelname aan het maatschappelijk leven. Kan iemand meedoen op alle levensterreinen (zoals werk, gezin, hobby) en doet hij/zij ook mee? Participeert betrokkene naar believen? Of wil iemand meer meedoen? Zijn er mogelijkheden om de participatie van de betrokken positief te beïnvloeden?



Figuur 3.1: Schematische weergave van de drie perspectieven van waartoe iemands functioneren kan worden beschreven met de ICF.

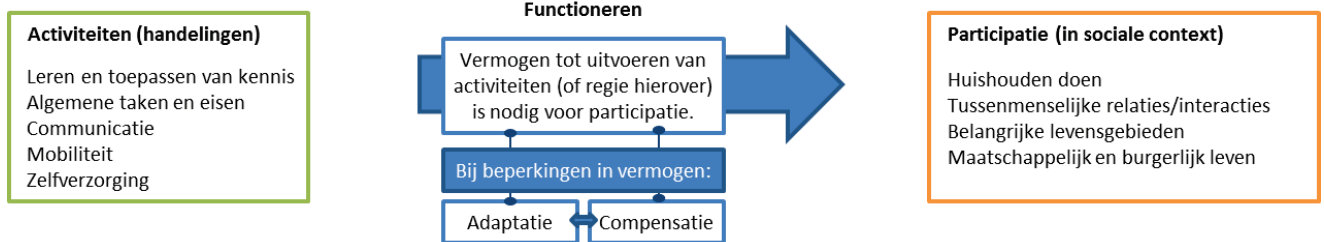
[Bron van deze paragraaf en de figuur: <http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>]

Van de ICF naar een eenduidige werkdefinitie van functioneren

Met de ICF als basis is een vertaalslag gemaakt om te komen tot een werkdefinitie van functioneren. Deze is ontwikkeld om in de workshops en in de te ontwikkelen producten eenduidig neer te kunnen zetten wat er wordt bedoeld met 'functioneren'.

Een persoon kan bepaalde activiteiten vanuit het perspectief van het menselijk handelen wel of niet uitvoeren. Bij beperkingen in het vermogen om activiteiten uit te voeren, kunnen zowel adaptatie (de persoon past zich aan, bijvoorbeeld middels oefening of training) als compensatie (een hulpmiddel of ander persoon zorgt er

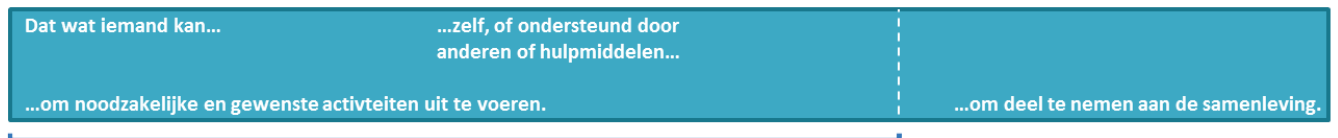
voor dat iemand de activiteit alsnog kan uitvoeren) er voor zorgen dat activiteiten toch uitgevoerd kunnen worden. De beperkingen en het vermogen om te compenseren kunnen op verschillende manieren in kaart worden gebracht. Denk daarbij bijvoorbeeld aan testen als Short Physical Performance Battery (SPPB) en de inzet van Functionele Training Ouderen. Dit vermogen van de persoon zelf, al dan niet ondersteund door hulpbronnen, wordt gezien als opstap naar een werkdefinitie van functioneren. Dit is afgeleid uit de ICF en schematisch weergegeven in figuur 3.2.



Figuur 3.2: Van activiteiten naar participatie: dat gaat via functioneren van een persoon, al dan niet met hulpbronnen.

Werkdefinitie

Tenslotte is een laatste stap gemaakt om te komen tot een heldere omschrijving van de werkdefinitie. Deze is afgebakend tot het – al dan niet door hulpbronnen ondersteund – uitvoeren van gewenste en noodzakelijke activiteiten. Participatie, het toepassen van activiteiten in de context, is daarmee buiten deze werkdefinitie gehouden. Dit is schematisch weergegeven in figuur 3.3.



Functioneringsprofielen beperken zich hiertoe. In casussen wordt ook participatie betrokken. Met name de activiteiten *mobiliteit* en *zelfzorg* zijn in de profielen van belang.

Figuur 3.3: De werkdefinitie van functioneren beperkt zich tot het al dan niet ondersteund uitvoeren van activiteiten.

In formulevorm zou de werkdefinitie er als volgt uit kunnen zien:

(Eigen mogelijkheden * Gebruik hiervan) + (Ondersteuning door anderen / hulpmiddelen) om noodzakelijke en gewenste activiteiten uit te voeren.

In tekst is de werkdefinitie van functioneren de volgende:

Functioneren = Dat wat iemand kan, zelf of ondersteund door anderen of hulpmiddelen, om te doen wat hij/zij wil en nodig is.

3.1.2 *Metafoor: “De bril van het functioneren”*

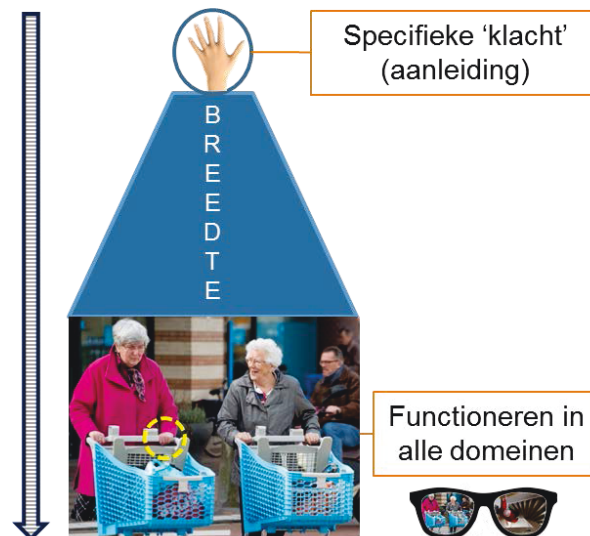
Om de communicatie over functioneringsgericht kijken en handelen te vergemakkelijken, is gezocht naar een aansprekende metafoor: “Kijken door de bril van het functioneren”.

Om deze metafoor kracht bij te zetten, is hier een visuele weergave van ontwikkeld. In de bril zijn twee foto's opgenomen die de betekenis van functioneren goed illustreren, te zien in figuur 3.4. Zowel de dames met de winkelwagentjes (lopen, sturen, praten, uitkijken, oversteken) als de heer op de trap (traplopen om ergens te komen) betreffen het uitvoeren van activiteiten in een bepaalde context.



Figuur 3.4: visualisatie van “de bril van het functioneren”.

De foto met de winkelende dames is ook gebruikt om de breedte van het functioneringsgerichte denken en handelen door professionals aan te geven: zie figuur 3.5. Denk hierbij aan de mogelijkheid dat de dame in de roze jas bij bepaalde handelingen pijn in haar hand en beperking ervaart. Wat is er met de hand? Bij welke handelen wordt ze erdoor gehinderd? Dus in plaats van het alleen onderzoeken van de hand, kijken door de bil van het functioneren van de dame en de rol die de klacht over de hand daar een rol bij speelt.



Figuur 3.5: Wat is er aan de hand? Van een specifieke ‘klacht’ naar een brede, functionele blik.

3.2 Bouwsteen B. Casusbeschrijvingen geven functioneringsprofielen een gezicht

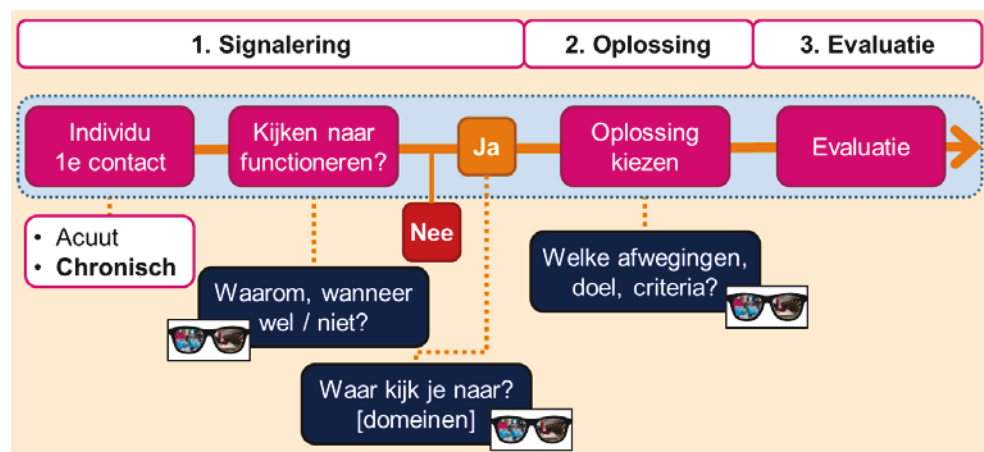
Zie bijlage C.

3.3 Bouwsteen C. Functioneringsgericht kijken in drie fasen: signalering, oplossing en evaluatie

Drie fasen

In de workshops is bevestigd dat het zinvol is het kijken door de bril van het functioneren 'op te knippen' in drie fasen:

1. **Signalering.** Alles begint met een aanleiding voor contact. Deze aanleiding kan acuut of chronisch zijn, maar ook niet manifest (latent). Hoe komt iemand in beeld? En als iemand in beeld is, wanneer ga je dan kijken naar het functioneren? Waar kijk je dan naar? En hoe doe je dat?
2. **Oplossing.** Vanuit een 'overzichtsfoto' van het functioneren kan worden gezocht naar oplossingen die passen bij behoeften, situatie en context van een persoon. Welke informatie heb je nodig, en welke vragen stel je om tot een goede oplossing te komen? En hoe doe je dat?
3. **Evaluatie.** Als er in onderling goed overleg een oplossing is gekozen, is het goed te monitoren of de beoogde effecten worden bereikt. Hoe doe je dat als je kijkt naar effecten op het functioneren, en wat is daarbij van belang?



Figuur 3.6: De drie fasen die onderscheiden worden bij het kijken door de bril van het functioneren.

In grote lijnen is het functioneringsgericht kijken en handelen in deze fasen vergelijkbaar. Wel is er sprake van specifieke aandachtspunten in elk van de fasen. Onderdeel van deze bouwsteen is een beschrijving van de aandachtspunten per fase, die in de workshops naar voren kwamen.

3.3.1 *Signalering*

a. Contact

Signalering begint met de aanleiding voor contact: de oudere komt in beeld. Dat kan op verschillende manieren: doordat sprake is van een acute klacht. Het kan ook op basis van een risicoprofiel, op eigen initiatief van de oudere, op aangeven van personen uit de sociale omgeving, of bij een 'schakelmoment' als pensionering, een diagnose of verhuizing.

b. Overzichtsfoto?

Vervolgens is de vraag of het bij het eerste contact zinvol en passend is om het functioneren van een oudere in zijn of haar systeem (thuissituatie, mogelijk ook partner en/of mantelzorgers) in kaart te brengen. Dit hangt ook af van of het al een bestaande relatie is met de persoon of een nieuwe relatie. Motivatie van de oudere is cruciaal. Het is van belang dat de oudere het nut ziet van het (gezamenlijk!) maken van deze overzichtsfoto. Het is een interactie waarbij oog en oor gericht moet zijn op de behoeften, mogelijkheden, en beperkingen van de oudere. Ook is van belang wat er al bekend is van de persoon, en of er sprake is van een digitaal dossier, waar verschillende zorgverleners toegang toe hebben.

c. Domeinen

Die overzichtsfoto schetst dagelijkse activiteiten van een persoon in diverse levensdomeinen. Denk hierbij aan financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten van het dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie (www.zelfredzaamheidsmatrix.nl). Het gaat dan om problemen waar iemand tegenaan loopt of over zaken waar iemand zich zorgen om maakt. Hier bestaan reeds instrumenten voor, bijvoorbeeld enkele van de instrumenten die zijn opgenomen in Bouwsteen E: Goede Voorbeelden.

3.3.2 *Oplossing*

Als bij het maken van de overzichtsfoto blijkt dat er behoeften zijn en kansen gezien worden voor interventie gericht op het bijvoorbeeld het verbeteren van het functioneren, het afremmen van functionele achteruitgang of het opbouwen van reservecapaciteit, dan volgt de afweging om tot een goede en uitvoerbare oplossing te komen. Deze oplossingen kunnen liggen in de sfeer van adaptatie of compensatie dan wel een combinatie hiervan. Bij het komen tot een uitvoerbare oplossing spelen een aantal factoren in me. Figuur 3.7 geeft een hulplijn om ordening hierin aan te brengen en op basis daarvan samen tot een oplossingskeuze te komen.

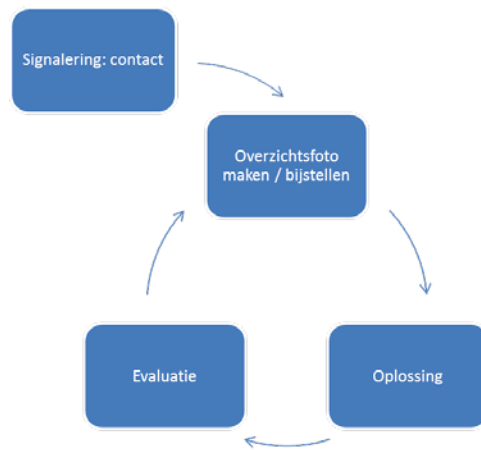
Er is sprake van een goede oplossing als dit aansluit bij wat de oudere en zijn of haar sociale omgeving willen en kunnen, als de oplossing haalbaar en uitvoerbaar is en de voordelen opwegen tegen de nadelen.



Figuur 3.7: Factoren die een rol spelen bij het komen tot een goede, uitvoerbare oplossing.

3.3.3 *Evaluatie*

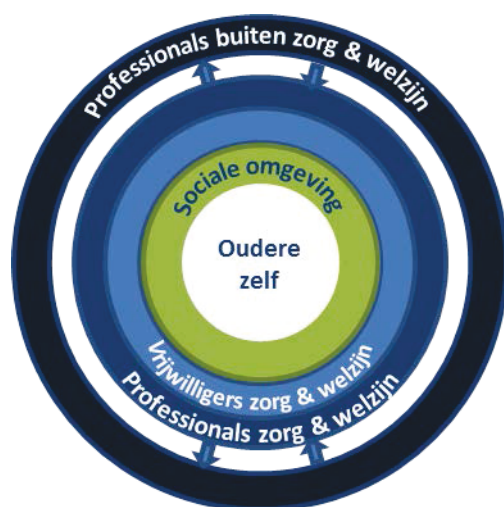
Hier komt opnieuw de overzichtsfoto in beeld: Is de gekozen oplossing uitgevoerd? Hoe heeft de gekozen oplossing bijgedragen aan de beoogde optimalisering of instandhouding van het functioneren? Is er bijstelling nodig, of zijn er andere dingen veranderd, bij de oudere zelf, of in zijn of haar sociale en fysieke omgeving? Het kijken door de bril van het functioneren is in principe nooit 'klaar', in feite gaat het om een cyclisch interactief proces van analyse (signalering), adaptatie en compensatie (oplossing) en bijstellen (evaluatie). Dit is weergegeven in figuur 3.8.



Figuur 3.8: Kijken door de bril van het functioneren als cyclisch interactief proces.

3.4 Bouwsteen D. Rollen van professionals: generalisten en specialisten

Figuur 3.9 geeft een schematisch beeld van ringen van diegenen die betrokken (kunnen) zijn bij de ouderen gericht op het behoud en het verbeteren van functioneren. De oudere zelf staat centraal, in zijn of haar sociale omgeving (omvat ook naasten waaronder mantelzorgers). Vrijwilligers en professionals vanuit zorg en welzijn vormen de volgende ondersteunende schil, die tijdelijk of langdurig kan worden aangeboord voor compensatie. Zij worden gezien als schakel naar mogelijk te betrekken professionals van buiten het zorg & welzijnsdomein. Denk hierbij bijvoorbeeld aan woningcorporaties, gemeenten die in de omgeving aanpassingen kunnen realiseren, ondernemers die kunnen voorzien in bijvoorbeeld technologische oplossingen als domotica, of professionals uit het domein ruimtelijke ordening.



Figuur 3.9: Een schematisch beeld van betrokkenen bij preventie, gezondheid, zorg en welzijn voor ouderen.

Dit alles sluit aan bij bestaande modellen Chronic Care Model en Guided Care Model. Het Chronic Care Model is bedoeld om zorg voor chronisch zieken te verbeteren door goede samenwerking te realiseren tussen de patiënt en een team van zorgverleners. Daarbij is de patiënt goed geïnformeerd en werkt hij actief mee aan de behandeling. Het team van zorgverleners is goed voorbereid en pro-actief. Elk element uit het Chronic Care Model kan bijdragen aan het verbeteren van deze zorg. Het combineren van elementen vergroot de kans op betere uitkomsten op patiëntniveau, zoals betere kwaliteit van leven en minder complicaties. Het Guided Care Model is gericht op verbeteren van kwaliteit, toegang en zelfmanagement van zorg om via deze determinanten de resultaten van zorg te verbeteren.

Binnen zorg en welzijn zijn grofweg twee uitersten in typen professionals te herkennen: generalisten en specialisten. De breedte van het begrip functioneren, het uitvoeren van dagelijkse activiteiten in hun context, vraagt om professionals die deze volle breedte kunnen overzien, de generalisten. Vanuit deze brede blik kunnen specifieke oplossingen nodig zijn. Afhankelijk van de oplossingsrichting komen hier de specialisten in beeld. Zij kunnen op maat en in dialoog met de ouderen zorgen voor het matchen van hele specifieke oplossingen. Dat kan van alles zijn: van een operatie tot de interventie Functionele Training Ouderen (zie

Bouwsteen E) of het leren gebruiken van een hulpmiddel. Met hun specifieke expertise zorgen zij er voor dat iemand op onderdelen zijn of haar functioneren positief kan beïnvloeden. Dat kan voor het overall functioneren van cruciale betekenis zijn. Doelgerichte samenwerking en het informeren over proces en resultaat is daarbij cruciaal. In deze bouwsteen worden drie aandachtspunten belicht: 1. De betekenis van de overzichtsfoto en de rol van de generalist, 2. De betekenis van specifieke oplossingen en de rol van de specialist en 3. Samenwerking en de rol van informatie en informeren.

3.4.1 *De overzichtsfoto: de generalist*

De basis van het kijken door de bril van het functioneren is als een overzichtsfoto: wat wil en kan de oudere? Wat doet hij of zij op een gewone dag? Welke doelen of wensen heeft hij of zij? Begint de oudere moeite te krijgen met bepaalde activiteiten die voor hem of haar van grote betekenis zijn? Wat betekent dat precies? Is dat onomkeerbaar? Zijn er beperkingen waar aanpassingen of ondersteuning voor gerealiseerd kunnen worden? Door het maken van deze overzichtsfoto is te zien waar voor deze oudere mogelijke knelpunten of risico's voor de nabije toekomst zitten en welke daarbij het meest urgent zijn als gekeken wordt naar de doelen en wensen van de oudere in relatie tot zijn of haar directe omgeving.

In de workshop is ten aanzien van de generalist zowel gesproken over de competenties die een generalist nodig heeft als naar de rol die de generalist vervult in het proces. De generalist komt in actie, preventief of op het moment dat een oudere een probleem ervaart of de directe omgeving van de oudere aan de bel trekt. (Zie ook Bouwsteen C. Fase 1: Signalering.) De generalist heeft een breed overzicht van mogelijkheden uit domeinen als zorg en welzijn, maar ook uit de domeinen wonen, infrastructuur, technologie en vrije tijd. Middels (motiverende) gespreksvoering en goede vraagarticulatie¹ is de generalist in staat met de oudere en diens directe sociale omgeving een overzichtsfoto van het functioneren te maken. Samen kiezen zij voor de best passende oplossing(en). (Zie ook Bouwsteen C. Fase 2: Oplossing.) In dat proces trechteren zij samen door te kijken naar het belang van de mogelijke oplossingen [dat wat iemand wil], de beperkingen [dat wat iemand (niet) kan] en de haalbaarheid [randvoorwaarden] en efficiëntie [in tijd en geld] van de mogelijke oplossingen. Dat wegen zij samen af tegen eventuele nadelen.

Idealiter hebben generalisten contact met en goede informatie over de oudere vóórdat sprake is van een hulpvraag van de oudere of diens omgeving. Een al opgebouwde relatie of vertrouwensband versoepelt en versnelt het proces van analyse-oplossing-evaluatie. Door een professionele langdurige relatie is het makkelijker om door de bril van het functioneren te kijken en doeltreffend en doelmatig met de oudere (en hun naasten) oplossingen te identificeren en tot uitvoer te brengen. In werkelijkheid is er vaak nog geen goed aangelegd en bijgehouden persoonsdossier. Ook is er in vele situaties sprake van nieuwe of kortdurende relaties. De doorontwikkeling en implementatie van digitale persoonsdossiers waar steeds nieuwe informatie aan kan worden toegevoegd door professionals, generalisten en specialisten, is cruciaal voor de kwaliteit van zorg van deze professionals.

¹ In de workshops werd de suggestie gedaan om voor vraagarticulatie te kijken naar goede voorbeelden uit de gehandicaptenzorg of de GGZ.

De generalist...

HEEFT	KAN	EN OOK
Een breed overzicht van mogelijkheden om dit te matchen van behoeften met oplossingen uit domeinen als zorg en welzijn, maar ook uit de domeinen wonen, infrastructuur, technologie, en vrije tijd.	<ul style="list-style-type: none"> - Motiverende gesprekken voeren - Goede vraagarticulatie realiseren - Een goed beeld genereren samen met betrokkenen van de van de behoeften in relatie tot het behouden en verbeteren van het functioneren - Mogelijke oplossingen trechteren en afwegen - Opbouwen en onderhouden van langdurige vertrouwensband 	<ul style="list-style-type: none"> • Goede samenwerking met collega-professionals, zowel generalisten als specialisten • Goed bruggen kunnen slaan tussen professionals en vrijwilligers. • Reflectie op eigen rol en open staan voor feedback van de samenwerkingspartners

3.4.2 *Specifieke oplossingen: de specialist*

Sommige functioneringsproblemen vragen om een specialistische expertise, een manier van kijken die inzoomt op een bepaald deel van een persoon en dat versterkt, om zo ook in de volle breedte van het functioneren verbetering te bewerkstelligen. Dit 'inzoomen' past bij een specialist, een expert op een bepaald gebied. Vanuit de functioneringsgerichte blik is het van belang dat de specialist – eventueel in afstemming met de betrokken generalist en uiteraard de oudere zelf – kijkt naar zijn of haar aandeel in het geheel: hoe draagt een specialistische (be)handeling bij aan het functioneren van de persoon?

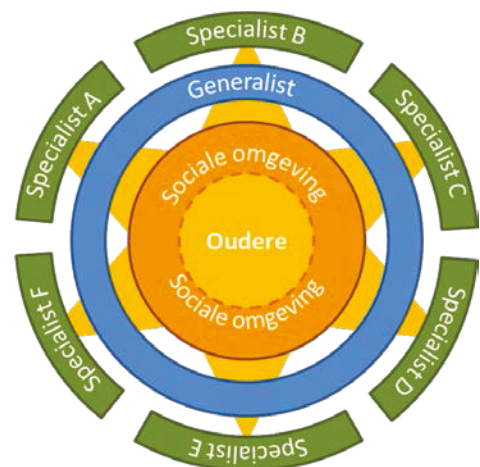
“Generalist maakt overzichtsforo; dat maakt ook duidelijk op welk onderdeel een specialist kan acteren en hoe zich dat verhoudt tot het geheel.”

Quote uit samenvatting workshops met experts.

3.4.3 *Samenwerking: de rol van informatie en informeren*

Bij het kijken door de bril van het functioneren is afstemming essentieel. Tussen de oudere, zijn of haar sociale omgeving en de generalist, tussen de generalist en de specialist(en) en tussen de oudere en de specialist. Het geheel is weergegeven in figuur 3.10.

Dat samenwerking, informatie en informeren van cruciaal belang zijn, is heel helder. Informatie dient volledig, actueel en op elk moment voor alle betrokkenen toegankelijk te zijn, als bindmiddel in samenwerking en afstemming. Naast de beschikbaarheid van de informatie gaat het ook om het zo nodig actief informeren van elkaar. De invulling hier van moet echter nog verder worden uitgewerkt. Te denken valt aan



Figuur 3.10: De oudere en zijn of haar sociale omgeving staan centraal. De generalist overziet het geheel en is de schakel naar de specialisten.

een digitaal systeem, dat de 'overzichtsfoto' die door de oudere, sociale omgeving en generalist gemaakt is als uitgangspunt neemt. Op basis hiervan kunnen (ook specialistische) interventies worden ingezet. Idealiter is het systeem dusdanig dat actief digitaal informeren makkelijk kan worden gerealiseerd. Daarnaast blijft in bepaalde situaties actief mondeling informeren noodzakelijk. Na het (be)handelen kan opnieuw naar de foto worden gekeken: heeft de interventie het gewenste effect gehad, en zijn eventuele andere interventies gewenst? Ook hier is het van belang aan te sluiten bij bestaande goede voorbeelden.

3.5 **Bouwsteen E. Links naar opgehaalde goede voorbeelden**

Gedurende de totstandkoming van dit werkdocument “Kijken door de bril van het functioneren - Bouwstenen voor een proefhandreiking” werden geregeld goede voorbeelden aangereikt of gevonden. Hier is niet systematisch naar gezocht; het overzicht is dus naar alle waarschijnlijkheid onvolledig en geeft geen beeld van alle goede voorbeelden die er zijn. Toch hebben we deze opgenomen, omdat elk van deze voorbeelden inspiratie biedt voor een verdere uitwerking van vormen van ondersteuning die het kijken door de bril van het functioneren faciliteren.

Handreiking: Handreiking Kwetsbare ouderen

Deze handreiking beschrijft de kernelementen van een multidisciplinaire, programmatische aanpak voor kwetsbare ouderen. Uitgangspunt is dat ouderen zelf hun keuzes maken over de ondersteuning die zij wensen (zelfregie). De hulpverlener begeleidt de oudere bij het maken van zijn keuzes door zich te verdiepen in diens wensen en behoeften. Een multidisciplinaire aanpak vraagt goede afstemming en samenwerking met de thuiszorg, gemeente en welzijnsorganisaties.

Link <http://www.vilans.nl/kennis-en-informatie-publicaties-handreiking-kwetsbare-ouderen-in-de-eerste-lijn.html>

Contact T: 030 789 23 00
E: info@vilans.nl

Handreiking: Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken

Het doel van de handreiking “Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken” is het ondersteunen van het proces van gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken tussen een zorgprofessional in de huisartsenpraktijk (huisarts of praktijkondersteuner) en een patiënt met één of meerdere chronische aandoeningen.

Link <http://ineen.nl/wp-content/uploads/2015/10/151028-Handreiking-Gezamenlijke-besluitvorming-def.pdf>

Contact Frederik Vogelzang, Programmamanager InEen
E: f.vogelzang@ineen.nl

Algemene standaard (niet ziekte-specifiek): Kwaliteitsstandaard Levensvragen

De Kwaliteitsstandaard Levensvragen is een algemene standaard bedoeld voor ouderen met een zorgindicatie, ongeacht welke aandoening, beperking of ziekte ze hebben. De standaard overstijgt daarmee de ziekte-specifieke standaarden.

Link www.netwerklevensvragen.nl/enl/Expertisenetwerk-levensvragen-en-ouderen/Kwaliteitsstandaard.html

Contact Netwerk Levensvragen
Vilans, Reliëf

Interventie: Handleiding Functiebehoud in Transitie (FIT) voor de thuiswonende oudere

Functiebehoud in Transitie (FIT) bestaat uit een systematische screening op een verhoogd risico op **functieverlies** en preventieve interventies bij thuiswonende ouderen van 70 jaar en ouder. Een praktijk-/wijkverpleegkundige bespreekt het zorgbehandelplan tijdens een huisbezoek. Oudere en mantelzorger hebben een aanspreekpunt en houden de controle in eigen hand. FIT bestaat uit: een screening (ISAR-PC: verhoogd risico op functieverlies komende 12 maanden?), geriatrische beoordeling (Comprehensive Geriatric Assessment: diagnostisch onderzoek naar aanwezigheid van problemen), toolkit met stappenplannen voor geriatrische problemen, zorgbehandelplan in overleg tussen huisarts, verpleegkundige en oudere.

Link <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-fit-functiebehoud-in-transitie.html>

Contact Stichting Effectieve Ouderenzorg

Interventie: Functionele Training Ouderen (FTO)

FTO is een interventie voor ouderen waarbij dagelijkse activiteiten die persoonlijk relevant zijn en waar men moeite mee krijgt, getraind worden. Het doel is het verhogen van zelfredzaamheid en participatie. De training is een afspiegeling van het dagelijks leven en wordt daarmee expliciet **functioneel** ingericht. De fysiotherapeuten die de training geven hebben bij uitstek een functionele bril op.

Link <http://www.deleidseproeftuin.nl/tno-functionele-training-ouderen>

Contact Dr. John Verhoef, Lectoraat Eigen regie, Hogeschool Leiden
E: verhoef.j@hsleiden.nl

Instrument: Individueel Zorgplan

Een individueel zorgplan is een persoonlijk plan waarin de zorgverlener en de patiënt gezamenlijk aan de gezondheid van de patiënt werken. Bij het maken van een zorgplan staat voorop wat voor de patiënt belangrijk is in het dagelijks leven met een chronische ziekte. Een persoonsgerichte aanpak is hierbij de kern. Door samen doelen en acties te formuleren en vast te leggen in het zorgplan, neemt de patiënt zelf (mede)verantwoordelijkheid voor het zorgproces. De zorgverlener krijgt meer de rol van coach.

Links <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan>
<http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijndividueel-zorgplan-thema-introductie.html>
<https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/projecten/pilots+leren+uit+de+praktijk#Handreikinggezamenlijkebesluitvorming>
<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zin-ww/kwaliteit/projecten/pilots-leren-uit-de-praktijk/pilots-leren-uit-de-praktijk/pilots-leren-uit-de-praktijk/zin%3Aparagraaf%5B6%5D/zin%3Adocuments/raamwerk-individueel-zorgplan/Raamwerk+Individueel+Zorgplan.pdf>

Contact NHG, Linda Tolsma, E: l.tolsma@nhg.org
 InEen, Frederik Vogelzang, Programmamanager, E: f.vogelzang@ineen.nl

Instrument: Zorgleefplanwijzer.nl

Het zorgleefplan helpt de professional om de cliënt zo te ondersteunen dat hij zijn leven (ondanks ziekte of handicap) zoveel mogelijk kan voortzetten zoals hij dat wil. De voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van de cliënt zijn het uitgangspunt van het ZLP. Vanuit die vragen denkt de zorgverlener professioneel en creatief met de cliënt mee over hoe hij zijn doelen kan bereiken. Op www.zorgleefplanwijzer.nl vind je achtergrondinformatie, praktijkvoorbeelden en downloads over het werken met het zorgleefplan.

Link <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/>

Contact Zorgleefplanwijzer.nl is een initiatief van V&VN, mogelijk gemaakt door Zorg voor Beter
 T: 030 291 90 50

Instrument: ISCOPE vragenlijst

ISCOPE maakt gebruik van een signaleringssysteem waarmee huisartsen en praktijkondersteuners problemen kunnen opsporen bij ouderen van 75-plus op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Voor de ouderen met complexe problemen stellen zij daarna een zorgactieplan op. Dat heeft als doel de hoogst haalbare kwaliteit van leven voor de oudere te behouden.

Link <http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-iscope-preventieve-ouderenzorg.html>.

Contact Dr. J. Blom, projectleider
 E: j.w.blom@lumc.nl, T: 071 5268444

Instrument: Case conference

De case conference wordt ingezet om mantelzorgers en hun dementerende partner te begeleiden. Na een behoefte analyse met het koppel, wordt in de caseconference een multidisciplinair interventieadvies opgesteld dat aansluit op de doelen van het koppel. Aan de case conference nemen deel: case manager, ergotherapeut fysiotherapeut, andere zorgprofessionals die actief betrokken zijn bij de zorg rond het koppel of waarvan betrokkenheid verwacht wordt, cliëntvertegenwoordiger, onderzoekers, bouwkundige, docenten, evt studenten. Per case wordt bekeken wie aanwezig kan/wil zijn bij de case conference.

Link <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/samenhang-in-zorg/vitadem-ondersteuning-van-mensen-met-dementie-en-mantelzorgers/>

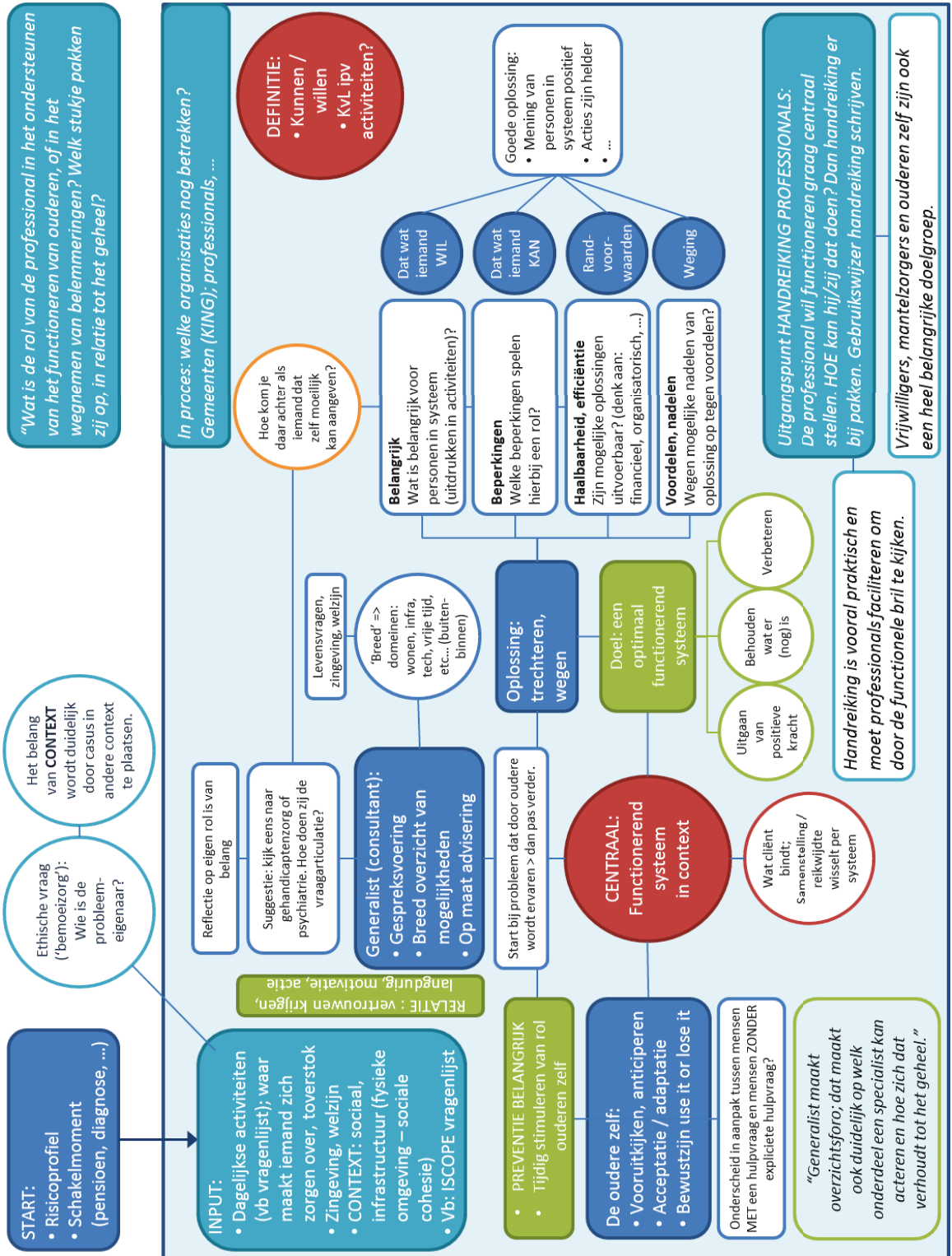
Contact Dr. Jacomine de Lange, Lectoraat Transitie in zorg, Hogeschool Rotterdam
E: j.delange@hr.nl

Instrument: Checklist SFMPC (Ouderengeneeskunde)

Geriatrisch assessment: combinatie van (hetero)anamnese, algemeen lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek aangevuld met relevante gevalideerde meetinstrumenten, resulterend in een op de setting en hulpvraag afgestemde, actuele probleemlijst, geordend volgens de SFMPC methodiek. De SFMPC domeinen zijn: somatisch, **functioneel**, maatschappelijk, psychisch en communicatief.

Link <http://www.platformouderenzorg.nl/screening/functionaliiteit/sfmpc-lijst/142>

A Verslag workshops



B Deelnemers workshops

Genodigden, enkelen waren op de dag zelf helaas verhinderd:

Dirk Achterbergh	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/pub/dirk-achterbergh/13/651/4b9
Marjolein de Booy	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/pub/marjolein-de-booy/19/145/a
Erik Buskens	UMCG, https://nl.linkedin.com/pub/erik-buskens/19/4a8/78a
Alice Couwenberg	SMO promovendi, https://nl.linkedin.com/pub/alice-couwenberg/72/a0b/854
Rose-Marie Dröes	VUmc, https://nl.linkedin.com/pub/rose-marie-dr%C3%B6es/11/208/786 – <i>verhinderd</i>
Frouke Engelaer	SMO promovendi, https://nl.linkedin.com/pub/frouke-engelaer/2a/b7a/78a
Evelyn Finnema	NHL, https://www.linkedin.com/pub/evelyn-finnema/5/545/693
Mieke Hollander	subcie Langdurige Zorg, https://www.linkedin.com/pub/mieke-hollander/17/182/8a6
Martijn Kriens	AHTI, https://www.linkedin.com/in/martijnkriens – <i>verhinderd</i>
Jan Lavrijsen	Radboud UMC, https://nl.linkedin.com/pub/jan-lavrijsen/13/2b5/74
Margje Mahler	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/in/margjemahler – <i>verhinderd</i>
Julie Meerveld	Alzheimer Nederland, https://nl.linkedin.com/in/juliemeerveld
Dirk Ruwaard	Maastricht University, https://www.linkedin.com/pub/dirk-ruwaard/24/776/565 – <i>verhinderd</i>
Rob van der Sande	HAN, https://nl.linkedin.com/pub/rob-van-der-sande/b8/a05/93
Marieke Schuurmans	UMC Utrecht, https://www.linkedin.com/pub/marieke-schuurmans/14/b72/252
Willeke van Staalduinen	TNO, https://nl.linkedin.com/pub/willeke-van-staalduinen/10/8aa/310
Jenneke van Veen	subcommissie Langdurige Zorg
John Verhoef	Hogeschool Leiden, https://nl.linkedin.com/pub/john-verhoef/17/486/24a
Ineke van der Voort	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/pub/ineke-van-der-voort-van-beusekom/6/13a/403

Vanuit de projectteams van Zorginstituut Nederland en TNO:

Astrid Chorus	TNO, https://nl.linkedin.com/pub/astrid-chorus/b/273/383
Ariëtte van Hespen	TNO, https://nl.linkedin.com/in/ariettevanhespen
Dieuwke Schokker	TNO, https://nl.linkedin.com/pub/dieuwke-schokker/5/324/2
Marianne Stadlander	TNO, https://nl.linkedin.com/in/mariannestadlander <input type="checkbox"/>
Sabina van der Veen	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/in/sabinavanderveen
Katja van Vliet	Zorginstituut Nederland, https://nl.linkedin.com/in/katjavanvliet

C Bouwsteen B. Casusbeschrijvingen gevenfunctioneringsprofielen een gezicht



Zorginstituut Nederland



Een nieuwe bril, een andere kijk: het functioneren centraal

Meneer Van Buren en 17 andere casussen

TNO innovation
for life



Voorwoord

Voor u ligt de casusbundel 'Een nieuwe bril, een andere kijk: het functioneren centraal'. Het schetst unieke beelden van meneer Van Buren en 17 andere ouderen in hun dagelijkse context. Deze casussen bieden een mooie basis om in gesprek te gaan over de beschreven ouderen: hoe blijven zij zo goed mogelijk functioneren, en welke rol vervult de (zorg) professional, vrijwilliger of student hier in? Het functioneren van burgers is één van de uitgangspunten van het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', dat Zorginstituut Nederland op 10 april 2015 heeft aangeboden aan de ministers van VWS en van OCW. In 2016 komt het daarbij behorende advies over toekomstgericht opleiden gereed.

Het perspectief is de situatie in 2030. Het toepassen van de TNO Functioneringsprofielen Ouderen biedt inzicht in de te verwachten functioneringsproblemen en daarmee in hun zorgvraag in 2030. De casussen in deze bundel geven deze functioneringsprofielen een gezicht, of eigenlijk zelfs twee gezichten: bij elk profiel zijn twee casussen geschetst. Deze casussen vormen een van de bouwstenen voor een handreiking Functioneren Ouderen die bedoeld is om competentieontwikkelingen te ondersteunen gericht op een toekomstbestendige gezondheidszorg. In de komende periode zal het veld nader betrokken worden bij de ontwikkeling van deze handreiking.

Zorginstituut Nederland en TNO hopen van harte dat deze casussen u inspireren om met elkaar en zeker ook samen met ouderen door de bril van het functioneren te kijken. Zo draagt u bij aan het optimaal functioneren van ouderen, nu en in de toekomst. ■

dr. Katja van Vliet

Programmahoofd Innovatie
Zorgberoepen & Opleidingen
Zorginstituut Nederland

prof. dr. Diana Delnoij

Hoofd Kwaliteitsinstituut
Zorginstituut Nederland

dr. Marianne Stadlander

Principal Consultant
Gezond Leven
TNO



Inhoud

Voorwoord

Het functioneren centraal 3

Casussen 4

Casus A – Meneer Kuiper

Casus B – Mevrouw Vermeulen

Casus C – Meneer Cornelis

Casus D – Mevrouw De Witt

Casus E – Mevrouw van Dieren

Casus F – Meneer Veldman

Casus G – Meneer Visser

Casus H – Mevrouw Frederiks

Casus I – Meneer De Haas

Casus J – Meneer Blijleven

Casus K – Mevrouw Van Duin

Casus L – Meneer Van Buren

Casus L* – Meneer Van Buren (in een andere context)

Casus M – Meneer Van der Zee

Casus N – Mevrouw Groenhoven

Casus O – Mevrouw Van Rijswijk

Casus P – Meneer Zuydwijk

Casus Q – Mevrouw De Leeuw

Casus R – Meneer Drenth

Gebruiksmogelijkheden en werkvormen 24

Colofon 27

Het functioneren centraal

Meneer Van Buren was vroeger vrachtwagenchauffeur en is nu al jaren met pensioen. Hij zit het liefst met zijn sjekkie voor de tv. Door diabetes moest zijn voet geamputeerd worden. Hij zit daarom meestal in zijn rolstoel en hij heeft moeite gekregen met aankleden. Je kunt kijken naar wat hij allemaal niet meer kan. Dat zijn we gewend. Wat je ook kunt doen, is het functioneren centraal stellen: je kijkt wat meneer Van Buren in het dagelijks leven graag wil en welke beperkingen hij daarbij ondervindt. Samen met meneer Van Buren en de mensen in zijn omgeving kijk je vervolgens hoe je dat kunt organiseren. Het betekent dat oplossingen op maat gemaakt worden in overleg met de oudere en de mensen om hem heen. Deze casussen helpen (zorg) professionals, vrijwilligers en studenten om zich deze nieuwe benadering eigen te maken.

TNO

TNO verbindt mensen en kennis om innovaties te creëren die het welzijn van de samenleving versterken. Vanuit een gedegen kennisbasis realiseren we praktische toepassingen: van de nieuwe visie op gezondheid naar functioneringsprofielen, en van functioneringsprofielen naar casussen. Zo faciliteert TNO de aansluiting van (zorg) professionals, vrijwilligers en studenten op actuele wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. ■

Zorginstituut Nederland

De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van Zorginstituut Nederland is ingesteld in april 2012 en adviseert de minister van VWS over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. De commissie analyseert de toekomstige vraag naar zorg – richtpunt 2030 – en de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. Zij werkt nauw samen met zorgverleners, zodat het advies breed draagvlak heeft en de beoogde innovaties in de zorg, beroepen en opleidingen in broedplaatsen alvast toegepast worden. ■

Het uitbrengen van de casusbeschrijvingen past in deze visies: het faciliteren van (zorg) professionals, vrijwilligers en studenten om hun rol in te vullen bij het tijdelijk of duurzaam ondersteunen van ouderen.

Waarom een nieuwe bril?

De samenleving verandert. Ouderen willen langer op zichzelf blijven wonen. Ook is er vanuit Den Haag steeds meer focus op eigen regie en participatie. Het functioneren centraal is daarom één van de drie uitgangspunten van het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen (2015). Het gaat om een nieuw perspectief: zo goed mogelijk zelfstandig kunnen functioneren en zo veel mogelijk kunnen blijven doen wat belangrijk voor je is, zo nodig ondersteund door anderen. Deze bundel faciliteert het (beter) leren kijken door de bril van het functioneren.

Functioneringsprofielen

De Functioneringsprofielen Ouderen van TNO geven inzicht in de aard en omvang van de problemen die ouderen in hun functioneren ervaren. Bestuurders en zorgverleners kunnen deze gebruiken om een inschatting te doen van de hoeveelheid en het type ondersteuning waar in de toekomst behoefte aan is. De casussen in deze bundel geven deze profielen een gezicht. In het hoofdstuk 'Casussen' vind je een overzicht van de functioneringsprofielen met de bijbehorende casussen.

Hoe kunnen de casussen (zorg) professionals, vrijwilligers, en studenten helpen?

De casussen in deze uitgave schetsen reële beelden van ouderen anno nu. Ze helpen om inzicht te krijgen in de nieuwe manier van werken, waarin het functioneren van ouderen centraal staat. Vanwege het enthousiasme over de casussen is besloten deze separaat uit te brengen in deze bundel.

Eerdere gebruikers waardeerden ze om de brede herkenning van de geschetste situaties en om het gesprek dat ze op gang brachten. De casussen kunnen op vele manieren ingezet worden: onder andere om een gesprek op gang te brengen, bij intervisie of als onderwijsmateriaal. Suggesties voor werkvormen vind je in het hoofdstuk 'Gebruiksmogelijkheden en werkvormen'.

Aan de slag

Blader snel door naar de casussen en de werkvormen. TNO en het Zorginstituut Nederland horen graag hoe de casussen bevalen. Feedback en suggesties kunt u sturen naar TNO: wegwijzer@tno.nl. Die nemen wij graag mee in een volgende uitgave. Ook zijn wij op zoek naar zorgverleners die hun ervaringen met de nieuwe aanpak 'functioneren centraal' met ons willen delen. Neem daarvoor contact met ons op via beroepen&opleidingen@zinl.nl.





Casussen

De TNO Functioneringsprofielen Ouderen en de casussen

Profiel 1: Geen fysieke problemen, geen dementie

Casus A: Meneer Kuiper, met zijn vrouw in een boerderijtje op de Veluwe

Casus B: Mevrouw Vermeulen, alleen in een bovenwoning in Utrecht

Profiel 2: Geen fysieke problemen, lichte/matige dementie

Casus C: Meneer Cornelis, met zijn vrouw in eengezinswoning in Twents dorp

Casus D: Mevrouw De Witt, alleenstaand in een flat in de Bijlmer

Profiel 3: Problemen met mobiliteit, geen dementie

Casus E: Mevrouw Van Dieren, alleenstaand in eengezinswoning in Leiden

Casus F: Meneer Veldman, met zijn vrouw bij het bos in Purmerend

Profiel 4: Problemen met mobiliteit, lichte/matige dementie

Casus G: Meneer Visser, met vriend in portiekwoning in Rotterdam

Casus H: Mevrouw Frederiks, weduwe in eengezinswoning in Zierikzee

Profiel 5: Problemen met mobiliteit en zelfzorg, geen dementie

Casus I: Meneer De Haas, met vrouw in bungalow in Baarle-Nassau

Casus J: Meneer Blijleven, met vrouw en zoon in villa in Wassenaar

Profiel 6: Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie

Casus K: Mevrouw Van Duin, weduwe in eengezinswoning in Joure

Casus L: Meneer Van Buren, met vrouw in aanleunwoning in Den Bosch

Profiel 7: Ernstige fysieke problemen, geen dementie

Casus M: Meneer Van der Zee, met vrouw in eengezinswoning in Scheveningen

Casus N: Mevrouw Groenhoven, met haar zus in flat in Susteren

Profiel 8: Ernstige fysieke problemen, lichte/matige dementie

Casus O: Mevrouw Van Rijswijk, alleenstaand in verpleeghuis in Den Haag

Casus P: Meneer Zuydwijk, in huisje op het erf van de boerderij van zijn zoon in Borne

Profiel 9: Ernstige dementie

Casus Q: Mevrouw De Leeuw, weduwe in verpleeghuis in Slochteren

Casus R: Meneer Drenth, met zijn vrouw in groot huis in Den Burg, Texel

Extra

Casus L*: Meneer Van Buren in een andere context: alleen in aanleunwoning in Den Bosch.

Zie voor *gebruiksmogelijkheden van deze extra casus Werkvorm 2, Het belang van de context.*

Meer informatie over de TNO Functioneringsprofielen Ouderen vind je op www.tno.nl > zoek op functioneringsprofielen.

Meneer Kuiper woont met zijn vrouw in een vrijstaand boerderijtje met een grote tuin in een dorp op de Veluwe

Meneer Kuiper

Geen fysieke problemen, geen dementie

Simon Kuiper is 87 jaar oud. Twintig jaar geleden verhuisde hij met zijn vrouw Liesje (84) naar een boerderijtje met een grote tuin op de Veluwe. Zijn vrouw heeft Alzheimer. Hun slaapkamer en badkamer zijn beneden.

Hun vier kinderen wonen redelijk in de buurt; maximaal op een half uurtje rijden. Ze komen regelmatig langs en bellen vaak. Bij calamiteiten schieten ze te hulp. Meneer en mevrouw Kuiper hebben goed contact met hun burens die een stukje verderop wonen.

Meneer Kuiper krijgt wekelijks bezoek van zijn oude kennissen, uit de tijd dat hij aan duivenmelken deed. Met hen neemt hij het nieuws door. Ook de tuinman komt regelmatig langs.

Zijn vrouw is graag in de tuin aan het werk; elke dag wel een paar uur. En zij zingt bij het koor in het nabijgelegen dorp Uchelen. Koorleden uit de buurt komen haar ophalen.

Het winkelcentrum is 2,5 km verderop; te ver om te lopen. Meneer Kuiper mag in verband met zijn slechte zicht geen gewone auto meer rijden en heeft daarom een 15 km-auto gekocht. Daarmee gaat hij boodschappen doen of kennissen bezoeken. Voor grote afstanden maken hij en zijn vrouw gebruik van een taxi. Boodschappen doet hij zelf, want zijn vrouw is vergeetachtig geworden. Ze komt met de verkeerde dingen thuis. Soms doen ze de boodschappen samen.



Meneer Kuiper wordt wat stijver, maar wil graag zo fit mogelijk blijven. Hij beweegt daarom elke dag een half uurtje. Als het kan gaat hij naar buiten en bij slecht weer fietst hij op de hometrainer. Hij loopt zonder rollator.

Elke dag na de koffie zit meneer Kuiper thuis een poosje achter de computer. Omdat hij slecht ziet kost dat hem veel moeite en tijd, maar hij wil graag op de hoogte blijven van wat er in de wereld speelt. En hij onderhoudt op die manier contact met zijn kleinkinderen. Opstaan van zijn stoel gaat hem nog redelijk goed af, al is het op sommige dagen wat lastig. Hij voelt nog zich te goed voor een sta-op stoel.

Meestal voelt meneer Kuiper zich gezond. Hij hoopt dat de dementie van zijn vrouw niet te snel vordert. Hij denkt erover de bovenverdieping van hun huis geschikt te maken voor inwonende hulp, zodat ze zo lang mogelijk in hun boerderijtje kunnen blijven. Op dit moment komt er tweemaal per week een hulp in de huishouding, springen de kinderen bij als het nodig is en redden ze zich verder nog goed zelf. ■



Mevrouw Vermeulen is alleenstaand. Zij woont op een bovenwoning in het centrum van Utrecht

Mevrouw Vermeulen

Geen fysieke problemen, geen dementie

Thea Vermeulen is 83 jaar en woont op een etage in het winkelcentrum net buiten het centrum van Utrecht. Ze is alleenstaand. Haar man is zeven jaar geleden overleden en ze heeft geen kinderen. De woning van mevrouw Vermeulen is één-hoog, vrij klein en alle vertrekken zijn gelijkvloers.

Mevrouw Vermeulen kan erg slecht zien. Ze kan alleen nog vaag dingen onderscheiden. Buiten loopt ze met een blindenstok, binnen maakt ze gebruik van leeshulpmiddelen om kranten, boeken en haar e-mail te kunnen lezen. Dat kost veel tijd maar het lukt haar wel.

Mevrouw Vermeulen is een goed ontwikkelde dame die vroeger altijd heeft gewerkt op een administratiekantoor. Dat kon ze doen, omdat ze geen kinderen had. Ze is heel geïnteresseerd in het nieuws, zowel het lokale als het nationale en het wereldnieuws. Omdat ze zo slecht ziet, luistert ze veel naar de radio.

Haar huis houdt mevrouw Vermeulen zelf bij onder het motto: 'Ik zie het niet. Maar vroeger was het schoon. Dus als ik nu alles precies hetzelfde doe als vroeger dan is het nu vast ook weer schoon.' Ze doet zelf haar boodschappen en vraagt soms aan andere klanten in de winkel om haar te helpen. Ook gaat ze graag met de bus een stukje de stad in. Ze kent de weg en telt de haltes. Het kost haar veel moeite, maar ze geniet er enorm van.



Mevrouw Vermeulen heeft weinig sociale contacten. Ze heeft nog één vriendin die ze regelmatig belt en die haar af en toe komt opzoeken. Verder heeft ze goed contact met de benedenbuurvrouw. Heel soms, als er een sociale gelegenheid in de familie is, dan komt haar zus haar ophalen om mee te gaan. Dat ze zo weinig vriendinnen en kennissen heeft, komt door haar echtgenoot. Hij hield niet van bezoek en gedroeg zich asociaal. Haar kennissen bleven daarom weg. Tegenwoordig maakt haar slechte zicht het moeilijk om erop uit te gaan.

Ondanks haar kleine netwerk, is mevrouw Vermeulen is wel tevreden. Ze heeft alles onder controle en vermaakt zichzelf prima met haar radio, kranten en boeken. Het enige waar ze zich zorgen om maakt, zijn de zaken die geregeld moeten worden wanneer ze komt te overlijden. Wie gaat haar uitvaart regelen en wie ruimt haar huis leeg? ■

Meneer Cornelis woont samen met zijn vrouw in een eengezinswoning met een tuin in een dorp bij Almelo

Meneer Cornelis

Geen fysieke problemen, lichte/matige dementie

Bernard Cornelis is 77 jaar oud en woont samen met zijn vrouw Edith (78) in een eengezinswoning met een leuke tuin in een dorp in de buurt van Almelo. Meneer Cornelis heeft vier jaar geleden een hartoperatie ondergaan. Hij gaat sindsdien jaarlijks bij de cardioloog op controle en neemt elke dag zijn medicijnen. Regelmatig bezoekt hij de trombose-dienst. Zijn conditie is goed, maar cognitief is hij sinds de operatie sterk achteruitgegaan. Hij vergeet veel. Vroeger had hij alles op orde, maar nu is hij erg chaotisch. Hij weet bijvoorbeeld belangrijke zaken niet meer direct te vinden. Daarnaast is hij slechthorend. Hij schaamt zich voor zijn vergeetachtigheid en probeert zijn problemen te verbergen.

Meneer en mevrouw Cornelis hebben twee dochters. Die zijn beiden getrouwd en hebben betaald werk. Hun oudste dochter woont in Den Haag. Ze belt bijna dagelijks even. De jongste dochter woont in een dorp even verderop. Met haar hebben ze ook dagelijks contact en ze komt één keer per week koffie drinken.

Mevrouw Cornelis heeft last van COPD en artrose in verschillende gewrichten. Ze is niet meer in staat om zichzelf te wassen en aan te kleden, of om het huishouden te doen. Meneer Cornelis helpt daarom met koken en andere huishoudelijke taken en hij helpt zijn vrouw bij haar persoonlijke verzorging. Hij helpt met veel liefde, maar het kost hem veel moeite, elke maand meer. Het helpen gaat daarom de laatste tijd niet meer van harte. Dat zet hun relatie zo nu en dan op scherp. Ook zie je het onderhoud van het huis achteruitgaan.



De dagelijkse bezigheden van meneer Cornelis bestaan uit boodschappen doen en kruiswoordpuzzels maken. Hij haalt de boodschappen meestal lopend. Als hij naar een verder weg gelegen winkel moet, dan neemt hij de auto. Pas geleden heeft hij een klein auto-ongeluk veroorzaakt. Daardoor stapt hij nu minder graag achter het stuur. Hij gaat niet meer zelfstandig naar zijn dochter, 200 km verderop.

Meneer Cornelis gaat elke zondag naar de kerk, waar hij verantwoordelijk is voor de collecte. Dat geeft hem een doel. Na afloop drinkt hij een kopje koffie en ontmoet hij wat mede-kerkgangers. Door zijn slechthorendheid gaat de communicatie in groepen wat moeizaam. Meneer Cornelis voelt zich daardoor soms eenzaam en slecht begrepen.

Mevrouw Cornelis kaart met regelmaat aan dat er iets moet veranderen in hun situatie, maar meneer Cornelis wil dat niet inzien. Hij wil absoluut geen hulp vragen aan derden. Hun dochters zijn hiervan op de hoogte. Ze weten ook dat het hun moeders diepste wens is om te verhuizen naar een seniorenwoning. Ze zijn het met haar eens dat er iets moet veranderen, maar ook hen lukt het niet om het bij hun vader bespreekbaar te maken. Ze hebben al een keer de huisarts om hulp gevraagd, maar die zegt dat hij niets kan doen zolang meneer Cornelis niet het probleem aankaart. Wel staat er binnenkort een afspraak met de notaris om een machtiging te regelen. Als één van beiden wilsonbekwaam wordt, dan is die maar vast in orde gemaakt. ■

Mevrouw De Witt is alleenstaand en woont in een flat in de Bijlmer in Amsterdam

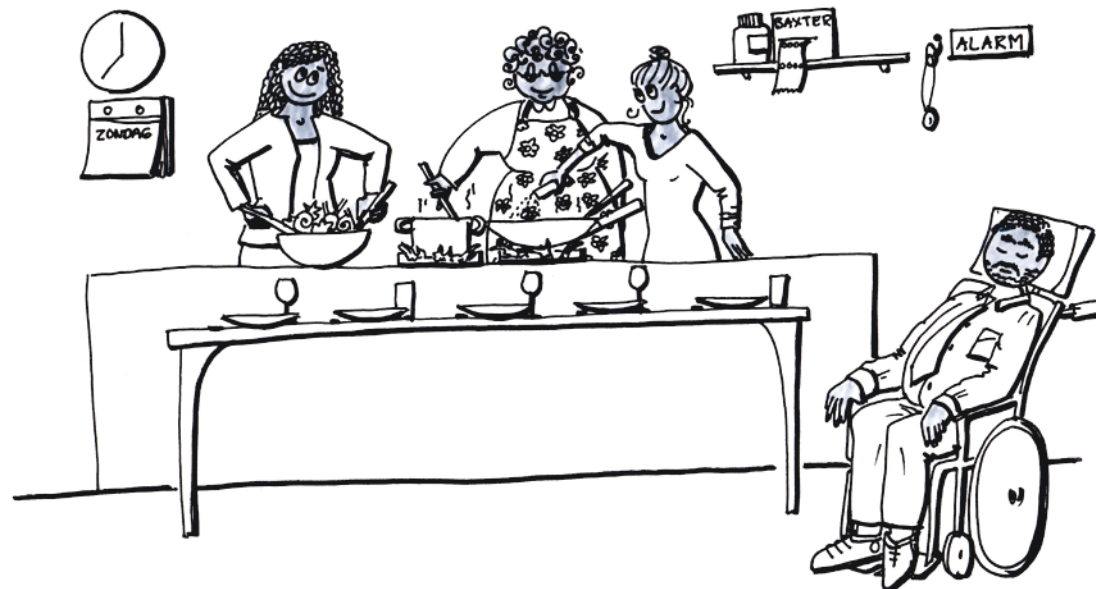
Mevrouw De Witt

Geen fysieke problemen, lichte/matige dementie

Nel de Witt is 88 jaar en woont zelfstandig in een flat in de Bijlmer in Amsterdam. Zij is in Suriname geboren en verhuisde op 28-jarige leeftijd naar Nederland. Haar man Rudi heeft tien jaar geleden een hersenbloeding gehad. Hij heeft nog een aantal jaren thuis gewoond maar was zo beperkt in zijn functioneren dat hij zes jaar geleden naar een verpleeghuis ging. Het verpleeghuis is aan de andere kant van de stad. Meneer en mevrouw De Witt hebben drie kinderen waarvan hun zoon, de oudste, vlakbij woont. Hun oudste dochter woont in Amstelveen en de jongste dochter in Den Bosch.

Mevrouw De Witt is niet meer zo snel ter been. Ook ziet en hoort ze niet meer zo goed. Ze houdt vocht vast en draagt daarom steunkousen en slikt plaspillen. Daarnaast neemt ze medicijnen tegen haar hoge bloeddruk. Maar alles bij elkaar genomen is ze voor een 88-jarige nog heel fit. Mentaal gaat het wel wat minder. Ze begint steeds meer te vergeten en is soms wat verward. Haar vergeetachtigheid vormt nog geen groot probleem. Ze weet het ook goed te verbloemen, al hebben de kinderen het wel in de gaten.

Meneer en mevrouw De Witt hebben vroeger een eigen snackkar gerund. Hun zoon heeft de zaak overgenomen. Mevrouw De Witt vindt het leuk om voor haar kinderen, vrienden en familie te koken. Ook gaat ze graag naar het buurthuis en doet daar mee aan de activiteiten.



Het huishouden doet mevrouw De Witt grotendeels zelf. Eens in de twee weken komt iemand van de thuiszorg haar helpen met schoonmaken. En elke ochtend komt de wijkverpleging voor haar steunkousen. Omdat haar geheugen achteruitgaat controleert de thuiszorg dan ook meteen of ze haar medicijnen heeft ingenomen. Haar pillen krijgt ze in een handige Baxterrol. Ze heeft een alarmeringssysteem. Maar de alarmketting doet ze nogal eens af en ze vergeet om hem weer om te doen.

Haar jongste dochter komt elke woensdag langs en neemt haar dan mee naar haar man in het verpleeghuis. Daarnaast bezoekt ze haar man eens per week met de taxi. Op zondag komt hij met de rolstoelbus naar huis.

De kinderen komen dan ook op bezoek. Door de week heeft ze vrijwel elke dag aanloop van burens, vrienden of familie. Meestal worden die uitgenodigd om te blijven eten. Door de mentale achteruitgang lukt het koken niet meer zoals vroeger. Ze vergeet ingrediënten en soms weet ze niet meer hoelang de pannen al op het vuur staan. De omgeving neemt haar dat niet kwalijk en helpt waar mogelijk.

Mevrouw De Witt voelt zelf wel dat haar verstand achteruit gaat, maar wil dat nog niet erkennen. Haar kinderen maken zich daar zorgen om. Vooral omdat ze graag in de keuken in de weer is, kan het uiteindelijk onveilig worden. Ze kunnen hun zorgen niet met hun moeder bespreken omdat ze dat te pijnlijk vinden voor haar. ■



Mevrouw Van Dieren is alleenstaand en woont in een eengezinswoning in Leiden

Mevrouw Van Dieren

Problemen met mobiliteit, geen dementie

Nellie van Dieren is 81 jaar en woont al sinds de kinderen klein waren in een eengezinswoning in een buitenwijk van Leiden. Haar man overleed elf jaar geleden en sindsdien woont zij alleen. Ze heeft sinds een paar jaar last van artrose, vooral in haar knie. Meestal voelt ze zich gezond en fit en levert het geen probleem op. Alleen in huis de trap gebruiken is lastig. En buitenshuis heeft ze een rollator nodig. Dat vindt zij prima gaan. Haar huis staat, zoals je vaker bij ouderen ziet, vrij vol met meubels, kledjes en prullaria. Om haar douche te gebruiken moet zij in en uit bad stappen.

Mevrouw Van Dieren heeft twee zoons, waarvan er één ver weg woont. De andere zoon en zijn vrouw wonen twee blokken verderop. Zij vindt het fijn dat die meerdere keren per week de tijd nemen om bij haar langs te gaan voor een kop koffie en een praatje. Ze heeft ook fijne burens, die helpen met het tillen van zware dingen en voor de plantjes zorgen als zij af en toe van huis is.

Mevrouw Van Dieren is altijd actief geweest en ze gaat er nog steeds graag op uit. Elke dag maakt ze met haar rollator een rondje van een klein half uur door de buurt. Soms haalt ze dan wat boodschappen bij de buurtsuper om de hoek. Het grote winkelcentrum is anderhalve kilometer verder. Daar gaat ze één keer per week met haar zoon of schoondochter naartoe voor de grote boodschappen.



Elke dag na de koffie maakt mevrouw Van Dieren haar kruiswoordpuzzel en kijkt zij naar 'Nederland in Beweging' op de televisie. Ze probeert dan actief mee te doen, want ze vindt het belangrijk om zelfstandig en fit te blijven. Op dinsdag zingt ze met het dameskoor in het buurthuis. De wijkwerker haalt haar samen met haar buurvrouw op en brengt hen ook weer thuis. Eens per jaar, rond kerst, treden ze op. Mevrouw Van Dieren kijkt er altijd erg naar uit en geniet er enorm van.

Mevrouw Van Dieren heeft de afgelopen jaren een paar keer meegemaakt dat de gezondheid van vrienden ineens hard achteruit ging. Ze beseft zich dat zelfstandig blijven wonen niet vanzelfsprekend is. Daarom oefent ze met traplopen. Ze is angstig geworden om te vallen. Ze gaat daarom achteruit de trap af en fietst niet meer. Wanneer ze een lang stuk moet lopen, dan kiest ze voor de bus. En als ze naar buiten gaat neemt ze voor de zekerheid ook altijd haar mobiele telefoon mee. Mevrouw Van Dieren hoopt dat ze zich met de hulp van haar zoon en schoondochter en van anderen nog lang kan redden in het huis waarin ze zoveel mooie herinneringen heeft liggen. ■



Meneer Veldman woont samen met zijn vrouw in een groot huis vlakbij het bos in Purmerend

Meneer Veldman

Problemen met mobiliteit, geen dementie

Frans Veldman (77) woont samen met zijn vrouw Liesbeth (76) in Purmerend. Zij wonen daar al jaren in een groot huis vlakbij het bos. Naast hun huis staat een vakantiehuis dat ze verhuren aan toeristen. Ze hebben drie kinderen die verspreid over het land wonen en drie grote honden. Het huis waar ze in wonen is groot en bewerkelijk en ook het vakantiehuis en de tuin zijn ruim bemeten.

In de zomer maait meneer Veldman wekelijks het gras. Hij laat drie keer per dag de honden uit en helpt zijn vrouw met boodschappen doen en schoonmaken in huis.

In verband met zijn hartfalen wordt het voor meneer Veldman steeds zwaarder om alles zelf te doen. Hij komt elk half jaar bij de cardioloog en slikt medicijnen. Eigenlijk zou hij moeten stoppen met roken, maar tot nu toe waren zijn pogingen om te stoppen niet succesvol. Hij heeft het wel echt geprobeerd, want hij weet hoe belangrijk het is. Maar het is hem nog niet gelukt.

In zijn werkzame leven was meneer Veldman architect bij een groot bureau, met als aandachtsgebied renovaties. Zijn hobby's zijn Meccano speelgoed, wandelen met de honden en hij geeft graag historische rondleidingen in Egmond. Hij weet veel van de geschiedenis van het dorp en vindt het erg leuk om anderen daarover te vertellen. Enkele keren per week leidt hij een groep rond.



Vanwege zijn verslechterende conditie wordt het steeds lastiger voor meneer Veldman om al zijn activiteiten te blijven doen. Tegelijkertijd durft hij zijn vrouw niet meer zo goed alleen thuis te laten, want zij heeft een steeds erger wordend alcoholprobleem. Steeds vaker en steeds eerder op de dag drinkt zij zoveel dat ze niet meer in staat is om normaal te functioneren.

Meneer Veldman probeert zijn rondleidingen zoveel mogelijk te plannen op de momenten waarop één van zijn kinderen er is. Als hij gaat wandelen met de honden, dan neemt hij zijn vrouw mee. (Wat geen succes is als zij teveel heeft gedronken.) Meneer Veldman vindt het steeds zwaarder worden om de grote honden in bedwang te houden.

Meneer Veldman wil graag op de prachtige plek in het bos blijven wonen, samen met zijn vrouw. Maar hij beseft dat er iets moet gebeuren om het vol te houden. De vraag is: wat? ■



Meneer Visser woont samen met zijn vriend in een portiekwoning in Rotterdam

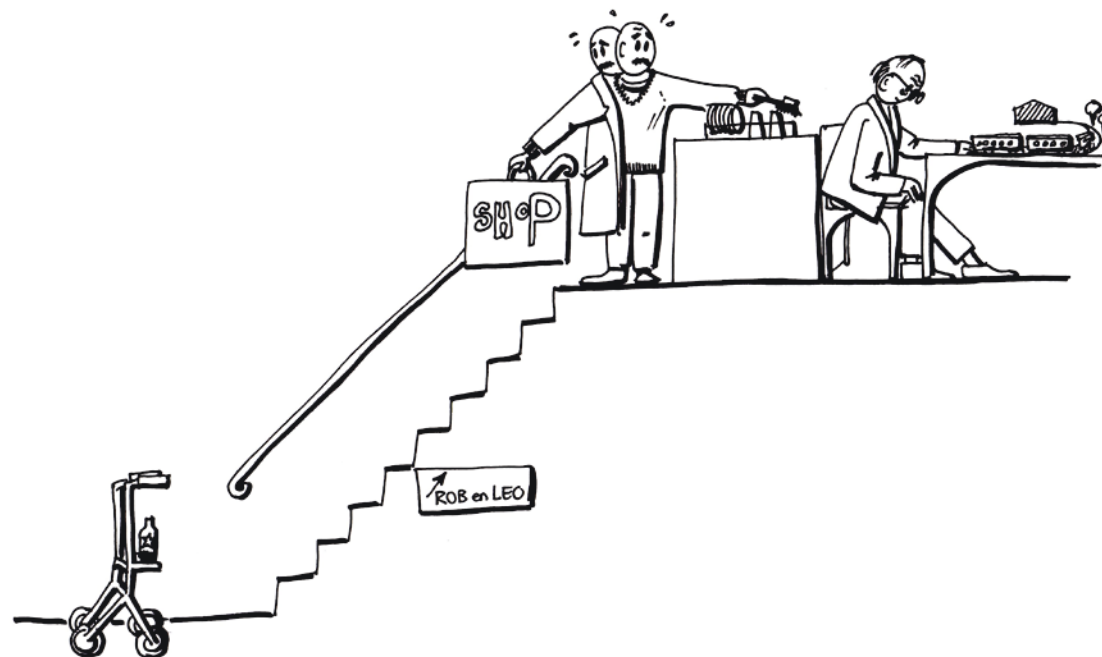
Meneer Visser

Problemen met mobiliteit, lichte/matige dementie

Rob Visser is 80 jaar en woont samen met zijn partner Leo in een portiekwoning in Rotterdam. Een paar jaar geleden is meneer Visser, die problemen heeft met zijn evenwicht, gevallen op straat. Hij brak zijn heup en moest worden geopereerd. Voor revalidatie ging hij enige weken naar een verpleeghuis. Het is niet helemaal goed gekomen: zijn heup blijft pijnlijk bij traplopen en bij afstanden langer dan 100 meter. Buitenshuis maakt meneer Visser gebruik van een rollator. Binnenshuis is dat niet nodig, want de woning is vrij klein en hij kan zich altijd wel ergens aan vasthouden. Hij begint ook mentaal wat achteruit te gaan. Dat proces werd versneld door de val, de opname en de revalidatie. Zijn partner Leo is iets ouder dan hijzelf, 84 jaar, en nog aardig fit.

Meneer Visser heeft altijd gewerkt als trambestuurder en is in zijn vrije tijd graag bezig met modeltreinen. Eén van de kamers in zijn woning is helemaal ingericht als modelspoorbaan. Door zijn mentale problemen kan hij de treinen en wissels niet meer goed bedienen. Zijn vriend helpt hem daarbij.

Naast zijn treinenhobby houdt meneer Visser ervan om een biertje te drinken met zijn maten in het café even verderop. Erheen lopen met de rollator gaat net; terug is steeds vaker een probleem. Onderweg moet hij steeds rusten. Hij gaat dan even zitten op zijn rollator. Thuis is vervolgens de trap een groot obstakel. Zijn vriend klaagt dat hij hem elke keer de trap op moet helpen. Waar zijn vriend zich ook aan ergert, is dat meneer Visser zich vergist in de tijd.



Hij wil bijvoorbeeld een tweede keer naar het café, of hij wil al om 9 uur 's ochtends gaan. Ondanks de problemen blijft meneer Visser toch naar het café gaan. Hij geniet er erg van.

De huishouding en de boodschappen worden door de vriend van meneer Visser gedaan. Ook diens conditie gaat echter achteruit. Het valt de vriend van meneer Visser niet mee om voor zijn partner te zorgen. Dat ontgaat meneer Visser volledig.

Het stel heeft geen kinderen en er komen weinig mensen over de vloer. De vrienden van meneer Visser zitten in het café en zijn vriend heeft niet veel contacten.

Familieleden zijn er wel, ook in de buurt, maar door meningsverschillen in het verleden hebben ze daar weinig contact mee. Ze hebben één belangrijke vriendin: Bep.

Zij woont in dezelfde portiek, één etage lager. Bep komt dagelijks een 'bakkie doen' bij haar bovenburen. Ook helpt ze de vriend van meneer Visser eens per week met strijken.

Meneer Visser is tevreden met hoe het gaat. Voor zijn vriend wordt het echter steeds zwaarder en die is daar niet blij mee. Ook is voor hem het vooruitzicht van verdere mentale achteruitgang van meneer Visser beangstigend. Hij maakt zich grote zorgen hoe het straks verder moet. ■

Mevrouw Frederiks is weduwe en woont in een eengezinswoning in Zierikzee

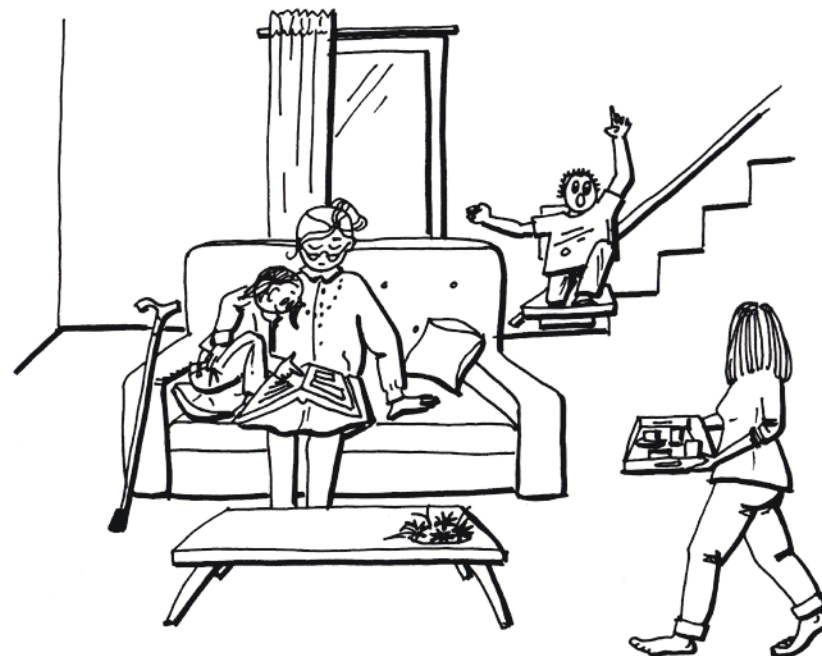
Mevrouw Frederiks

Problemen met mobiliteit, lichte/matige dementie

Tiny Frederiks is een weduwe van 85 jaar en woont in Zierikzee in een eengezinswoning. Haar man is zes jaar geleden overleden en zij is blijven wonen in het huis waar ze hun twee dochters hebben grootgebracht. Meneer Frederiks was zwaar dement toen hij overleed. Mevrouw Frederiks heeft hem tot aan het eind zelf thuis verzorgd. Dat was niet alleen mentaal maar ook fysiek heel zwaar. Ze heeft nog altijd veel pijn in haar rug. Daarnaast heeft ze last van een aantal veelvoorkomende ouderdomskaaltjes, zoals verslechterend zicht en gehoor en stramheid in de benen. Vier jaar geleden heeft ze een herseninfarct gehad. Eén been doet het sindsdien niet meer zo goed, het is licht spastisch. Verder is ze er redelijk van hersteld. Al met al is ze snel moe is en heeft ze weinig energie. Ook mist ze een doel in haar leven.

De laatste twee jaar merken haar dochters dat ze steeds vergeetachtiger wordt.

Haar echtgenoot was bollenboer en van 's morgens vroeg tot 's avonds laat bezig in het eigen bedrijf. Mevrouw Frederiks was thuis om voor haar dochters te zorgen. Ook deed ze veel voor de kerk en de vrouwenbond. Als er bijeenkomsten zijn van de kerk gaat ze daar nog steeds graag naar toe. Met de uitjes van de vrouwenbond gaat ze meestal niet meer mee. Een hele dag tussen de pratende mensen terwijl ze zelf de gesprekken lastig kan volgen, vindt ze te vermoeiend. Haar rug gaat opspelen als ze lang moet zitten en haar been is pijnlijk bij langere stukken lopen. Ze gaat liever naar activiteiten in de directe omgeving.



Haar dochters wonen allebei in de buurt en wippen regelmatig bij hun moeder aan. Ook de vijf kleinkinderen komen af en toe langs bij oma. Ze leest graag en houdt ervan om in de tuin te rommelen met bloemen en plantjes.

Eens in de twee weken komt er iemand van de thuiszorg om het huis schoon te maken. Verder doet mevrouw Frederiks vrijwel alles zelf. Alleen haar dochters doen soms de zware boodschappen voor haar. Het huis heeft verschillende aanpassingen die stammen uit de tijd dat haar man nog thuis woonde. Er is een traplift, er zijn beugels in het toilet en de douche en er is een douchezitje.

Hoewel ze vrijwel dagelijks contact heeft met één van haar kinderen of kleinkinderen voelt mevrouw Frederiks zich weleens eenzaam. Ook begint ze te merken dat de problemen met haar geheugen steeds groter worden. Dat doet haar terugdenken aan de vreselijke laatste periode met haar dementie partner. Ze ligt er 's nachts wakker van. Haar dochters twifelen of een bezoek aan een specialist ouderengeneeskunde zinvol is. Ook weten ze niet goed of ze hun moeder nu in moeten schrijven voor een seniorenwoning of niet. Er zijn thuis toch voldoende aanpassingen? ■



Meneer De Haas

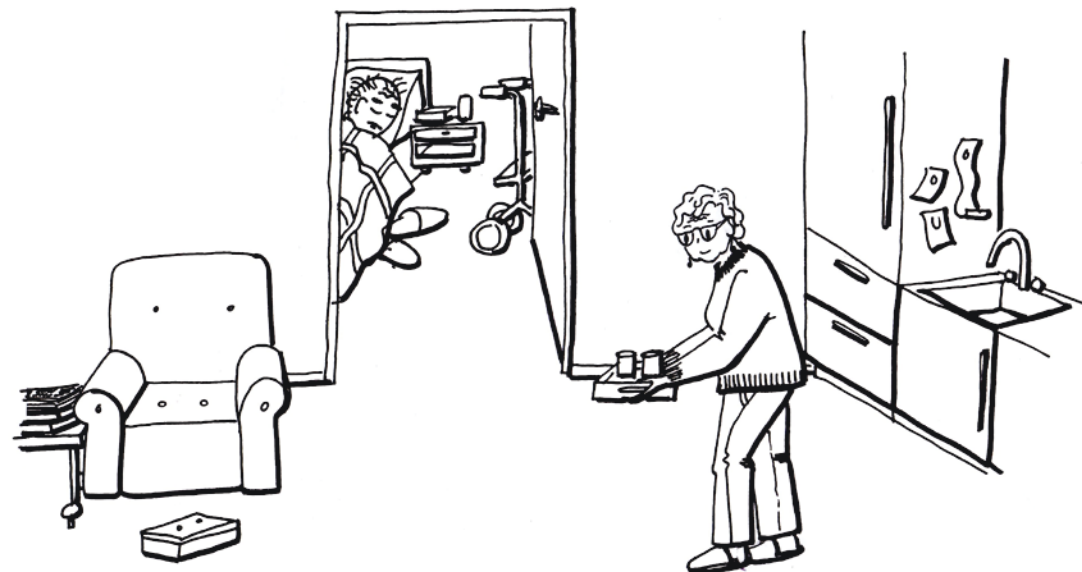
Problemen met mobiliteit en zelfzorg, geen dementie

Gerrit de Haas is 86 jaar en woont met zijn vrouw Aaltje (83) in een bungalow in Baarle-Nassau in Brabant. Ze wonen daar nu dertig jaar. Hun vier kinderen wonen niet om de hoek; allemaal minstens op een uur rijden. Eén dochter komt elke week langs voor de boodschappen en doet dan wat klusjes. De anderen bellen dagelijks volgens een afgesproken schema. De naaste burens komen met verjaardagen langs en kunnen bijspringen als er een noodgeval is. Meneer De Haas vraagt echter niet makkelijk om hulp.

Het is anderhalve kilometer naar het winkelcentrum verderop in het dorp. Dat is een klein half uur lopen en te ver voor meneer De Haas om zelf te gaan. Voor zijn vrouw is het niet te ver, maar zij is nogal vergeetachtig. De boodschappenlijst maakt zij met haar dochter.

Autorijden durft meneer De Haas niet meer en fietsen lukt hem niet omdat hij last heeft van duizeligheid. Binnenshuis loopt hij met een rollator en af en toe gaat hij naar buiten. Meneer De Haas gebruikt medicijnen in verband met hartfalen en zijn zicht is beperkt door de oogandoening maculadegeneratie. Door zijn hartfalen is hij snel vermoeid en heeft hij weinig energie. Hij voelt zich nooit echt fit.

Meneer De Haas heeft moeite met opstaan. Elke dag na de koffie leest hij de krant in zijn stoel. Na dat uurtje opnieuw opstaan gaat hem niet goed af. Hij voelt zich slap in de benen en raar in het hoofd en heeft regelmatig weinig lucht. Het komt ook steeds vaker voor dat hij daardoor te laat op het toilet is.



Tweemaal per week komt de wijkverpleging om te helpen met douchen. Elke middag slaapt hij een paar uur.

Vroeger speelde meneer De Haas graag schaak. De mannen met wie hij dat deed zijn inmiddels overleden. Zingen in het koor lukt sinds een paar jaar niet meer en met zijn vrijwilligerswerk in het bejaardenhuis is hij gestopt. Ook het werken in de tuin heeft hij tot zijn spijt uit handen moeten geven. Zijn administratie doet hij nog wel zelf, soms met hulp van één van de kinderen.

Meneer De Haas heeft er een hekel aan dat hij nog maar zo weinig kan en dat hij zich zo slecht voelt. Vaak blijft hij een deel van de dag in bed. Zijn vrouw zorgt voor het eten en drinken, al vergeet zij het ook wel eens. Het gewicht van meneer De Haas is aan de lage kant.

De praktijkondersteuner huisarts komt elke maand langs om een vinger aan de pols te houden. Tweemaal per week komt de thuiszorg voor huishoudelijke ondersteuning van zijn vrouw. Met deze hulp verwacht hij nog wel een tijdje in zijn eigen huis te kunnen blijven wonen. ■



Meneer Blijleven woont met zijn vrouw en hun zoon in een luxe villa in Wassenaar

Meneer Blijleven

Problemen met mobiliteit en zelfzorg, geen dementie

Cor Blijleven is 77 jaar en woont met zijn vrouw Elizabeth (75) en zoon in een grote luxe villa in Wassenaar. Hij heeft drie jaar geleden een herseninfarct gehad waardoor hij linkszijdig verlamd is. Zijn linker arm en hand kan hij niet meer goed gebruiken. Gelukkig is hij rechtshandig. Hij ziet ook slecht. En hij snapt sociale situaties steeds minder goed of begrijpt grapjes niet. Af en toe heeft hij last van impulsief en onaangepast gedrag. Dat is allemaal het gevolg van zijn beroerte. Meneer Blijleven heeft weinig inzicht in zijn eigen problemen. Daardoor ervaart hij zijn gezondheid niet als slecht.

Kleine stukjes kan meneer Blijleven prima nog zelf lopen. Buiten beweegt hij zich voort in een scootmobiel. Het huis is groot en heeft meerdere verdiepingen. Daarom hebben ze trapliften laten plaatsen. De badkamer is ruim en van alle gemakken voorzien.

Meneer Blijleven wil geen wijkverpleging inschakelen om hem te helpen met zijn persoonlijke verzorging. Daarom helpt zijn vrouw hem bij het wassen en aankleden. Hij ontkent zijn problemen en ziet niet in dat het voor zijn vrouw, die ook op leeftijd is, te zwaar wordt.

Meneer Blijleven is altijd werkzaam geweest als diplomaat. Ze hebben op veel verschillende plaatsen in het buitenland gewoond. Hun zoon van 45 jaar woont bij hen in vanwege zijn autisme. Ook hebben ze een dochter. Zij woont in New York, samen met haar man en twee kinderen.



Meneer Blijleven houdt veel van lezen, is liefhebber van jazzmuziek en wandelt graag met de honden. Hij kan zich niet meer zo goed concentreren, waardoor het lezen hem minder goed af gaat. Wandelen met de honden doet hij met de scootmobiel, maar dat levert soms gevaarlijke situaties op. De twee grote jachthonden zijn getraind en luisteren goed, maar af en toe kunnen zich toch onverwachte situaties voordoen. Dan is hij ze niet de baas en ze kunnen de scootmobiel omtrekken of er vandoor gaan.

Mevrouw Blijleven heeft nooit betaald werk gehad, maar was altijd heel actief als vrijwilliger. Dat is zij nog steeds, onder andere bij de Rotary.

De zoon van meneer en mevrouw Blijleven werkt bij de sociale werkvoorziening en gaat daar elke dag op de fiets naar toe. Zijn moeder moet hem bij veel dingen helpen. Zij moeten hem bijvoorbeeld vaak herinneren om iets te doen. Hun zoon heeft veel angstaanvallen. Als hij thuis is, gaan meneer en mevrouw Blijleven liever niet te ver weg.

Meneer en mevrouw Blijleven hebben een uitgebreid sociaal netwerk. Regelmatig bezoeken zij vrienden en kennissen of nodigen hen thuis uit. Het soms impulsieve en onaangepaste gedrag van meneer Blijleven en de angstaanvallen van hun zoon maken de bezoeken soms erg beladen.

De zorg voor zowel haar man als haar zoon valt mevrouw Blijleven erg zwaar. Zij geniet niet meer echt van haar leven. ■

Mevrouw Van Duin is weduwe en woont in een gezinswoning in Joure

Mevrouw Van Duin

Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie

Sietske van Duin is 89 jaar en woont al bijna vijftig jaar in een eengezinswoning in Joure. Haar man Tjeerd overleed acht jaar geleden en sindsdien woont zij alleen. Mevrouw Van Duin is doof en heeft last van hartfalen maar komt daarvoor niet meer bij een cardioloog. Enkele maanden terug is zij ineens ernstig achteruit gegaan door een combinatie van factoren: een slechte hartfunctie, slecht gegeten, slecht geslapen en ze had haar medicijnen waarschijnlijk niet goed ingenomen. Zij was er zo slecht aan toe dat de kinderen de thuiszorg en Tafeltje-dekje hebben ingeschakeld. Ook is haar bed naar beneden verplaatst. Ze is inmiddels weer wat opgeknapt. Haar bed is op haar verzoek weer boven neergezet, maar eigenlijk kan ze nauwelijks de trap op komen.

Mevrouw Van Duin heeft veel pijn in haar rug door inzakkende wervels. Daar krijgt ze morfinepleisters voor. Die leiden soms tot hallucinaties. Ze kan zich niet alles meer goed herinneren, maar is nog niet dement. Ze heeft door het hele gebeuren ook mentaal een klap gekregen. De medicijnen die ze krijgt voor verwardheid zijn nog niet goed ingesteld. Omdat ze erg verdrietig en in de war is, belt ze vaak met de huisarts en haar kinderen. Ze gebruikt haar alarmeringssysteem 's nachts regelmatig.

Drie keer per dag helpt een wijkverpleegkundige haar bij het wassen en aankleden en controleert of ze haar medicijnen heeft ingenomen. Elke dag maakt ze gebruik van Tafeltje-dekje. Behalve in het weekend, want dan zorgen haar kinderen voor het eten. De trombosedienst komt aan huis en één keer per week heeft ze huishoudelijke hulp.

Het opstaan gaat mevrouw Van Duin zeer moeizaam af en in huis loopt ze meestal met een rollator. Naar buiten gaat ze alleen met één van de kinderen erbij en hooguit korte stukjes. Wel kan ze mee voor een wandeling in de rolstoel.

Mevrouw Van Duin heeft twee dochters en twee zonen die haar om beurten dagelijks bezoeken. Ook komt er vrijwel elke dag een vriend of kennis uit de buurt bij haar langs. Desondanks voelt ze zich erg alleen en verdrietig, vooral 's avonds en 's nachts. Door de mentale achteruitgang beseft ze niet goed meer waar ze is en ze vraagt regelmatig aan iemand om haar thuis te brengen.



Mevrouw Van Duin was altijd heel actief en reed een half jaar geleden nog rond in haar eigen auto. Het lukt haar niet te accepteren dat ze zo achteruit is gegaan. Overdag als zij alleen is maakt ze kruiswoordpuzzels en handwerkt ze graag. Ook dan merkt ze dat ze achteruit gaat: de puzzels komen niet meer af en de breiwerkjes blijven liggen. Ze is eigenlijk de hele dag in de weer met haar agenda om grip te houden op haar leven: welke dag is het, wie komt er vandaag, wat heb ik gisteren gedaan? Als ze het niet meer weet, dan belt ze haar kinderen. Die raken door de hele situatie overbelast.

Om haar wat afleiding te bezorgen is een start gemaakt met dagbesteding voor ouderen met lichte dementie. Tot nu toe is dat geen succes. Het is fysiek en mentaal zwaar voor haar. Ook door haar slechte gehoor is het voor haar moeilijk om in een groep mee te doen. Ze heeft het gevoel dat zij er niet bij hoort. De kinderen hebben in overleg met de thuiszorg, huisarts en casemanager besloten om het toch nog even te blijven proberen. ■

Meneer Van Buren

Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie

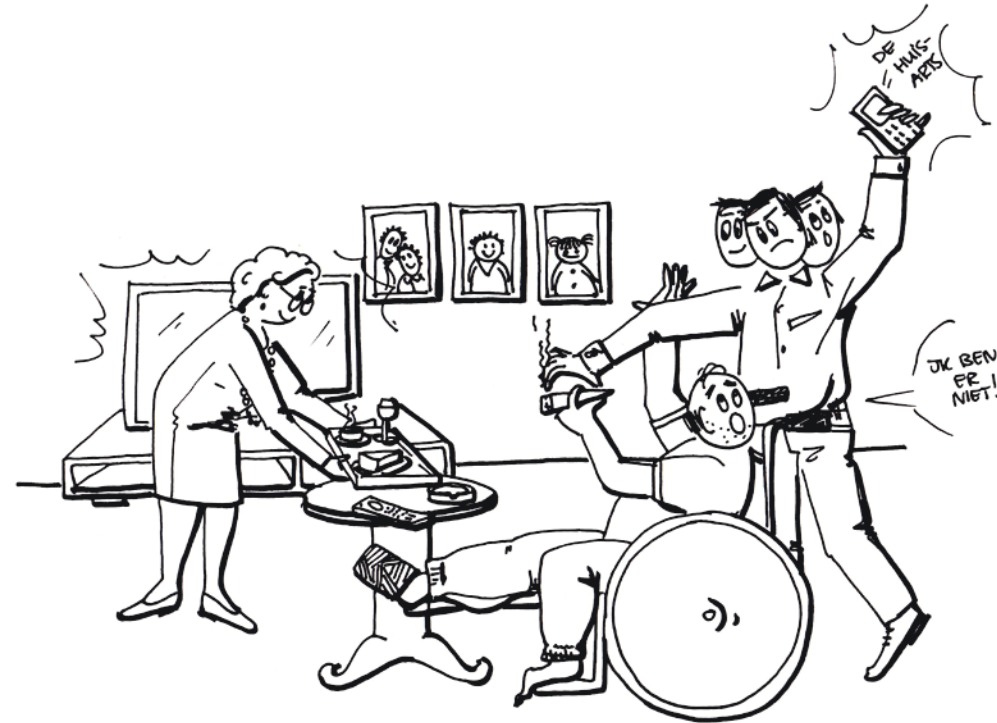
Henk van Buren (75) woont met zijn vrouw Helena (79) in een aanleunwoning in Den Bosch aan de rand van het centrum. Zij wonen daar al vijf jaar met veel plezier. Meneer Van Buren was vroeger vrachtwagenchauffeur en reed altijd op verre bestemmingen in het buitenland. Zijn vrouw was daardoor veel alleen thuis en zorgde voor hun kinderen: een zoon en een dochter.

Het werk van meneer Van Buren bracht een zeer ongezonde leefstijl met zich mee. Hij at ongezond en bewoog te weinig. Daaraan heeft hij ernstig overgewicht, diabetes en een zeer hoge bloeddruk overgehouden. Toen hij met pensioen ging, was zijn vrouw zo blij dat zij hem schromelijk verwendde met nog meer lekker eten. En hij bewoog eerder minder dan meer. De diabetes zorgde ervoor dat hij wondjes kreeg aan zijn voeten. Die liepen dusdanig uit de hand dat amputaties nodig waren. Zijn linker voorvoet is geamputeerd en rechts zijn grote teen. Hij is daardoor in een rolstoel beland en kan niet meer zelfstandig lopen. Zich verplaatsen van de rolstoel naar het toilet of stoel lukt nog net zelfstandig. Douchen is een probleem vanwege zijn omvang en ook het aankleden valt niet mee. Zo goed en kwaad als het gaat helpt zijn vrouw hem daarbij. De afgelopen jaren is hij ook op mentaal gebied achteruit gegaan, maar zelf wil hij daar niets van weten. Zijn vrouw ontkent deze achteruitgang ook.

Toen de zoon en dochter nog thuis woonden, was mevrouw Van Buren druk met de zorg voor hen. Sinds ze het huis uit zijn, is ze veel bezig met het maken van ansichtkaarten en vooral met haar passie koken en bakken.

Meneer en mevrouw Van Buren gaan gezellig om met de andere bewoners van de aanleunwoningen. Vroegere vrienden en kennissen zijn of overleden of niet meer in staat te komen. Mevrouw Van Buren maakt af en toe gebruik van activiteiten in het verzorgingshuis naast de aanleunwoningen. Meneer Van Buren houdt daar niet van. Hij zit het liefst thuis in zijn stoel voor het raam met de tv en een sjekkie. Hij kijkt veel televisie en zit regelmatig te dutten.

Hun dochter is niet meer in beeld sinds zij vijftien jaar geleden met haar gebrouilleerd raakten. Hun zoon komt regelmatig op bezoek en maakt zich grote zorgen. Hij is bang dat zijn moeder het niet lang meer volhoudt op deze manier. Daarnaast vindt hij dat zijn vader zijn leefstijl moet aanpassen om niet nog verder achteruit te gaan en om zijn moeder te ontlasten. Ook de mentale achteruitgang van zijn vader baart hem zorgen. Het liefst zou hij zien dat zijn vader naar de huisarts gaat om zijn situatie te bespreken. Zijn vader vindt de zorgen onzin en is niet van plan om zijn levensstijl te veranderen. Hij gaat zeker niet naar de huisarts. Zijn moeder zegt dat het allemaal wel meevalt. ■



Meneer Van Buren

Problemen met mobiliteit en zelfzorg, lichte/matige dementie

Henk van Buren is 75 jaar en sinds 2 jaar weduwnaar. Hij woont in een aanleunwoning in Den Bosch aan de rand van het centrum. Hij woont daar al vijf jaar met veel plezier. Meneer Van Buren was vroeger vrachtwagenchauffeur en reed altijd op verre bestemmingen in het buitenland. Zijn vrouw was daardoor veel alleen thuis en zorgde voor hun kinderen: een zoon en een dochter.

Het werk van meneer Van Buren bracht een zeer ongezonde leefstijl met zich mee. Hij at ongezond en bewoog te weinig. Daaraan heeft hij diabetes en een zeer hoge bloeddruk overgehouden. Toen hij met pensioen ging, was zijn vrouw zo blij dat zij hem schromelijk verwende met nog meer lekker eten. En hij bewoog eerder minder dan meer. De diabetes zorgde ervoor dat hij wondjes kreeg aan zijn voeten. Die liepen dusdanig uit de hand dat amputaties nodig waren. Zijn linker voorvoet is geamputeerd en rechts zijn grote teen. Hij is daardoor in een rolstoel beland en kan niet meer zelfstandig lopen. Zich verplaatsen van de rolstoel naar het toilet of stoel lukt nog net zelfstandig. Douchen is een probleem vanwege zijn omvang en ook het aankleden valt niet mee. Zo goed en kwaad als het gaat hielp zijn vrouw hem daarbij. Sinds het overlijden van zijn vrouw helpt de thuiszorg twee keer per week met douchen. Hij vindt het niet fijn om door een vreemde geholpen te worden. Om meer zorgmomenten te vermijden kleedt hij zichzelf aan.



Dat kost hem zoveel moeite dat hij vaak besluit om zijn pyjama maar aan te houden. Maar eigenlijk had hij liever zijn gewone kleren aan. Tafeltje-dekke brengt dagelijks een warme maaltijd. De afgelopen jaren is ook op mentaal gebied achteruit gegaan, maar zelf wil hij daar niets van weten.

Meneer en mevrouw Van Buren gingen altijd gezellig met de andere bewoners van de aanleunwoningen om. Vroegere vrienden en kennissen zijn overleden of niet meer in staat te komen. Vooral mevrouw van Buren onderhield deze contacten en zij maakte ook af en toe gebruik van activiteiten in het verzorgingshuis naast de aanleunwoningen. Meneer Van Buren houdt daar niet van. Hij zit het liefst thuis in zijn stoel voor het raam met de tv en een sjekkie. Hij kijkt veel televisie en zit regelmatig te dutten.

De dochter van meneer Van Buren is niet meer in beeld sinds ze vijftien jaar geleden gebrouilleerd raakten. Zijn zoon komt regelmatig op bezoek en maakt zich grote zorgen. Hij vindt dat zijn vader zijn leefstijl moet aanpassen om niet nog verder achteruit te gaan. Ook de mentale achteruitgang van zijn vader baart hem zorgen. Het liefst zou hij zien dat zijn vader naar de huisarts gaat om zijn situatie te bespreken.

Hoewel zijn vader zorgverleners liever mijdt merkt hij ook dat het steeds lastiger wordt om zichzelf te redden. ■



Meneer Van der Zee woont met zijn vrouw in een eengezinswoning in Scheveningen

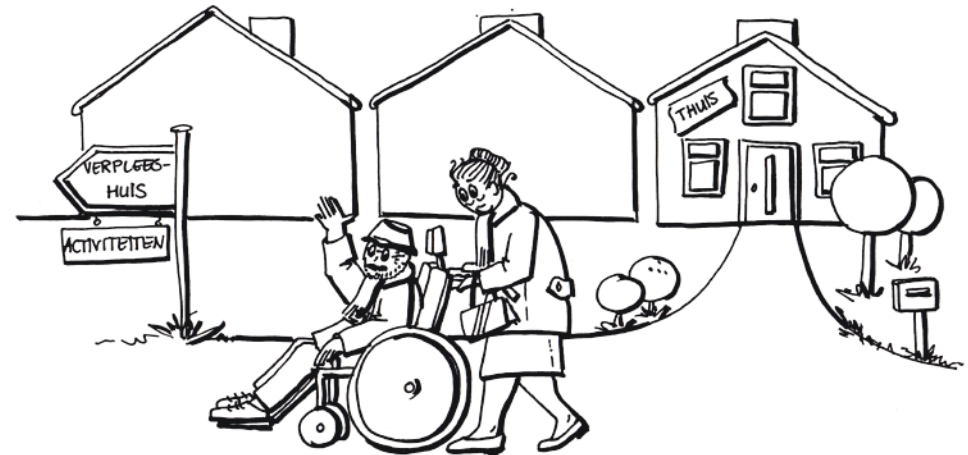
Meneer Van der Zee

Ernstige fysieke problemen, geen dementie

Jan van der Zee is 75 jaar en woont met zijn twee jaar oudere echtgenote Geertje in een eengezinswoning in Scheveningen. Hij is Parkinsonpatiënt en heeft een half jaar geleden gebruik gemaakt van respijtzorg. Hij verbleef drie weken op een somatische afdeling van een verpleeghuis om zijn vrouw te ontlasten. Het viel zijn vrouw niet mee om na zijn thuiskomst de draad weer op te pakken. De huisarts kijkt nu samen met de kinderen of er andere vormen van respijtzorg zijn om zijn mevrouw Van der Zee te ondersteunen.

Bij meneer Van der Zee werd Parkinson vastgesteld toen hij 55 jaar was. Vijf jaar later is hij gestopt met werken. Op 70-jarige leeftijd kreeg hij een hartinfarct. De neuroloog en de cardioloog zijn beiden echter niet meer in beeld. Meneer Van der Zee heeft regelmatig contact met de huisarts of praktijkverpleegkundige. Hij krijgt medicijnen tegen te hoge bloeddruk en antistolling en uiteraard ook Parkinsonmedicatie. Meer of andere medicijnen kunnen meneer Van der Zee niet beter helpen.

Meneer Van der Zee is grotendeels rolstoelafhankelijk. Hij kan zich met veel hulp en moeite van zijn rolstoel naar zijn bed, stoel of auto verplaatsen en kan enkele stappen zetten. Zijn lichamelijke verzorging wordt door de wijkverpleegkundige gedaan. Twee keer per dag komt iemand helpen met aan- en uitkleden. De douche en slaapkamer zijn boven. Ondanks de traplift, geeft dat veel problemen. Hij komt niet makkelijk in de lift en 's morgens moet hij boven soms lang wachten op de wijkverpleging.



Meneer Van der Zee is urine-incontinent en gebruikt daar incontinentiemateriaal voor. Door de Parkinson is zijn spraak zo ver achteruit gegaan dat hij haast niet meer verstaanbaar is. De medicijnen hebben nare bijwerkingen: ongecontroleerde bewegingen en hallucinaties. Dat wekt soms de indruk dat hij ook mentaal achteruit gaat, maar dat is niet het geval.

Mevrouw Van der Zee is op leeftijd en heeft last van hartfalen maar ze is vitaal. Zij helpt haar man als hij naar het toilet moet en neemt hem vaak in de rolstoel mee naar buiten. Soms doen ze mee aan een activiteit in het verpleeghuis, dat op loopafstand is. Toen meneer Van der Zee daar opgenomen was, hebben ze ontdekt dat er leuke activiteiten georganiseerd worden. Ze zou hem mee kunnen nemen in de auto, maar het is te zwaar voor haar om hem in de auto te helpen en de rolstoel in de achterbak te tillen. De communicatie tussen meneer en mevrouw Van der Zee gaat erg moeizaam omdat zijn spraak zo slecht is en mevrouw Van der Zee niet goed hoort. Dat geeft veel spanning bij mevrouw Van der Zee en af en toe wordt het haar allemaal te veel.

Elk weekend en soms ook door de week komen één of meerdere kinderen langs. Verder komen er af en toe vrienden of kennissen op bezoek.

Het beroep van meneer Van der Zee was instrumentmaker. Opmerkelijk, omdat hij enkele vingers aan zijn rechter hand mist en met zijn linker oog niets ziet door een oorlogsverwonding. Hij maakte ook in zijn vrije tijd veel dingen zelf. Een groot project was het bouwen van een stoelklok. Andere hobby's van hem waren vissen, postzegels verzamelen en volleyballen. Volleyballen lukt uiteraard al heel lang niet meer. Vissen was langer mogelijk en de postzegels houdt hij nu samen met zijn vrouw bij. Hij is nog steeds een enorme natuurliefhebber en komt graag buiten.

Meneer Van der Zee heeft nooit geklaagd. Van het begin af aan heeft hij zich neergelegd bij de situatie. ■

Mevrouw Groenhoven woont samen met haar zus in een flat in Susteren

Mevrouw Groenhoven

Ernstige fysieke problemen, geen dementie

Emmy Groenhoven (77) woont samen met haar zus Marga (80) in een flat in het Limburgse Susteren. Mevrouw Groenhoven is op haar 65e gescheiden en woonde sindsdien alleen op de flat. Zij kreeg steeds meer last van artrose. Toen haar zus ook alleen kwam te staan, is die bij haar ingetrokken. Voor de gezelligheid en ook vanuit financiële overwegingen. Het is een kleine flat maar beide zussen hebben een eigen slaapkamer. Er is een lift in het gebouw.

Drie maanden geleden brak mevrouw Groenhoven door een val haar heup. Ze werd geopereerd en is na een opname in een verpleeghuis inmiddels weer thuis. Door het lopen met de krukken heeft ze last gekregen van haar schouder. Die is vast komen te zitten. Ze kan haar rechter arm niet meer optillen. De fysiotherapeut komt elke week om schouderoefeningen met haar te doen. Het lopen gaat ook nog steeds niet helemaal goed. Haar heup blijft gevoelig en ze heeft ook veel last van de knie van haar andere been. Deze knie zal geopereerd worden zodra ze helemaal hersteld is van de heupoperatie. Buitenshuis en steeds vaker ook binnenshuis loopt ze met een rollator.

Haar zus is doof en heeft klachten als gevolg van osteoporose, maar is verder gezond. Omdat zij zich niet helemaal zeker voelt over haar evenwicht loopt zij ook met een rollator.



Eéns in de twee weken komt er thuiszorg om de zussen Groenhoven een ochtend te helpen met het huishouden. Daarnaast komt er elke ochtend iemand van de wijkverpleging om mevrouw Groenhoven te helpen met wassen. Door de vastzittende schouder lukt dit haar niet zelf en ze wil dat haar zus niet vragen.

Beide zussen zijn goed bij de tijd en houden van gezelligheid. Thuis vermaken zij zich met allerlei soorten handwerk: breien, borduren, etc. Ondanks haar pijnlijke schouder lukt het handwerken mevrouw Groenhoven nog redelijk goed. Ze maakt ook graag kruiswoordpuzzels en legpuzzels. 's Avonds kijken ze vaak televisie. Mevrouw Groenhoven heeft zelf geen kinderen. Haar zus wel. Die komen hen regelmatig een bezoekje brengen. Meestal in het weekend.

Graag zou mevrouw Groenhoven vaker de deur uit gaan, maar dat is lastig. Ze loopt niet makkelijk en de deur op de galerij gaat zo lastig open. Ze zou het leuk vinden om samen met haar zus af en toe naar een ouderenactiviteit in het buurthuis te gaan. Tegelijkertijd vindt ze het ook spannend omdat ze er nog nooit geweest is. Het liefst zou ze naar de computercursus voor ouderen gaan. Dan zou ze een computer aanschaffen om contact te onderhouden met haar andere broers en zussen en de kinderen van haar inwonende zus. Het is de vraag of aanschaf van een computer mogelijk is, gezien haar krappe financiële situatie. ■



Mevrouw Van Rijswijk is alleenstaand en woont in een verpleeghuis in Den Haag

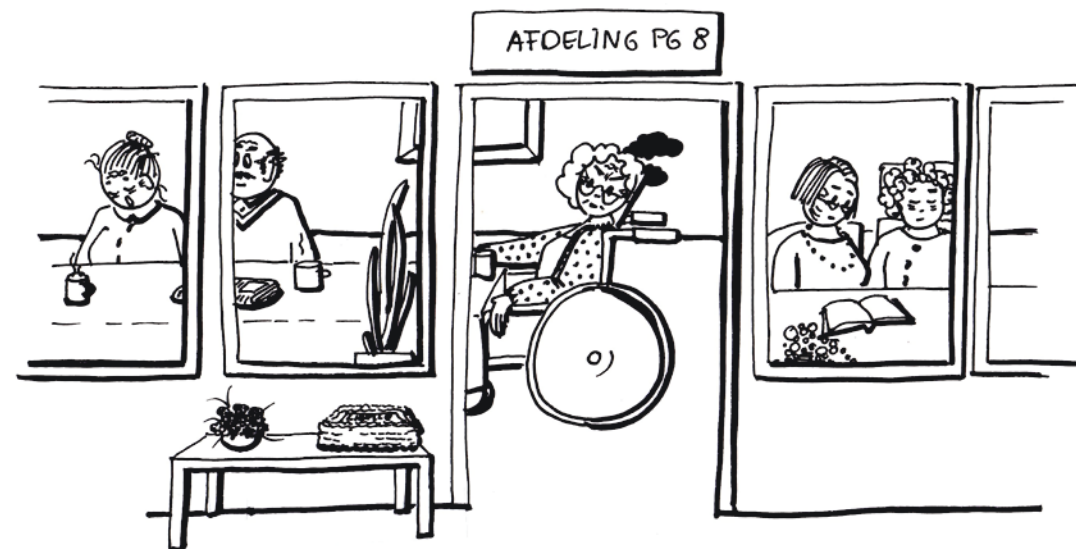
Mevrouw Van Rijswijk

Ernstige fysieke problemen, lichte/matige dementie

Aleida van Rijswijk is een alleenstaande dame van 81 jaar uit Den Haag. Ze is altijd alleen geweest en heeft geen kinderen. Drie jaar geleden is ze opgenomen op een psychogeriatrische afdeling in een verpleeghuis. Door haar dementie was het niet langer veilig om thuis te wonen. Ze vergat het gas uit te doen, is een verstokt rookster en deed dat ook in bed. Wat ook meespeelde was haar reuma, waardoor zij in haar fysieke mogelijkheden zeer beperkt is geraakt.

Momenteel kan mevrouw Van Rijswijk door de reuma zo weinig dat ze volledig afhankelijk is van zorg. Ze kan zichzelf niet wassen en aankleden en is aan haar rolstoel gebonden. Ook staan en opstaan is niet meer mogelijk. Ze heeft toen ze nog thuis was een periode gebruik gemaakt van een elektrische rolstoel, omdat de gewone rolstoel te zwaar werd. Door haar mentale achteruitgang kan ze de elektrische stoel niet meer gebruiken. Nu is ze dus afhankelijk van anderen als ze zich wil verplaatsen. Mevrouw Van Rijswijk gebruikt uit voorzorg incontinentiemateriaal, maar is niet incontinent. Ze slikt pijnmedicatie en medicijnen voor de reuma.

Op dit moment is mevrouw Van Rijswijk vooral verward en onrustig. Ze is vaak onaangenaam voor medebewoners. Ze wil voortdurend over vroeger vertellen en claimt ieders aandacht. Andere bewoners vindt ze maar raar en dat deelt ze hen mee in niet mis te verstane bewoordingen. Ze zit de hele dag in haar rolstoel aan een tafel in de huiskamer.



Mevrouw Van Rijswijk krijgt vrijwel geen bezoek. Ze heeft geen man of kinderen, en slechts één zus. Die is hulpbehoevend en woont ver weg. Toen ze nog thuis woonde was er een buurvrouw die haar in de gaten hield. Die zorg heeft een grote wissel op de buurvrouw getrokken. De buurvrouw komt nu één keer in de maand een kopje thee drinken. De administratie wordt door de zoon van haar zus gedaan die ook haar curator is.

Mevrouw Van Rijswijk heeft maar weinig bezigheden. Ze brengt haar dagen zittend in een stoel door: in haar eigen wereld, voor zich uit pratend en vittend op haar medebewoners. Haar gedrag maakt haar niet erg geliefd. Ook de vrijwilligers in het huis hebben weinig zin om iets met haar te ondernemen.

Vroeger werkte ze op kantoor en deed ze vrijwilligerswerk in het buurthuis. Ze wandelde graag met haar hondje in het park in de buurt. Het hondje leeft al jaren niet meer. Door de reuma kan ze haar grootste hobby borduren sinds lang niet meer uitoefenen.

Mevrouw Van Rijswijk rookt al haar hele leven en zou dat nu ook het liefste de hele dag doen. Ze is afhankelijk van personeel dat haar naar de rookruimte brengt en helpt met het aansteken van een sigaret. Dat die niet altijd beschikbaar zijn, maakt haar onrustig en soms onaangenaam. ■



Meneer Zuydwijk

Ernstige fysieke problemen, lichte/matige dementie

Cor Zuydwijk is 92 jaar en woont in Borne, een klein plaatsje in de buurt van Hengelo. Hij had vroeger een eigen boerenbedrijf – overgenomen van zijn vader – en woonde en werkte altijd op de boerderij. Geleidelijk aan heeft zijn oudste zoon het bedrijf overgenomen. Toen zijn zoon op de boerderij ging wonen verhuisden meneer Zuydwijk en zijn vrouw naar een kleine woning op het erf. Zes jaar geleden overleed mevrouw Zuydwijk. Naast de oudste zoon kregen ze nog vijf kinderen waarvan er drie in de buurt wonen.

Bij een ongeval met een trekker toen hij 70 jaar was, verloor meneer Zuydwijk één van zijn benen. In het begin heeft hij geprobeerd om te leren lopen met een prothese maar dat lukte hem niet. Hij zit nu in een rolstoel. Meneer Zuydwijk was voordat zijn vrouw overleed redelijk zelfstandig. Hij bewoog zich voort in zijn rolstoel en kon op één been in en uit de stoel komen en het toilet bezoeken. Zijn vrouw hielp hem altijd met douchen en aankleden.

Sinds zijn vrouw er niet meer is, heeft meneer Zuydwijk er niet meer zo'n zin in en laat hij alles er maar een beetje bij zitten. Zijn schoondochter die op de boerderij woont, zorgt nu voor hem. Ze brengt hem eten, maakt het huis schoon en doet de boodschappen. Zij let erop dat hij zijn eten opeet en zijn medicijnen inneemt. Ook helpt zij hem 's ochtends uit bed en 's avonds in bed. Voor het douchen en aankleden komt iedere dag iemand van de thuiszorg.



Uit zichzelf gaat meneer Zuydwijk vrijwel nooit meer naar buiten. Vroeger kon hij er erg van genieten om op het erf rond te rijden, een kijkje te nemen in de stal en een kop koffie te halen bij zijn zoon.

De kinderen en kleinkinderen die in de buurt wonen, komen regelmatig langs. Elke zaterdag en zondag kookt één van hen. Zijn oude vrienden ziet meneer Zuydwijk nauwelijks. Dat hoeft van hem allemaal niet meer zo nodig. Hij heeft weinig bezigheden overdag. Hij kijkt veel naar buiten en leest zijn krantje. Zijn oude hobby vissen heeft hij toen hij zijn been verloor moeten opgeven.

Meneer Zuydwijk is vaak wat depressief. Hij is het laatste half jaar ook mentaal erg achteruit gegaan. Hij vergeet veel, is erg apathisch en leeft steeds meer in zijn eigen wereldje.

Langzamerhand begint de zorg de schoondochter boven het hoofd te groeien. Ze werkt ook nog mee op het drukke boerenbedrijf en heeft drie puberende kinderen. Ze zou graag willen dat die haar hielpen bij de zorg voor opa maar dat werkt in de praktijk niet.

De familie overweegt om een indicatie voor opname in een verpleeghuis aan te vragen. Meneer Zuydwijk wil zelf liever op de boerderij blijven waar hij zijn hele leven heeft gewoond. ■



Mevrouw De Leeuw is weduwe en woont in een verpleeghuis in Slochteren

Mevrouw De Leeuw

Ernstige dementie

Elizabeth de Leeuw (85) is weduwe. Zes jaar geleden verhuisde ze naar het verpleeghuis in Slochteren in Groningen. Zij heeft dementie in een vergevorderd stadium en gaat steeds verder achteruit. Ze heeft vrijwel geen contact meer met haar omgeving en zit apathisch in haar rolstoel. Ze ziet ook nauwelijks meer iets. Dat bevordert het contact met de omgeving niet. Als gevolg van de vergevorderde dementie en de daarmee gepaard gaande apathie zijn er een aantal complicaties opgetreden. Mevrouw De Leeuw is urine- en ontlastingincontinent en heeft doorligplekken op haar stuit. Ze heeft vaak pijn en kan dan hard schreeuwen. Ze roept sowieso de hele dag om de zuster, tot grote frustratie van de andere bewoners en het personeel. Soms zetten ze haar even apart om de andere bewoners wat rust te geven.

De man van mevrouw De Leeuw is twee jaar geleden overleden maar zij was toen al dement en zijn overlijden is langs haar heen gegaan. Ze heeft drie kinderen waarvan er één in het buitenland woont. Haar andere twee kinderen wonen in de buurt en vooral haar oudste zoon bezoekt haar heel regelmatig. Ook zijn kinderen komen in het weekend vaak mee naar oma.

Een goede vriendin van mevrouw De Leeuw woont in hetzelfde verpleeghuis op een somatische afdeling. Zij komt regelmatig even langs.



Mevrouw De Leeuw is geheel afhankelijk van zorg. Ook eten en drinken kan ze niet meer zelf. Meestal zijn er vrijwilligers om haar daarbij te helpen en soms helpt haar vriendin haar. Bij het overstappen van haar stoel naar haar bed en andersom kan ze met de steun van iemand anders kort even staan.

Mevrouw De Leeuw was in het verleden huisvrouw en gaf een paar uur per week pianoles. Ze is zeer muzikaal en trad ook wel op voor publiek. Muziek is iets waar ze nog steeds erg van kan genieten. Ze wordt er rustiger van. Ze roept dan minder vaak om een zuster. De verpleegkundigen zetten haar daarom vaak een koptelefoon op met klassieke pianomuziek. ■



Meneer Drenth

Ernstige dementie

Onno Drenth (79) woont samen met zijn vrouw Maria (77) in een groot en modern huis in Den Burg op Texel. Meneer Drenth was huisarts en heeft doorgewerkt tot zijn 66e. Na zijn pensionering heeft hij met zijn vrouw de hele wereld over gereisd. Reizen was altijd al hun droom en ze hebben daar nog jaren van kunnen genieten.

Vijf jaar geleden werd duidelijk dat meneer Drenth aan dementie leed. Sinds de diagnose gesteld werd, heeft het aftakelingsproces zich snel doorgezet. Momenteel is hij de weg helemaal kwijt en moet zijn vrouw continu bij hem zijn om ervoor te zorgen dat hij geen gekke dingen doet. Het grootste probleem is dat hij voortdurend op pad wil gaan. Hij zegt dan steeds dat zijn patiënten hem nodig hebben en dat hij naar ze toe moet. Als zijn vrouw hem tegen probeert te houden kan hij behoorlijk in paniek raken en wordt hij soms agressief. Ook 's nachts dwaalt hij rond door het huis en probeert hij naar buiten te gaan. 's Avonds doet zijn vrouw alle deuren op slot, zodat hij niet naar buiten kan. Al levert dat ook commotie en stress op. Op wat kleine ouderdomsklachten na is meneer Drenth fysiek nog redelijk goed.

Het huis van meneer en mevrouw Drenth is ruim en van alle gemakken voorzien. Na de pensionering van meneer Drenth hebben ze het pand grondig laten renoveren en moderniseren, alvast met het oog op hun oude dag. Het probleem is dat de heer Drenth nu zijn eigen huis niet meer herkent; een extra reden voor hem om op pad te gaan.



Mevrouw Drenth is een kwieke oude dame met last van licht hartfalen. Met medicijnen en een gezonde leefstijl probeert zij haar conditie goed te houden. De stress die ze momenteel heeft door de situatie van haar man is niet bevorderlijk voor haar kwaal.

Het echtpaar Drenth heeft twee kinderen in het zuiden van het land. Door de afstand zien ze elkaar weinig, maar ze hebben regelmatig contact via Skype, mail en WhatsApp. Mevrouw Drenth heeft het gebruik van digitale middelen altijd goed bijgehouden. Het huis wordt twee keer per week schoongemaakt door een particuliere schoonmaakster. Ze hebben nog geen hulp ingeschakeld voor meneer Drenth.

Meneer en mevrouw Drenth hebben een groot sociaal netwerk. Iedereen op Texel kent de voormalige huisarts en ze zijn lid van allerlei verenigingen. Mevrouw Drenth was altijd als vrijwilligster actief, in allerlei verbanden. Het wordt steeds moeilijker om alle contacten te onderhouden. Mensen komen minder vaak langs nu meneer Drenth er zo slecht aan toe is en zijn vrouw laat hem niet graag alleen thuis.

Meneer Drenth reisde graag, hij zocht de familie-stamboom uit en hij golfde. Reizen lukt niet meer en het uitzoeken van de stamboom is ook te ingewikkeld geworden. Golfen heeft hij nog lang gedaan, ook nog toen hij al dementerend was. Zijn vrienden haalden hem trouw op om een balletje te slaan. Maar die worden ook een dagje ouder en de toestand van meneer Drenth is nu zo slecht, dat het niet meer te doen is.

Mevrouw Drenth is aan het eind van haar Latijn en haar kinderen maken zich zorgen om haar. Het liefst willen zij dat hun ouders naar Limburg verhuizen. Mevrouw Drenth wil dat absoluut niet en probeert uit te zoeken welke mogelijkheden er om meer ondersteuning te krijgen en welke aanpassingen in huis ze nog kunnen doen. Ze overweegt een soort snoezelkamer in te richten, een huisdier te nemen en kijkt of domotica kan helpen. ■



Gebruiksmogelijkheden en werkvormen

Gebruiksmogelijkheden

De casussen zijn geschikt voor gebruik in diverse settingen. Bijvoorbeeld in het onderwijs aan toekomstige professionals zorg en welzijn, of in multidisciplinair overleg tussen samenwerkende professionals. Bij het gebruik van de casussen staat het kijken door de bril van het functioneren centraal: wat betekent het voor de rol van de professionals als het functioneren van ouderen centraal staat? En wat betekent dit voor de oudere zelf en zijn of haar sociale netwerk?

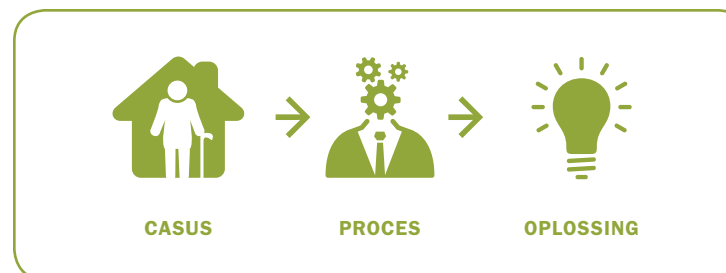
Werkvormen

Er zijn talloze werkvormen waarin deze casussen goed passen. Hieronder is er een aantal uitgewerkt, maar uiteraard is het mogelijk zelf andere vormen te verzinnen.

Werkvorm 1: Van casus naar oplossing – hoe doe je dat?

Doel

Deze werkvorm is bedoeld om inzicht te krijgen in de wijze waarop een professional besluit te handelen als het functioneren van een oudere centraal staat.



Werkvorm 1 'Van casus naar oplossing' schematisch weergegeven

Aanpak

Vorbereiding

De deelnemers lezen één of meer casussen en geven aan wat er volgens hen in de geschetste situatie zou moeten gebeuren om het functioneren van de oudere te optimaliseren. Wat zouden professionals moeten doen? En de sociale omgeving en de oudere zelf?

Tijdens de bijeenkomst

De focus ligt op het proces dat zich tijdens de voorbereiding in het hoofd van de deelnemers afspeelde. Welke vragen hebben de deelnemers zich gesteld, via welke afwegingen kwamen ze tot een oplossing? Door dit proces met elkaar te bespreken, krijgen deelnemers inzicht in de wijze waarop oplossingen tot stand komen.

Voor meer inzicht

Het inzicht in het proces wordt versterkt door meerdere casussen te behandelen. Deelnemers zullen dan ervaren dat het proces vergelijkbaar is voor hele verschillende casussen. De oplossingen kunnen echter sterk uiteen lopen. ■





Werkvorm 2: Het belang van de context – stel nou dat ...

Doel

Deze werkvorm heeft als doel om inzicht te krijgen in het belang van de context (de fysieke en sociale omgeving) bij het kijken door de bril van het functioneren.



Werkvorm 2 'Het belang van de context' schematisch weergegeven

Aanpak

Vorbereiding

- De deelnemers lezen één van de casussen en geven aan wat er volgens hen in de geschetste situatie zou moeten gebeuren om het functioneren van de oudere te optimaliseren. Wat zouden professionals moeten doen? En de sociale omgeving en de oudere zelf?
- Deelnemers geven puntsgewijs aan wat kenmerkend is aan het *klinische beeld* dat van de persoon wordt geschetst en welke informatie er over *de context* wordt gegeven.
- Op basis van deze informatie schetsen deelnemers een casus van een persoon met exact hetzelfde klinische beeld, maar in een andere context. Welke oplossingen geven zij voor deze aangepaste casus?

Tijdens de bijeenkomst

De focus ligt op de verschillen tussen de oplossingen voor de originele en de aangepaste casus. Door deze met elkaar te bespreken, krijgen deelnemers inzicht in het belang van de context.

Opties ter vereenvoudiging van deze werkvorm

- In deze bundel zijn twee versies opgenomen van de casus van meneer Van Buren: casus L en casus L*. In casus L* is de context van meneer Van Buren gewijzigd, maar zijn klinische beeld niet. Hierdoor kan de stap waarin deelnemers zelf een aangepaste casus schetsen worden overgeslagen.
- De laatste stap van de voorbereiding kan ook tijdens de bijeenkomst gezet worden, bijvoorbeeld door aangepaste casussen uit te wisselen met een collega-deelnemer. ■



Werkvorm 3: De case conference – interdisciplinaire oplossingen

Doel

Deze werkvorm heeft als doel om met meerdere professionals interdisciplinair tot een optimale oplossing te komen, waarbij alle aanwezige expertise wordt benut.



Werkvorm 3 'De case conference' schematisch weergegeven

Aanpak

Vorbereiding

Deelnemers lezen de casussen die geselecteerd zijn voor de case conference. Indien nodig verdeelt de facilitator de rollen: case manager, fysiotherapeut, ergotherapeut en mogelijke andere betrokkenen. Is de groep al interdisciplinair samengesteld, dan houden de deelnemers hun eigen rol.

Tijdens de bijeenkomst

- De case manager presenteert kort de casus en vult deze aan met de behoeften en de doelen van de oudere en zijn of haar partner of mantelzorgers.
- Deelnemers stellen vragen over de casus ter verduidelijking.
- In een brainstorm doet iedere deelnemer suggesties voor mogelijke oplossingen (interventies). Ze noteren deze op post-its. De facilitator verzamelt de suggesties.
- De deelnemers reageren mondeling op de suggesties.

- De deelnemers stellen samen een advies op aan de oudere en zijn of haar partner of mantelzorgers. Dat moet in elk geval bestaan uit een duidelijk omschreven doel van de interventie, een omschrijving van de interventie en een onderbouwing van de keuze.

Nabespreking

De facilitator bespreekt met de deelnemers of zij tevreden zijn met de gezamenlijk gekozen oplossing. Is deze anders dan de oplossing die zij in eerste instantie zelf hadden bedacht? Ervaren zij de meerwaarde van de interdisciplinaire aanpak? En welke informatie is cruciaal om tot een oplossing te komen die het functioneren optimaliseert? ■



Colofon

De casussen in deze uitgave zijn bedoeld voor (zorg) professionals, vrijwilligers en studenten die werken met ouderen, om hen te inspireren door de bril van het functioneren te kijken. Gebruikt u deze casussen dus vrij voor niet-commerciële doeleinden. Ze zijn opgesteld door TNO, in samenwerking met het Zorginstituut Nederland.

TNO

Ir. Dieuwke Schokker
Ariëtte van Hesper
Dr. Marianne Stadlander
Dr. Ir. Astrid Chorus

Zorginstituut Nederland

Dr. Katja van Vliet
Prof. Dr. Diana Delnoij
Drs. Marjolein de Booys

Met dank aan

De ouderen en de professionals die feedback hebben gegeven op de concepten van de casussen, de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen en de Adviescommissie Kwaliteit, Subcommissie Langdurige Zorg van het Zorginstituut Nederland.

Tekeningen

Annet Konijn, Burokom

Vormgeving

Grafisch Ontwerp Pi&Q

Tekstredactie

Eva Communiqueert

December 2015