

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken



Nieuwe zorgzaamheid!

Een onderzoek naar wensen en verwachtingen omtrent de identiteit van Accolade Zorggroep.

AUTEUR: PROF. DR. J. HOOGLAND, I.W. MALDA-DOUMA MA, M. JAGER-VREUGDENHIL MSc, Drs. F. BREDEWOLD

DATUM: MAART 2011

Nieuwe zorgzaamheid

Een onderzoek naar wensen en verwachtingen omtrent de identiteit van
Accolade Zorggroep.

Prof. Dr. J. Hoogland
I.W. Malda-Douma MA
M. Jager-Vreugdenhil MSc
Drs. F. Bredewold

Maart 2011

Vooronderzoek Accolade Zorggroep

Een vooronderzoek naar de wensen en verwachtingen van huidige en toekomstige cliënten, hun kinderen en de medewerkers van een christelijke zorginstelling, met name ten aanzien van de invulling van de identiteit van de zorginstelling en de betrokkenheid van lokale kerken daarbij.

In opdracht van drs C. de Jong, voorzitter van de Raad van Bestuur van Accolade Zorggroep

Uitgevoerd door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken
Prof. dr. J. Hoogland
I.W. Malda-Douma MA
M. Jager-Vreugdenhil MSc
Drs. F. Bredewold

Maart 2011

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken
Postbus 10030
8000 GA ZWOLLE
038 - 425 55 42

Alle rechten voorbehouden

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/ of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

Inhoudsopgave

WOORD VOORAF	5
SAMENVATTING.....	7
HOOFDSTUK 1 OVER DIT ONDERZOEK.....	9
1.1 AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK.....	9
1.2 VOORGESCHIEDENIS	10
1.3 CONTEXT	11
1.4 VRAAGSTELLING	11
1.5 ONDERZOEKSOPZET.....	12
1.6 LEESWIJZER	12
HOOFDSTUK 2 DESKRESEARCH EN LITERATUURONDERZOEK	15
INLEIDING	15
2.1 FEITELIJKE SITUATIE TEN AANZIEN VAN WOON-/ZORGVORMEN VOOR OUDEREN EN DE PLAATS VOOR CHRISTELIJKE ZORGINSTELLINGEN DAARIN	15
2.1.1 Feitelijke situatie ten aanzien van woon-/zorgvormen voor ouderen	15
2.1.2 De plaats van christelijke zorginstellingen voor ouderen in de Nederlandse situatie.....	16
2.2 MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN EN DE INVLOED DAARVAN OP DE WENSEN EN VERWACHTINGEN VAN OUDEREN TEN AANZIEN VAN DE TE KIEZEN WOON-/ZORGVORM.....	17
2.2.1 Vraagsturing	17
2.2.2 Vermaatschappelijking en extramuralisering.....	18
2.2.3 Kleinschaligheid.....	18
2.3 IDENTITEITSGEBONDEN ZORG EN DE CHRISTELIJKE IDENTITEIT VAN ZORGINSTELLINGEN	19
2.3.1 Organisatie-identiteit en identiteitsgebonden zorg.....	20
2.3.2 Christelijke identiteit van de zorg.....	21
2.3.3 De christelijke identiteit in de praktijk van de zorg en de vormgeving daarvan door Accolade Zorggroep 21	
2.4 WENSEN EN VERWACHTINGEN TEN AANZIEN VAN DE (IDENTITEIT VAN DE) ZORGINSTELLING	23
2.4.1 Behoeftte aan een zorginstelling met een christelijke identiteit	23
2.4.2 Wensen en verwachtingen ten aanzien van de vormgeving van de zorg en de identiteit	24
2.5 VERBINDING MET DE LOKALE KERKEN	25
2.5.1 Oorsprong van de christelijke zorginstellingen	25
2.6 SPECIFIEKE WENSEN EN BEHOEFTE VAN OUDEREN TEN AANZIEN VAN SPIRITUALITEIT	26
2.6.1 Een nadere begripsbepaling.....	26
HOOFDSTUK 3 OPERATIONALISERING EN ONDERZOEKSOPZET	29
3.1 BEGRIPPEN EN DEFINITIES	29
3.2 OPERATIONALISERING	30
3.3 ONDERZOEKSINSTRUMENTEN	32
3.3.1 Half gestructureerd face-to-face interview	32
3.3.2 Telefonische interviews.....	33
3.3.3 Topiclijst	33
3.4 POPULATIE EN STEEKPROEVEN	33
3.4.1 Cliënten	33
3.4.2 Potentiële cliënten	34
3.4.3 Medewerkers	35
3.4.4 Nieuwe medewerkers	35

3.4.5	Kinderen van cliënten	35
3.4.6	Kinderen van potentiële cliënten	36
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN		37
4.1	INLEIDING	37
4.2	ANALYSEPROCES.....	37
4.3	RESULTATEN	37
4.3.1	Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?	38
4.3.2	Zijn er specifieke wensen ten aanzien de woon-/zorgvorm?	40
4.3.3	Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?	41
4.3.4	Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?	42
4.3.5	Spirituele behoeften en de aandacht daarvoor bij Accolade Zorggroep.....	44
HOOFDSTUK 5 DISCUSSIE EN CONCLUSIES		47
5.1	INLEIDING	47
5.2	WELKE FACTOREN SPELEN EEN ROL BIJ DE KEUZE VOOR EEN ZORGINSTELLING?	47
5.3	ZIJN ER SPECIFIEKE WENSEN TEN AANZIEN VAN DE WOON-/ZORGVORM?	49
5.4	WAT VERWACHT MEN VAN DE VORMGEVING VAN DE IDENTITEIT IN EEN CHRISTELIJKE ZORGINSTELLING?	49
5.5	WELKE ROL ZIET MEN VOOR LOKALE KERKEN OM BETROKKEN TE ZIJN BIJ DE BEWONERS VAN DE INSTELLING?	50
5.6	WELKE ZINGEVINGS-, LEVENS- EN GELOOFSVRAGEN HEBBEN OUDEREN, EN WAT IS HUN BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING DAARIN?	51
5.7	SAMENGEVATTE CONCLUSIES.....	52
HOOFDSTUK 6 AANBEVELINGEN		53
LITERATUUR.....		57
GEBRUIKT VOOR DESKRESEARCH:.....		57
GEBRUIKT VOOR LITERATUURONDERZOEK:.....		57
BIJLAGEN		59
BIJLAGE 1: WOON- EN ZORGVISIE ACCOLADE ZORGGROEP		59
BIJLAGE 2: TOPICLIJST VOOR (POTENTIËLE) CLIËNTEN.....		61
BIJLAGE 3: TOPICLIJST VOOR (POTENTIËLE) MEDEWERKERS		63
BIJLAGE 4: TOPICLIJST VOOR KINDEREN VAN (POTENTIËLE) CLIËNTEN		65
BIJLAGE 5: INFORMATIEBRIEF ZOALS VERSTUURD NAAR TE INTERVIEWEN PERSONEN.....		67

Woord vooraf

Met dit rapport bieden wij (het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle) de resultaten van ons verkennende onderzoek naar de toekomst van de Gereformeerde Ouderenzorg aan. We noemen het een verkennend onderzoek, omdat het belangrijkste doel ervan was om een eerste indruk te geven van wat cliënten en medewerkers van belang vinden als het om de identiteit van de zorgverlener gaat. Het ging dus nog niet om een marktonderzoek, maar om het bepalen van die factoren die in een eventueel vervolgonderzoek naar de toekomstige markt voor gereformeerde ouderenzorg een centrale rol zouden moeten spelen.

Eerlijk gezegd zijn de uitkomsten van het onderzoek nauwelijks verrassend te noemen. Dat laatste is overigens vooral een verrassing voor diegenen die van dit onderzoek verrassingen verwacht hebben. Zelf behoor ik niet tot diegenen. Volgens mij is het belangrijkste resultaat dat dit verkennend onderzoek zou kunnen opleveren er ook daadwerkelijk uitgekomen: een onbevangen schets van 'the state of the art' in de gereformeerde ouderenzorg.

Binnen de Gereformeerde Kerken Vrijgemaakt, waaruit Accolade Zorggroep voortgekomen is, werden discussies over de identiteit van gereformeerde organisaties vaak op een bijzonder principiële niveau gevoerd. Je zou kunnen zeggen: identiteit was geen zaak van klanten of van een markt, maar een zaak van principiële keuzes. De vraag naar de markt was daarin helemaal geen issue: de 'markt' bestond gewoon uit al die mensen die zich aan die principiële keuzes verbonden achtten. Als je gereformeerd was en er was de mogelijkheid om naar een gereformeerde school of naar een gereformeerde zorgvoorziening te gaan, dan deed je dat gewoon. Niets was immers beter dan je te verbinden aan organisaties die 'op dezelfde grondslag' stonden. Dat je daarvoor desnoods een grote geografische afstand moest overbruggen speelde nauwelijks een rol. De principiële binding was altijd groter dan de geografische afstand.

Uit de instroomcijfers van gereformeerde scholen en ook een gereformeerde voorziening voor ouderenzorg blijkt langzamerhand dat die situatie inmiddels ruimschoots voorbij is. Hoe principiële de keuze soms ook nog is of in ieder geval gemotiveerd wordt, de praktijk leert dat de principiële binding een steeds minder grote geografische afstand kan overbruggen. Was een voorziening als De Wijngaard (het verpleeghuis van Accolade Zorggroep) in Bosch en Duin vroeger een landelijke voorziening, steeds meer blijkt dat de huidige cliënten voornamelijk uit de eigen regio afkomstig zijn. Veel cliënten die verder van Bosch en Duin wonen, kiezen voor een ouderenzorgvoorziening in de eigen woonomgeving. Ook al is die qua identiteit verder verwijderd van de eigen kerkelijke achtergrond, dan nog geeft de geografische nabijheid de doorslag voor zo'n keuze.

Tegelijk – en dat is een merkwaardige paradox – blijven de mensen die wél voor Accolade Zorggroep als zorgverlener kiezen, aangeven dat voor hen de identiteit van deze zorgverlener een belangrijke factor is in hun keuze. Dus wie niet voor Accolade Zorggroep kiest, vindt andere factoren blijikbaar van minstens even groot belang als de levensbeschouwelijke identiteit van de zorginstelling, maar wie er wel voor kiest blijft de identiteit als één van de doorslaggevende factoren aangeven. Anders gezegd: de identiteit van de zorginstelling is (gemiddeld gezien) een steeds minder belangrijke factor voor gereformeerde cliënten, maar voor hen die wél voor Accolade Zorggroep kiezen nog steeds één van de belangrijkste factoren. De vraag is dan natuurlijk op welke manier zij die factor wegen: wat is voor hen zo belangrijk aan die identiteit?

Het door ons verrichte onderzoek geeft een antwoord op die vraag. Alle principiële discussies over identiteit zoals die in het verleden gevoerd zijn ten spijt, blijkt dat de vraag naar de identiteit nogal pragmatisch ligt: mensen zoeken naar een zorgomgeving, waarin zij zich thuis voelen en die door hen als veilig beleefd wordt. Een zorgomgeving waar zaken die voor jou belangrijk zijn en gewoontes die jouw leven altijd bepaald hebben, geëerbiedigd en gerespecteerd worden en waar je niet hoeft te vrezen voor een vorm van bejegening die je voor grote verrassingen stelt.

Als dat zo is, dan is dat voor een zorgverlener als Accolade Zorggroep uiterst belangrijk om te weten. De discussie over identiteit kan dan immers van haar scherpe, principiële kanten worden ontdaan en veel pragmatischer, meer vanuit markt-overwegingen gevoerd worden. Of vanuit het gezichtspunt van vraaggericht

of klantgericht werken. Voor mijzelf is die uitkomst niet zo verrassend. Maar ik geloof dat het wel heel belangrijk is om het ook eens hardop tegen elkaar te zeggen. Dat laatste gaat gemakkelijker wanneer je daar een feitelijke onderbouwing voor hebt. Dit onderzoek levert die feitelijke onderbouwing. Met de gegevens van dit onderzoek kan het gesprek worden aangegaan dat de huidige cliënten van een gereformeerde zorginstelling heel goede argumenten hebben om voor die zorginstelling te kiezen, maar dat deze argumenten in het algemeen veel minder principieel zijn dan enkele jaren geleden. Daarmee opent zich een nieuwe ruimte voor de discussie over identiteit.

Over die nieuwe ruimte wordt in de aanbevelingen nog het één en ander gezegd. Duidelijk is dat die discussie minder principieel is dan de manier waarop de discussie oorspronkelijk gevoerd werd. Onder 'principieel' moet dan verstaan worden, dat deze discussie niet zo sterk meer gaat over kerkelijke grondslag en kerkelijke binding. Maar het wil natuurlijk niet zeggen dat de discussie over identiteit minder belangrijk wordt of minder beslissend. Integendeel. Het is juist van enorm groot belang dat een maatschappelijke organisatie als Accolade Zorggroep blijft gaan voor een missie en een maatschappelijk ideaal. En het blijft van even groot belang dat zij deze missie en dit ideaal blijft voeden vanuit de visie van het evangelie en de christelijke traditie op de zorg voor mensen die kwetsbaar zijn of worden. Opmerkelijk is dat juist zorg, omzien naar de naaste, respectvolle bejegening kernwaarden zijn van het christelijk geloof. En wel in het bijzonder omdat het christelijke geloof niet opgaat in een verheerlijking van zelfredzaamheid, autonomie en weerbaarheid, maar juist laat zien dat de kwetsbaarheid en gebrokenheid van het mensenleven veel zichtbaar maakt van wat mens-zijn in wezen is. Hoe wezensvreemd lijden, verlies aan regie en hulpafhankelijkheid in onze ogen ook vaak is aan vervuld mens-zijn, tegelijk houdt de christelijke traditie ons voortdurend de spiegel voor dat we juist in die – door ons het liefst vermeden – situaties veel van onze God en zijn bedoeling met mensen leren kennen. Een gereformeerde of christelijke zorginstelling die daar geen raad mee weet, is ver verwijderd geraakt van haar missie en maatschappelijke roeping. Om die reden pleit het voor Accolade Zorggroep dat zij dit onderzoek heeft geïnitieerd en deze discussie wil aangaan. Daarom past ons een felicitatie aan Accolade Zorggroep met haar 10-jarige bestaan (één van de aanleidingen van dit onderzoek) en met het verschijnen van dit onderzoek.

Jan Hoogland

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

Samenvatting

Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep, ten aanzien van zorginstellingen voor christelijke ouderen en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?

Het onderzoek naar deze vraag heeft tot de volgende resultaten geleid:

Als het gaat om de (potentiële) cliënten en hun motieven om voor Accolade Zorggroep als zorgverlener te kiezen, dan blijkt het concept 'identiteit' te verwijzen naar iets concreets dat tegelijk ongrijpbaar is. Cliënten zoeken in de identiteit vooral een herkenbare sfeer of een 'vertrouwd gevoel'. Dat geldt ook voor de kinderen die dikwijls bij de beslissing voor een instelling betrokken zijn en daar niet zelden zelfs een behoorlijk belangrijke rol in spelen. Het blijkt dan te gaan om factoren als de sfeer, de christelijke rituelen, de kerkgang en medewerkers die in al die dingen meegaan en er positief tegenover staan. Naast de identiteit spelen ook de gebruikelijke factoren een rol: kwaliteit van de ruimte, privacy, nabijheid van voorzieningen, mogelijkheden om deel te nemen aan activiteiten.

Al met al moet worden vastgesteld dat (mogelijke) cliënten zich in hun keuze in belangrijke mate door de identiteit van de instelling laten leiden, maar dat zij dit vooral wegen in termen van sfeer, veiligheid en bekendheid van de omgeving. Opvallend is dat identiteit altijd één van de factoren is, maar dat niet gesteld kan worden dat het de doorslaggevende factor is. Het is altijd een factor te midden van andere.

Het verhaal van de cliënten wijkt af van dat van de medewerkers. Ook voor de medewerkers geldt dat zij de identiteit belangrijk vinden, maar zij geven ook duidelijker aan dat zij zich goed kunnen voorstellen ook ergens anders te werken. Medewerkers brengen naar voren dat voor hen de identiteit van de instelling vooral van belang is vanuit het gezichtspunt van de cliënt. Juist doordat de medewerker zelf zich verbonden weet met die identiteit, kan zij beter tegemoet komen aan de wensen van de cliënt.

Ook is in de interviews de rol van de (plaatselijke) kerk en de verwachtingen daarvan aan de orde gesteld. De resultaten wijzen erop dat de lokale verschillen groot zijn. Zij hebben te maken met de wijze waarop de lokale gemeente eruit ziet en de vraag of de bewoners van een voorziening ook in de plaatselijke gemeente hun herkomst hebben of met hun verhuizing naar de voorziening van gemeente zijn veranderd. De bewoners van d' Amandelboom in Bilthoven zijn vanuit de plaatselijke gemeente gezien vaak 'import'. Zij vormen een aparte groep in die gemeente die zelf trouwens ook sterk vergrijsd en in ledental terugloopt. Je zou misschien zelfs kunnen zeggen dat deze gemeente door de aanwezigheid van een ouderenzorgvoorziening enigszins uit balans is geraakt en (te?) sterk gedomineerd wordt door die aanwezigheid. Dit verhaal ligt iets anders voor Assen. Assen kent meerdere grote en vitale kerkelijke gemeentes. Veel bewoners van de Arendshorst zijn uit deze gemeentes afkomstig en ervaren dus een grote mate van continuïteit in de pastorale zorgverlening, ook al worden de meeste bewoners lid van de gemeente in de wijk waar de Arendshorst zelf gevestigd is (Assen-west). Juist doordat veel bewoners uit de directe regio afkomstig zijn, wordt de plaatselijke gemeente minder dan in Bilthoven door de aanwezigheid van een ouderenzorgvoorziening uit balans gebracht. Dit komt ook tot uitdrukking in de betrokkenheid van een grote groep vrijwilligers.

Al met al roepen deze uiteenlopende gegevens de vraag op hoe er met het vraagstuk van de ouderenzorg en de toenemende behoefte daaraan in de context van de kerkelijke gemeentes moet worden omgegaan. Het lijkt er langzaam maar zeker op dat de 'trek' van ouderen die zorg behoeven naar een klein aantal plaatsen waar ouderenzorg van eigen kerkelijke ligging wordt aangeboden aan het afnemen is. Steeds vaker zoeken ouderen naar hulpverlening in de eigen thuissituatie en wanneer de overgang naar een ouderenzorgvoorziening toch noodzakelijk is, dan liefst in de nabije omgeving. Dat betekent dikwijls dat deze mensen ook pastoraal onder de hoede blijven van dezelfde kerkelijke gemeente. Zoals de oorspronkelijke, kerkelijk gebonden ouderenzorgvoorzieningen vaak met betrokkenheid van de diaconie zijn ontstaan, lijkt het er nu op dat er opnieuw sprake zou kunnen zijn van een grotere betrokkenheid van de diaconie, nu echter vooral vanuit het perspectief dat ouderen steeds meer thuis of in de nabije omgeving van hun oorspronkelijke woonplaats en dus steeds vaker binnen de context van de kerkelijke gemeenschap van herkomst hun zorg ontvangen. Dit

roept de vraag op of er, gezien deze nieuwe ontwikkelingen, niet hernieuwd bezinning nodig is over de taak van de diaconie in de ouderenzorg.

Deze vraag wordt ook nog eens extra onderstreept door het feit dat in allerlei onderzoek blijkt dat de behoefte aan aandacht voor levensvragen en zingeving onder ouderen eerder toe- dan afneemt. Veel ouderen hebben last van depressies en van zinloosheidservaringen. Dit roept in toenemende mate de vraag op of kerken niet net zozeer als aan jongerenpastoraat aan ouderenpastoraat aandacht moeten geven.

Hoofdstuk 1 Over dit onderzoek

Begin 2010 is het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken door Accolade Zorggroep benaderd met de vraag een breed ingezet onderzoek naar de toekomst van de gereformeerde ouderenzorg te doen. Wij verlenen graag onze medewerking en nemen de uitvoering van dit onderzoek ter hand. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat het onderzoek inhoudt, wat de aanleiding en de voorgeschiedenis vormt voor dit onderzoek en welke vraagstelling gehanteerd zal worden. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk leest u meer over de indeling van de rest van dit onderzoeksrapport.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Accolade Zorggroep vormt een werkverband van vier zorginstellingen, waarvan drie voor ouderen, te weten:

- Gereformeerd centrum voor wonen en zorg Arendshorst in Assen;
- Gereformeerd centrum voor wonen en zorg d' Amandelboom in Bilthoven;
- Gereformeerd centrum voor verpleging en reactivering De Wijngaard in Bosch en Duin; en
- Voorzieningencentrum De Kuip (voor volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel) te Bosch en Duin.

Accolade Zorggroep richt zich daarmee op de volgende doelgroepen: ouderen die (niet) zelfstandig kunnen wonen, ouderen met somatische en psychogeriatrische klachten, en volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel. Laatstgenoemde doelgroep blijft buiten dit onderzoek.

Accolade Zorggroep werkt daarbij vanuit de volgende missie:

‘Accolade Zorggroep realiseert zorg en welzijn van goede kwaliteit en een veilige en comfortabele woonomgeving die aansluiten bij de vragen en wensen van haar cliënten. Gemotiveerde en competente medewerkers en vrijwilligers werken hierbij vanuit de overtuiging dat God ons in Zijn Woord leert dat wij liefdevol en dienstbaar moeten zijn naar de ander en respect hebben voor het door Hem uniek geschapen leven.’¹

Accolade Zorggroep verwoordt hiermee een duidelijke christelijke identiteit en is van oorsprong nauw verbonden aan de Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt). Het uitgangspunt waarmee Accolade Zorggroep haar zorginstellingen is gestart, was om ‘wooncentra op te zetten waarin op basis van een professionele organisatie en een christelijke identiteit zorg werd verleend aan ouderen’. Dit uitgangspunt is echter aan herijking toe. Aanleiding voor deze herijking is een aantal ontwikkelingen die zich samenlevingsbreed heeft voorgedaan en die de toekomst van deze vorm van gereformeerde ouderenzorg beïnvloedt.

Belangrijke ontwikkelingen die in dat kader genoemd zijn, zijn onder andere:

1. De veranderde rol van kerken ten opzichte van de zorginstellingen.
2. De veranderde samenleving en de daarmee samenhangende veranderde kijk op zorg.
3. De veranderde kijk op identiteit.

(1) De veranderde rol van kerken ten opzichte van de zorginstellingen

In de discussienota ‘Nieuwe Zorgzaamheid’ (maart 2010), geschreven door Accolade Zorggroep, wordt deze veranderde rol van kerken t.o.v. de zorginstellingen als volgt geschetst:

In de jaren zestig van de vorige eeuw hebben diakenen het initiatief genomen tot de oprichting van voorzieningen voor ouderen, zoals de instellingen van Accolade Zorggroep. De sociale voorzieningen waren toen nog op een andere manier geregeld dan nu. De komst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 heeft vanaf het begin wel een belangrijke rol gespeeld in de financiering, maar met de uitbouw van de verzorgingsstaat is de betrokkenheid van de diakenen geleidelijk op de achtergrond geraakt en

¹ Concept beleidsplan 2009-2011, pag. 4.

uiteindelijk in formele zin helemaal verdwenen. Hierdoor is de betrokkenheid bij en de bekendheid van de (landelijke) zorgvoorzieningen sterk afgenomen.

Dit is terug te zien in bijvoorbeeld het verwijzingsproces. Vroeger speelde de diaconie (of breder: de kerk) nog een rol bij het vertrek van een gemeentelid naar een bejaardenhuis, nu loopt het hele proces via huisarts en indicatiebureau en lopen de contacten veelal via de familie, de partner of de kinderen.

Zo hebben kerken en diaconieën op meerdere manieren een andere rol gekregen ten opzichte van de zorginstellingen dan in de begintijd van deze instellingen. De afstand tot de kerken is vergroot en de partijen verliezen elkaar langzaam uit het oog.

(2) De veranderde samenleving en de daarmee samenhangende veranderde kijk op zorg

In de genoemde discussienota van Accolade Zorggroep wordt gesignaleerd dat de rol van de samenleving de laatste tien jaar drastisch aan het veranderen is. Sinds enige tijd maken we de omslag mee van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Hierin wordt de rol van de individuele burger groter en komt er meer nadruk te liggen op de lokale samenleving en de *civil society*. Van de burger wordt in deze omstandigheden meer eigen initiatief verwacht, hij heeft meer keuzemogelijkheden en kansen om zijn eigen zorg te organiseren.

Deze trends zien we ook terug in de manier waarop ouderen omgaan met de keuze voor een zorgvoorziening. Ook daarin staat de keuze van de oudere als cliënt, die graag dicht bij huis wil blijven en het sociale netwerk wil behouden, centraal. De wens naar kleinschalige lokale woonvormen past bij de versterkte nadruk op de lokale samenleving.

Dit heeft consequenties voor de rol van lokale kerken in de samenleving. Een eventuele grotere rol voor kerken past bij de trend van extramuralisering en vergrote aandacht voor mantelzorg en vrijwilligerswerk. De rol van de zorgverlener wordt daarentegen steeds meer beperkt van 'zorgen voor' tot 'zorgen dat'.

(3) De veranderde kijk op identiteit

Accolade Zorggroep is haar dienstverlening gestart in een periode dat de verzuiling op haar hoogtepunt was. Bij de keuze voor (ouderen)zorg werd daarom vanzelfsprekend de gereformeerde identiteit in ogenschouw genomen. Deze vanzelfsprekendheid is nu veel minder en andere factoren spelen een rol in het keuzeprocess. Het is onduidelijk welke rol de identiteit van de zorgvoorziening speelt in het keuzeprocess voor een bepaalde zorgverlener.

Ook vanuit Accolade Zorggroep is hierin het één en ander veranderd. Van oorsprong waren de instellingen nadrukkelijk verbonden aan de Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt). In de verzorgingshuizen d' Amandelboom en Arendshorst waren dan ook alleen leden uit de Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt) welkom. Sinds enkele jaren is dit beleid veranderd en zijn ook anderen welkom, wat in De Wijngaard en de verpleegunits van de beide verzorgingshuizen altijd al het geval is geweest. Momenteel worden de Christelijke Gereformeerde Kerken en de Nederlands Gereformeerde Kerken als directe achterban gezien, zowel wat betreft cliënten als wat betreft de medewerkers. Momenteel rekent Accolade Zorggroep tot haar doelgroep alle cliënten die zich thuis voelen bij de christelijke identiteit van de organisatie (Zie Beleidsplan 2009-2011, pag. 5).

Ontwikkelingen als deze maken een hernieuwde bezinning op de rol, de plaats en de vormgeving van deze zorgvoorzieningen ten opzichte van de christelijke identiteit noodzakelijk.

1.2 Voorgeschiedenis

In de directe voorgeschiedenis van dit onderzoek speelt een aantal factoren mee die de uitvoering van dit onderzoek extra urgent en vruchtbaar maken.

Allereerst is het zo dat er lange tijd weinig of niets is gedaan aan marketing. De wachtlijsten waren lang genoeg en de prikkel tot marketing ontbrak. Het is echter niet waarschijnlijk dat dit in de toekomst zo zal blijven, mede gezien de bovengenoemde ontwikkelingen. Accolade Zorggroep zal zich moeten bezinnen op de manier waarop zij zich wil presenteren richting potentiële cliënten en op welke behoeften en verwachtingen zij daarbij moet inspelen.

Daarnaast speelt mee dat er bezuinigingen worden aangekondigd voor de zorgsector. De financiële crisis noopt de zorgsector ertoe op zoek te gaan naar andere middelen wanneer de financiële instroom vanuit de AWBZ eventueel zal gaan dalen. Daarbij richt Accolade Zorggroep zich nu op eventuele (fusie)partners.

Los daarvan wil Accolade Zorggroep ook verkennen in hoeverre lokale kerken iets kunnen betekenen in het lokaal opzetten van woon- en zorgvormen voor ouderen. Waar diaconieën vroeger een belangrijke rol speelden in de stichting van voorzieningen voor ouderenzorg, zou vanuit het huidige 'vermaatschappelijkingsdenken' opnieuw onderzoek naar de rol van lokale kerken en diaconieën gedaan kunnen worden. Accolade Zorggroep hoopt daarin op gezamenlijke strategische planning en beleidsmatige samenwerking.

Als derde wordt momenteel sterk de behoefte gevoeld om het bestaan van bepaalde rituelen en gewoonten, die vormgeven aan de christelijke identiteit in de instellingen, te evalueren. Meer instroom van cliënten vanuit andere kerkgenootschappen vraagt wellicht om een andere vormgeving van de christelijke identiteit in de dagelijkse praktijk.

1.3 Context

Gezien de genoemde ontwikkelingen is er behoefte aan een breed ingezet onderzoek naar de toekomst van de gereformeerde ouderenzorg. Daarvoor is allereerst een praktijkgericht beschrijvend kwalitatief onderzoek nodig om de behoeften en verwachtingen van (potentiële) cliënten en medewerkers in beeld te brengen. Daarnaast zijn er verschillende mogelijkheden voor vervolgonderzoek genoemd:

- verdergaand onderzoek naar de haalbaarheid, bereidheid en kosten van het creëren van nieuwe lokale woon-/zorgvormen voor ouderen in intensievere samenwerking met de lokale kerken;
- kwantificerend demografisch/marktonderzoek naar de mogelijke doelgroepen en hun keuze-preferenties binnen de achterban van Accolade Zorggroep;
- uitgebreider kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan existentiële en spirituele ondersteuning van ouderen.

Binnen het grotere kader van dit verdergaand onderzoek naar de vormgeving van woon- en zorgvormen voor ouderen, de vormgeving van identiteit daarin en het cliëntenperspectief, vormt dit onderzoeksrapport de neerslag van het eerste verkennende kwalitatieve onderzoek.

1.4 Vraagstelling

Als *centrale vraagstelling* voor dit onderzoek is het volgende geformuleerd:

Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep, ten aanzien van zorginstellingen voor christelijke ouderen en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?

De *deelvragen* luiden als volgt (geordend per te onderzoeken doelgroep):

(Potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep

- Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling; welke rol spelen (a) beschikbare woon-/zorgvormen en (b) de identiteit van de woon-/zorgvorm daarin?
- Hebben (potentiële) cliënten specifieke wensen m.b.t. de woon-/zorgvorm?
- Wat verwachten (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?

- Welke rol zien (potentiële) cliënten voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de (bewoners van de) instelling?

Kinderen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep

- In hoeverre zijn kinderen van (potentiële) cliënten betrokken (geweest) bij de keuze voor een zorginstelling voor (één van) de ouders?
- Welke factoren hebben deze keuze bepaald, en welke rol hebben (a) beschikbare woon-/zorgvormen en (b) de identiteit van de zorginstelling gespeeld bij deze keuze?
- Op welke manier is de lokale kerk betrokken geweest bij deze keuze? Wat vinden de kinderen van (potentiële) cliënten van de rol die kerken speelden?
- Welke wensen en verwachtingen koesteren kinderen van (potentiële) cliënten ten aanzien van de vormgeving van de identiteit van een christelijke zorginstelling?
- Hebben kinderen van cliënten specifieke wensen m.b.t. de woon-/zorgvorm?

(Potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep

- Kiezen (potentiële) medewerkers specifiek voor het werken in een *christelijke* zorginstelling en welke verwachting koesteren zij daarvan?
- In welke mate zijn (potentiële) medewerkers tevreden met de huidige beschikbare woon-/zorgvormen en welke aanpassingen zouden ze daarin eventueel wensen?
- In welke mate zijn (potentiële) medewerkers tevreden met de huidige vormgeving van de christelijke identiteit en welke aanpassingen zouden ze daarin eventueel wensen?
- In hoeverre zien (potentiële) medewerkers mogelijkheden om lokale kerken (meer) te betrekken bij de zorginstelling?

1.5 Onderzoeksopzet

Dit oriënterende onderzoek zal bestaan uit (1) een beperkte deskresearch om de situatie in de instellingen in beeld te krijgen en de juiste variabelen voor het onderzoek te selecteren, (2) een literatuuronderzoek naar deze thematiek, met speciale aandacht voor de geestelijke/ spirituele/ existentiële kenmerken van ouderdom, om de ondersteuningsbehoeften van senioren ten aanzien van zingeving in beeld te krijgen en te kunnen meenemen in eventueel vervolgonderzoek, en tenslotte (3) een kwalitatief onderzoek onder de (potentiële) cliënten (en hun kinderen) en medewerkers van Accolade Zorggroep.

Voor wat betreft het kwalitatieve onderzoek zal gebruik gemaakt worden van half gestructureerde interviews. In totaal zullen er ca. 40 interviews worden afgenomen, voor het grootste gedeelte face-to-face op locatie. Om reistijd en -kosten te besparen zal t.a.v. de doelgroep 'kinderen van (potentiële) cliënten' gebruik worden gemaakt van telefonische interviews. Accolade Zorggroep zal administratieve hand- en spandiensten verlenen, bijvoorbeeld in het benaderen van de respondenten en het aanreiken van contactgegevens.

1.6 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken worden de resultaten van het onderzoek samengevat en geanalyseerd.

In hoofdstuk 2 is de opbrengst te lezen van de deskresearch en de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 is meer te lezen over de operationalisering en onderzoeksopzet. In hoofdstuk 4 worden de resultaten weergegeven van de interviews. In hoofdstuk 5 worden de conclusies en aanbevelingen aan Accolade Zorggroep geformuleerd.

In bijlagen is meer gedetailleerde informatie te vinden over de woon- en zorgvisie van accolade zorggroep; de topiclijsten voor (potentiële) cliënten, (potentiële) medewerkers, en kinderen van (potentiële) cliënten; en de informatiebrief zoals verstuurd naar te interviewen personen

Samengevat: Waarom en hoe van het onderzoek 'Vooronderzoek Accolade Zorggroep'

De aanleiding:

- De veranderde rol van kerken ten opzichte van de (christelijke) zorginstellingen
- De veranderde samenleving en de daarmee samenhangende veranderde kijk op zorg
- De veranderde kijk op identiteit
- De toekomstige noodzaak tot marketing
- De financiële crisis en de te verwachten bezuinigingen
- De behoefte aan evaluatie van gebruikte rituelen en gewoonten

De onderzoeksmethoden:

Literatuuronderzoek

Interviews met (potentiële) cliënten en hun kinderen en met (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep

Centrale onderzoeksvraag:

"Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep, t.a.v. zorginstellingen voor christelijke ouders en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?"

Hoofdstuk 2 Deskresearch en literatuuronderzoek

Inleiding

In dit hoofdstuk zal verslag worden gedaan van de resultaten uit de deskresearch en het literatuuronderzoek. In de deskresearch is gezocht naar achtergrondinformatie over de instellingen van Accolade Zorggroep. De hierin gevonden informatie is vervlochten met de resultaten van het literatuuronderzoek, waarin verdieping is gezocht ten aanzien van de thema's die in de onderzoeksvraag zijn genoemd. Hierdoor wordt het mogelijk begrippen goed te definiëren en invulling te geven, alle factoren in beeld te brengen die een rol spelen en hypothesen te formuleren ten aanzien van de uitkomst(en) van dit onderzoek. Het uitgangspunt voor dit literatuuronderzoek ligt in de centrale vraagstelling, die hierbij nogmaals wordt weergegeven:

Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep ten aanzien van zorginstellingen voor christelijke ouderen en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?

Vragen die hieruit voortvloeien, en die in dit hoofdstuk van een antwoord zullen worden voorzien op basis van de deskresearch en het literatuuronderzoek, zijn de volgende:

- 1) Wat is de feitelijke situatie ten aanzien van woon-/zorgvormen voor ouderen, en welke plaats hebben christelijke zorginstellingen voor ouderen daarin?
- 2) Welke maatschappelijke ontwikkelingen, die de wensen en verwachtingen van ouderen en medewerkers ten aanzien van de woon-/zorgvorm zouden kunnen beïnvloeden, doen zich op dit moment voor?
- 3) Wat is identiteitsgebonden zorg en hoe kan specifiek de christelijke identiteit worden omschreven?
- 4) Waaruit blijkt de christelijke identiteit in de praktijk van de zorg, en hoe geeft Accolade Zorggroep vorm aan haar christelijke identiteit in de zorginstellingen?
- 5) Welke wensen en verwachtingen leven er momenteel onder ouderen en medewerkers ten aanzien van de zorginstelling, en welke rol speelt de christelijke identiteit in het keuzeproces voor een instelling?
- 6) Hoe is (in het verleden) en wordt (momenteel) vorm gegeven aan de verbinding met de lokale kerken?

Daarnaast is door de opdrachtgever de wens geuit om in dit onderzoek alvast enigszins exploratief op zoek te gaan naar de eventuele behoefte aan (meer) ondersteuning ten aanzien van zingeving en spiritualiteit. Daarom zal ook de volgende vraag in het onderstaande van een antwoord worden voorzien:

- 1) Wat is spiritualiteit; welke specifieke spirituele behoeften leven er onder oudere tehuusbewoners en in hoeverre wordt daaraan bij Accolade Zorggroep aandacht besteed?

2.1 Feitelijke situatie ten aanzien van woon-/zorgvormen voor ouderen en de plaats voor christelijke zorginstellingen daarin

2.1.1 Feitelijke situatie ten aanzien van woon-/zorgvormen voor ouderen

Wanneer mensen ouder worden, verslechtert over het algemeen de gezondheidstoestand. Dit heeft consequenties voor de woonsituatie van ouderen. Tot voor kort impliceerde dit vaak een verhuizing naar een instelling of huis waar de juiste hulp werd geboden. Recentelijk is er echter steeds meer mogelijk en is een verhuizing nog niet altijd meteen noodzakelijk. Allerlei vormen van hulp kunnen aan huis worden ingekocht en het voorzieningenniveau in de wijk gaat navenant omhoog.

Zo zijn er verschillende mogelijkheden voor ouderen om de hulp die zij nodig hebben te verkrijgen. Over het algemeen wordt de keuze voor het aanbod en voor de voorziening grotendeels bepaald door de gezondheidstoestand. Globaal kan gekozen worden tussen:

- 1) extramurale zorg en

2) intramurale zorg, zoals:

- een verpleeghuis
- een verzorgingshuis

Als er van acute medische problemen sprake is, komt ook het ziekenhuis nog in het vizier, maar ziekenhuisopname is altijd voor korte duur en wordt anders gefinancierd.

Het verzorgingshuis en verpleeghuis zijn vormen van zorg die binnen de muren van een instelling wordt verleend, waarbij mensen in deze instelling worden opgenomen en hier in het algemeen voor langere duur verblijven. Bij extramurale zorg daarentegen blijven ouderen 'buiten de muren' van een zorginstelling en krijgen zij in hun thuissituatie hulp en ondersteuning.

Volgens het CBS (StatLine) verbleven eind 2008 circa 158.000 mensen van 55 jaar en ouder in een intramurale instelling voor verpleging en verzorging. Het gaat daarbij om zorg met verblijf in het kader van de AWBZ, waarvoor een eigen bijdrage is betaald. Ook personen die slechts kortdurend in een instelling verbleven zijn hierin meegeteld (Den Draak 2010: 12).

De tehuisbevolking bestaat grotendeels uit vrouwen van 70 jaar en ouder. Van de bewoners van de verzorgingshuizen woont 7% samen met de partner; de meeste bewoners hebben echter geen partner (meer). De bewoners van de verpleeghuizen hebben vaker een (in leven zijnde) partner (24%), maar wonen niet met deze partner samen.

In dit onderzoek zal de focus voornamelijk liggen op de intramurale zorg, aangezien het onderzoek zich richt op cliënten die intramuraal zijn opgenomen in de instellingen van Accolade Zorggroep. Daarnaast is het wel zo dat Accolade Zorggroep al een beperkt aanbod van extramurale zorg heeft ontwikkeld, en dat potentiële cliënten mogelijk geïnteresseerd zijn om daar gebruik van te maken. In paragraaf 2.2 zal verder worden uitgeweid over de trend van extramuralisering en de betekenis daarvan voor de keuze van ouderen voor een zorginstelling.

De directe aanleiding voor een opname in een intramurale zorginstelling als een verpleeghuis of een verzorgingshuis is, zoals gezegd, doorgaans een gezondheidsreden. De ziekenhuisopname is vaak een eerste station op deze route. Tussen de bewoners van de diverse typen instellingen – verzorgingshuizen, somatische verpleeghuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen – loopt de ernst van de gezondheidsproblemen uiteen. In de verzorgingshuizen (voorheen 'bejaardentehuizen') wonen mensen die als gevolg van hun ouderdom of ziekte niet meer zelfstandig kunnen wonen. Veel huisbewoners verhuizen wanneer het regelen van de benodigde zorg en voorzieningen in de thuisomgeving te zwaar wordt, of omdat familie en vrienden en/of de thuiszorg niet (meer) voldoende zorg kunnen bieden. In de verpleeghuizen wonen mensen die intensievere verpleging, verzorging en/of medische behandeling nodig hebben omdat ze kampen met lichamelijke (somatische) of psychische/psychogeriatrische beperkingen. Zij hebben doorgaans een slechtere gezondheid dan de bewoners van de verzorgingshuizen (Den Draak 2010: 9).

In de afgelopen decennia zijn ouderen langer zelfstandig blijven wonen. Het karakter van de huizen is daardoor veranderd; de hulpbehoefte van de bewoners is toegenomen. Daardoor staat niet langer de behandeling centraal, maar is de nadruk op het verblijf komen te liggen (De Klerk 2005; Sanderse en Verweij 2009). Door de opkomst van verpleegunits in verzorgingshuizen is het onderscheid tussen verzorgings- en verpleeghuizen steeds lastiger te maken en bestaan er nu vaak gecombineerde instellingen die zowel verzorgingshuis als verpleeghuis zijn. (Den Draak 2010: 13)

2.1.2 De plaats van christelijke zorginstellingen voor ouderen in de Nederlandse situatie

In Nederland bestaan op dit moment ongeveer 1300 verzorgingshuizen, 300 somatische verpleeghuizen en 400 psychogeriatrische verpleeghuizen (Den Draak 2010: 13). Daarbinnen is ruimte voor 'identiteitsgebonden' zorg. Daarmee bedoelen we die zorg, die gekenmerkt wordt door een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging (Jochemsen 2003: 10). Veel mensen zijn geneigd hierbij onmiddellijk te denken aan religieuze instellingen, maar Jochemsen maakt hier terecht een verbreding. Hij zegt hierover: *"Alle zorg heeft altijd een identiteitsgebonden aspect. Ook algemene instellingen hebben een identiteit."* (Jochemsen 2003: 12)

Vanouds hebben christelijke instellingen hierin wel het primaat. Veel zorginstellingen zijn ontstaan op initiatief van kerken en christelijke organisaties. In de achterliggende decennia is het christelijke karakter van veel

instellingen echter op de achtergrond geraakt, waardoor de oorspronkelijke identiteit geheel of gedeeltelijk verloren ging of onherkenbaar is geworden.

Een klein aantal instellingen wist de identiteit zorgvuldig te bewaren en hanteert die nu als onderscheidend kenmerk van hun organisatie. Zij worden, evenals algemene instellingen, erkend als 'inrichting overeenkomstig artikel 8 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten', en ontvangen op grond daarvan subsidie van de overheid in de vorm van een dekking van de verplegings- en verzorgingskosten uit het AWBZ-budget.

Het aanbod van christelijke instellingen op het gebied van verzorging en verpleging is, wanneer het gaat om absolute aantallen, niet precies bekend. Wel komt uit de *Vraagpeiling christelijke zorg* (TNS NIPO 2004) naar voren dat het aanbod qua identiteit bestaat uit het volgende:

- 57% van de instellingen heeft een protestants-christelijke identiteit
- 35% van de instellingen heeft een gereformeerde of reformatorische identiteit
- 3% van de instellingen heeft een rooms-katholieke identiteit
- 1% van de instellingen heeft een evangelische identiteit en eveneens
- 1% heeft een interkerkelijke identiteit
- 2% van de instellingen heeft een andere / onbekende identiteit

Polder en Van der Wal beschrijven in hun onderzoek *Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte* (2000) dat er in de Gereformeerde gezindte 2 verpleeghuizen zijn, 11 verzorgingshuizen en 5 serviceflats, maar: "Dit is niet het totale aantal. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een protestants-christelijke of hervormde signatuur blijven in dit onderzoek geheel buiten beschouwing." (Polder e.a. 2000: 186). Uitgaande van het aantal van 13 verzorgings-/verpleeghuizen met een gereformeerde/reformatorische identiteit, kan het totale aantal christelijke instellingen grofweg geschat worden op zo'n 36 instellingen in Nederland.

De drie instellingen van Accolade Zorggroep zijn voorbeelden van christelijke zorginstellingen voor ouderen die zich thuis voelen in een gereformeerd verpleeg/verzorgingshuis. Dit zijn 2 gecombineerde verzorgings-/verpleeghuizen, waarbij aanleunwoningen/serviceflats zijn gerealiseerd en 1 verpleeghuis. Uit het jaarverslag 2009 blijkt dat het aantal intramurale cliënten in het verslagjaar 340 bedroeg. Het feitelijke aantal intramurale plaatsen in Accolade Zorggroep-instellingen bedroeg 375 plaatsen (jaarverslag 2009: 6).

2.2 Maatschappelijke ontwikkelingen en de invloed daarvan op de wensen en verwachtingen van ouderen ten aanzien van de te kiezen woon-/zorgvorm

De belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen die invloed uitoefenen op het wens- en verwachtingspatroon van ouderen ten aanzien van de te kiezen woon-/zorgvorm, zijn: de ontwikkeling in de richting van *meer vraaggerichte zorg- en dienstverlening*, de ontwikkeling van *vermaatschappelijking en extramuralisering*, en de ontwikkeling richting *kleinschaligheid*.

2.2.1 Vraagsturing

De ontwikkeling naar meer vraaggerichte zorg- en dienstverlening komt voor het eerst in beeld in de 'Nota 2000' (1986), getiteld '*Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*'. Daarin wordt een vraaggerichte benadering bepleit. Het principe van aanbodgerichte gezondheidszorg wordt daarmee verlaten om vraaggerichte zorg te bewerkstelligen. Pas in 1995 ontstaat er meer duidelijkheid over wat dit principe in de praktijk betekent (Van Bilsen 2002: 16).

Bij het principe van vraaggerichte zorg gaat het erom dat centraal staat wat de patiënt vraagt en dat er een divers en flexibel aanbod wordt gecreëerd overeenkomstig de wens van de patiënt. De zorgvrager bepaalt welke zorg op welke wijze wordt verleend. Dat betekent dat de zorgvrager zijn wensen en behoeften duidelijk en expliciet kenbaar moet kunnen maken (Jochimsen 2003: 5). Jochimsen voegt hieraan toe dat dit voor de zorgaanbieder betekent dat hij zijn zorgaanbod meer klantgericht moet inrichten en daarnaast ook zichtbaar en herkenbaar moet zijn voor (potentiële) cliënten.

Uit een literatuuronderzoek door Hellings e.a. (1999) en onderzoek verricht door Stevens e.a. (2000) blijkt dat er nog vrijwel geen wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de aard en omvang van de zorgbehoefte vanuit cliëntperspectief. Dat maakt het moeilijk om vraaggerichte zorg vorm te kunnen geven en daardoor blijft het grotendeels bij beleidsvoornemens. In de praktijk is er nog veel nodig om vraaggerichte zorg werkelijk vorm te geven zoals de patiënt/cliënt dat wenst.

Accolade Zorggroep heeft in haar beleidsdocumenten aandacht voor deze trend en wil haar zorgaanbod nadrukkelijk vraaggericht vormgeven en aansluiten bij de mogelijkheden die de cliënt heeft. In het onderzoek zal daarom concreet gevraagd worden welke wensen de cliënten hebben ten aanzien van het wonen, de zorg en de vormgeving van de christelijke identiteit daarin.

2.2.2 Vermaatschappelijking en extramuralisering

Extramuralisering houdt in dat mensen 'buiten de muren geholpen worden'. De overheid stuurt erop om steeds meer mensen met beperkingen zolang mogelijk thuis te laten wonen in plaats van in een instelling op te nemen. De zorg en ondersteuning moeten naar de klant toe, in plaats van dat de klant verhuist naar de zorgaanbieder (Sanders 2003: 1). De trend van extramuralisering tekent zich in rap tempo af. Zowel het STAGG-scenario (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg) als het Actiz investeringsplan schetsen een versnelling van het tempo van extramuralisering ten opzichte van het huidige 1,3% per jaar (Beleidsplan Accolade Zorggroep 2009-2011: 10).

De versnelling van het tempo van extramuralisering hangt mede samen met de groei van het aantal ouderen en met de hogere levensverwachting van ouderen. Hier wordt door diverse partijen op ingespeeld. Thuiszorginstellingen zijn geoorloofd om nu ook verzorgings- en verpleeghuiszorg te leveren, zodat een gedwongen verhuizing niet meteen aan de orde hoeft te zijn als de zorgbehoefte toeneemt (Sanders 2003: 3). Voor de instellingen betekent dit, dat zij te maken krijgen met bewoners die over het algemeen zwaardere beperkingen hebben dan de vroegere bewoners (Woittiez e.a. 2009: 18).

Een ontwikkeling die deze trend temeer heeft versterkt, is de invoering van de zorgzwaartepakketten en de daarmee samenhangende terughoudendheid om (zware) zorgindicaties te verlenen. Het zorgzwaartepakket (ZZP) beschrijft het aantal uren en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft in een zorginstelling. De zorgzwaartepakketten zijn bedoeld om de budgets voor zorg en ondersteuning beter te verdelen onder de instellingen die deze zorg en ondersteuning verlenen. In dit systeem krijgen instellingen geen geld voor de beschikbare capaciteit maar voor de geleverde zorg per cliënt. Met een geldige indicatie van het Centrum voor Indicatiestelling worden zorg en verblijf in één van de instellingen vergoed door de AWBZ. Een cliënt kan er ook voor kiezen om de geïndiceerde zorg thuis in te kopen. Zorginstellingen kunnen deze zorg dan extramuraal leveren, maar zoals gezegd mogen ook thuiszorginstellingen sinds enkele jaren deze lichte zorgvormen leveren (Sanders, Aedes-Arcades 2003, 5).

Voor de zorginstellingen betekent dit dat het, gezien de bekostiging van de laag-geïndiceerde cliënten, niet meer rendabel is om deze cliënten in de verzorgingshuizen op te nemen of aan hen intramuraal zorg te verlenen. Sommige zorginstellingen hebben er om die reden voor gekozen cliënten met een lage indicatie te (gaan) weigeren. De zorginstellingen veranderen daarmee steeds meer van verzorgingshuizen naar verpleeghuizen, waar voornamelijk cliënten wonen met zwaardere indicaties. In de instellingen van Accolade Zorggroep woont nu nog wel een aanzienlijke groep laag-geïndiceerde cliënten, maar op den duur zal deze groep steeds vaker extramuraal te vinden zijn.

Dit heeft consequenties voor de wensen en verwachtingen van ouderen ten aanzien van de te kiezen woon-/zorgvorm. In eerste instantie zal nu gekeken worden naar extramurale oplossingen bij zorgvragen. De intramurale zorg komt pas in tweede instantie in beeld en hangt samen met zodanige verslechtering van de gezondheid, dat de periode in het verzorgings- of verpleeghuis naar alle waarschijnlijk korter zal duren. Stevens (2000) plaatst hier wel een kanttekening bij: *"De suggestie wordt vaak gewekt dat alle plannen over vermaatschappelijking en individualisering reeds gerealiseerd beleid is; de initiatieven [...] staan echter pas in de startblokken. Willen de woon- en zorgwensen van ouderen worden verwezenlijkt in de eigen omgeving, dan moeten alle randvoorwaarden goed worden ingevuld en alle maatschappelijke geledingen (bijv. patiëntenorganisaties) erbij worden betrokken."* (Stevens 2000: 131).

2.2.3 Kleinschaligheid

Een derde trend die signaleerd wordt in de zorgverlening is de trend van kleinschaligheid. Het ministerie van VWS stelde hiervoor in 2009 80 miljoen euro beschikbaar. Steeds meer instellingen voor ouderenzorg gaan ermee aan de slag. Kleinschalig wonen werd rond 1981 geïntroduceerd vanuit een nieuwe visie op verpleeghuiszorg, waarin veiligheid, gehechtheid en herkenbaarheid belangrijk zijn. In een onderzoek uitgevoerd tussen 2004 en 2006 vergeleken het Trimbos-instituut en het VU Medisch Centrum kleinschalig wonen met de moderne grootschalige verpleeghuiszorg. Kleinschaligheid bleek enkele voordelen te hebben: bewoners hebben meer om handen, zijn minder hulpbehoevend en genieten meer van de omgeving. Het

onderzoek toonde verder aan dat verzorgenden in kleinschalige woonvormen tevredener zijn en minder burn-outklachten hebben. Met name in de psychogeriatrische zorg blijken kleinschalige woonvormen goed te functioneren.

In 2007 kondigde staatssecretaris Bussemaker van het ministerie van VWS aan meer plaatsen voor kleinschalig wonen te willen laten ontstaan. Ze startte een stimuleringsregeling om het realiseren van kleinschalig wonen te versnellen. Dit met het oog op de toenemende vraag naar zorg voor mensen met dementie, voor wie kleinschalig wonen een goede oplossing blijkt te zijn. Kleinschaligheid bevordert de individuele aandacht en biedt de mogelijkheid om wat wensen en behoeften betreft dichter aan te sluiten bij de thuissituatie.

Accolade Zorggroep heeft met het oog op deze trend in de afgelopen jaren haar organisatie en zorgverlening aangepast. Dit betekent een forse omschakeling van een cultuur van aanbodgerichte, grootschalige en door de overheid gereguleerde zorg naar vraaggerichte, kleinschalige woon-/zorgvoorzieningen.

In De Wijngaard, één van de instellingen van Accolade Zorggroep, zijn met het oog hierop woongroepen gecreëerd met ongeveer acht bewoners die kleinschalig wonen met een gezamenlijke huiskamer. In de woongroep wordt qua dagindeling en inrichting zoveel mogelijk aangesloten bij de behoeften van de bewoners. De inrichting van de woonkamer is bijvoorbeeld een zaak van gezamenlijk overleg tussen de gebruikers (Informatiebrochure De Wijngaard: 5). Ook de verpleegafdelingen in Arendshorst en d' Amandelboom zijn volgens dit kleinschalige principe opgezet.

Bij de nieuwbouw zijn in De Wijngaard ook zes luxe appartementen gebouwd. Deze appartementen zijn onderdeel van een woongroep waar verpleeghuiszorg wordt geleverd op basis van een indicatie.

Het is de grote vraag in hoeverre de bovengenoemde trends invloed hebben op de wensen en verwachtingen ten aanzien van wonen en zorg. Hier is al wat over genoemd, maar de belangrijkste conclusie uit de literatuur is wel dat hier nog weinig over bekend is. Accolade Zorggroep probeert met veranderingen in bouw en indeling van de woonvormen in te spelen op dergelijke trends, maar het is nog niet helder in hoeverre dit aansluit bij de vraag van de (toekomstige) gebruiker.

Dit geldt ook voor bijvoorbeeld het belang dat door de ouderen wordt gehecht aan de (invulling van de) identiteit van Accolade Zorggroep. Vraaggerichte zorg impliceert ook dat een zorgvrager zich hier expliciet over zal moeten uitspreken. We hopen dat dit onderzoek daar meer duidelijkheid over kan verschaffen.

Jochimsen constateert nog een extra complicatie ten aanzien van een christelijke zorginstelling als Accolade Zorggroep in het kader van deze trends: de zorgaanbieder zal zichtbaar en herkenbaar moeten zijn voor zijn (potentiële) cliënten. *“Als in de gemoderniseerde AWBZ de bestaanszekerheid van de toegelaten instellingen niet meer bij voorbaat gegarandeerd blijkt, worden zichtbaarheid en herkenbaarheid van levensbelang.*

Een extra complicatie in dit verband is dat het zorgaanbod van veel instellingen met een gereformeerde identiteit veelal bovenregionaal en/of landelijk is georganiseerd. Daarom liggen de gereformeerde instellingen vaak ook verder bij de zorgvragers vandaan dan hun ‘neutrale’ collega-om-de-hoek en zoeken zij steeds naar wegen en mogelijkheden om hun bekendheid bij hun doelgroep te vergroten.” (Jochimsen 2003: 5).

Het vergt veel energie en kosten om de omslag te maken van het bieden van regionale, grootschalige, aanbodgerichte zorg naar kleinschalige (lokale) vraaggerichte woon-/zorgvormen. Accolade Zorggroep staat in dit opzicht op achterstand ten opzichte van collega-instellingen die al lokaal opereren en in de lokale omgeving herkenbaar en zichtbaar zijn.

De grote vraag die hiermee samenhangt, is tevens: kan Accolade Zorggroep haar identiteit zodanig verzilveren, dat dát een “concurrentievoordeel” zal kunnen zijn ten opzichte van algemene instellingen en als positief onderscheidend kenmerk zal kunnen gaan werken?

Dat is één van de vragen die onder dit onderzoek liggen. Daarom is in het vervolg van dit hoofdstuk meer te lezen over identiteitsgebonden zorg, over (christelijke) identiteit en de wensen en verwachtingen van ouderen ten aanzien van identiteit en de verbinding met de lokale kerken.

2.3 Identiteitsgebonden zorg en de christelijke identiteit van zorginstellingen

Een volgende kwestie die in deze literatuurstudie aan bod zal komen, is de kwestie van identiteitsgebonden zorg. Daarbij staat de vraag centraal: Wat is identiteitsgebonden zorg, en hoe kan specifiek de christelijke identiteit van een zorginstelling worden omschreven?

Zoals genoemd is er in het Nederlandse stelsel van zorgvoorzieningen ruimte voor zorg, die gekenmerkt wordt door een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging. Afhankelijk van de definitie van 'identiteit' en 'overtuiging' kan dit heel breed worden opgevat.

In het kader van de onderzoeksvraag van dit onderzoek, waarin de (vormgeving van de) christelijke identiteit aanzienlijke aandacht krijgt, is het noodzakelijk om te zorgen voor definiëring en afbakening.

2.3.1 Organisatie-identiteit en identiteitsgebonden zorg

J.P.C. Looij verwijst in zijn masterthesis *'Portret van de christelijke organisatie-identiteit'* (2010) naar de theorie van Ashforth (2008) over identiteit en identificatie. Wanneer het over identiteit gaat, onderscheidt Ashforth tussen de identiteit van een individu, zijn identiteit als lid van een collectief, en de identiteit van het collectief.

De identiteit van een individu wordt omschreven als *'persoonlijke identiteit'*, en gedefinieerd als *'a person's unique sense of self'* (Ashforth e.a. 2008: 327). Looij zegt daarover: *'In de moderne, geïndividualiseerde opvatting van identiteit ziet men de bron van de eigen identiteit als diep in de menselijke persoon zelf gelegen'* (Looij: 11). De persoonlijke identiteit is dus iets geheel eigens en individueels.

Ook van organisaties kan worden gesteld dat zij een 'identiteit' hebben. In de literatuur wordt dit vaak aangeduid als *'corporate identity'*. Op zoek naar een definitie van de organisatie-identiteit, komen we de volgende tegen:

- *'het centrale, onderscheidende en duurzame kenmerk van een organisatie'* (Albert en Whetten, 2006)
- *'de geschreven en ongeschreven uitwerking in de praktijk van de grondslag of signatuur'* (Polder en van der Wal, 2000: 25)
- *'dat wat leden van een organisatie zien als centraal voor de organisatie; dat wat de organisatie onderscheidt van andere organisaties en dat wat door de leden van de organisatie als een duurzaam fenomeen wordt gezien waarin verleden en heden met elkaar verbonden zijn'* (Schoemaker, 2003; Albert en Whetten, 2004)

Ook wanneer het dus gaat over organisaties, is 'identiteit' datgene wat de organisatie uniek maakt, de specifieke en onderscheidende karakteristieken van de organisatie.

De drie aspecten die Schoemaker en Albert en Whetten in de laatstgenoemde definitie onderscheiden, zijn nog steeds leidend in de definiëring van de organisatie-identiteit. Looij verwijst daarbij terecht naar de theorie van Hatch en Schultz (2002), die daar nog een vierde aspect aan toevoegen, namelijk 'het imago': *'Hatch en Schultz (2002) zeggen dat, zoals individuen hun identiteit vormen in relatie tot de interne en externe definitie van het zelf, organisaties hun identiteit vormen in relatie tot de cultuur [...] De reputatie is de verzameling van manieren van kijken naar de organisatie door hen in de omgeving van de organisatie [...] Dit is een proces dat constant in beweging is.'* (Looij, 14)

Samengevat kunnen we dus stellen dat de identiteit van een organisatie omschreven kan worden als:

'Datgene wat leden van een organisatie zien als centraal voor de organisatie, dat wat de organisatie onderscheidt van andere organisaties, dat wat door de leden van de organisatie als een duurzaam fenomeen wordt gezien, en wat zich manifesteert in de structuur, processen, zichtbare en niet-zichtbare cultuur en reputatie van de organisatie'.

Wanneer het gaat om identiteitsgebonden zorg, hebben we het over een bepaalde vorm van zorg, die is 'gebonden aan', oftewel: wordt gekenmerkt en bepaald door een welomschreven identiteit. In het verlengde van de bovenstaande definitie van de organisatie-identiteit, kan identiteitsgebonden zorg (wanneer deze wordt geboden als intramurale zorg in een zorginstelling) worden omschreven als:

'Zorg voor cliënten, die wordt bepaald door het centrale, onderscheidende en duurzame kenmerk van de organisatie, dat zich manifesteert in de structuur, processen, zichtbare en niet-zichtbare cultuur en reputatie van de organisatie'.

Opvallend is echter, dat dit lang niet altijd (meer) het geval is. In veel zorginstellingen is de, van oorsprong welomschreven, identiteit in de loop der jaren verwaterd. De ouderen van nu weten de zorginstelling nog wel te herkennen als bijvoorbeeld 'de katholieke', 'de humanistische' of 'de algemene', maar in de praktijk is van respectievelijk het katholieke of humanistische karakter weinig meer zichtbaar. De geboden zorg voldoet dan

nog slechts in beperkte mate aan de bovenstaande definitie. In de reputatie van de zorgorganisatie speelt de identiteit nog een rol, maar uit de structuur, de processen en eventueel de zichtbare en niet-zichtbare cultuur is zij verdwenen als centraal, onderscheidend en duurzaam kenmerk. Veel van deze instellingen vallen officieel dan ook niet meer onder de organisaties die 'identiteitsgebonden zorg' bieden.

2.3.2 Christelijke identiteit van de zorg

Zoals uit dit voorbeeld blijkt, is veel identiteitsgebonden zorg (van oorsprong) levensbeschouwelijk of religieus bepaald. Volgens Looij blijft er in de literatuur 'een zekere onbestemdheid bestaan omtrent het concept 'religieuze organisatie-identiteit' (2010: 19). Slechts enkele kenmerkende aspecten worden daarbij genoemd, zoals kerkelijke binding, geloofsovertuiging en levensbeschouwing. De christelijke identiteit van een zorginstelling kan daarom moeilijk in aansluiting op een bestaande definitie van de levensbeschouwelijke identiteit van een zorginstelling worden omschreven.

Polder en Van der Wal gaan hier dieper op in in hun onderzoek *Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte*. Zij stellen dat de identiteit is verweven met alle onderdelen van de organisatie. Daarbij kan "onderscheid worden gemaakt tussen structuur, proces en cultuur" (Polder en Van der Wal 2000, 33). De christelijke identiteit van de zorginstelling komt dan tot uiting in het feit dat de Bijbelse inhoud en overtuiging de hele organisatiestructuur, het zorgproces en de instellingscultuur doortrekt. Jochemsen schrijft daarover dat het *'niet zo is dat de christelijke identiteit een plus is bovenop de zorg zoals die ook in algemene instellingen wordt gegeven. Alsof de identiteit los zou staan van de overige aspecten van kwaliteit. [...] Identiteit mag dan ook nooit een dekmantel worden voor slechte kwaliteit van zorg bijvoorbeeld in technisch of sociaal opzicht. [...] Omgekeerd mag de identiteit natuurlijk ook niet in gedrang komen door het – op zichzelf terechte – streven naar de beste (technische) kwaliteit. Een niet passende identiteit betekent voor de betreffende zorgvrager een onvoldoende kwaliteit van de zorgverlening'* (Jochemsen, 2003: 12-13).

2.3.3 De christelijke identiteit in de praktijk van de zorg en de vormgeving daarvan door Accolade Zorggroep

De grote vraag bij het bovenstaande is natuurlijk: hoe ziet dit er in de praktijk uit? Hoe wordt het grote verhaal van het evangelie van Christus toegepast op de praktijk van de (ouderen)zorg?

De christelijke identiteit kan het meest helder omschreven worden aan de hand van de praktijk die volgt uit een christelijke mens- en zorgvisie. In het onderstaande worden deze twee visies daarom uitgediept, met speciale aandacht voor de manier waarop Accolade Zorggroep daar vorm aan geeft.

Een christelijke mensvisie in de zorgpraktijk

Kenmerkend voor een christelijke mensvisie is het geloof dat de mens geschapen is door God als uniek wezen. De mens is geschapen naar Gods beeld, waaruit volgt dat hij of zij alleen in relatie tot anderen en zijn omgeving werkelijk tot z'n recht kan komen. Uit de Bijbel wordt ook duidelijk dat de mens uiteindelijk is aangelegd op een relatie met zijn Schepper – zonder dát blijft de mens incompleet. In de Bijbelse visie ligt de opstand tegen God (de zondeval) ten grondslag aan ellende, lijden en uiteindelijk de dood. Deze opstand en hoogmoed is volgens het christelijke mensbeeld diep geworteld in de mens, en maakt dat hij zijn redding niet in eerste instantie bij God zoekt, maar zelf probeert te bewerken.

Een christelijke mensvisie kenmerkt zich door het feit dat er uitzicht wordt geboden uit deze situatie. Niet alleen de negatieve kant komt aan de orde, ook de redding die Christus wil bieden en het uitzicht op nieuw leven dat Hij daardoor schenkt. Uit de Bijbel blijkt dat geloof in Christus Jezus de weg vormt naar een leven ná dit leven, waardoor alles wat nu gebeurt in een ander perspectief komt te staan. De verwachting van herstel, genezing en leven na de dood kleurt de manier waarop in dit leven omgegaan wordt met gebrokenheid en pijn. Daarin is men niet allereerst gericht op het bereiken van het hoogste genot in dit leven, maar is men in staat om pijn te dragen, met uitzicht op een betere toekomst. Ook impliceert dit, dat niet tot in het uiterste geval doorbehandeld hoeft te worden om het leven zo lang mogelijk te rekken. Daarin staat centraal dat God, als Schepper, de regie voert over het leven. Dat sluit bepaalde menselijke ingrepen uit die op gespannen voet staan met Zijn regie over leven en dood (zie ook: Polder en Van der Wal 2000: 36).

Accolade Zorggroep leidt hieruit af dat met ieder mens liefdevol en respectvol omgegaan moet worden. (Beleidsplan 2009-2011, 4). De medewerkers van deze zorggroep willen de bewoners van hun zorginstellingen de liefde geven, die zij zelf tot uitdrukking zien komen in Jezus Christus. Van daaruit wil Accolade Zorggroep zorg en aandacht bieden en aansluiten bij de wensen van de bewoners.

Voor Accolade Zorggroep betekent het feit dat God de regie over het leven voert, dat er voor euthanasie geen plaats is. Met goede palliatieve zorg hoopt ze de vraag daarnaar vóór te zijn of overbodig te maken. Hierover staat in de Woonzorgvisie van Accolade Zorggroep. 4: *“Ieder mensenleven is een geschenk van God, dat mag niet door ons beëindigd worden. Ter verlichting van pijn en lijden mogen bewoners rekenen op zorgvuldige (palliatieve) zorg van onze medewerkers.”* En in de *Informatiebrochure van De Wijngaard* staat op pag. 7 hierover het volgende: *‘Zorgvragers blijven in hun ziekte en afhankelijkheid hun eigen verantwoordelijkheid houden. Die verantwoordelijkheid respecteren wij. Omdat wij het leven als een gave en opgave van God aanvaarden, zijn de intenties van de zorg niet gericht op actieve levensbeëindiging, noch op actieve levensverlenging in het geval van terminale bewoners.’*

Een christelijke zorgvisie in de zorgpraktijk

Wanneer het gaat over een christelijke zorgvisie in de zorgpraktijk, dan blijkt dit de hele zorginstelling en – organisatie te kleuren. In een christelijke zorgvisie staat centraal dat er gewerkt wordt vanuit Bijbelse waarden en normen. In een verzorgings-/verpleeghuis heeft dit onder andere consequenties voor de manier waarop omgegaan wordt met zaken als de zondagsrust (door medewerkers en cliënten), de sfeer, omgangsvormen en relaties, kleding, mediagebruik en privacy. (Polder 2000, 37).

Over de bejegening van cliënten merken Polder en Van der Wal het volgende op: *“Het woordgebruik is altijd correct en de benadering van de patiënt/cliënt zal respectvol en vriendelijk zijn.”* Wat betreft ouderen houdt dit in dat zij *‘waardig tegemoet worden getreden’* en *‘niet neerbuigend worden behandeld’* (Polder 2000, 36).

Bij Accolade Zorggroep wordt dit als volgt praktisch vormgegeven:

Bij de inrichting van de woonomgeving is kwaliteit van leven het belangrijkste uitgangspunt. We zorgen ervoor dat de bewoner zoveel mogelijk zichzelf kan zijn. Privacy en persoonlijke inrichting van de eigen kamer staan daarom hoog in het vaandel. Ook de dagbesteding wordt waar mogelijk door de bewoner zelf bepaald. We streven ernaar verveling en eenzaamheid te voorkomen. Daarom worden diverse activiteiten en momenten van onderlinge ontmoeting georganiseerd. Ook ondersteunen we de geloofsbeleving van de bewoner door middel van gesprekken, samenkomsten en geestelijke verzorging.” (Woonzorgvisie Accolade Zorggroep, zie ook: Informatiebrochure De Wijngaard, pag. 4).

En: *“We gaan uit van een Bijbelse visie op de mens als uniek, zelfstandig en waardevol schepsel van God. Wij hebben oog voor het individu en zijn persoonlijke wensen en behoeften. Er wordt gewerkt met een zorgmodel dat de bewoner ziet als een compleet mens met verschillende aspecten. We hebben veel aandacht voor levensvragen en het geestelijk welzijn van de bewoner.”* (Woonzorgvisie Accolade Zorggroep)

Het hier genoemde ‘zorgmodel’ is het Neuman Systems Model dat uitgaat van een mensbeeld waarin vijf variabelen een centrale rol spelen, te weten de fysiologische, de psychologische, de sociaal culturele, de ontwikkelingsbepaalde en de spirituele variabele. Deze laatste heeft in het Neuman Systems Model (NSM) een prominente plaats, waarmee ook op organisatorisch en bestuurlijk niveau is vastgelegd dat zingeving en geloofsbeleving kernbegrippen zijn. De vraag blijft daarbij wel in hoeverre dit model werkelijk de dagelijkse zorgpraktijk beïnvloedt.

In de zorginstellingen van Accolade Zorggroep zijn geestelijk verzorgers werkzaam, zoals in de wet bepaald als vereiste. Deze bezoeken bewoners voor pastorale gesprekken, organiseren weekopeningen en/of –sluitingen, verzorgen kerkdiensten en organiseren (gezamenlijke) Bijbelstudie.

Accolade Zorggroep wil middels deze zaken ruimte geven aan bewoners om vrij hun geloof te beleven en wil daarin de gewenste ondersteuning en facilitering bieden. Het gereformeerde karakter van de instellingen komt tot uiting in bijvoorbeeld bidden en Bijbellezende bij het eten, de mogelijkheid om (andere) kerkdiensten via de huisradio of televisie te volgen, en speciale aandacht voor de christelijke feestdagen. Verder hebben de geestelijk verzorgers een gereformeerd achtergrond.

2.4 Wensen en verwachtingen ten aanzien van de (identiteit van de) zorginstelling

De grote vraag hierbij is natuurlijk in hoeverre de manier waarop de zorg wordt vormgegeven overeenkomt met de verwachtingen en wensen van de cliënten, en in hoeverre zij hun keuze voor een bepaalde instelling door de identiteit van die instelling laten bepalen? Hierover meer in het onderstaande.

2.4.1 Behoeftte aan een zorginstelling met een christelijke identiteit

Allereerst een kijkje in het keuzeprocess voor een verzorgings- of verpleeginstelling. Dit blijkt een ingewikkeld proces te zijn, waarin de christelijke identiteit een rol blijkt te spelen, zoals uit recent onderzoek naar voren is gekomen.

TNS NIPO heeft in 2003 een onderzoek gedaan, getiteld *Vraagpeiling christelijke zorg*. Daaruit blijkt dat 64% van de ondervraagde zorgontvangers in de gereformeerde gezindte voor een christelijke instelling kiest wanneer het gaat om verzorging en verpleging. Uit dit onderzoek blijkt dat respondenten uit de gereformeerde gezindte min of meer dezelfde eisen stellen ten aanzien van zorginstellingen als respondenten uit de controlegroep van 'gemiddelde Nederlanders', maar eerstgenoemden hanteren het christelijke karakter van de zorginstelling als een belangrijke aanvullende eis. Met name wanneer het gaat om de keuze voor een verzorgings- en verpleeginstelling, blijkt de identiteit van doorslaggevend belang. Bij andere vormen van zorg (bv. kraamzorg of thuiszorg) blijkt de kwaliteit en deskundigheid van het personeel van meer doorslaggevend belang te zijn.

Andere factoren die sterk meespelen in de definitieve keuze voor een zorginstelling, zijn de lengte van de wachtlijst en de aanwezigheid van een christelijke instelling in de buurt (Lems, 2004: 4; 8-12; 33).

Polder en Van der Wal hebben berekend dat zorginstellingen, uitgaande van een doelgroep van 710.000 personen in de gereformeerde gezindte², 4,5% van het nationale zorgaanbod kunnen claimen. Zij noemen zelfs een percentage van 93% van personen uit de gereformeerde gezindte die zouden kiezen voor een instelling met een christelijk karakter. Uit dit onderzoek blijkt echter dat veel mensen uit deze doelgroep (80%) ook voor algemene en protestants-christelijke instellingen zouden kiezen, wanneer er geen instelling voor identiteitsgebonden zorg beschikbaar zou zijn in de omgeving. Dit bevestigt dus het beeld dat mensen niet (meer) ten koste van alles kiezen voor christelijke of identiteitsgebonden zorg en dat de beschikbaarheid daarvan - ofwel het tekort daaraan - van invloed is op de keuze van de cliënten (Polder, 2000: 30; Jochimsen 2003, 21).

Uit het onderzoek van Polder en Van der Wal blijkt dat het zorgaanbod dat zich specifiek op de doelgroep van de gereformeerde gezindte richt (de genoemde 4,5%), gemiddeld niet verder komt dan 1% van het totale zorgaanbod in Nederland. Daaruit concluderen zij dat er een 'zorgkloof' bestaat voor identiteitsgebonden zorg van omstreeks 3.5% van het totale zorgaanbod in Nederland (Jochimsen, 2003: 21).

Concluderend kan dus gesteld worden dat mensen binnen de gereformeerde gezindte wel een grote behoefte aan een zorginstelling op een christelijke grondslag aan de dag leggen, maar dat zij niet ten koste van alles daarvoor kiezen. Lengte van de wachtlijst en beschikbaarheid van een identiteitsgebonden instelling in de eigen omgeving zijn belangrijke factoren die de keuze mede bepalen.

Dit beeld zou enigszins genuanceerd kunnen worden vanuit de resultaten van een groot onderzoek van Castle (2003) naar de keuzecriteria van cliënten van een verpleeghuis. Daaruit blijkt dat de belangrijkste doorslaggevende criteria de volgende zijn: *locatie* (1), *kwaliteit* (2) en *prijs* (3). De factor *religieuze aansluiting* staat in dit onderzoek onderaan. In 2007 is dit onderzoek herhaald, en ook in die resultaten staat de factor *religieuze aansluiting* onderaan het lijstje van gehanteerde criteria bij de keuze voor een zorginstelling. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat er in dit onderzoek geen informatie wordt gegeven over de religieuze achtergrond van de respondenten. Het is waarschijnlijk dat de keuzepreferenties van deze groep respondenten meer overeenkomt met die van de groep 'gemiddelde Nederlanders' dan met die van de groep 'gereformeerde gezindte', zoals gehanteerd in de bovengenoemde onderzoeken. Overigens moet hierbij ook worden opgemerkt dat het niet gaat om een Nederlands onderzoek onder een Nederlandse populatie.

Een *Vraagpeiling christelijke zorg*, die in 2004 is uitgevoerd, laat het opvallende resultaat zien dat zorggebruikers die hun zorg kregen van een christelijke instelling meer moeite hebben met het vinden van deze instelling dan zorggebruikers van een algemene instelling (Lems 2004, 21). De respondenten ervaren een

² In dit rapport wordt uitgegaan van de doelgroep 'de gereformeerde gezindte', waartoe gerekend worden de Christelijke Gereformeerde Kerken, de Gereformeerde Kerken, de Gereformeerden Gemeenten in Nederland (binnen en buiten verband), de Gereformeerde Kerken Vrijgemaakt, de Nederlandse Hervormde Kerk (Gereformeerde Bond) en de Oud Gereformeerde Gemeenten in Nederland.

gebrek aan keuze. De onderzoekers concluderen daaruit dat *‘de zorgontvangers waarschijnlijk kijken naar een klein geografisch gebied en dus weinig tot geen keuzemogelijkheden ervaren’* (Lems 2004, 24). Ook in dit onderzoek worden de reisafstand en de wachttijd belangrijke meespelende factoren genoemd, onder andere gebaseerd op het feit dat 46% van de ondervraagde zorgontvangers als reden om voor een algemene instelling te kiezen, noemt dat het *‘dichter in de buurt’* is (Lems 2004, 24).

In ditzelfde onderzoek komt nog een belangrijke factor in beeld, die sterk meespeelt in de keuze voor een zorginstelling, namelijk de bekendheid met de zorginstelling en de mate waarin zorgontvangers daarnaar doorverwezen worden. De huisarts en familie/vrienden blijken in veel gevallen betrokken te worden bij de keuze voor een zorginstelling (Lems 2004, 16). Dit is voor ons onderzoek reden geweest om ook de kinderen te bevragen op de manier waarop men de keuze voor een instelling heeft gemaakt. Daarnaast blijkt dat 12 van de 97 ondervraagde respondenten door de predikant/voorganger, ambtsdrager/oudste is gewezen op het bestaan van de christelijke zorginstelling (Lems 2004, 15).

2.4.2 Wensen en verwachtingen ten aanzien van de vormgeving van de zorg en de identiteit

Over specifieke wensen en verwachtingen ten aanzien van de vormgeving van de zorg kan vanuit de literatuur het een en ander worden genoemd; wanneer het de vormgeving van de identiteit betreft, blijkt hier een lacune te liggen in de informatie die voorhanden is.

Een belangrijke aantekening wanneer het gaat om wensen van ouderen ten aanzien van zorg, is dat de stap naar een verzorgings- of verpleeghuis vaak een ongewenste en onvermijdelijke stap is, waarbij in het bewustzijn vaak meer centraal staat wat men daarvoor moet opgeven dan wat men ervoor terugkrijgt.

Genoemd is al de maatschappelijke trend tot extramuralisering, die blijkens het onderzoek van Aedes-Arcades past bij de behoeften van de ouderen zelf. Zij stellen in hun onderzoek dat *‘de ouderen van vandaag zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen, ook als ze zorg of ondersteuning nodig hebben. Het intramurale verzorgings- en verpleeghuis als instituut voor zorg en verblijf blijkt voor een grote groep cliënten geen aantrekkelijk perspectief’* (Sanders, 2003: 2).

Toch blijken de ouderen wel degelijk uitgesproken wensen en behoeften te hebben wanneer het gaat om de zorg die zij zouden wensen wanneer zij deze onvermijdelijke stap moeten zetten. Een onderzoek van Van Bilsen e.a. (2002), uitgevoerd door de universiteit Maastricht geeft hier meer inzicht in. Samengevat wordt hierover gesteld:

Ouderen wensen een totaalpakket van voorzieningen en diensten op het gebied van gezondheidszorg, wonen, vervoer en welzijn. Belangrijke faciliteiten vinden zij het openbaar en collectief vervoer, maaltijdverstrekking, boodschappen- en klussendiensten. In de directe omgeving van de woning zijn winkels, een kapper, de bank, pedi- en manicure en vervoer zeer gewenst.

Duidelijk wordt dat de invulling van deze wensen ouderen in staat stelt hun behoeften van een ‘hoger niveau’ te realiseren. Het gaat daarbij om universele behoeften zoals de behoefte aan voeding, autonomie, sociale contacten, activiteiten, zelfrespect en veiligheid. (Van Bilsen 2002; 10)

In het onderzoek van Van Bilsen wordt de volgende tabel getoond, waarin de geuite wensen van ouderen op een rij zijn gezet (Van Bilsen, 40):

Wensen van ouderen aangaande het diensten- en voorzieningenpakket van verzorgings- en verpleeghuizen (KBO e.a. 1990, Zorginstellingen regio Westelijke Mijnstreek 1998; LOBB, 1998; Naafs e.a. 1994)

- Aanwezigheid van geestelijke verzorgers
- Slaapkamer gescheiden van woonkamer
- Activiteitenprogramma voor bewoners
- Was- en linnenvoorziening
- Ruimten voor activiteiten en recreatie
- Grote woonruimte mede met het oog op gebruik rollator of rolstoel
- Keuzemogelijkheden ten aanzien van maaltijden
- Aanwezigheid van voldoende verzorgend personeel
- Volledige op de doelgroep afgestemde informatie over zorg- en dienstenaanbod
- Winkel voor dagelijkse boodschappen
- Inspraak bewoners bij huisvestingsbeleid en het organiseren van activiteiten
- Aanwezigheid cliëntenraad

Wensen van ouderen aangaande het diensten- en voorzieningenpakket van verzorgings- en verpleeghuizen
(KBO e.a. 1990, Zorginstellingen regio Westelijke Mijnstreek 1998; LOBB, 1998; Naafs e.a. 1994)

- Logeerkamers voor familie
- Variatie bij bewoners in leeftijd en invaliditeit
- Aandacht voor veiligheid (overdekte gangen, huismeester, alarmering)

Hoewel ouderen het huidige zorgaanbod 'compleet' noemen en geen voorzieningen lijken te missen die niet op de een of andere manier al geboden worden, plaatsen ze wel kanttekeningen. Ouderen zijn kritisch ten aanzien van de wachtlijsten in de gezondheidszorg en bij diensten als maaltijdverstrekking en collectief vervoer. Ze klagen over complexe regelgeving, ingewikkelde procedures en versnipperde informatie, voorlichting en verwijzing. Ook vinden ze dat de inrichtingen van publieke ruimten, het openbaar vervoer en de organisatie van het collectief vervoer te wensen overlaat. Ze noemen de organisatie en kwaliteit van intramurale instellingen over het algemeen onvoldoende afgestemd op de vraag en spreken de wens uit het voorzieningenniveau in en rond de seniorenwoning te verbeteren (naar: Van Bilsen 2002; 10).

Al deze factoren kunnen worden meegenomen in het onderzoek onder onze onderzoeksgroep naar de specifieke wensen en behoeften ten aanzien van de vormgeving van de zorg.

Voor wat betreft de medewerkers is weinig tot geen informatie voorhanden over hun wensen aangaande de vormgeving van de zorg. Onderzoeken hiernaar zijn moeilijk te vinden. Zoals genoemd, geldt hetzelfde voor de wensen en behoeften van cliënten en medewerkers ten aanzien van de vormgeving van de christelijke identiteit. Ook hierover is weinig te vinden. Wel kunnen de cliënten en medewerkers bevraagd worden op hun (subjectieve) beleving van de huidige vormgeving van de identiteit in de zorginstelling, zoals beschreven in paragraaf 2.3.

2.5 Verbinding met de lokale kerken

2.5.1 Oorsprong van de christelijke zorginstellingen

De gereformeerde zorginstellingen van Accolade Zorggroep kennen een unieke oorsprong in de Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt), in de jaren zestig. In het jubileumboek van de Wijngaard staat beschreven dat de *'allereerste stap op weg naar het gereformeerde verpleegtehuis is gezet door ds. J.A. Vink, gereformeerd predikant te Amersfoort-Centrum'*. Dominee Vink zag in het opzetten van een gereformeerd verpleeghuis voor ouderen een taak voor diakenen. De Centrale Diaconale Conferentie is vanaf het begin dan ook sterk betrokken bij het opzetten van het gereformeerde verpleeghuis. Zo hebben de plaatselijke kerken via de diaconieën gezorgd voor een startkapitaal om de lening voor de bouw van het verpleeghuis bij de bank gedaan te krijgen. Vanaf het begin blijven de diaconieën betrokken bij de Gereformeerde Stichting voor Verpleging van Langdurig Zieken, waarin zij een sterke adviserende stem hebben. Soortgelijke verhalen kunnen ook verteld worden voor de beide andere vestigingen van Accolade Zorggroep, d' *Amandelboom* in Bilthoven en *Arendshorst* in Assen.

Als organisatie van gereformeerde hulpverleners in de Nederlandse gezondheidszorg voert Accolade Zorggroep het beleid dat zij alleen cliënten opneemt die bewust voorkeur geven aan het gereformeerde karakter van de behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding (jubileumboek De Wijngaard, 54). In de loop van de decennia is het percentage gereformeerd vrijgemaakte cliënten afgenomen ten gunste van het percentage 'anderen', dat wil zeggen: cliënten vanuit de gereformeerde bond, de gereformeerde kerken synodaal/PKN, de gereformeerde gemeenten, de Nederlands gereformeerde gemeenten, de christelijke gereformeerde kerken en nog enkele andere kerkgenootschappen en zelfs cliënten zonder kerkelijke achtergrond.

Voor wat betreft de medewerkers heeft Accolade Zorggroep lange tijd het beleid gevoerd dat deze allen uit de Gereformeerde Kerken afkomstig moesten zijn. In de *Organisatiegids* staat op pag. 13 het wervingsbeleid schriftelijk vastgelegd: *'...alle medewerkers behoren tot dezelfde kerkelijke groepering en hebben dus als regel dezelfde gedachten over de ethiek van de onderlinge omgang, het zicht op gezondheid en ziekte, het onderling hulpbetoon, de arbeidsmotivatie enz.'* In de jaren negentig werd echter duidelijk dat op deze manier niet alle vacatures vervuld konden worden. Sindsdien is een opener beleid gevoerd en raakten de medewerkers

qua kerkelijke afkomst gemengd. In het wervingsbeleid blijft echter nog altijd sprake van selectie op grond van instemming met de grondslag. De formulering dat medewerkers 'lid zijn van één van de Gereformeerde Kerken' wordt gewijzigd in de voorwaarde dat van medewerkers '*instemming met de statutaire grondslag*', te weten '*Gods Woord, naar de verklaring van de Drie Formulieren van Eenheid*' gevraagd wordt (Jubileumboek De Wijngaard, 101).

In het jaar 2000 gaan drie ouderenzorgvoorzieningen die binnen de context van de Gereformeerde Kerk vrijgemaakt zijn opgericht samen in de fusie-organisatie Accolade Zorggroep. Daarmee worden de drie locaties *De Wijngaard* (Bosch en Duin), *d' Amandelboom* (Bilthoven) en *Arendshorst* (Assen) een middelgrote zorgaanbieder in vooral de ouderenzorg. In alle drie de plaatsen blijft de Gereformeerde Kerk vrijgemaakt betrokken bij het verpleeg- en verzorgingshuis, hoewel de diaconieën meer naar de achtergrond zijn verdwenen met de ontwikkeling naar een professioneel bestuursmodel en een professionele organisatie die werkt volgens AWBZ-normen.

De huidige betrokkenheid van de (plaatselijke) kerkelijke gemeenten bij de zorginstellingen van Accolade Zorggroep bestaat er vooral in dat een groot aantal vrijwilligers voor begeleiding van de activiteiten en het brengen van (pastorale) bezoeken kan worden ingezet. Daarnaast zijn de zorginstellingen en de kerkelijke gemeenten aan elkaar verbonden doordat de bewoners van de instellingen indien mogelijk lid zijn van de plaatselijke kerken, de kerkdiensten aldaar bijwonen, pastorale aandacht krijgen uit de plaatselijke gemeenten en doordat plaatselijke predikanten weekopeningen en –sluitingen verzorgen. Veel van de bewoners van de instellingen laten zich overschrijven naar de kerkelijke gemeente ter plaatse, waardoor de ambtsdragers dáár verantwoordelijk worden voor het (geestelijk) welzijn van deze bewoners van de instellingen. Dit komt naast het werk van de geestelijk verzorger, die officieel in dienst is van de zorginstelling en verantwoordelijk is voor alle bewoners, ongeacht hun kerkelijke achtergrond en binding.

2.6 Specifieke wensen en behoeften van ouderen ten aanzien van spiritualiteit

2.6.1 Een nadere begripsbepaling

Uit recent onderzoek van het Sociaal-Cultureel Planbureau is gebleken dat een derde van de bewoners van somatische verpleeghuizen in het jaar voorafgaand aan de enquête een periode van minstens twee weken angstig of bezorgd is geweest en 29% zich somber of depressief (tabel 5.1) voelde. Ook in de verzorgingshuizen komen deze gevoelens voor, zij het in iets mindere mate. Daar kampt één op de vijf bewoners met sombere gevoelens en is circa een kwart angstig of bezorgd (Uit: Oudere tehuishuwoners, M. den Draak, SCP: Den Haag 2010, pag. 24).

Aan tehuishuwoners is de vraag gesteld in welke mate zij zichzelf een gelukkig mens vinden (deze vraag is niet aan proxis gesteld). Bijna drie van de vijf tehuishuwoners zegt gelukkig te zijn, een kwart is neutraal en 15% voelt zich niet gelukkig of zelfs ongelukkig (tabel 5.2). Bewoners van somatische verpleeghuizen zijn bijna twee keer zo vaak ongelukkig of niet gelukkig als verzorgingshuishuwoners. Zij voelen zich ook vaker minder gelukkig dan toen zij in het tehuis kwamen wonen (60%). Van alle tehuishuwoners is 43% zich minder gelukkig gaan voelen na verhuizing naar het tehuis, terwijl 17% zegt gelukkiger te zijn (Uit: Oudere tehuishuwoners, M. den Draak, SCP: Den Haag 2010, pag. 26).

Op dezelfde wijze is aan tehuishuwoners gevraagd of zij tevreden zijn met het leven dat zij op het moment leiden. Een op de zeven bewoners geeft aan niet tevreden te zijn (tabel 5.3). Weer voelen bewoners van somatische verpleeghuizen zich minder happy; een kwart van hen is ontevreden met het huidige leven. Daar staat tegenover dat de helft van de verpleeghuishuwoners en 71% van de verzorgingshuishuwoners wel tevreden zijn. Een kwart van alle ondervraagde tehuishuwoners is zelfs zeer of buitengewoon tevreden (Uit: Oudere tehuishuwoners, M. den Draak, SCP: Den Haag 2010, pag. 27).

Tegen de achtergrond van deze onderzoeksgegevens kan de stelling verdedigd worden dat veel ouderen met zingevingsvragen worstelen. Dit wordt nog versterkt door het feit dat onze samenleving gedomineerd wordt een sterk op eigen regie en keuzevrijheid gerichte waardenpreferentie. Het leven van mensen die zorgafhankelijk zijn of worden, wordt door een dergelijke waardenpreferentie in diskrediet gebracht. Daardoor

kan het gevoel van zinverlies, dat toch al oploopt door het functieverlies, nog versterkt worden. Immers, moderne mensen lezen de zinvolheid van het leven af aan de persoonlijke autonomie en het kunnen maken van eigen keuzes.

Tegen die achtergrond is het onze verwachting dat de behoefte aan pastorale of spirituele ondersteuning zal toenemen. De toename van deze behoefte staat op zichzelf vermoedelijk los van de specifieke denominatie of levensbeschouwing waartoe mensen zich rekenen, al zullen de wensen naar de invulling ervan wel in hoge mate door de eigen achtergrond worden bepaald. Om die reden noemen wij deze behoefte in dit onderzoek de 'behoefte aan spirituele ondersteuning'.

Om dit begrip iets meer inhoud te geven sluiten wij ons graag aan bij een studie van Van Leeuwen en Cusveller. Zij merken het volgende op over dit begrip: "Het begrip 'spiritualiteit' is in de verpleegkundige literatuur in korte tijd gemeengoed geworden, maar het wordt door veel verschillende auteurs op nogal verschillende wijzen gedefinieerd en gebruikt. [...] Een enkel ding is misschien wel duidelijk, namelijk dat spiritualiteit volgens de meeste auteurs niet samenvalt met godsdienstigheid. Maar wat het dan *meer* is of *anders* dan godsdienstigheid, dat laat zich nog niet zo gemakkelijk omschrijven, laat staan 'operationaliseren' (Uit: 'Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit', R.R. van Leeuwen & B.S. Cusveller, Lindeboom Instituut rapport 12, Ede 2002, pag. 7).

"De verschillende betekenissen van spiritualiteit in de literatuur overlappen voor een deel, maar dus ook voor een deel weer niet. De een spreekt over zingeving, de ander over energie, een derde over religie, een vierde over basisvertrouwen of nog weer iets anders. Het blijkt lastig het begrip op een enkele betekenis vast te pinnen. Veel auteurs gebruiken dan ook omschrijvingen die een aantal van deze items samennemen, bijvoorbeeld religie *en* zingeving. We zouden al met al kunnen zeggen dat het begrip 'spiritualiteit' niet zozeer op een enkelvoudige, eenduidige betekenis wijst, maar eerder op een 'familie' van verwante betekenissen.

Om voor deze literatuurstudie tot een hanteerbare werkwijze te komen, moeten we daarom wellicht ook niet zozeer vragen wat spiritualiteit *is*, maar eerder vragen hoe mensen *functioneren* wanneer we spreken van spiritualiteit. Dat wil zeggen, spiritualiteit is dan niet gelijk aan een bepaalde (bijv. godsdienstige) inhoud of vorm, maar eerder aan een wijze van menselijk functioneren, van doen en denken en zijn, net zoals mensen in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht functioneren." (Uit: 'Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit', R.R. van Leeuwen & B.S. Cusveller, Lindeboom Instituut rapport 12, Ede 2002, pag. 8). Wij stellen vast dat deze opmerkingen van Van Leeuwen en Cusveller goed aansluiten bij de vooronderstellingen van het Neuman Systems Model, zoals dat binnen Accolade Zorggroep wordt toegepast. Op grond van deze overwegingen komen zij tot de volgende werkdefinitie van spiritualiteit:

"Spiritualiteit: Het levensbeschouwelijk en religieus functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren." (Uit: 'Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit', R.R. van Leeuwen & B/S/ Cuveller, Lindeboom Instituut rapport 12, Ede 2002, pag. 13)

Tegen de achtergrond van deze werkdefinitie zijn in de topic-lijsten ook enkele vragen opgenomen over de behoeften en verwachtingen van de cliënten, hun verwanten en de medewerkers op het gebied van *spirituele ondersteuning*.

Hoofdstuk 3 Operationalisering en onderzoekopzet

In dit hoofdstuk zal uiteen worden gezet hoe het onderzoek vorm zal krijgen. Daarbij zal worden teruggegrepen op de theorie, zoals geboden in hoofdstuk 2, om te komen tot operationalisering en definiëring van centrale begrippen. Dit is te lezen in paragraaf 3.1 In paragraaf 3.2 wordt vanuit de deelvragen een opzet gemaakt voor een onderzoeksinstrument, dat zal worden ingezet voor de verschillende doelgroepen die zullen worden geïnterviewd. In paragraaf 3.3 is te zien hoe dit onderzoeksinstrument eruit ziet en hoe dat zal functioneren in de setting van het interview. In paragraaf 3.4 is te lezen hoe het onderzoek verder is opgezet en hoe het praktisch zal verlopen.

3.1 Begrippen en definities

In het vorige hoofdstuk is een aantal centrale begrippen uit deze onderzoekthematiek gedefinieerd en afgebakend. De volgende definities zullen in het vervolg van dit onderzoek worden gehanteerd:

- *Cliënten*: “Ouderen die vanwege lichamelijke of psychische / psychogeriatrische beperkingen niet meer thuis kunnen wonen, een indicatiestelling hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en in het geval van psychogeriatrische zorg (in het verpleeghuis) een BOPZ-verklaring, en die zich thuis voelen bij een gereformeerde identiteit en leefsfeer.”
- *Potentiële cliënten*: “Personen die op termijn vanwege lichamelijke of psychische / psychogeriatrische beperkingen niet meer thuis zullen kunnen wonen en behoren tot de doelgroep van Accolade Zorggroep, te weten personen die zich thuis voelen bij een gereformeerde identiteit en leefsfeer.” [Het gaat hierbij om personen die al eens contact hebben opgenomen met AZ of al op de wachtlijst staan...]
- *Kinderen van (potentiële) cliënten*: “(Schoon)zoon of (schoon)dochter van de (potentiële) cliënt, vaak tevens de contactpersoon bij de zorginstelling.”
- *Medewerkers*: “Een aantal in dienst zijnde personen in de instelling die direct te maken hebben met het wonen, de zorg en het (geestelijk) welzijn van de bewoners.”
- *Potentiële medewerkers*: “Mensen die mogelijk in de toekomst werkzaam kunnen zijn of worden in één van de zorginstellingen, op verschillende niveaus.”
- *Zorginstelling*: “Instelling voor verzorging en verpleging van mensen die vanwege somatische en/of psychische of psychogeriatrische redenen niet meer zelfstandig kunnen wonen.”
- *Organisatie-identiteit*: ‘Datgene wat de leden van een organisatie zien als centraal voor de organisatie, dat wat de organisatie onderscheidt van andere organisaties, dat wat door de leden van de organisatie als een duurzaam fenomeen wordt gezien, en dat zich manifesteert in de structuur, processen, zichtbare en niet-zichtbare cultuur en reputatie van de organisatie’.
- *Identiteitsgebonden zorg*: “Zorg voor cliënten, die wordt bepaald door het centrale, onderscheidende en duurzame kenmerk van de organisatie, dat zich manifesteert in de structuur, processen, zichtbare en niet-zichtbare cultuur en reputatie van de organisatie.”
- *Christelijke organisatie-identiteit*: “Een zodanige organisatie-identiteit dat het evangelie van Jezus Christus leidend is voor de vormgeving van de structuur, het proces, de organisatiecultuur en de reputatie van de organisatie.”
- *Verbinding met de lokale kerken*: “Manier waarop en mate waarin de lokale kerkelijke gemeente of de kerkelijke thuisgemeente van de cliënt betrokken is bij en bekend is met de door de instelling verleende zorg aan de cliënt.”
- *Ondersteuningsbehoefte t.a.v. zingeving en spiritualiteit*: “Mate waarin de cliënt behoefte heeft aan ondersteuning in zijn of haar levensbeschouwelijk en religieus functioneren, waartoe ook de vragen van zingeving en zinervaring behoren.”

3.2 Operationalisering

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep, ten aanzien van zorginstellingen voor christelijke ouderen en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?

De deelvragen van dit onderzoek verschillen per categorie te interviewen respondenten. Daarin zijn de volgende categorieën te onderscheiden:

- Cliënten van de verschillende instellingen (te weten: Arendshorst, d' Amandelboom en De Wijngaard)
- Potentiële cliënten van deze instellingen
- Medewerkers van de verschillende instellingen (te weten: Arendshorst, d' Amandelboom en De Wijngaard)
- Potentiële medewerkers van deze instellingen
- Kinderen van de (potentiële) cliënten van de verschillende instellingen

Voor deze verschillende groepen zijn verschillende deelvragen geformuleerd (zie pag. 10/11).

Samengevat gaat het om de volgende deelvragen:

1. Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?
 - a. Welke rol speelt de beschikbaarheid van woon-/zorgvormen?
 - b. Welke rol speelt de identiteit van de woon-/zorgvorm?
2. Zijn er specifieke wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm?
3. Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?
4. Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?

Uit het literatuuronderzoek zijn veel gegevens naar voren gekomen, op grond waarvan we al bepaalde verwachtingen koesteren ten aanzien van de uitkomst van dit onderzoek. Deze zullen hieronder kort worden weergegeven, met verwijzingen naar het literatuuronderzoek waarvan in het vorige hoofdstuk verslag is gedaan.

Deze gegevens dienen ter aan- en invulling van de deelvragen, om te komen tot een topiclijst die gehanteerd kan worden bij de semigestructureerde interviews. Hoe dit instrument (de topiclijst) er precies uit komt te zien, is te lezen in paragraaf 3.3.

1. *Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling? Welke rol speelt (a) de beschikbaarheid van woon-/zorgvormen en (b) de identiteit van deze woon-/zorgvorm?*
 - Allereerst zij opgemerkt dat de trend en mogelijkheden van extramuralisering, de uitbreiding van het aanbod van thuiszorg etc. ertoe hebben geleid dat ouderen in de afgelopen decennia langer zelfstandig zijn blijven wonen en eerder kiezen voor een woon-/zorgvorm waarbij ze in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en zorg aan huis kunnen inkopen. Een volgende stap is dan de aanleunwoning / serviceflat;
 - De directe aanleiding voor de tehuisopname is doorgaans een gezondheidsreden (SCP 2010, pag. 9). Men kan niet langer zelfstandig wonen en ontvangt een indicatie voor intramurale zorg (en behandeling.);
 - Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat men de identiteit van de zorginstelling zwaar laat meewegen in de keuze voor een bepaalde zorginstelling (verwijzingen?). Dit noemt men zelfs van uiteindelijk doorslaggevend belang in de keuze, terwijl bij vrijwel alle andere zorgvormen de kwaliteit en deskundigheid van het personeel als doorslaggevende factor worden genoemd. Uiteraard speelt dit laatste ook een rol van betekenis in het keuzeproces voor een christelijke instelling;

- De beschikbaarheid van (andere) woon-/zorginstellingen (in de buurt);
- De bekendheid met een christelijke instelling als Accolade Zorggroep;
- De eventuele reisafstand;
- De mate waarin zorgvragers doorverwezen worden naar een christelijke instelling door bijvoorbeeld familie, vrienden of kerkelijke ambtsdragers;
- Lengte van de wachtlijst.

2. *Zijn er specifieke wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm?*

Uit de literatuur komt naar voren dat de zorgvragers ten aanzien van o.a. de volgende onderwerpen specifieke wensen zouden kunnen hebben:

- Het aanbod en de beschikbaarheid van diensten en voorzieningen, gekoppeld aan de gezondheidstoestand van de zorgvrager. Dit blijkt in hoge mate te bepalen voor welke woon-/zorgvorm wordt gekozen. Tussen de bewoners van de diverse typen instellingen loopt de ernst van de gezondheidsproblemen uiteen. Mensen in verpleeghuizen hebben over het algemeen veel meer zorg en ondersteuning nodig dan de mensen die in verzorgingshuizen verblijven;
- Woninginrichting (woongroepen versus privacy / (grote) eigen kamer / gescheiden slaapkamer / veiligheid etc.);
- Mogelijkheden tot behandeling, therapie, activiteiten;
- Voorzieningen (was- en linnenvoorziening, maaltijden, winkel, vervoer, logeerkamers etc.);
- Inspraakmogelijkheden (cliëntenraad, mogelijkheid tot meedenken);
- Aanwezigheid van (voldoende) verzorgend personeel;
- Informatievoorziening (t.a.v. zorg- en dienstenaanbod);
- Variatie bij bewoners in leeftijd, invaliditeit, religieuze achtergrond;
- Geografische ligging.

3. *Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?*

Hierbij zou gedacht kunnen worden aan de volgende zaken:

- specifiek-christelijke opvattingen over levensbeëindiging en palliatieve zorg;
- een veilige woonomgeving;
- verzorging / behandeling door christelijke medewerkers;
- bejegening van de patiënt (woordgebruik, liefde, respect, vriendelijkheid);
- houding t.a.v. privacy en geheimhouding van (medische) gegevens;
- facilitering van geloofsbeleving door middel van activiteiten en samenkomsten (bidden en Bijbellesing bij het eten, kerkdiensten op zondag, weekopening en weeksluiting);
- facilitering van geloofsbeleving door christelijke medewerkers (met bewoner bidden, Bijbellesing etc.);
- aandacht voor geestelijk welzijn en levensvragen door medewerkers ('aandacht voor de gehele mens');
- de rol van de geestelijk verzorger;
- een christelijke cultuur / sfeer, gekenmerkt door christelijke normen en waarden. In de literatuur worden bijvoorbeeld genoemd: zondagsrust, omgangsvormen, relaties, kleding, mediagebruik;
- aandacht voor de kerk waartoe de zorgvrager behoort en pastorale ondersteuning vanuit zijn/haar eigen gemeente;
- Imago / reputatie van deze instelling.

4. *Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?*

Uit de literatuur blijkt dat de betrokkenheid van lokale kerken en diaconieën bij de christelijke zorginstellingen in de afgelopen decennia drastisch is verminderd. Op dit moment krijgt de betrokkenheid van lokale kerken en ambtsdragers vorm in onder andere doorverwijzing naar de christelijke zorginstelling en/of pastorale zorg door en de mogelijkheid tot raadpleging van ambtsdragers uit de eigen gemeente

naast dat wat door de interne geestelijk verzorger geboden wordt. Het is de vraag hoe dit er in de praktijk uitziet en welke mogelijkheden men ziet voor betrokkenheid van de kerk.

3.3 *Onderzoeksinstrumenten*

3.3.1 *Half gestructureerd face-to-face interview*

Zoals gezegd, zal in dit onderzoek gewerkt worden met half gestructureerde interviews. Het interview is een passende onderzoeksmethode wanneer men op zoek is naar kennis, houdingen en meningen, zoals in dit onderzoek het geval is. Vanwege de complexiteit van het onderwerp wordt gekozen voor half gestructureerde ofwel semigestructureerde interviews. Daarbij wordt de bevraagde persoon ruimte geboden om zelf onderwerpen in te brengen en zaken te bespreken, die mogelijk van tevoren nog buiten beeld waren. Vanwege het verkennende karakter van dit onderzoek is deze methode hier op zijn plaats. We hopen op deze manier voldoende factoren, beweegredenen, kennis en praktische informatie boven tafel te krijgen die van belang zijn om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

Het gestructureerde gedeelte van het interview wordt zichtbaar in de gestructureerde beginvragen en in de onderwerpenlijst die de onderzoeker zal hanteren. De interviews zullen beginnen met enkele gestructureerde vragen naar persoonlijke gegevens, zoals leeftijd, woonsituatie, gezondheid (alleen bij (potentiële) cliënten), kerkelijke / religieuze achtergrond etc. Vervolgens brengt de interviewer gespreksonderwerpen in, zoals genoteerd op de onderwerpenlijst ('topiclijst'). Deze worden door middel van een open beginvraag en doorvragen uitgediept. De onderzoeker heeft voor deze onderwerpen een logische volgorde vastgesteld. Wel is de onderzoeker vrij, als dat in het gesprek beter uitkomt, de volgorde van de onderwerpen te veranderen. De onderwerpen moeten echter wel allemaal behandeld worden.

De gestructureerde beginvragen hangen af van de informatie die nodig is voor een goede verdere verwerking en analyse van de onderzoeksgegevens. In dit geval zijn de volgende persoonlijke gegevens van belang:

- Wat is uw leeftijd / geboortejaar?
- Hoe lang verblijft / werkt u al in deze zorginstelling?
- Wat was / is voor u de aanleiding voor opname in deze zorginstelling? (alleen bij (potentiële) cliënten)
- Zou u een korte typering kunnen geven van uw gezondheidssituatie? (alleen bij (potentiële) cliënten)
- Zou u een korte typering kunnen geven van uw functie in deze instelling? (alleen bij medewerkers)
- Wat is uw kerkelijke / religieuze achtergrond?

Omdat het gaat om face-to-face interviews, is de sekse bekend. Ook is bekend in welke woongroep en instelling de te interviewen persoon verblijft / werkt. Daarom zal daar niet specifiek naar worden gevraagd.

Voor de doelgroep '(potentiële) cliënten' en '(potentiële) medewerkers' zal gebruik worden gemaakt van deze vorm van onderzoek, namelijk het half gestructureerde face-to-face-interview.

Dit interview zal in totaal maximaal een uur duren. (Potentiële) cliënten zullen worden geïnterviewd in de vertrouwde omgeving van de cliënt zelf. (Potentiële) medewerkers zullen in een neutrale, rustige ruimte worden geïnterviewd. Het interview zal beginnen met een kort kennismakingsgesprekje. Daarbij zal aandacht zijn voor de cliënt / medewerker, hoe die erbij zit, of er mogelijk bijzonderheden zijn die het gesprek kunnen bemoeilijken. Daarnaast zal de interviewer zichzelf kort voorstellen als onderzoeker, verwijzen naar de brief die is gestuurd en nogmaals het doel noemen waarvoor hij / zij gekomen is. Dit impliceert een korte uitleg over de thematiek en het doel van het onderzoek.

Ook zal worden uitgelegd hoe het interview zal verlopen: het interview zal maximaal drie kwartier duren, waarin veel ruimte zal zijn voor de cliënt / medewerker om zijn / haar eigen verhaal te doen. De mensen zullen worden aangemoedigd om alles te noemen wat bij hen opkomt ten aanzien van deze thematiek. Ook zal worden uitgelegd dat de interviewer lichtelijk sturend zal zijn in het gesprek, om de onderwerpen aan bod te laten komen die op het lijstje staan.

Tenslotte zal de interviewer toestemming vragen om het gesprek op te nemen op de voice-recorder, en uitleggen dat daarnaast aantekeningen zullen worden gemaakt van het gesprek. Tevens zal de te interviewen persoon ervan worden verzekerd dat alles wat wordt gezegd, volstrekt vertrouwelijk behandeld zal worden en dat naam en toenaam uit alle documentatie zal verdwijnen en het in het verslag volledig geanonimiseerd zal worden overgenomen.

In het gesprek zal de onderstaande topiclist sturend zijn voor de te behandelen onderwerpen en de manier waarop daarop zal worden doorgevraagd.

Het gesprek zal worden afgesloten met een hartelijk dankwoord voor de openheid, de medewerking en de verschaft informatie, en de te interviewen persoon zal verder een goede tijd worden toegewenst in de instelling. Wenst men verder op de hoogte te blijven van de vorderingen en de uitkomsten van dit onderzoek, dan zal verwezen worden naar contactpersonen in de instelling zelf.

Wanneer de cliënt nog geen toestemming heeft gegeven voor het benaderen van zijn / haar kind, dan moet ter plekke deze toestemming worden gevraagd.

3.3.2 Telefonische interviews

Voor de doelgroep 'kinderen van (potentiële) cliënten' zal gebruik worden gemaakt van het 'half gestructureerde telefonische interview'. De kinderen zullen telefonisch worden benaderd (in plaats van face-to-face) om reden van tijd- en kostenbesparing. Deze kinderen zullen eerst telefonisch worden benaderd om een afspraak te maken, en vervolgens op het afgesproken moment worden teruggebeld. Het telefonische interview zal maximaal een half uur duren.

In het telefoongesprek waarin de afspraak wordt vastgelegd, zal de onderzoeker zichzelf voorstellen, het doel van het onderzoek toelichten en iets vertellen over het contact dat er is geweest met de ouder en de verleende toestemming. Dit impliceert ook een korte uitleg over de thematiek en het doel van het onderzoek.

Wanneer op de afgesproken tijd nogmaals wordt gebeld voor het daadwerkelijke telefonische interview, zal kort worden uitgelegd hoe het interview zal verlopen: het interview zal maximaal een half uur duren, waarin veel ruimte zal zijn voor de te interviewen persoon om zijn / haar eigen verhaal te doen. Ook zal worden uitgelegd dat de interviewer lichtelijk sturend zal zijn in het gesprek, om de onderwerpen aan bod te laten komen die op het lijstje staan.

Tenslotte zal de interviewer toestemming vragen om het gesprek op te nemen op de voice-recorder en volstrekte vertrouwelijke behandeling beloven ten aanzien van alles wat wordt besproken. In het gesprek zal de topiclijst sturend zijn voor de te behandelen onderwerpen en de manier waarop daarop zal worden doorgevraagd.

Het gesprek zal worden afgesloten met een kort dankwoord voor de openheid, de medewerking en de tijd.

3.3.3 Topiclijst

Zoals genoemd, zullen verschillende groepen personen worden geïnterviewd. Daarvoor zijn verschillende deelvragen geformuleerd in hoofdstuk 1 (zie pagina 10/11). Deze deelvragen zijn in paragraaf 3.2 ingevuld vanuit de literatuur, om zo te kunnen komen tot een werkbaar onderzoeksinstrument. Dit instrument zal, zoals gezegd, de vorm krijgen van een topiclijst. Voor de verschillende te interviewen groepen zullen verschillende topiclijsten worden opgesteld. De definitieve topiclijsten zijn te lezen in de bijlagen 2 tot en met 4.

3.4 Populatie en steekproeven

In het onderstaande zal per te onderzoeken populatie worden uitgelegd hoe de te interviewen personen zijn geselecteerd (steekproef) en hoe deze zijn benaderd.

3.4.1 Cliënten

De groep huidige cliënten / bewoners van de zorginstellingen van Accolade Zorggroep vormt één van de belangrijkste doelgroepen van dit onderzoek. Het gaat daarbij om *'ouderen die vanwege lichamelijke of psychische / psychogeriatrische beperkingen niet meer thuis kunnen wonen, een indicatiestelling hebben van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en in het geval van psychogeriatrische zorg een BOPZ-verklaring, en die zich thuis voelen bij een gereformeerde identiteit en leefstijl.'*

Het is belangrijk een zo breed en compleet mogelijk beeld te ontwikkelen van de bewoners van de diverse instellingen. Om het onderzoek behapbaar te houden, is ervoor gekozen om van elke instelling vier cliënten te interviewen. Dit is een klein aantal, maar zou o.i. voldoende moeten zijn om het plaatje compleet te krijgen. In totaal gaat het dus om twaalf cliënten die wij zullen interviewen.

Accolade Zorggroep heeft zich bereid getoond secretariële ondersteuning te bieden in het selecteren en benaderen van deze personen. Aangezien het gaat om een groep personen met een uiteenlopende fysieke en psychische conditie, is het aan Accolade Zorggroep overgelaten om personen te selecteren die nog voldoende aanspreekbaar waren om te worden geïnterviewd. Gevraagd is daarbij om personen te selecteren die woonachtig zijn in verschillende woonvormen, zoals bewoners van het verpleeghuis, bewoners van aanleunwoningen, bewoners van serviceflats etc. Door Accolade Zorggroep zijn twaalf bewoners geselecteerd die voldeden aan deze voorwaarden. Het gevaar van deze benadering is dat Accolade Zorggroep alleen die personen kan selecteren, die één bepaald geluid laten horen, waarmee personen met een kritische houding wellicht buiten beeld blijven. Vanwege het gebrek aan kennis over de bewoners bij de onderzoekers, was dit echter de enig mogelijke werkwijze.

Accolade Zorggroep heeft de interviews ingepland, zodat deze op dezelfde dag geïnterviewd konden worden per instelling. De contactgegevens van de bewoners zijn aan de onderzoekers doorgestuurd, waarop de onderzoeker de bewoners een brief heeft gestuurd om haar komst aan te kondigen op het gewenste tijdstip, en nogmaals het doel van het onderzoek uiteen te zetten.

3.4.2 Potentiële cliënten

Het is bij deze doelgroep de bedoeling dat personen in beeld komen, die nog niet woonachtig zijn in één van de instellingen van Accolade Zorggroep, maar dit wel overwegen of binnen de doelgroep van Accolade Zorggroep vallen. Aan het begin van dit hoofdstuk is deze groep gedefinieerd als: 'personen die op termijn vanwege lichamelijke of psychische / psychogeriatrische beperkingen niet meer thuis zullen kunnen wonen en behoren tot de doelgroep van Accolade Zorggroep, te weten personen die zich thuis voelen bij een gereformeerde identiteit en leefstijl.' De vraag is of dit een ander beeld oplevert dan de bewoners schetsen die al (langer) in één van de zorginstellingen van Accolade Zorggroep wonen.

Bij het begin van het onderzoek is ervoor gekozen om een behapbaar aantal van vijf potentiële cliënten te interviewen. Hiermee hoopt Accolade Zorggroep voldoende zicht te krijgen op de beeldvorming omtrent Accolade Zorggroep en de factoren die meespelen in de keuze voor een bepaalde zorginstelling. Hierbij gaat het uitdrukkelijk om een kwalitatieve verkenning. Voor een compleet beeld zal een uitgebreid kwantitatief demografisch / marktonderzoek gehouden moeten worden naar de mogelijke doelgroepen en hun keuzepreferenties binnen de achterban van Accolade Zorggroep. Dit laatste is dus in dit onderzoek (nog) buiten beeld.

Om op grond van interviews met de genoemde vijf potentiële cliënten het beeld compleet te krijgen, is het nodig om een zo divers mogelijk aantal personen te kiezen uit de brede achterban van Accolade Zorggroep. Momenteel wordt deze achterban voornamelijk gevormd door de Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt), de Christelijke Gereformeerde Kerken en de Nederlands Gereformeerde Kerken. Uit deze kerken komt de meeste toestroom aan bewoners.

Eén van de manieren om in contact te komen met potentiële cliënten, is via de wachtlijsten van Accolade Zorggroep. Hierop staan personen die zich hebben aangemeld voor Accolade Zorggroep, maar nog niet zijn geplaatst. In een aantal gevallen gaan zij alsnog elders wonen, bijvoorbeeld wanneer men elders sneller geplaatst kan worden. Bij deze groep personen is het dus meestal zo dat zij 'meerdere ijzers in het vuur hebben' en rondkijken naar diverse instellingen voor plaatsing. Hieruit blijkt dat het gaat om een groep personen die (recentelijk) actief bezig is (geweest) met het maken van een keuze voor een bepaalde instelling. Dit is interessant met het oog op de onderzoeksvraag. Mede daarom wordt ervoor gekozen om deze wachtlijsten te gebruiken om de potentiële cliënten te selecteren. Hierbij zal worden geprobeerd om zoveel mogelijk variatie te zoeken wat betreft woonplaats en gewenste woonvorm (op de wachtlijst voor verpleeghuiszorg of voor een aanleunwoning of serviceflat).

Ook in dit geval heeft Accolade Zorggroep ondersteuning verleend door het aanleveren van de volgende wachtlijsten:

1. de wachtlijst voor verpleeghuis Arendshorst (d.d. 29-06-2010), waarop 6 personen staan;
2. de wachtlijst voor verzorgingshuis Arendshorst (d.d. juni 2010), waarop 7 personen staan;

3. de wachtlijst voor verpleeghuis d' Amandelboom / De Wijngaard (d.d. 17-06-2010), waarop 4 personen staan;
4. de wachtlijst (actief) voor de service appartementen van Arendshorst (d.d. juni 2010), waarop 31 personen staan;
5. de wachtlijst (passief) voor de service appartementen van Arendshorst (d.d. juni 2010), waarop 96 personen staan.

Voor het selecteren van de personen is gekozen voor het volgende:

Vanwege het grote aantal personen dat op de wachtlijst staat voor *Arendshorst*, en het kleinere aantal personen dat op de wachtlijst staat voor d' Amandelboom / De Wijngaard, zullen van wachtlijst 3 *twee* personen worden geselecteerd. De overige *drie* personen zullen worden geselecteerd uit respectievelijk wachtlijst 1 (verpleeghuis), 2 (verzorgingshuis) en 4 (wachtlijst). Mocht het heel lastig worden om iemand van wachtlijst 4 te selecteren, dan kan in plaats daarvan gekozen worden voor één persoon van wachtlijst 5. De veronderstelling hierbij is dat personen op de passieve wachtlijst (5) nog minder concreet bezig zijn met het keuzeproces voor een instelling en zich, in afwachting van de ontwikkeling in de gezondheidssituatie in de komende jaren, alvast hebben ingeschreven. Dat maakt de personen op wachtlijst 5 voor dit onderzoek minder interessant.

3.4.3 Medewerkers

In Accolade Zorggroep zijn verschillende medewerkers werkzaam in woongroepen. De medewerkers van een woongroep vormen samen het woonzorgteam. De spil van het team is de EVV (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende). In de loop van 2010 is de functie EVV verbreed naar Teamleider wonen. Daarnaast zijn werkzaam: woonbegeleiders en woonondersteuners. Naast deze vaste aanwezigen in de woongroep zijn er artsen, een diëtiste, een muziektherapeut, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen en geestelijk verzorgers. In het vervolg van dit onderzoek zal met 'medewerkers' worden bedoeld op de geïnterviewde personen. Voor de selectie van deze medewerkers gaat de voorkeur uit naar het spreken met mensen van verschillende niveaus in de organisatie, die direct betrokken zijn bij het wonen, de zorg en het welzijn van de bewoners. Het zal daarbij gaan om drie medewerkers per instelling. Daarom is gekozen voor het interviewen van de EVV en een woonbegeleider of -ondersteuner. Met het oog op de focus die ligt op de identiteit van de instelling en de spirituele behoeften van de bewoners, is ook gevraagd om met de geestelijk verzorger dan wel psycholoog te kunnen spreken. In totaal zullen dus negen medewerkers van Accolade Zorggroep worden geïnterviewd.

Accolade Zorggroep heeft deze personen per instelling geselecteerd en de interviews ingepland. Ook in dit geval zal de onderzoeker eerst een brief sturen naar de betreffende persoon, met aankondiging van het tijdstip en de locatie van het interview en korte uitleg van het doel en de thematiek van het onderzoek.

3.4.4 Nieuwe medewerkers

Aanvankelijk was de bedoeling om een groep *potentiële* medewerkers van de instellingen te benaderen. Het bleek echter praktisch niet haalbaar om deze mensen te traceren. Van een eerste mogelijkheid om studenten, personen die nog in een opleidingstraject zitten, te interviewen, hebben we afgezien. Over het algemeen gaat het hier om jongeren op 16/17-jarige leeftijd, die voor hun stage- of leertraject een voorlopige en dikwijls nogal intuïtieve keuze maken. Liever wilden we mensen interviewen die een bewuste keuze maken voor het werken in de instellingen van Accolade. Daarom is overwogen personen te benaderen die solliciteren op de vacatures teamleider of andere leidinggevende functies, waarvoor er in de periode van ons onderzoek een aantal vacatures beschikbaar waren. Maar ook van deze optie is afgezien, omdat het vrijwel onmogelijk lijkt om mensen die mogelijk zijn of worden afgewezen voor een sollicitatie te ondervragen op hun motivatie op die baan te solliciteren. Als alternatief is uiteindelijk gekozen voor het interviewen van medewerkers die nog maar kort, maximaal 4 maanden, werkzaam waren bij een instelling van Accolade Zorggroep, omdat kan worden aangenomen dat zij nog goed hun oorspronkelijk motivatie van hun keuze voor de betreffende instelling zullen kunnen weergeven. Deze groep 'nieuwe medewerkers' bestaat uit vijf personen.

3.4.5 Kinderen van cliënten

De kinderen van cliënten zullen apart telefonisch geïnterviewd worden, omdat zij veelal een grote rol hebben gespeeld in het maken van de keuze voor een bepaalde zorginstelling. Accolade Zorggroep heeft de gegevens van kinderen van cliënten, omdat zij vaak als de directe contactpersoon in de familie optreden.

Accolade Zorggroep heeft deze contactgegevens doorgegeven aan de onderzoeker, zodat deze, nadat toestemming was verkregen van de bewoner, telefonisch contact kon opnemen met de betrokken (schoon)zoon of –dochter. Daarbij is een aselechte keuze gemaakt uit de 12 door Accolade Zorggroep doorgegeven kinderen / contactpersonen, van wie er 5 zijn geïnterviewd.

3.4.6 Kinderen van potentiële cliënten

Voor de categorie 'kinderen van potentiële cliënten' is een vergelijkbare aanpak gekozen. Aan alle potentiële cliënten die zijn geïnterviewd is de vraag gesteld of zij er bezwaar tegen hadden als wij ook met hun kinderen / contactpersonen contact zouden opnemen. Vervolgens hebben wij hen telefonisch benaderd en bij 6 van hen een interview kunnen houden.

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden weergegeven uit het gehouden onderzoek.

Deze resultaten zijn gebaseerd op 41 interviews die zijn afgenomen in de periode juni t/m oktober 2011. Er zijn face-to-face interviews gehouden met 12 cliënten, 5 potentiële cliënten, 8 medewerkers (waaronder de drie pastorale functionarissen) en met 5 potentiële medewerkers. Daarnaast zijn telefonische interviews gehouden met 5 kinderen van cliënten en met 6 kinderen van potentiële cliënten. In het onderstaande zijn de resultaten gerangschikt per onderwerp, waarbij deze verschillende groepen en perspectieven naast elkaar worden gepresenteerd.

4.2 Analyseproces

De gehouden interviews zijn geanalyseerd op de onderwerpen die in dit onderzoek zijn bevraagd. Hiervoor verwijzen wij naar de topiclist die is te vinden in de bijlagen 2 t/m 4. Op basis hiervan is vooraf een lijst met labels samengesteld, die zijn gebruikt om tekstfragmenten te coderen in het computerprogramma Atlas-ti. Het gaat daarbij om deze labels:

1. (Veranderende) rol kerken richting zorginstellingen (ontwikkeling rol kerk);
2. (Veranderende) kijk op zorg vanuit samenleving (ontwikkeling kijk op zorg);
3. (Veranderende) kijk op identiteit (ontwikkeling kijk op identiteit);
4. Keuzefactor identiteit (keuze identiteit);
5. Keuzefactor woon-/zorgvorm (keuze woon-/zorgvorm);
6. Keuzefactor nabijheid (keuze nabijheid);
7. Keuzefactor anders (keuze anders);
8. Wensen over woon-/zorgvorm, incl. klein-/grootschaligheid (wensen woon-/zorgvorm);
9. Ervaring van respondent / mening over vormgeving identiteit (vormgeving identiteit);
10. Ervaring van respondent / mening over betrokkenheid lokale kerk (vormgeving rol kerk);
11. Betrokkenheid kinderen bij keuze zorginstelling (betrokkenheid kind bij keuze);
12. Behoeftes aan pastorale zorg, pastorale vragen (behoefte pastoraat);
13. Vraagsturing (vraagsturing);
14. Vermaatschappelijking / extramuralisering (vermaatschappelijking);
15. Kleinschaligheid en grootschaligheid (schaal);
16. Neuman Systems Model (NSM);
17. Andere of niet specifiek benoemde zorgmodellen (ander zorgmodel).

Tijdens dit labelproces zijn nog twee extra labels toegevoegd, te weten:

18. Personeelstekort en geldgebrek in de zorg;
19. Ervaring respondent met andere instellingen.

4.3 Resultaten

De resultaten worden hieronder beschreven aan de hand van de deelvragen, die samengevat als volgt luiden:

1. Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?
2. Zijn er specifieke wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm?
3. Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?
4. Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?

En als laatste (5.) zal ook aandacht worden besteed aan de antwoorden van de diverse respondenten op de vraag naar hun spirituele behoeften en de aandacht die daaraan wordt besteed door Accolade Zorggroep.

4.3.1 Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn de tekstfragmenten met de labels 4 t/m 7 en 11 geanalyseerd.

In de eerste plaats is van belang op te merken dat de keuze vaak zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Vooral het willen blijven bijhouden van sociale contacten en de band met de kerkelijke gemeenschap spelen, naast het streven naar zelfredzaamheid, een rol. In een heel aantal gevallen werd er door de kinderen van de cliënten op aangedrongen om naar een verzorgings-/verpleeghuis te verhuizen. Opvallend daarbij is dat cliënten en potentiële cliënten in goede psychische gezondheid zelf in belangrijke mate bepalen in welke instelling ze willen gaan wonen. In het geval van (beginnende of gevorderde) dementie bij ouders, hebben de kinderen hierin een grotere rol; in een enkel geval wordt de zorg geregeld buiten medeweten van de betrokken cliënt om.

De belangrijkste factoren die cliënten noemden in hun keuze voor de zorginstelling, waren:

1. De identiteit van de instelling

“Het is een mooi eindje hier vandaan. Dat vonden de kinderen juist niet zo mooi. Die wilden graag dat ik in een bejaardentehuis ging in de buurt. [...] Maar ik zei: “Dit is een christelijk tehuis.” En dat heeft voor mij de doorslag gegeven.”

Veel cliënten geven aan dat de identiteit een belangrijke, zo niet doorslaggevende, factor is geweest in de keuze voor het wonen in deze zorginstelling, ook al waren er alternatieven in de buurt. Kinderen van cliënten beamen dat deze factor van groot belang is geweest in de keuze. Een aantal zegt dat hun vader/moeder daarom “vol overtuiging” de keuze heeft gemaakt, soms zonder zich verder te willen oriënteren. Daarbij wordt ook een aantal keer genoemd dat er andere ouderen uit dezelfde kerkelijke gemeente in de huizen van Accolade wonen, wat voor enige bekendheid en contacten zorgt. Hetzelfde geldt voor de ondervraagde potentiële cliënten. Opvallend is dat ook door deze groep verwezen wordt naar bekenden uit de kerkelijke gemeenschap die daar al wonen:

“Er zitten daar mensen van onze kerk.”

“Hier woont de gemeenschap waar ik zondags ook kom.”

Hierop doorgevraagd blijkt het overigens niet zozeer te gaan over het weer ontmoeten van bekenden of vrienden, als wel om het terugvinden van de bekende gereformeerde sfeer.

Medewerkers noemen dit aspect ook uitgebreid. Voor een aantal is dit een extra reden geweest om te solliciteren. Voor hen ligt het verhaal echter wel iets genuanceerder. Een aantal zegt niet bewust gekozen te hebben voor de gereformeerde c.q. christelijke identiteit. Zij zijn vooral afgekomen op de – voor hen – aansprekende functie-inhoud.

“Als ik in een ander huis mijn werk zou kunnen doen, vanuit de Bijbel, dan zou ik dat ook wel prima vinden.”

Een paar medewerkers geven aan dat ze de identiteit aanvankelijk zelfs juist een minpunt vonden bij hun sollicitatie, bijvoorbeeld omdat ze opzagen tegen een mogelijk te benauwende ‘ons-kent-ons’-cultuur, of omdat ze in een andere instelling gelegenheid hadden om mensen met belangrijke levensvragen met het christelijk geloof in aanraking te brengen.

2. De wachttijd

Een aantal cliënten maakt er melding van dat ze bij de overgang van ziekenhuis naar verpleeghuis snel geplaatst konden worden in een zorginstelling van Accolade Zorggroep. Dit maakte verdere overweging en

oriëntatie op andere instellingen overbodig. De geluiden die verder worden geuit over de wachttijd en de wachtlijsten zijn dubbel. Het 'snel geplaatst kunnen worden' lijkt met name te spelen bij urgente gevallen (overgang ziekenhuis naar verpleeghuis). Bij minder urgente gevallen zijn er klachten over de lange wachttijd.

3. De goede reputatie / het goede imago

Bijzonder opvallend was dat in de diverse interviews naar voren kwam dat de keuze voor het wonen in één van de instellingen van Accolade Zorggroep sterk mee bepaald was door het goede imago en de goede reputatie van de instellingen. Dit werd door alle ondervraagde groepen genoemd:

"D' Amandelboom is echt een begrip en heeft een goede naam."

"De instellingen hebben een heel goede reputatie. Niet alleen wat betreft de christelijke identiteit, maar ook de kwaliteit van de zorg staat goed aangeschreven."

"We hebben er goede verhalen over gehoord."

"Wat meespeelde in de keuze is de goede naam die de Arendshorst heeft. Mijn schoonmoeder had een kennis die ook woonde in de Arendshorst die ze wel eens bezocht en zodoende wist ik al een beetje wat me te wachten stond."

"Het staat heel goed bekend in mijn omgeving. Het staat bekend als heel warm en betrokken."

Veel mensen noemen de mond-op-mond reclame in familie- of kennissenkring. Ook door eigen bezoeken aan bewoners of vrijwilligerswerk in één van de instellingen of kerkelijke betrokkenheid is het beeld positief gekleurd.

Ook medewerkers noemen de goede reputatie van Accolade Zorggroep als één van de factoren die hun keuze mede heeft bepaald. Daarbij baseren zij zich zowel op informatie uit tweede hand als op hun eigen ervaring, in dit laatste geval vaak opgedaan via een stage bij één van de Accolade-instellingen.

4. Nabijheid

Ook de ligging van de zorginstelling (dichtbij huidige/laatste woonplaats of dichtbij kinderen) speelt een rol in de keuze voor de zorginstelling. Uit dit onderzoek blijkt echter, dat dit geen doorslaggevende rol speelt. De gesproken cliënten geven aan dat de afstand geen doorslaggevende factor was in de afweging. Een factor als 'identiteit' weegt voor hen zwaarder. Daarbij moet wel worden aangetekend dat een deel van de cliënten al dicht in de buurt woonde van de zorginstelling. Hetzelfde geldt voor de potentiële cliënten. De meeste cliënten die zijn geïnterviewd, woonden deels al in de buurt of hadden kinderen in de buurt van één van de instellingen wonen. Dat maakt de afweging op dit punt geen lastige keuze. In één geval werd duidelijk aangegeven dat de langere reisafstand voor lief werd genomen en dat de identiteit zwaarder meewoog.

De kinderen van (potentiële) cliënten noemen de afstand tot de zorginstelling een belangrijke factor om mee te laten wegen. Voor een aantal is het, evenals bij de cliënten zelf, geen doorslaggevende factor. Anderen geven aan genoemd te hebben om een zorginstelling dichterbij te zoeken, maar dat de ouder(s) dat niet wilde(n).

Ook voor medewerkers speelt de reisafstand een rol. Een aantal geeft aan dat een reisafstand van meer dan een uur naar hun werk bezwaarlijk zou zijn geweest. Voor een aantal speelde de afstand geen rol in de afweging om al of niet te solliciteren, omdat de functie bij Accolade Zorggroep pas in beeld kwam, toen zij zelf dichterbij één van de instellingen kwamen te wonen.

Wat betreft de overige factoren die zijn bevraagd, kan het volgende worden opgemerkt:

De manier waarop het wonen en de zorg worden vormgegeven, blijken minder mee te spelen in de afweging voor het al of niet komen wonen in één van de instellingen van Accolade Zorggroep.

Uit de verhalen van cliënten blijkt, dat zij daar weinig over hebben nagedacht. In een aantal gevallen hing dit samen met de urgentie van de verhuizing en het gebrek aan tijd om verder te oriënteren.

De kinderen van cliënten noemen wel gekeken te hebben naar de grootte van de woningen en tweemaal wordt genoemd dat het prettig is om op een eigen kamer verpleegd te kunnen worden.

Een aantal kinderen van cliënten geeft aan dat het aanbod van diensten en voorzieningen die de instelling biedt, geen rol hebben gespeeld in de keuze voor de instelling. Hetzelfde geldt voor de bestaande en aanwezige therapieën en mogelijke behandelingen in de instelling. Wat betreft de kinderen van potentiële cliënten ziet het plaatje er ongeveer hetzelfde uit.

Medewerkers waarderen de mogelijkheid om in een multidisciplinair team te werken (bv. de samenwerking met logopedist en fysiotherapeut) en de kleinschaligheid van de (psychogeriatrische) afdelingen.

4.3.2 Zijn er specifieke wensen ten aanzien de woon-/zorgvorm?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn de tekstfragmenten met de labels 2, 8 en 13 t/m 15 en 18 geanalyseerd.

Wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm

Cliënten uiten heel verschillende zaken wanneer het aankomt op de vorm van het wonen en de zorg.

Allereerst is er alle lof over de zorg die zij krijgen:

“De zorg is prima. Qua wonen en verzorgen is het hier zeker een 8 of 9.”

“Ik ben erg tevreden met alles. Heel goede zusters en heel goede zorg.”

“Alle lof voor de verzorging.”

Cliënten geven aan wel te merken dat er een tekort aan personeel is. Ze moeten af en toe wachten. Potentiële cliënten en kinderen van (potentiële) cliënten noemen dit aspect niet. Medewerkers vinden dit ook wel een punt van zorg. Het verschilt wel per instelling, en het personeelstekort wordt met name gevoeld op de psychogeriatrische afdeling. Zo is de bezetting per groep op d’ Amandelboom ruimer dan in bijvoorbeeld De Wijngaard.

Daarnaast noemen cliënten de volgende zaken:

- Zij wensen ruime, lichte kamers/appartementen. Op dit punt zijn er met betrekking tot de Arendshorst klachten. Ook vinden cliënten het prettig om gescheiden woon- en slaapkamers te hebben en de privacy van een eigen kamer. Dit is tevens één van de weinige zaken die potentiële cliënten noemen.
- Klachten zijn er over de bereikbaarheid van het huis met het openbaar vervoer. Dit geldt met name voor De Wijngaard.
- De faciliteiten in het huis worden gewaardeerd. Denk daarbij aan het winkeltje, de maaltijdservice, de kapper, de wasserij, de bibliotheek en de aangeboden activiteiten.
- Men vindt het prettig dat de mogelijkheid wordt geboden om van lichtere naar zwaardere zorgvormen te kunnen verhuizen op hetzelfde terrein.

Kinderen van cliënten hebben weinig op- of aanmerkingen op dit punt. Als enige kritiekpunt wordt genoemd dat de zorg een meer stimulerende rol zou mogen aannemen wanneer het gaat om het stimuleren van de zelfredzaamheid van de bewoners:

“Moeder liet zich de zorg welgevallen en ondernam geen actie meer om hier zelf nog iets in te doen. Dat is erg jammer.”

Wensen van medewerkers liggen meer op het terrein van inhoud van de functie en de ruimte om het eigen werk vorm te geven. Ook vinden ze het heel belangrijk dat de zorg zo gefinancierd en bekostigd wordt dat ze voldoende tijd kunnen besteden aan cliënten en in kunnen spelen op persoonlijke wensen.

Medewerkers vinden de kleinschaligheid van de psychogeriatrische groepen prettig, maar men vreest dat dit steeds verder onder druk komt te staan. Ook de activiteitenbegeleiding is verminderd, wat men betreurt.

“Een groep van 8 bewoners is volgens mij wel het maximum. [...] Maar is dat nog wel haalbaar? Bewoners voelen heel goed aan dat ze eerder meer zorg en aandacht kregen dan nu. Ze klagen niet veel, maar je merkt aan hun gedrag dat ze wat onrustiger zijn.”

Vraagsturing

Vanuit de diverse geledingen komt een positief beeld naar voren van de manier waarop momenteel ‘vraaggestuurd’ wordt gewerkt. Eén medewerker geeft als voorbeeld dat mensen bij de zorghandelingen vragend worden benaderd in plaats van eisend:

“Wilt u al uit bed? Wilt u al gewassen worden?”

Dit wordt door bewoners als zeer positief ervaren, waardoor ze hun eigen autonomie en privacy kunnen behouden. Uit bij de vormgeving van de christelijke identiteit wordt uitgegaan van de wensen van de bewoners. Twee sprekende voorbeelden hiervan:

“Bijvoorbeeld welk dagboek lezen we bij het avondeten. Dit wordt in samenspraak met de bewoners besloten.”

“Wat de doorslag geeft is wat de hele groep wil. We proberen democratisch te zijn. Bijvoorbeeld wat betreft televisie kijken op zondag. Dat was eerst geen optie, maar nu met andere achtergronden dan komt er een gesprek over. Omdat er dan wel de christelijke identiteit is, wordt wel gezegd: als er mensen echt bezwaar hebben, dan laten we de televisie uit. Daarvoor zijn we wel een christelijke instelling.”

4.3.3 Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn de labels 3, 9, 16 en 17 geanalyseerd.

Clënten verwachten een bepaalde sfeer. Daarbij noemen ze zowel christelijke gewoonten (bidden, lezen, zingen) als de ‘geestesgesteldheid’ van medewerkers, het bewust en onbewust handelen van medewerkers vanuit hun geloof. Het apart zetten van de zondag wordt belangrijk vinden (zondagse kleren, minder diensten en voorzieningen aangeboden, zingen en kerkdiensten).

“Hier wordt niet gevloekt.”

“Geen dansfeesten en drinkgelagen en dat soort toestanden.”

Over een andere zorginstelling:

“Maar als je daar op zondag de televisie aan ziet staan, met die voetballerij, dat klopt niet.”

Ook niet-gereformeerde bewoners stellen die sfeer op prijs. Een prettige bejegening van de cliënten door het personeel en een goede sfeer worden gekoppeld aan de christelijke identiteit. De concrete geloofsuitingen (lezen, zingen) worden ook door niet-gereformeerde cliënten en hun kinderen in elk geval als onderdeel van die sfeer geaccepteerd. De diverse mogelijkheden voor het volgen van kerkdiensten worden zeer op prijs gesteld en wanneer die niet voldoende functioneren wordt er flink op gemopperd.

Ook van medebewoners verwachten ze dat ze meewerken aan de gewenste sfeer. Dit levert echter ook wel eens teleurstellingen op: ze vinden bijvoorbeeld van anderen dat ze niet christelijk met elkaar omgaan (groepsvorming, onaardige bejegening, elkaar teveel de maat nemen) of krijgen over theologische kwesties onenigheid.

Lang niet elke bewoner is op de hoogte van het medisch-ethische beleid van hun instelling, zolang hun levenseinde nog niet ter sprake is gekomen, houden ze zich daar (liever) niet mee bezig. Een enkeling heeft er wel over nagedacht en heeft bijvoorbeeld een levenswilverklaring (maar niet noodzakelijk via de instelling verkregen). Desgevraagd vinden respondenten het wel vanzelfsprekend dat de instellingen van Accolade Zorggroep geen euthanasie willen toepassen en geven ook aan dat ze die opvatting delen.

Medewerkers vinden dat ze zelf met alle soorten cliënten goed moeten kunnen werken, maar dat het voor de cliënten zelf wel voordelen heeft dat ze in hun woon- en zorgvormen in een vertrouwde omgeving kunnen worden geplaatst. Ze vinden wel dat bij een christelijke identiteit een goede bejegening hoort, inclusief vraaggerichtheid en aandacht voor spirituele vragen van cliënten. Cliënten vinden het wel prettig dat verzorgenden ook met hen een psalm kunnen zingen of lezen, verzorgenden vinden het zelf ook fijn dat ze op die manier hun cliënt extra goed kunnen 'bedienen'.

Er zijn echter ook bewoners die helemaal geen specifieke verwachtingen van de vormgeving van de christelijke identiteit hadden.

Verschillende cliënten gaan in de interviews in op de komst van niet-vrijgemaakte cliënten en bewoners. De meningen hierover lopen uiteen. Sommigen vinden kleine onderlinge verschillen al lastig, anderen vinden het bestaan van verschillende opvattingen naast elkaar prima of zelfs verrijkend. Maar helemaal loslaten van een toelatingseis wordt door niemand geopperd: de huidige sfeer moet wel kunnen blijven bestaan. Een enkele 'andere' bewoner kan daarbij geen kwaad, vinden de meeste respondenten (binnen de beide verzorgingshuizen waar dit vraagstuk aan de orde is), maar die moeten dan wel enigszins 'bij de sfeer passen'. De identiteit van de medewerkers wordt vaker belangrijk gevonden, minimaal de leidinggevenden zouden aan specifieke eisen moeten voldoen (bijvoorbeeld onderschrijving van de drie formulieren).

Wat (potentiële) cliënten en hun kinderen verwachten t.a.v. de identiteit, is:

- De herkenbaarheid van dagelijkse rituelen (bidden, lezen, zingen, zondagse kleding), de mogelijkheid om kerkdiensten te blijven volgen en de aanwezigheid van een ('eigen') predikant;
- Het samenwonen met gelijkgezinden en oude bekenden;
- Christelijke medewerkers (geen vloeken, de mogelijkheid om gesprekken over het geloof te voeren, verantwoorde keuzes muziek en tv-programma's).

Potentiële cliënten verwachten vooral hun leven voort te kunnen zetten in dezelfde stijl als thuis:

"Hij verwacht dat je in het huis kunt leven, zoals je nu thuis ook leeft. Dat je als je met iemand spreekt, spreekt vanuit je overtuiging als christen. Dat je een bepaalde sfeer creëert waarin er ruimte is voor de christelijke identiteit."

Wat (potentiële) medewerkers prettig vinden aan de identiteit, is dat ze voor bewoners een herkenbare, vertrouwde omgeving kunnen bieden, compleet met de opvattingen en dagelijkse gebruiken die hun cliënten gewend zijn en op prijs stellen. Ook werken ze graag volgens normen die passen bij een christelijke opvatting: vriendelijke en respectvolle omgang met cliënten. De omgeving is christelijke medewerkers zelf ook vertrouwd, en voelt daarom veilig aan. Sommige medewerkers geven ook aan het prettig te vinden dat meerdere collega's 'werk en persoon verbinden', m.a.w. dat hun werk niet alleen werk is, maar ook een uiting van christelijke naastenliefde.

Door enkele medewerkers wordt opgemerkt dat 'andersdenkenden' niet zomaar worden geaccepteerd door andere bewoners. Eén medewerker noemt het voorbeeld van een evangelische cliënt die niet aan het avondmaal mocht en daardoor buiten de boot viel, een ander noemt het voorbeeld van een man die met een blikje bier over de gang wandelde, die wordt gewantrouwd. Medewerkers zeggen hard hun best te doen voor de onderlinge acceptatie, maar dat dat niet gemakkelijk gaat.

4.3.4 Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn de labels 1, 10 en 12 geanalyseerd.

Voor cliënten zijn zowel de ‘oude’ thuisgemeente als de gemeente waar het terrein van de instelling onder valt, van belang. Een deel van de bewoners schrijft zich over naar de lokale gemeente in de buurt van de instelling. Een enkeling blijft juist zoveel mogelijk contacten met de ‘oude’ gemeente houden. Is dat niet langer mogelijk, dan wordt dat regelmatig als een gemis ervaren. Cliënten noemen het een grote overgang om vanuit een actieve plek in de gemeente nu meer op afstand te leven. Een aantal cliënten geeft aan daardoor het gevoel te hebben ‘er niet meer echt bij te horen’. De band met de oude gemeente wordt steeds minder, contacten vallen weg, en het kost energie om weer iets nieuws op te bouwen. Dit wordt nog versterkt door het feit dat er regelmatig technische storingen zijn, waardoor het niet altijd mogelijk is om de kerkdiensten op de televisie te volgen.

Cliënten zijn zeer te spreken over de ambtelijke bearbeiding. Ouderlingen, diakenen en de dominees zijn ‘trouw’. Ook wordt de mogelijkheid gewaardeerd om in het huis avondmaal te vieren. Veel cliënten noemen ook de vrijwilligers die actief zijn. Een deel van de cliënten betreurt het dat de vrijwilligers met name in de activiteiten een rol spelen. Wanneer men daar niet aan meedoet, komen ze hen eigenlijk niet tegen. Een aantal cliënten geeft aan meer behoefte te hebben aan een bezoekje van een kerklid. Ze zouden graag contact willen met ‘gewone’ gemeenteleden, die niet alleen uit hoofde van een vrijwilligersfunctie (bezoekbroeder/-zuster) hen bezoeken, maar spontaan.

Over de situatie in d’ Amandelboom en daaraan gekoppeld de kerkelijke gemeente in De Bilt-Bilthoven, zijn de meeste negatieve signalen. Cliënten betreuren het dat er zo weinig jongeren zijn in de gemeente en dat de kerkelijke gemeenschap eigenlijk samenvalt met de bewonersgroep.

“Ik zit hier in een kleine gemeente met alleen maar ouderen. Dat is jammer.”

“Waar ik wel aan moest wennen [...] was dat er zo weinig kinderen in de dienst waren. Dat was wat mij tegenviel.”

Kinderen van cliënten beamen dat de band met de ‘thuisgemeente’ steeds losser wordt wanneer hun vader/moeder in de instelling gaat wonen. Gemeenteleden laten zich steeds minder vaak zien, met name wanneer het op grote afstand is. De situatie is het meest rooskleurig wanneer de cliënten lid kunnen blijven van hun eigen gemeente én deze op niet al te grote afstand van de instelling is. Dan blijven veel kennissen uit de kerk hen bezoeken.

Kinderen van potentiële cliënten verwachten dat hun vader/moeder zich zal overschrijven naar de bijbehorende kerkelijke gemeente, behalve wanneer de oude kerkelijke gemeente dichtbij is. Men verwacht ambtelijke bearbeiding zoals dat in de huidige situatie ook plaatsheeft. Er blijkt enige onduidelijkheid te bestaan over de rol van de geestelijk verzorger. Sommige kinderen van potentiële cliënten gaan er vanuit dat deze de rol van de ambtsdragers uit de (huidige of nieuwe) kerkelijke gemeente overneemt.

Medewerkers maken het meest mee van de betrokkenheid van de kerken bij de bewoners. Zij zien een grote betrokkenheid in het aantal vrijwilligers en de bezoeken door dominees, ouderlingen en kerkleden.

Wel blijkt ook uit de verhalen van de medewerkers dat de verschillen tussen de verschillende instellingen groot zijn. Zoals gezegd, is de situatie rondom d’ Amandelboom moeilijk. De bewonersgroep van de instelling vormt een groot deel van de kerkelijke gemeente De Bilt-Bilthoven. Er is grote betrokkenheid via vrijwilligers, maar het gaat om een kleine vergrijzende groep mensen. Deze situatie wordt op termijn onhoudbaar genoemd.

“Je hebt het wel over een gemeente die dusdanig klein wordt, dat het een beetje op springen staat.”

Ook in Assen gaat het aantal activiteiten en de benodigde vrijwilligers de draagkracht van de kerkelijke gemeente te boven. Men weet dit aardig op te lossen door vrijwilligers in bredere kring te werven (NGK, CGK, GKv). Hierdoor heeft het huis een groot aantal vrijwilligers uit de kerken, die worden aangestuurd door de coördinator welzijn/activiteitenbegeleidster. Opvallend is dat in De Wijngaard minder betrokkenheid wordt gemeld van predikanten en ouderlingen, evenals van vrijwilligers.

“Vanuit vrijgemaakte kerk zie ik hier weinig ouderlingen en ook geen predikant.”

“Kerkelijke vrijwilligers heeft De Wijngaard niet veel.”

Evenals bij d’Amandelboom zijn er nog weinig contacten met andere kerken dan de Gereformeerde Kerk vrijgemaakt. Wel komen ambtsdragers uit andere kerken langs, wanneer leden van deze kerken woonachtig zijn in De Wijngaard (bijvoorbeeld de PKN-predikant). Er lijkt in het geval van De Wijngaard veel aan te komen op de eigen geestelijk verzorger. Eén cliënt merkt hierover zelfs op:

“Het is ook mooi dat De Wijngaard een eigen predikant heeft.”

Hier speelt eenzelfde verwarring omtrent de rol van de geestelijk verzorger en daaraan gekoppeld de rol van de ambtsdragers uit de kerkelijke gemeenten als eerder werd opgemerkt (zie boven bij ‘kinderen van potentiële cliënten...’).

4.3.5 Spirituele behoeften en de aandacht daarvoor bij Accolade Zorggroep

In de interviews is specifiek gevraagd naar vragen en moeiten op het gebied van geloof, zingeving en spiritualiteit. Daarom zal hier als laatste aandacht aan worden besteed, gebaseerd op de analyse van de inhoud van de tekstfragmenten met label 12.

Wat betreft de cliënten is opgevallen dat een groot deel van de cliënten zegt bezig te zijn met het thema ‘levenseinde’, ‘de dood’. Een aantal cliënten kijkt daar positief tegenaan en daarbij overheerst het gevoel van overgave:

“Wat gebeuren moet, gebeurt toch.”

“Ik ben wel meer met de dood bezig. Maar ik ben er niet bang voor.”

Andere cliënten noemen ook het confronterende aspect ervan, bijvoorbeeld wanneer mensen in het huis overlijden of er weer een begrafenis is:

“Ik vind dat moeilijk. [...] Het einde is nabij. En dan moet je eruit zijn.”

Ook het thema ‘verwerking’ werd genoemd. Sommige cliënten gaven aan vooral te focussen op de positieve dingen en niet te willen terugblikken op de negatieve zaken uit het verleden. Andere cliënten zouden daar juist meer begeleiding bij willen. Daarbij werd bijvoorbeeld genoemd het ziekteproces van de partner of de omgang met de kinderen.

Het merendeel van de cliënten bleek het lastig te vinden om specifiek persoonlijke vragen of moeiten op het gebied van het geloof te benoemen. Kenmerkend daarbij waren uitspraken als:

“Ik zit niet zo moeilijk in elkaar.”

“Ik doe er nooit zo moeilijk over.”

“Je moet dragen wat God je geeft, en dat kan ik gelukkig. Ik worstel er niet mee.”

“Ja, je hebt allemaal wel in meer of mindere mate je vragen, maar dat is niet waar je continu mee zit.”

Concrete zorgen die werden geuit, gingen grotendeels over zaken buiten de cliënt om: het (on)geloof van (klein)kinderen, de kerkelijke ontwikkelingen, kerkelijke verdeeldheid.

Over de ambtelijke bearbeiting zijn de geluiden grotendeels positief. De dominee en de ouderlingen zijn trouw en de cliënten weten hen te vinden voor het geval dat nodig is, hoewel de drempel daarvoor vrij hoog is. Door cliënten wordt hierin geen extra rol voor 'het huis' gezien. De geluiden over de aandacht die medewerkers besteden aan spirituele behoeften van cliënten, verschillen.

Kinderen van cliënten geven aan, wanneer wordt gevraagd naar de omgang met zinsgevings- en levensvragen, dat hun vader/moeder daar wel mee bezig is en goede begeleiding hiervoor wordt gewenst/aanbevolen. Dit wordt bevestigd door een aantal kinderen van potentiële cliënten. Zij achten een goede geestelijke begeleiding zeer gewenst gezien de zaken die hun ouder(s) bezighouden. Een aantal kinderen van cliënten is niet op de hoogte van de aanwezigheid van de geestelijk verzorger en bevelen aan dat zo iemand wordt aangesteld. Het belangrijkste thema dat wordt genoemd, is ook hier de (voorbereiding op) het sterven. Door kinderen van potentiële cliënten wordt dit nog aangevuld met de thema's 'angst voor pijn', 'angst om het geloof kwijt te raken', 'de komende ontwikkelingen/wat er staat te gebeuren'. Eén van de kinderen van cliënten geeft aan dat de aandacht en het begrip hiervoor door het personeel zelfs de doorslag heeft gegeven bij de keuze voor dit huis.

Bij potentiële cliënten is minder specifiek doorgevraagd naar thema's waar men mee bezig is. Wel geeft deze groep aan dat begeleiding op dit gebied zeer gewenst is. Men ziet daarin zowel een rol voor de kerkelijke gemeente als voor de geestelijk verzorger in het huis zelf. Ook hoopt men een zodanige band te krijgen met het verzorgend personeel, dat daarin ruimte zal zijn voor geloofsgesprekken.

Het gros van de medewerkers geeft aan aandacht te hebben voor de levensvragen en spiritualiteit van de bewoners. Daarbij gaat het om kleine momenten, een gesprekje tussendoor, tijdens de verzorging.

"Vanochtend toevallig nog een mevrouw, die zei: "Zou jij opzien tegen de dood?" Dus toen vroeg ik: "Ziet u daar dan tegenop?" En dan krijg je best een heel leuk gesprek."

Een enkele medewerker acht zichzelf hiervoor niet geschikt of zou extra coaching/scholing door de psycholoog op dit gebied wenselijk vinden.

"Mensen worstelen op hun eind, als ze zich bewust zijn, of als ze voelen: het gaat niet goed met me. Sommige mensen kunnen zich niet goed uiten, anderen wel. [...] Het zou wel eens fijn zijn om daar meer over te weten, wat je wel en wat je niet moet zeggen."

Bij grotere problemen, vragen of moeite is de geestelijk verzorger de aangewezen persoon en wordt daarnaar doorverwezen. Zo zien verzorgenden voor zichzelf ook een signalerende rol.

Thema's die medewerkers tegenkomen, zijn onder andere:

- De beleving van het ziek-zijn, (opstandigheid tegen) aftakeling
- (Angst voor) het levenseinde, het bewustzijn voor God te moeten verschijnen
- Zondebesef, verkeerde dingen gedaan hebben, schuldgevoel
- Depressiviteit / somberheid (soms verward met beginnende dementie)
- Gemis van partner of kinderen

Meerdere medewerkers typeren de huidige generatie bewoners als 'gesloten'. Ze merken dat mensen niet gemakkelijk praten over deze thema's. De bewoners zijn opgevoed in een mentaliteit van 'aanpakken', 'handen uit de mouwen', 'de dingen moesten geslikt worden zoals ze waren':

"Er is veel acceptatie van de dingen zoals ze komen."

Daarónder herkent men wel de laag van 'het moeilijk vinden', maar dat komt bij deze generatie veel minder sterk naar boven:

"Veel ouderen geven aan: 'Mijn leven is best zwaar', maar ze hebben geleerd dat ze niet mogen klagen."

Daarnaast wordt genoemd dat er ook opvallend veel levenslust is onder de ouderen en de wil om het leven binnen het huis voort te zetten zoals men dat gewend was. Eén medewerker noemt dat ze bezig zijn geweest met het levensverhaal van bewoners, op zoek naar raakvlakken, hobby's, interesses. Dit heeft volgens deze medewerker ook alles te maken met zingeving.

Hoofdstuk 5 Discussie en conclusies

5.1 *Inleiding*

De algemene vraagstelling van dit onderzoek luidde:

Wat zijn anno 2010 de wensen en verwachtingen van (potentiële) cliënten van Accolade Zorggroep en hun kinderen en van de (potentiële) medewerkers van Accolade Zorggroep, ten aanzien van zorginstellingen voor christelijke ouderen en de manier waarop daarin vorm wordt gegeven aan de christelijke identiteit en de verbinding met de lokale kerken?

Daarbij zijn de onderstaande 5 deelvragen leidend geweest:

1. Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?
2. Zijn er specifieke wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm?
3. Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?
4. Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?
5. Welke zingevings-, levens- en geloofsvragen hebben ouderen, en wat is hun behoefte aan ondersteuning daarin?

In de volgende paragrafen wordt een samenvattend antwoord op deze deelvragen gegeven. Voor de uitgebreide resultaten per deelvraag, met daarbij sprekende voorbeelden en citaten, verwijzen wij u naar het vorige hoofdstuk. In het onderstaande wordt ook enkele plaatsen ook de koppeling gemaakt met de literatuur (zie hoofdstuk 2) en worden de resultaten, waar nodig, voorzien van een beoordeling op validiteit en generaliseerbaarheid.

5.2 *Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een zorginstelling?*

Resultaten

Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat vooral de onderstaande drie zaken van belang waren in de keuze voor de instelling (in willekeurige volgorde):

1. Identiteit: zeer belangrijk:
Ondanks alternatieven in de buurt, kiest men toch voor een uitgesproken christelijk/gereformeerde instelling. Men verwacht daar oude bekenden en contacten terug te vinden, evenals de vertrouwde gereformeerde sfeer.
2. Wachtijd: in urgente gevallen bepalend.
In urgente gevallen bleek de korte wachtijd bepalend te zijn voor de keuze voor de zorginstelling. Bij overplaatsing van ziekenhuis naar verpleeghuis ontbrak in dat geval verdere oriëntatie op andere instellingen. In minder urgente gevallen speelt wachtijd soms een negatieve rol; men noemt de wachtijd (erg) lang.
3. Goede reputatie/imago: zeer belangrijk.
Het gaat hier om mond-op-mond reclame in familie- of kennissenkring, bekendheid met de instelling door vrijwilligerswerk of kerkelijke betrokkenheid, of bekendheid met de instelling door stage.

Daarnaast speelde nabijheid een rol in het keuzeproces, met name de kinderen van (potentiële) cliënten waren daarin geïnteresseerd. Voor de cliënten zelf speelde dit vaak geen rol. Of het werd wel overwogen, maar andere dingen wogen zwaarder.

Voor medewerkers speelde daarnaast ook de aansprekende functie-inhoud een grote rol bij de keuze voor de zorginstelling. Medewerkers geven aan niet meer dan een uur te willen reizen voor hun werk. Voor een aantal medewerkers kwam Accolade Zorggroep pas in beeld na verhuizing waardoor men dichterbij één van de instellingen kwam te wonen.

Factoren als 'de vormgeving van het wonen en de zorg', 'het (medisch-ethisch) beleid van de instelling', 'het aanbod van diensten en voorzieningen (intern en in de buurt)', en 'het aanbod van therapieën en behandelingen', zijn een zeer kleine tot geen factor van betekenis in het keuzeproces.

Discussie

Door de opzet van het onderzoek en de selectie van cliënten en met name van potentiële cliënten (via de wachtlijsten), hebben wij in dit onderzoek mensen in beeld gehad, die bekend waren met de instellingen van Accolade Zorggroep en daar een zodanig positief beeld van hadden/hebben, dat zij willen/wilden wonen in één van deze instellingen. Mogelijke potentiële cliënten die onbekend zijn met de instellingen, zijn buiten beeld gebleven. Ook cliënten die wel een instelling van Accolade Zorggroep hebben overwogen maar toch voor een andere instelling hebben gekozen, zijn buiten beeld gebleven. Helaas was een andere werkwijze praktisch onhaalbaar. Dit vertekent echter wel het beeld op het punt van de 'goede reputatie/het goede imago'.

Tegelijk is opvallend dat we vrij veel cliënten en potentiële cliënten hebben gesproken, voor wie de factor 'nabijheid'/'afstand' geen heel grote meespelende factor in het keuzeproces was. In de meeste gevallen was de laatste/huidige woonplaats of de woonplaats van kinderen relatief dichtbij één van de instellingen van Accolade Zorggroep.

Dit roept bij ons het vermoeden op, dat Accolade Zorggroep een bepaalde actieradius heeft, waarbinnen bovenstaande uitkomsten waar zijn. Dit is de actieradius van de instelling, de omliggende plaatsen en de betrokken kerkelijke gemeenten. Daarbinnen bestaat grote betrokkenheid bij en bekendheid met de instelling. Ons vermoeden is dat buiten deze actieradius de bekendheid met de instelling zienderogen afneemt en de keuze om naar één van deze instellingen te verhuizen, mocht dat nodig zijn, veel minder voor de hand ligt. Nader onderzoek onder cliënten die niet voor Accolade hebben gekozen en meer kwantitatieve gegevens over een grote(re) groep cliënten van ouderzorginstellingen, kan hier meer duidelijkheid over verschaffen.

Literatuur

Bovenstaande bevindingen sluiten aan bij de literatuur, waarin wordt gesteld dat 'mensen binnen de gereformeerde gezindte wel een grote behoefte aan een zorginstelling op een christelijke grondslag aan de dag leggen, maar dat zij niet ten koste van alles daarvoor kiezen. Lengte van de wachtlijst en beschikbaarheid van een identiteitsgebonden instelling in de eigen omgeving zijn belangrijke factoren die de keuze mede bepalen.' (pag. 23) Daarop wijst bijvoorbeeld ook het gegeven dat kinderen van (potentiële) cliënten de factor 'nabijheid' sterker laten meewegen en zich ook willen oriënteren op instellingen in de nabije omgeving.

Deze gegevens spreken de uitkomsten van het onderzoek van Castle (2003) tegen, waarin de locatie, kwaliteit en prijs als belangrijkste keuzefactoren worden genoemd.

In dit onderzoek is uitgegaan van een definitie van 'identiteitsgebonden zorg' die als volgt luidt: 'Zorg voor cliënten, die wordt bepaald door het centrale, onderscheidende en duurzame kenmerk van de organisatie, dat zich manifesteert in de structuur, processen, zichtbare en niet-zichtbare cultuur en de reputatie van de organisatie.' Dit onderzoek wijst erop dat (potentiële) cliënten niet zozeer gericht zijn op en geïnteresseerd in de structuur en de (bedrijfs- en beleids)processen van de organisatie, maar veel meer op de zichtbare en niet-zichtbare cultuur ('de sfeer') en de reputatie van de organisatie.

Al met al moet worden vastgesteld dat (potentiële) cliënten zich in hun keuze in belangrijke mate door de identiteit van de instelling laten leiden, maar dat zij dit vooral wegen in termen van sfeer, veiligheid en bekendheid van de omgeving. Identiteit is altijd één van de factoren die meespelen in de keuze, maar gesteld kan nog niet worden dat het de doorslaggevende factor is. De keuze voor een instelling van eigen levensbeschouwelijke signatuur is wel degelijk een bewuste, maar niet een heel erg principiële. Er lijkt sprake te zijn van een verschuiving van een principiële (keuze op basis van structuur, beleid, kerkelijke binding) naar een emotionele (keuze op basis van sfeer, bekendheid, veiligheid) benadering. Het is dus te verwachten dat naar de toekomst toe de identiteit van de instelling een rol zal blijven spelen in het keuzeproces, maar in afnemende mate. Naarmate mensen zich gemakkelijker thuis voelen in een pluriforme samenleving en gewend raken aan diversiteit, zal ook het gevoel van onveiligheid en onbekendheid een steeds minder bedreigende rol gaan spelen.

5.3 Zijn er specifieke wensen ten aanzien van de woon-/zorgvorm?

Resultaten

Over het algemeen zijn cliënten en hun kinderen tevreden over de huidige verzorging. Het personeelstekort wordt wel gevoeld, maar cliënten accepteren dit. Medewerkers hebben hier meer moeite mee en hebben soms het gevoel hun cliënten tekort te doen.

Wensen hebben (potentiële) cliënten met name ten aanzien van de grootte van de (woon)kamer. Deze moet licht en ruim zijn, en het liefst gescheiden van de slaapkamer. Men waardeert de privacy van een eigen kamer. Ook wordt de mogelijkheid gewaardeerd om van een lichtere naar een zwaardere zorgvorm te verhuizen op hetzelfde terrein.

Interne faciliteiten en voorzieningen op loopafstand zijn belangrijk. De interne maaltijdservice, kapper en bijvoorbeeld 'het winkeltje' worden zeer gewaardeerd. Van belang voor het kunnen ontvangen van bezoek acht men een goede OV-bereikbaarheid. Op dit punt scoort De Wijngaard relatief slecht.

Accolade Zorggroep heeft in de afgelopen jaren sterk ingezet op vraaggestuurd werken. Dit begint zijn vruchten af te werpen. Men noemt specifiek de prettige bejegening van medewerkers en geeft hierbij voorbeelden die vallen onder 'vraaggestuurd werken', waarbij medewerkers er blij van geven oog te hebben voor de autonomie van de cliënt.

Discussie

Op het punt van de inrichting zijn er klachten over Arendshorst. Er wordt echter al langer gesproken over verbouwing/nieuwbouw, waar hoge verwachtingen van worden gekoesterd. Om deze reden schrikt de huidige stand van zaken potentiële cliënten (nog) niet/minder af.

Accolade Zorggroep heeft in de afgelopen jaren gewerkt aan het vormgeven van kleinschalige woongroepen. Medewerkers zijn hierover positief. Zij spreken deels namens henzelf, deels ook namens de psychogeriatrische cliënten die hier wonen. Vanwege de lichamelijke en psychische beperkingen konden deze cliënten niet persoonlijk geïnterviewd worden. Medewerkers geven echter wel aan dat zij onrustiger worden wanneer de druk op het personeel (te) hoog is. Momenteel is dat zo in een paar van de instellingen. Ook de activiteitenbegeleiding is verder teruggebracht. Medewerkers zouden graag meer tijd wensen om persoonlijke aandacht te kunnen geven aan de cliënten en meer met hen te ondernemen in plaats van de tijd volledig te vullen met zorghandelingen.

Literatuur

In de literatuur wordt genoemd dat 'ouderen een totaalpakket wensen van voorzieningen en diensten op het gebied van de zorg, het wonen, vervoer en welzijn. [...] Dit stelt ouderen in staat hun behoeften van een 'hoger niveau' te realiseren. Het gaat daarbij om universele behoeften zoals de behoefte aan voeding, autonomie, sociale contacten, activiteiten, zelfrespect en veiligheid.' (pag. 24)

Dit beeld wordt bevestigd door dit onderzoek. Opvallend is bijvoorbeeld het aantal keer dat ouderen aangeven weinig behoefte te hebben aan georganiseerde activiteiten. Tegelijk zijn ze blij dat het aanbod er is. Het feit dat ze kunnen en mogen kiezen – dit heeft alles te maken met vraagsturing en autonomie – spreekt hen aan.

Vanuit de literatuur was weinig informatie voorhanden over de wensen van medewerkers aangaande de vormgeving van de zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat zij vooral een omgeving en vormgeving wensen, waarin zij hun werk kunnen uitvoeren en daarbij een hoge kwaliteit kunnen bieden (zich uitend in voldoende persoonlijke aandacht en rust voor cliënten). Niet hun persoonlijke wensen, maar de wensen van de cliënt staan daarbij voor medewerkers voorop.

5.4 Wat verwacht men van de vormgeving van de identiteit in een christelijke zorginstelling?

Resultaten

Identiteit blijkt te verwijzen naar iets heel concreets (je veilig voelen), maar tegelijk ook ongrijpbaars. Identiteit heeft betrekkelijk weinig te maken met beleid, expliciete visie of officieel gedocumenteerde standpunten en zienswijzen. Identiteit blijkt vooral te maken te hebben met het zoeken naar een 'vertrouwd gevoel'. Dat is ook

voor de kinderen die dikwijls bij de beslissing voor een instelling betrokken zijn en daar niet zelden zelf een behoorlijk belangrijke rol in spelen, de doorslaggevende factor: zal vader en/of moeder zich hier wel thuis gaan voelen?

In de vormgeving van de identiteit verwacht men de christelijke rituelen, de kerkgang, de aanwezigheid van de geestelijk verzorger, christelijke normen en waarden, ontmoeting en gesprekken met geloofsgenoten, en medewerkers die in al die dingen meegaan en er positief tegenover staan. Opvallend is dat deze verwachtingen ook nog wel eens teleurstelling oproepen. De verbreding van de cliëntenpopulatie naar andere kerkgenootschappen vormt soms een probleem. Andersom zijn er mensen uit andere kerkgenootschappen die zich soms enigszins buitengesloten voelen door besloten kerkelijke groepjes.

Het verhaal van cliënten wijkt af van dat van de medewerkers. Ook voor de medewerkers geldt dat zij de identiteit belangrijk vinden, maar zij geven ook aan zich goed te kunnen voorstellen ergens anders te werken. Voor hen is de identiteit van de instelling vooral van belang vanuit het gezichtspunt van de cliënt. Juist doordat de medewerker zich verbonden weet met die identiteit, kan hij/zij beter tegemoet komen aan de wensen van de cliënt. De identiteit is eerder een aangename bijkomstigheid (werkklimaat, goede aansluiting bij collega's en cliënten), dan een principiële factor. Dit betekent niet dat zij de identiteit onbelangrijk vinden; maar zij zoeken de identiteit niet zozeer omwille van zichzelf, maar meer vanuit de gerichtheid op de vraag van de cliënt.

Discussie

Aan visie en beleid wordt door de ondervraagde (potentiële) cliënten en medewerkers weinig expliciete aandacht besteed. Het lijkt erop dat de betrokkenen juist vanwege het feit dat de instelling als christelijk bekend staat ervan uitgaan dat het beleidsmatig en qua medische ethiek wel snor zit. Er wordt nauwelijks over gesproken, wat echter nog niet wil zeggen dat er geen verwachtingen over bestaan of dat cliënten er geen eisen aan zouden stellen.

In hoeverre potentiële cliënten zich thuis gaan/zouden voelen in de huidige vormgeving van de identiteit, is moeilijk te zeggen. In de interviews is de potentiële cliënten geen precieze uitleg gegeven van de huidige gang van zaken en de invulling van geestelijke momenten. Dit om hen de kans te geven hun eigen verwachting zo neutraal mogelijk te formuleren. Dit heeft als keerzijde, dat zij dus niet heel bekend zijn met de dagelijkse gang van zaken en daarop weinig reactie hebben kunnen geven. Onduidelijk is bijvoorbeeld of zij zich thuis voelen bij de huidige liturgische invulling van de interne diensten en week-/maandsluitingen. Anderzijds lijkt de ruimte er wel te zijn om daar t.z.t. een eigen mening over te geven en zijn de geluiden dat daar dan ook iets mee gebeurt, positief.

5.5 Welke rol ziet men voor lokale kerken om betrokken te zijn bij de bewoners van de instelling?

Resultaten

Gevraagd naar de rol van de lokale kerk om betrokken te zijn bij de instelling, verwijst men naar de pastorale bearbeiding door predikant, ouderlingen en diakenen, de inzet van de predikanten in de week- of maandsluiting, de inzet van de vrijwilligers en de mogelijkheid om – zo goed en zo kwaad als dat gaat – de kerkdiensten te volgen. Men is over deze rol aardig tevreden en vindt het moeilijk om hypothetisch na te denken over een eventuele andere rol voor de lokale kerk.

Over het algemeen kan een aantal zaken worden geconcludeerd ten aanzien van de betrokkenheid van de lokale kerken bij de zorginstelling, die verdere doordenking behoeven:

- 1) De overgang van de 'oude' thuisgemeente van de cliënten naar de nieuwe gemeente (resp. Assen-West, De Bilt-Bilthoven of Zeist) blijkt moeizaam. Cliënten raken hun sociale netwerk kwijt en inburgeren in de nieuwe gemeente is lastig wanneer men niet meer regelmatig in de gelegenheid is de kerk(dienst) te bezoeken. Dit geeft het gevoel 'er niet helemaal bij te horen'. Cliënten komen gemeenteleden wel tegen bij activiteiten, wanneer kerkleden daar vrijwilligerswerk doen, maar men mist het informele contact met gemeenteleden. De situatie is het meest rooskleurig wanneer de cliënt lid kan blijven van zijn eigen

- gemeente én deze gemeente op niet al te grote afstand van de instelling is. De cliënt behoudt dan zijn rol in de gemeente.
- 2) Men is over het algemeen positief over de ambtelijke bearbeiding door predikanten en ouderlingen. Wel concluderen wij dat er onduidelijkheid bestaat over de rol van de geestelijk verzorger. In sommige gevallen gaat men er vanuit dat deze de rol van de kerkelijke ambtsdragers volledig overneemt.
 - 3) Voor zowel de Arendshorst als d' Amandelboom wordt melding gemaakt van grote vrijwilligersinzet. Voor beide instellingen moet echter worden geconstateerd dat de draaglast voor één gemeente te groot is. De situatie rondom d' Amandelboom is, mede vanwege de grootte van de gemeente, de vergrijzing van de gemeente en de overlap tussen gemeenteleden en bewonersgroep, onhoudbaar. Wat betreft de Arendshorst weet men dit op te lossen door de draaglast te verdelen over meerdere gemeenten. Hier is zowel de Gereformeerde Kerk vrijgemaakt als de Christelijke Gereformeerde Kerk en de Nederlands Gereformeerde Kerk bij betrokken. In alle drie de kerken worden vrijwilligers geworven.
 - 4) Wat betreft De Wijngaard ligt dit anders. Dit lijkt als een meer 'gesloten circuit' te functioneren. De predikant, ouderlingen en vrijwilligers uit de kerken zijn minder prominent in beeld en de geestelijk verzorger lijkt een grotere rol te spelen.

Discussie

Gevraagd naar de rol voor de lokale kerk om betrokkenheid te tonen bij de zorginstelling, blijkt het voor zowel cliënten als medewerkers erg moeilijk om 'out of the box' te denken. Men noemt daarbij de geijkte zaken die nú in die relatie een rol spelen. Daarmee blijft de gewenste ideale situatie enigszins buiten beeld.

5.6 Welke zingevings-, levens- en geloofsvragen hebben ouderen, en wat is hun behoefte aan ondersteuning daarin?

Resultaten

Gevraagd naar de spirituele behoeften van (potentiële) cliënten, blijken deze wel degelijk aanwezig. (Potentiële) cliënten zelf geven aan met bepaalde thema's te worstelen, waar zij graag met iemand over door zouden praten. Waar (potentiële) cliënten dit zelf nog enigszins bagatelliseren, geven de kinderen van (potentiële) cliënten dit signaal sterker af; zij maken hun ouder(s) van dichterbij mee en zien de noodzaak om hier professionele pastorale begeleiding in te bieden.

Genoemde thema's zijn: het levenseinde/de dood, verwerking van zaken uit het (recente) verleden, het (on)geloof van (klein)kinderen, de kerkelijke ontwikkelingen, kerkelijke verdeeldheid, maar ook angst voor pijn, angst om het geloof kwijt te raken, en angst voor de (nabije) toekomst, de beleving van het ziek-zijn, (opstandigheid tegen) aftakeling, zondebesef/schuldgevoel, depressiviteit/somberheid en het gemis van partner of kinderen.

Daarnaast wordt ook veel levenslust gezien bij de cliënten. Medewerkers stimuleren cliënten tot een zinvolle dagbesteding, en lijken er steeds meer op gericht te zijn om cliënten hun leven in het huis te kunnen laten voortzetten dan op de afronding van dat leven.

Literatuur

Uit de literatuur blijkt dat angstigheid en somberheid/depressiviteit relatief veel voorkomt onder verpleeghuisbewoners. In mindere mate komt dit ook voor onder verzorgingshuisbewoners. Dit zijn ook emoties die uit dit onderzoek naar voren kwamen. Medewerkers lijken hier (te) weinig op gespitst te zijn en in sommige gevallen blijkt somberheid ook te worden verward met beginnende dementie. De psychologe zou hier een grotere rol in kunnen krijgen; dit sluit aan bij de wens van medewerkers naar meer coaching op dit vlak.

Discussie

Cliënten en potentiële cliënten koesteren de verwachting dat de geestelijk verzorger hen ondersteunt op het geestelijk vlak, naast de predikant en de ouderling(en). Het is onduidelijk in hoeverre de geestelijk verzorger in de diverse huizen preventief werkt. Dit is echter wel aanbevelenswaardig, aangezien de drempel als vrij hoog wordt ervaren om zelf naar de geestelijk verzorger toe te stappen en men een proactieve houding van de

geestelijk verzorger zelf verwacht. Het feit dat er mogelijk relatief weinig signalen van geestelijk nood zijn, wil niet zeggen dat deze geestelijke nood er dus ook niet is.

5.7 *Samengevatte conclusies*

Ten aanzien van de vraag naar de behoefte aan identiteitsgebonden zorg doet zich een merkwaardige paradox voor. Enerzijds vormt de factor identiteit een belangrijke factor in het keuzeprocess. Maar anderzijds is het veel meer een factor tussen andere factoren geworden en is er sprake van een zekere nevenschikking tussen factoren. Kan men bijvoorbeeld kiezen voor een minder duidelijk identiteitsgebonden instelling in de buurt of een echte identiteitsgebonden instelling van eigen signatuur ver weg, dan kiest men steeds vaker voor het eerste. Identiteit blijft belangrijk, maar is steeds minder vaak doorslaggevend.

Tegelijk blijkt er een grote kloof te zijn tussen datgene wat cliënten onder de identiteit verstaan en dat wat instellingen ermee bedoelen in hun beleidsdiscussies over identiteit. De instellingen en medewerkers hebben het over de zorgvisie en het zorgbeleid, de 'bewoners' over de sfeer, de gewoontes en de cultuur. Waar de beleidsmakers het vooral over identiteit willen hebben vanuit een toekomstgerichte visie, kijken de cliënten in hun verwachtingen van de identiteit vooral naar het verleden: gaat het in deze instelling om de oude, vertrouwde sfeer, waarin ik mij thuis voel?

In de derde plaats lijken de medewerkers hun eigen binding met de identiteit vooral te bezien vanuit het cliëntperspectief. Zij vinden het leuk bij een instelling te werken waarin zij zich levensbeschouwelijk herkennen, vooral omdat het ertoe leidt dat zij de cliënten precies die zorg en aandacht kunnen bieden die zij zelf op prijs stellen. In die zin lijken zij zich ook met de missie van de organisatie te verbinden. Tegelijk blijkt hun keuze voor de instelling niet in die zin principieel te zijn dat ze niet ook voor een andere organisatie zouden kunnen en willen werken.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Achtergrond van het onderzoek was de beleidsmatige vraag naar de toekomst van identiteitsgebonden ouderenzorg binnen de gereformeerde gezindte.

Uit het onderzoek en de resultaten daarvan leiden wij de volgende beleidsaanbevelingen af:

Aanbeveling 1

Herdefinieer de behoefte aan identiteitsgebonden zorg in de termen van vandaag.

Er zal zonder twijfel nog wel behoefte blijven bestaan aan identiteitsgebonden zorg. Maar het is onze indruk dat de keuze voor deze zorgvorm er vooral één is waarin de betrokkenen kiezen voor een vorm van zorg- en ondersteuning die goed aansluit bij datgene wat in hun ogen vertrouwd en veilig is. Levensbeschouwing en godsdienst maken daar integraal onderdeel van uit, net zozeer als de eigen woonomgeving, de vertrouwdheid met dorp of stad en de netwerken die zich daar bevinden. Dat betekent dat de schaal waarop mensen deze vertrouwdheid zoeken aan het veranderen is. Het gaat niet meer om de identiteit van een organisatie in termen van grondslag en gebondenheid aan bepaalde denominaties, maar veeleer om de vertrouwdheid van een woonvorm, van de samenstelling van een groep van bewoners, om het respect en meeleven dat de medewerkers van die locatie de 'bewoners' kunnen bieden. Te verwachten is dat deze verschuiving in de waardering van identiteitskenmerken zich zal doorzetten. Dat betekent dat steeds minder mensen expliciet op basis van kerkelijke binding voor een voorziening van Accolade Zorggroep zullen kiezen en steeds vaker op basis van een verwachting of inschatting van de te verwachten sfeer. Dat zal betekenen dat vooral op de kenmerken van die sfeer gestuurd moet worden en dat men zich op een steeds breder segment van de markt zal moeten richten dat zich thuis voelt binnen die sfeer.

Aanbeveling 2

Vertaal de vraag naar de identiteit op organisatieniveau vooral in een aantal heldere richtlijnen voor het personeelsbeleid en het beleid op het gebied van zorg.

Zowel cliënten als medewerkers vinden het belangrijk dat er in de selectie van personeel rekening gehouden wordt met de identiteit. Cliënten vinden de selectie van personeel voor de identiteit veel belangrijker dan selectieve toelating van cliënten. Omdat de discussie over identiteit steeds minder een principiële discussie is over de theologische of kerkelijke koers van een organisatie, ontstaat er ruimte om de discussie steeds meer te voeren in termen van de voor de organisatie kenmerkende kernwaarden, die vooral in termen van (zichtbaar en concreet) personeelsbeleid en zorgbeleid geformuleerd moeten worden. Als het gaat om personeelsbeleid zou bijvoorbeeld een duidelijke richtlijn geformuleerd kunnen worden over de mate waarin medewerkers zich moeten herkennen in de zorgvisie en de herkenning van de door de Zorggroep nagestreefde sfeer in de voorzieningen. Op het gebied van het zorgbeleid zou aandacht gegeven kunnen worden aan de vraag op welke wijze de organisatie aandacht voor het pastorale en levensbeschouwelijke aspect van zorg wil borgen en hoe zij ervoor wil zorgen dat mensen zoveel mogelijk in een – ook in levensbeschouwelijke zin – vertrouwde omgeving worden verzorgd en gehuisvest.

Aanbeveling 3

Definieer de vraag naar de identiteit van de organisatie vooral in termen van de vraag naar de 'bondgenoten' die je wilt werven.

Veel organisaties in het middenveld zijn ontstaan uit particulier initiatief. Zij zijn opgericht door mensen met een bepaalde missie, een bepaald ideaal. Zij wilden iets realiseren dat zij van publiek belang achtten. Het 'eigenaarschap' van deze organisaties lag dan ook vaak in de vereniging van mensen die het initiatief genomen hebben om iets aan te pakken in de samenleving. Veel van deze verenigingen hebben later uitvoerende stichtingen in het leven geroepen of zijn zelf tot zo'n stichting omgevormd. De directeurs van deze stichtingen waren aanvankelijk vaak de uitvoerende leidinggevendenden die werkten in opdracht van de verenigingsbesturen

die verkozen werden door de leden. Zij bepaalden het strategische beleid en droegen de stichtingsdirecteur op dit – onder hun toezicht – uit te voeren. Door toenemende professionalisering en verstatelijking is in veel van deze organisaties het *professionale bestuursmodel* ingevoerd. De uitvoerende directeur werd dikwijls een directeur-bestuurder (het Raad van Bestuur-model) en de bestuurders van weleer evolueerden tot toezichthouders (het Raad van Toezicht-model). De verenigingen liepen langzaam maar zeker leeg en verloren hun invloed, terwijl de stichtingen nauwelijks meer verantwoording hoefden af te leggen jegens een achterban. Hun relatie tot de achterban beperkte zich meer en meer tot een donateurs- of ‘vrienden-van’-relatie.

Tegen deze achtergrond is momenteel de vraag actueel wie als de eigenaar mag gelden van dit soort organisaties. Nu de achterban is gemarginaliseerd en het toezicht eigenlijk meer een functie van de organisatie is geworden dan een functie namens de achterban, lijkt de vraag naar het eigenaarschap overbodig te zijn geworden. Als de vraag al gesteld wordt, verwijzen velen naar de toegenomen betekenis van medezeggenschap. Maar daarmee is de vraag niet zonder meer opgelost, omdat de cliënt of de afnemers van diensten zich steeds meer als klanten gaan gedragen, dat wil zeggen als mensen die slechts een contractrelatie aangaan met de betrokken organisaties.

Ongetwijfeld speelt medezeggenschap een belangrijke rol in de beantwoording van de vraag naar het eigenaarschap van middenveldorganisaties, maar zal in toenemende mate de vraag worden welke mensen organisaties weten te mobiliseren om hun maatschappelijke doelstellingen te realiseren. Sinds de invoering van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) wordt er in toenemende mate geïnvesteerd in de zelfredzaamheid van de burger, in onderlinge hulpverlening en in informele zorg. Maatschappelijke organisaties die een historie van grote maatschappelijke betrokkenheid hebben, maar daarna ook een periode van sterke professionalisering hebben doorgemaakt, moeten opnieuw op zoek naar hun bondgenoten. In de genoemde periode van professionalisering zijn het steeds meer de professionals, de medewerkers en de managers geweest die het ‘eigendom’ van de betrokken organisaties hebben overgenomen en die zich in hoge mate onafhankelijk hebben gemaakt van de steun uit de gewone burgerij.

Nu – in een periode waarin de staat zich meer en meer uit het maatschappelijke middenveld lijkt te willen terugtrekken – staan deze organisaties opnieuw voor de uitdaging de gewone burger te mobiliseren. Ooit zelf door deze burgers opgericht, moeten deze organisatie die burgers opnieuw aan zich binden om de publieke taken waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen toereikend te kunnen uitvoeren.

Daarom zal de vraag naar de identiteit van de organisatie steeds meer beantwoord moeten worden in termen van de vraag welke mensen de organisaties willen mobiliseren als bondgenoten in de uitvoering van hun publieke taken. Dat betekent dat het zeer belangrijk is om als organisatie duidelijkheid te hebben over de context waarin zij zich beweegt en wie zich uit die omgeving, samen met haar, wil inzetten voor de realisering van publieke taken. In dit kader is het voor een zorgorganisatie als Accolade Zorggroep uitgesproken belangrijk zich te bezinnen op de vraag met welke (maatschappelijke) partners en partijen zij zich wil verbinden om ook in de toekomst goed voor ouderen te kunnen blijven zorgen.

Aanbeveling 4

Verricht verder onderzoek naar de ‘zingeving behoeft van ouderen’ (zowel in algemene zin als tegen de achtergrond van de onderscheiden denominaties) om juist op dit – voor een christelijke zorginstelling onderscheidende – zorgaspect goede prestaties te kunnen leveren.

Een zorgorganisatie als Accolade Zorggroep profileert zich met de aandacht voor de mens als een eenheid van verschillende functies: het fysische, het psychische, het sociale en het spirituele. Daarbij wordt geloof en wereldbeschouwing dus als een integraal onderdeel van de zorgvraag van cliënten beschouwd. Dit betekent dat een zorgorganisatie als Accolade Zorggroep goed op de hoogte moet zijn van de levens- en zingevingsvragen zoals die bij ouderen spelen.

In toenemende mate lijken ouderen te worstelen met vragen van zingeving. Waar men vroeger de periode van het eigen werkzame leven nauwelijks overleefde (de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar is ingesteld in de tijd dat de gemiddelde leeftijd ongeveer 65 jaar en 9 maanden bedroeg), leven veel ouderen nu nog vele jaren na hun pensionering. De eerste fase van deze periode – de vitale ouderdom – wordt door veel ouderen verwelkomd als een periode van rust en toekomen aan je eigen leven. Mensen laten de drukte van het werk achter zich en kunnen zich aan hun hobby’s of aan reizen gaan wijden. In de periode van de vitale ouderdom behouden de mensen in hoge mate de regie over eigen leven en hebben zij tegenwoordig ook vaak genoeg middelen om een leuk bestaan te leiden. Daardoor wordt vaak op een nogal radicale wijze afscheid genomen van het maatschappelijk actieve bestaan.

Vaak realiseert men zich in deze periode onvoldoende dat deze periode van verminderde maatschappelijke deelname in de erop volgende periode van regieverlies en toenemende hulpbehoefendheid tot vormen van sociaal isolement en ervaring van zinloosheid kan leiden. Veel ouderen hebben last van het feit dat zij een gemarginaliseerd bestaan leiden en weinig sociaal zinvolle rollen meer vervullen of kunnen vervullen. Deze problematiek doet zich in het bijzonder gevoelen in verzorgings- en verpleeghuizen, vanwege de hoge concentratie van mensen in dezelfde levensfase die men daar aantreft.

Dit maakt van het zoeken naar vormen van ondersteuning voor zinvolle levensinvulling één van de belangrijkste uitdagingen voor instellingen van ouderenzorg. Ook daarvoor heeft men de bij de vorige aanbeveling genoemde verbinding met de samenleving hard nodig.

Aanbeveling 5

Verricht verder onderzoek naar woon- en ondersteuningsvormen waarin weer meer sprake is van betrokkenheid van lokale netwerken, bijvoorbeeld vanuit kerken of andere geloofsgemeenschappen.

Waar de verschillende instellingen die onder Accolade Zorggroep ressorteren indertijd met belangrijke betrokkenheid van de kerkelijk diaconie zijn opgezet, is die band met de kerk thans veel losser geworden. Gezien het feit dat er belangrijk maatschappelijke verschuivingen optreden, wordt opnieuw de vraag relevant in hoeverre betrokkenheid van bijvoorbeeld plaatselijk diaconieën tot zorginnovatie zou kunnen leiden op een manier die goed past bij de hedendaagse nadruk op 'eigen regie', netwerkvorming en maatschappelijke ondersteuning.

Literatuur

Gebruikt voor deskresearch:

(Concept) Beleidsplan Accolade Zorggroep 2009-2011.

Informatiebrochure De Wijngaard.

Jaarverslag Accolade Zorggroep 2009.

Jubileumboek 'Het Geschenk', 1970-1995. M. Douma.

Woonzorgvisie Accolade Zorggroep.

Gebruikt voor literatuuronderzoek:

Draak, M. den, *Oudere tehuisbewoners*, SCP: Den Haag 2010.

Jochimsen, H., *Infoboek zorg in de gereformeerde gezindte*, Uitgeverij Groen: Heerenveen 2003.

Vraagpeiling Christelijke Zorg, TNS NIPO, 2004.

Polder, J.J. en Wal, H. van der, *Zicht op zorg in de gereformeerde gezindte*, Oikonomos foundation: Putten 2000.

Bilsen, van e.a., *Welke zorg vragen ouderen?*, Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg: Maastricht 2002.

Hellings e.a., *Aard en omvang van de zorgbehoefte in Limburg: een literatuurstudie*, Universiteit Maastricht: Maastricht 1999.

Sanders, *Over wegen en wensen*, Aedes-Arcades: Utrecht 2003.

Woittiez, I. e.a., *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. SCP: Den Haag 2009.

Ashforth, B.E. e.a., 'Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions', in: *Journal of Management* 34/3 (2008), pag. 325-374.

Verpleegkundig competentieprofiel zorg voor spiritualiteit, R.R. van Leeuwen & B.S. Cusveller, Lindeboom Instituut rapport 12: Ede 2002.

Schoemaker, M., *Metamorfose van werkgemeenschappen*, oratie, gehouden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen 2003.

Albert, S. en Whetten D.A., 'Organizational identity' in: *Organizational Identity. A reader*. New York: Oxford University Press: 2004, pag. 89-117.

Hatch, M.J. en Schultz, M., 'The dynamics of organizational identity', in: *Human Relations*, 55/8 (2002), pag. 989-1018.

Castle, N.G., 'Searching for and Selecting a Nursing Facility', in: *Medical Care Research and Review*, 60/2 (2003), pag. 223-247.

Castle, N.G. e.a., 'The Search and Selection of Assisted Living Facilities by Elders and Family', in: *Medical Care*, 45/8 (2007), pag. 729-738.

Lems, S., *Vraagpeiling christelijke zorg*, Focaris: Amsterdam 2004.

Centrum voor Samenlevingsvraagstukken



**Gereformeerde
Hogeschool**



Accolade Zorggroep