

Op leeftijd en verslaafd, wie zorgt?

Een onderzoek naar passende zorg
voor oudere gebruikers binnen
Domus Amsterdam

Afstudeerscriptie van:
Pieter Dol en Sjors Ouderkerken
Academie Sociale Studies
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Afstudeerbegeleidster CHE
Alie Wiertsema-Wezel
Werkveldbegeleidster Domus
Katia Biemans-Maas

© Christelijke Hogeschool Ede

21 mei 2012

Inhoud

Samenvatting.....	3
Voorwoord	5
Hoofdstuk 1 Inleiding en achtergronden	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 Kennismaking met Domus Amsterdam.....	7
1.2.1 Domus 2.....	7
1.2.2 De geschiedenis van Domus.....	7
1.2.3 Cluster Domus	8
1.2.4 Visie	9
1.2.5 Doelstelling.....	9
1.3 Probleemstelling.....	10
1.4 Relevantie.....	10
1.5 Doelstelling.....	10
1.6 Onderzoeksvragen.....	11
1.6.1 Hoofdvraag.....	11
1.6.2 Deelvragen.....	11
1.7 Achtergrond onderzoekers.....	12
1.8 Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet	13
2.1 Inleiding.....	13
2.2 Methode.....	13
2.2.1 Onderzoeksmethode.....	13
2.2.2 Dataverzamelingstechnieken	13
2.2.3 Werkwijze.....	14
2.3 Context van onderzoek	15
2.3.1 Definitie begrippen.....	16
Hoofdstuk 3 Resultaten literatuuronderzoek	17
3.1 Inleiding.....	17
3.2 Grootte van de groep oudere gebruikers.....	17
3.3 Drugsverslaving en de verschillende visies	19
3.3.1 Wat is drugsverslaving.....	19
3.3.2 Visies op drugsverslaving	19
3.4 Beschrijving meervoudige problematiek.....	22

3.5 Behoeftte aan verzorging en verpleging.....	26
3.6 Conclusies.....	31
Hoofdstuk 4 Resultaten interviews	32
4.1 Inleiding	32
4.2 Uitkomsten interviews, groeps gesprekken	33
4.2.1 Een groeiende doelgroep (label 1)	33
4.2.2 Visie op verslaving (label 2)	35
4.2.3 Dubbele diagnose (label 3).....	36
4.2.4 Passende zorg (label 4).....	37
4.2.5 Bejegening van de doelgroep (label 5).....	40
4.2.6 Bestaande zorg voor oudere gebruikers en doorstroom mogelijkheden binnen de G-4	41
4.2.7 Leeftijd van de oudere gebruikers (label 7)	42
4.2.8 Financiering (label 8)	43
4.2.9 Dagbesteding (label 9).....	45
4.2.10 Samenstelling team (label 10)	47
4.2.11 Contra-indicaties en voorwaarden voor opname (label 11)	49
4.2.12 Verhouding alcohol/ drugverslaving (label 12)	50
4.2.13 Ontwikkeling verslaving (label 13)	51
4.2.14 Somatische klachten (label 14).....	52
4.3 Conclusies.....	53
Hoofdstuk 5 Conclusies, aanbevelingen en discussie	55
5.1 Conclusie bij eerste deelvraag.....	55
5.2 Conclusie bij tweede deelvraag.....	55
5.3 Conclusie bij derde deelvraag	56
5.4 Conclusie bij vierde deelvraag.....	57
5.5 Aanbevelingen	58
5.6 Beperking van de methode van ons onderzoek.....	62
Persbericht	64
Literatuurlijst	66
Bijlage 1 interviewvragen	68
Bijlage 2 Monitoren Clever	72

Samenvatting

In dit verslag is onderzocht wat nodig is voor passende zorg voor de oudere gebruikers die wonen in Domus. Domus is een cluster van vijf voorzieningen in Amsterdam en bestaat uit vier 24-uurs woonvoorzieningen en één Intensief Begeleid Wonen (IBW) voorziening. Domus richt zich op veelplegers vanaf 18 jaar met een langdurige verslaving aan harddrugs of alcohol en chronische psychiatrische ziekten.

We hebben gekeken naar de functie en de plaats van Domus in Amsterdam en waaruit de groep oudere gebruikers bestaat. Vervolgens hebben we gekeken welke voorzieningen binnen de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht nu al zorg bieden aan deze groep. Als laatste hebben we onderzocht wat er volgens de hulpverleners nodig is voor passende zorg voor de oudere gebruikers.

Hierbij hebben wij gebruik gemaakt van interviews met verschillende hulpverleners uit het werkveld en een literatuurstudie, waaronder ook onderzoek naar velddocumenten horen.

Dit onderzoek heeft tot doel te komen tot een advies aan het management van Domus, waaruit passende zorg voor de groeiende groep oudere gebruikers moet bestaan.

Uit de interviews is gebleken dat er een groeiende groep oudere gebruikers is die meer zorg en verpleging nodig heeft. Ook is gebleken dat er onvoldoende voorzieningen zijn die deze groep zorg en verpleging kunnen bieden. Uit de literatuurstudie is gebleken dat deze ontwikkeling al in 1997 voor het eerst gesignaleerd werd. Een paar jaar later in 2001, wordt in een onderzoek geadviseerd om voorzieningen voor thuisloze ouderen op te zetten binnen de maatschappelijke opvang en de reguliere zorg. Uit ons onderzoek blijkt dat er, inmiddels 11 jaar later, nog steeds een tekort is aan deze voorzieningen. Men weet nog steeds niet goed waar de oudere gebruikers die verzorging en verpleging nodig hebben het beste geplaatst kunnen worden!

Uit de interviews is ook gebleken dat volgens de hulpverleners passende zorg onder andere bestaat uit: hulp bij persoonlijke hygiëne, zoals hulp bij douchen en aan- en uitkleden, maar ook uit hulp bij kamerhygiëne, zoals bed opmaken en kamer schoonhouden. Een opvallende uitkomst van de interviews is verder dat intensieve verpleging in geen enkele voorziening voor oudere gebruikers geboden wordt.

De belangrijkste aanbeveling die wij naar aanleiding van dit onderzoek aan het management van Domus geven is het zo spoedig mogelijk beginnen met de opzet van een Domus met 'meer zorg'. Dit is een voorziening die zich richt op oudere gebruikers vanaf 45 jaar, waarbij sprake is van zowel verslavings-, gedrags- als psychiatrische problematiek. Bovendien schiet de zelfredzaamheid van deze groep ernstig tekort. Bij deze groep moet sprake zijn van somatische klachten, of van een verhoogd risico op acute somatische klachten. Het uitgangspunt van de hulpverlening is de Domus-methodiek. De verslaving wordt geaccepteerd, de hulpverlening is echter niet meer gericht op doorstroming naar zelfstandig of begeleid wonen, tenzij de cliënt dit zelf wil. Uitgangspunt is dat de bewoners van hun 'oude dag' kunnen genieten.

Voorwoord

Voor u ligt het eindverslag van ons afstudeeronderzoek dat gehouden is in opdracht van Domus. Een woonvoorziening voor langdurige drugsgebruikers met psychiatrische- en gedragsproblemen. Ons onderzoek is gehouden in het kader van de deeltijd studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool te Ede.

De aanleiding van dit onderzoek is de vergrijzing en de toenemende vraag naar verzorging en verpleging bij de oudere gebruikers in Domus. Steeds vaker krijgt Domus te maken met oudere gebruikers die vaak chronische, somatische klachten krijgen, waardoor meer zorg en verpleging nodig is.

We stellen u voor aan Sidney*. Sidney is een Surinaamse man van 55 jaar oud en woont sinds februari 2008 in Domus 2. Hier heeft hij een eigen kamer en moet hij douche en toilet delen met een paar medebewoners. Sidney verbleef jarenlang in de nachtopvang aan de Flierbosdreef in Amsterdam Zuidoost. Het woord nachtopvang zegt het al, alleen 's nachts mocht hij daar zijn om te slapen. In de vroege ochtend werd hij weer verzocht het pand te verlaten en de straat op te gaan. Van zeven uur in de ochtend tot zes uur in de avond kon hij niet naar binnen. Hij leefde al die jaren op straat. Sidney heeft een ernstige drugsverslaving. Daarbij komt dat Sidney ook psychiatrische problematiek heeft. Bij hem is sprake van Posttraumatische Stressstoornis (PTSS). Het harde leven op straat en de ernstige drugsverslaving eisen zijn tol. Hij wordt opgenomen in Domus. Hier vindt hij rust en structuur en zijn drugsgebruik stabiliseert zich al snel. Hij gaat drie dagen in de week naar een zorgboerderij. Na een tijdje wordt Sidney onrustig en laat hij zich steeds minder aanspreken op zijn gedrag, hij gaat ook steeds minder naar zijn dagbesteding en zondert zich af van de groep. Langzamerhand komen er steeds meer signalen dat hij veel alcohol drinkt en krijgt hij meer en meer lichamelijke klachten. De situatie wordt uiteindelijk onhoudbaar. Sidney wordt vergeetachtig, hij loopt helemaal scheef, waarbij eerst gedacht wordt aan ernstige rugklachten. Later blijkt dat hij een TIA heeft gehad. Hij wordt opgenomen in het ziekenhuis en verblijft daar een paar weken om te herstellen. Als hij terugkomt in Domus moet hij revalideren. Bovendien hebben de artsen hem dringend aangeraden om te stoppen met drugs- en alcoholgebruik en te stoppen met roken. Dit lukt hem niet. Hij doet wel zijn oefeningen, maar hij heeft geen goede controle over zijn lichaam, waardoor hij regelmatig omvalt. De groepsleiders in Domus hebben geen verzorgenden achtergrond, waardoor noodzakelijke ondersteuning voor Sidney uitblijft. Uiteindelijk wordt Sidney overgeplaatst naar de afdeling Meerzorg van het Leger des Heils in Amsterdam. Dit is een noodoplossing, want om een plaats in Meerzorg te creëren wordt Sidney geruild met Peter. Peter is een hindoestaanse man met longklachten. In eerste instantie is niet duidelijk hoe zwaar zijn klachten zijn. Al snel blijkt dat ook Peter niet op zijn plek zit in Domus, vanwege deze klachten. Binnen een aantal weken wordt Peter weer overgeplaatst, dit keer naar de Aak, een Meerzorgafdeling van HVO-Querido in Amsterdam.

***Namen zijn gefingeerde namen, vanwege privacy redenen.**

Uit dit voorbeeld blijkt dat men binnen de hulpverlening niet goed weet waar deze mensen het beste te plaatsen. Het 'gesleep' met mensen laat zien dat de problematiek groot, maar ook schrijnend is. In dit onderzoek staat de vraag *'wat er nodig is voor passende zorg voor de oudere gebruikers binnen Domus'* centraal.

Dankwoord

Onze dank gaat allereerst uit naar mevrouw Biemans-Maas. Zij is onze werkveldbegeleidster en tevens de opdrachtgeefster voor dit onderzoek. We willen haar bedanken voor haar enthousiaste en motiverende begeleiding tijdens dit onderzoek.

We willen ook onze afstudeerbegeleidster mevrouw Wiertsema-Wezel bedanken voor alle ondersteuning door middel van feedback, opmerkingen en het meedenken tijdens ons onderzoek.

Verder gaat onze dank uit naar alle mensen die we mochten interviewen voor dit onderzoek. Dank dat we op zoveel plaatsen gastvrij werden ontvangen en dank voor de tijd die u ons heeft gegeven. In het bijzonder willen we de acht geïnterviewde bewoners van Domus bedanken. Dit hele onderzoek gaat over jullie. Daarom zijn we bijzonder blij dat we hierover ook met jullie van gedachten konden wisselen.

Last but not least willen wij een bijzonder dankwoord richten aan onze echtgenotes Ellen en Marie en aan onze kinderen Esther en Lisa, Joas, Jiska en Loïs (hoe jong ook!). Dank dat we de afgelopen jaren de tijd hebben gekregen om deze studie te doen. Vier jaar lang hebben we mogen investeren in onszelf ten behoeve van ons beroep. In die vier jaar hebben we heel veel tijd geïnvesteerd in deze studie, tijd die we niet met jullie konden doorbrengen. We beseffen goed dat we die tijd en vrijheid van jullie hebben gekregen, waarbij jullie ons zoveel mogelijk probeerden vrij te houden van taken in onze gezinnen. Zonder jullie steun, toewijding, eindeloze geduld en liefde hadden we deze studie en dit onderzoek niet kunnen doen! We houden van jullie!

We hebben onze studie en in het bijzonder ons onderzoek in afhankelijkheid van onze hemelse Vader proberen te doen. Dank aan Hem die ons liefheeft en ons motivatie, inzicht, doorzettingsvermogen en plezier heeft gegeven om deze vier jaar af te kunnen ronden met dit onderzoek.

We wensen iedereen over wie dit onderzoek gaat, de oudere gebruikers die niet de zorg en verpleging ontvangen die zij eigenlijk nodig hebben, Gods zegen en kracht toe. Ook de hulpverleners die alles doen wat in hun mogelijkheden ligt om deze mensen te kunnen ondersteunen, wensen wij Gods zegen, wijsheid en kracht toe. In het bijzonder bij de keuzes die gemaakt zullen worden voor wat betreft de opbouw van een geschikte voorziening voor deze groep mensen.

Wij hebben dit onderzoek met heel veel plezier gemaakt en wij hopen dat u dit onderzoeksverslag met veel plezier zult lezen!

Pieter Dol en Sjors Ouderkerken

21 mei 2012

Hoofdstuk 1 Inleiding en achtergronden

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van het onderzoek beschreven. De probleemstelling wordt besproken waarna aangegeven zal worden wat de relevantie, de doelstelling en de onderzoeksvragen zullen zijn. We beginnen echter met een kennismaking met Domus Amsterdam en zullen eindigen met een korte leeswijzer voor dit onderzoeksverslag.

1.2 Kennismaking met Domus Amsterdam

1.2.1 Domus 2

Domus 2 is een 24-uurs woonvoorziening, voor 20 dak- en thuisloze cliënten (m/v) vanaf 18 jaar, bij voorkeur uit Amsterdam Zuidoost. In AWBZ¹-termen is sprake van een RIBW²-woonvoorziening. Domus richt zich op veelplegers met een langdurige verslaving aan harddrugs en chronische psychiatrische ziekten. Een veelpleger is iemand die meer dan tien keer een proces-verbaal heeft gekregen voor een misdrijf, waarvan minimaal één in de laatste twee jaar. (Rijksoverheid, n.d.) Het ziektebeeld bij de cliënten is gestabiliseerd; er is geen aanleiding tot behandeling in een klinische setting. Belangrijke kenmerken van de cliënten zijn: ze zijn sociaal uitgesloten, ze veroorzaken maatschappelijke overlast en ze vertonen onsamenhangend en grensoverschrijdend gedrag. Ook hebben zij problemen in emotioneel en sociaal functioneren op het terrein van werk/scholing/vrije tijdsbesteding, het ontbreekt hen aan inzicht in eigen problematiek en ze zijn moeilijk in staat tot zelfstandig wonen. (Biemans-Maas, 2008) Er is sprake van ernstige belemmering in de zelfredzaamheid ten gevolge van langdurige verslaving en psychiatrische ziekten.

1.2.2 De geschiedenis van Domus

Begin 2003 was de overlast van drugsgebruikers in Amsterdam Zuidoost enorm. Het stadsdeel kreeg steeds meer klachten van bewoners, ondernemers en woningstichtingen. De overlast werd vooral veroorzaakt op straat en in de bergingen en trapportalen van de flats. Dit was aanleiding voor het stadsdeel om bij de gemeente Amsterdam aan te kloppen. Afspraken werden gemaakt om de drugsoverlast aan te pakken. In 2006 was de overlast al met meer dan 25 procent teruggedrongen. Door het succes van deze aanpak werd een convenant afgesloten met de naam *'Bestrijding drugsoverlast Amsterdam Zuidoost'*. Een samenwerkingsverband tussen de gemeente Amsterdam, stadsdeel Zuidoost, Politie Amsterdam-Amstelland, Openbaar Ministerie en woningstichting

¹ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

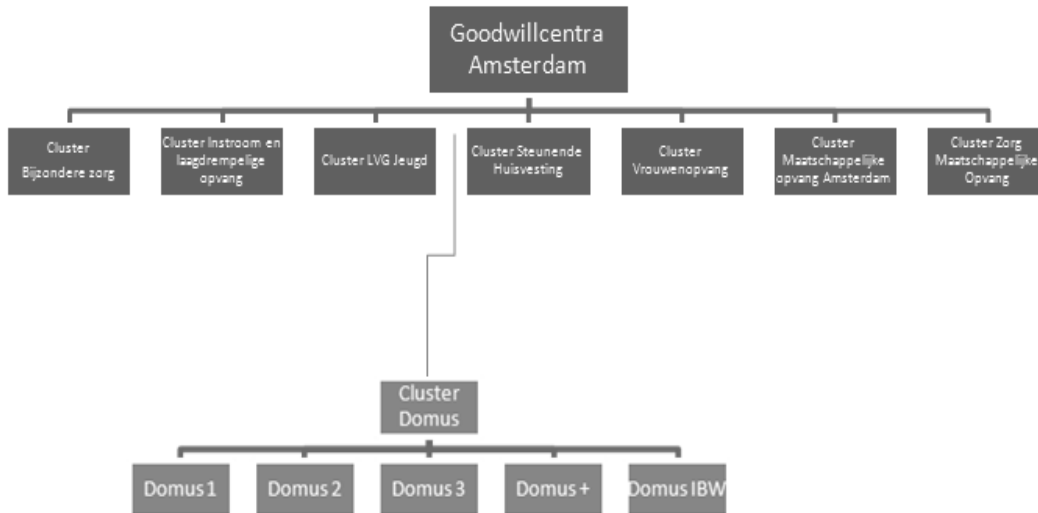
² Regionale Instelling Begeleid Wonen

Rochdale. Om de aanpak compleet te maken, werden hulpverlenende instanties zoals het Leger des Heils hier ook bij betrokken. Het doel van deze aanpak ligt in het verbeteren van de leefsituatie van de cliënten en in het verminderen van de overlast die zij veroorzaken. (stadsdeel Zuidoost, 2010, p. 9)

Domus 1 is eind 2005 gestart met twintig vooral Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen van gemiddeld 48 jaar. Al snel bleek dat een tweede Domus geopend kon worden, dit gebeurde na ruim een jaar in mei 2006, Domus 2 genaamd. Deze voorzieningen waren speciaal voor de gebruikers uit stadsdeel Zuidoost. In 2008 werd Domus 3 geopend, deze voorziening kwam in Amsterdam Westpoort en was speciaal voor de zogenaamde Centrum cliënten. Naast de reguliere Domus kwam er ook een Domus Intensief Begeleid Wonen (IBW). Hiermee werd een mogelijkheid gecreëerd voor de mensen om door te stromen naar een meer zelfstandige vorm van wonen. In juli 2011 is Domus+ geopend, een voorziening die speciaal gericht is op gebruikers met een licht verstandelijke beperking (LVB).

1.2.3 Cluster Domus

Domus 2 is onderdeel van het cluster Domus. Cluster Domus is onderdeel van Goodwillcentra Amsterdam (GWCA). Het GWCA is op haar beurt onderdeel van de Stichting Welzijn- en Gezondheidszorg van het Leger des Heils Nederland. Cluster Domus opereert binnen de Maatschappelijke Opvang in Amsterdam. Zij bestaat uit zes woonvoorzieningen en voorziet in ruim 100 bedden, deze zijn verdeeld over, Domus 1, 2, 3 en Domus+. Er zijn twee Domus IBW voorzieningen. In figuur 1 wordt in een organogram zichtbaar wat de plaats is van Cluster Domus binnen het GWCA.



Organogram clusters Goodwillcentra Amsterdam

Figuur 1 Organogram Goodwillcentra Amsterdam

1.2.4 Visie

Domus accepteert de cliënt met al zijn problemen en in het bijzonder wordt zijn verslaving geaccepteerd. Het accepteren van de verslaving gebeurt door middel van het toestaan van drugsgebruik in de voorziening. Katia Biemans-Maas, clustermanager van Domus zegt hierover in een interview: *“Als je hun verslaving niet erkent, erken je deze mensen niet.”* (stadsdeel Zuidoost, 2010, p. 24)

1.2.5 Doelstelling

De doelstelling van Domus luidt:

- het vergroten van de kwaliteit van het leven van individuen door ze een thuis te bieden;
- het terugdringen van de maatschappelijke overlast die zij veroorzaken.

1.3 Probleemstelling

De aanleiding van het probleem is de vergrijzing van de bewonersgroep van Domus in Amsterdam en daarmee het ontstaan van een grotere zorgbehoefte (zowel lichamelijk als geestelijk) bij deze groep. Deze zorg kan niet in Domus gegeven worden. De zorg bij Domus is primair gericht op begeleiding en niet op verzorging en verpleging.

1.4 Relevantie

Dit onderzoek is belangrijk omdat er nog geen passende zorg is voor de groeiende doelgroep oudere gebruikers van Domus. Het probleem is dat gebruikers ouder worden en niet meer in een Domus kunnen verblijven. Reden hiervoor is dat deze doelgroep al lichamelijke gebreken vertoont terwijl zij nog relatief jong is. Het personeel van Domus is niet opgeleid om verpleegkundige of verzorgende handelingen te verrichten om bijvoorbeeld steunkousen aan te trekken bij een cliënt. Een belangrijk kenmerk van Domus is dat gebruik van drugs expliciet toegestaan wordt. In andere zorginstellingen wordt dit niet toegestaan. Een gevolg is dat er niet tot nauwelijks doorstroming mogelijk is vanuit Domus naar andere woonvoorzieningen, waardoor bewoners uiteindelijk niet de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Hier ontstaat het probleem. Doorstroming naar een regulier verzorgings- of verpleeghuis is niet mogelijk. Binnen deze voorzieningen is drugsgebruik verboden en wordt van bewoners verwacht dat zij zich aan regels kunnen houden. De ervaring is dat een bewoner van een Domus door verslavingsgedrag vaak in combinatie met psychiatrische- en gedragsproblematiek niet te handhaven is binnen een reguliere instelling.

1.5 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het bieden van een advies aan Domus, hoe zij passende zorg aan haar oudere gebruikende bewoners kunnen realiseren.

1.6 Onderzoeksvragen

1.6.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag van ons onderzoek luidt:

Wat is er nodig om passende zorg te bieden aan de groep ouder wordende gebruikers, die wonen in Domus Amsterdam?

We hebben deze hoofdvraag onderverdeeld in vier deelvragen. De deelvragen worden in de volgende paragraaf beschreven.

1.6.2 Deelvragen

Deelvraag 1: Wat is de functie en de plaats van Domus in Amsterdam?

Hierin willen we beschrijven wat de rol is van Domus binnen de maatschappelijke opvang in Amsterdam. We kijken in hoeverre Domus zich onderscheidt ten opzichte van andere instellingen en we kijken naar de samenwerking van Domus met andere instellingen.

Deelvraag 2: Waaruit bestaat de groep oudere drugsgebruikers?

Om de groep oudere gebruikers beter in beeld te krijgen, kijken we wat drugsverslaving is en welke verschillende visies er zijn op verslaving. We beschrijven de bijzondere kenmerken van de groep ouder wordende gebruikers bij Domus. Daarbij kijken we naar de leeftijd van de groep en naar de verschillende problematieken die kenmerkend voor hen zijn. Als laatste onderzoeken we of er sprake is van dubbele diagnose of triple cripple problematiek.

Deelvraag 3: Welke voorzieningen in de G-4 bieden nu al zorg voor deze doelgroep?

Hierbij kijken we naar mogelijke voorzieningen en zorg die nu al geboden wordt aan de doelgroep. We kijken naar het bestaande aanbod binnen de G-4. Dit is het samenwerkingsverband tussen de vier grote steden Amsterdam, Utrecht, Den Haag en Rotterdam.

Deelvraag 4: Wat is er nodig voor passende zorg?

Het antwoord op deze vraag proberen we te geven door in gesprek te gaan met professionals uit het werkveld. Mensen die dagelijks te maken hebben met de doelgroep. Wat is volgens hun passende zorg? Maar ook, wat zegt de literatuur over passende zorg voor oudere gebruikers?

1.7 Achtergrond onderzoekers

De onderzoekers zijn beiden student aan de Christelijke Hogeschool Ede. Dit onderzoek is de laatste opdracht in het kader van hun studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

Eén van de onderzoekers werkt als ambulante behandelaar bij de Brug in Katwijk (ZH). Dit is een GGZ instelling voor verslavingszorg. Hij heeft de minor Toegepaste psychologie gevolgd.

De andere onderzoeker is werkzaam bij Domus 2. Hij heeft de minor GGZ, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang gevolgd.

1.8 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt eerst de onderzoeksopzet besproken. Hierin wordt het onderzoekstype en de onderzoeksmethode beschreven. Ook wordt in dit hoofdstuk de context van ons onderzoek behandeld en de definitie van de oudere gebruiker besproken.

In hoofdstuk drie wordt vervolgens besproken wat, vanuit de literatuur, verslaving is en wat de verschillende visies over verslavingen zijn. De vraag over hoeveel mensen de doelgroep uit bestaat wordt hierin ook besproken.

Vervolgens wordt een beschrijving van de meervoudige problematiek van de doelgroep gegeven en wat de behoefte en zorg is voor deze doelgroep. Aan het einde van dit hoofdstuk volgt een conclusie vanuit de literatuur.

Het vierde hoofdstuk omvat de uitkomsten van de interviews en de groepsgesprekken die wij afgenomen hebben. Hierin worden ook de labels kort beschreven.

In het laatste hoofdstuk zijn de conclusies uit de deelvragen vermeld en de aanbevelingen gegeven.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. We beginnen met een beschrijving van de gekozen methode en hoe we de verschillende data hebben verzameld. Vervolgens gaan we kort in op de context van het onderzoek, waar dit heeft plaatsgevonden.

2.2 Methode

2.2.1 Onderzoeksmethode

In een kwalitatieve casestudy beschrijven we de groep van ouder wordende gebruikers binnen het cluster Domus. Deze groep wordt gekenmerkt door onderlinge verhoudingen, de structuur en door een gezamenlijk doel. (Baarda, 2009, p. 115) We hebben gebruik gemaakt van interviews, literatuuronderzoek en van bestaande documenten.

We hebben gekozen voor een beschrijvend onderzoek omdat onze vraagstelling hier aanleiding toe geeft. Deze bevat namelijk vragen als: wat is passende zorg, om wie gaat het en wat is er al aan zorg voor deze groep. In ons onderzoek willen we vooral de aard van de problematiek inventariseren en beschrijven. Ons onderzoek is een kwalitatief onderzoek, omdat we meningen en behoeften zijn gaan inventariseren. Daarnaast hebben we ook gebruik gemaakt van demografische gegevens.

2.2.2 Dataverzamelingstechnieken

Voor het onderzoek hebben we gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken. De technieken worden hieronder per deelvraag beschreven.

Bij deelvraag 1 maakten we gebruik van velddocumenten. Dit is bestaande informatie die binnen het cluster Domus te vinden is. Voorbeelden hiervan zijn protocollen en beschrijvingen van de gebruikte methodieken. (Baarda, 2009, p. 129)

Bij deelvraag 2 maakten we gebruik van literatuurstudie en velddocumentatie, zoals overzichten van leeftijdstabellen. In de mediatheek van de CHE en via intranet hebben we gebruik gemaakt van de bibliotheek en van diverse online databanken. (Baarda, 2009, p. 84)

Bij deelvraag 3 maakten we gebruik van semigestructureerde interviews en onderzoek naar de sociale kaart binnen de G-4. (Baarda, 2009, p. 230) We deden onderzoek naar reeds bestaande voorzieningen binnen de G-4. Om een goed beeld van deze voorzieningen te krijgen werden de interviews op locatie afgenomen. Een aantal voorzieningen interviewden we telefonisch. Enerzijds hadden we voldoende voorzieningen bezocht om een goed te beeld te krijgen, anderzijds scheelde ons dit in tijd. (Baarda, 2009, p. 244)

Bij deelvraag 4 maakten we gebruik van semi- en gestructureerde interviews, topic interviews en groepsgesprekken. We kozen voor groepsgesprekken, omdat we dan in minder tijd, met meer mensen in gesprek konden gaan. (Baarda, 2009, p. 238)

2.2.3 Werkwijze

Een groot deel van ons onderzoek hebben we besteed aan interviews. In totaal hebben we 21 interviews en twee groepsgesprekken gehouden. We hebben veertien interviews op locatie gehouden. Reden hiervoor was dat we de omgeving wilden zien en ervaren, om een goed beeld te krijgen van de instelling waar we het over hadden. Een ander deel hebben we telefonisch gehouden, dit scheelde ons tijd en de meerwaarde om fysiek aanwezig te zijn was niet aanwezig.

In het begin van het onderzoek werd duidelijk dat we verschillende vragen per interview hadden opgesteld. We waren nog zoekend naar de juiste vraagstelling. Zo kwam het dat we de vragen afstemden op de persoon die waarvan de interviews afgenomen. We zouden in die zin kunnen spreken van topic interviews. Bij een topic interview staan de onderwerpen van te voren vast, maar de vragen niet. Na overleg met onze afstudeercoach bleek dat we meer nog een semigestructureerd interview af moesten nemen. Bij een semigestructureerd interview staan de onderwerpen, de vragen en de volgorde vast, maar is er mogelijkheid om door te vragen of de volgorde van de vragen aan te passen aan het gesprek. (Baarda, 2009, p. 235)

We hebben ook twee groepsgesprekken gevoerd. Een groepsgesprek met de teamleiders en één met de zorgcoördinatoren van de verschillende Domusvoorzieningen. In relatief korte tijd konden we zo meerdere mensen interviewen. De groepsgesprekken waren een goed alternatief, omdat het niet om persoonlijke belangen ging. (Baarda, 2009, pp. 238-239) Deze gesprekken voerden we aan de hand van drie stellingen, waarover we in gesprek wilden gaan met de teamleiders en zorgcoördinatoren.

We hebben per Domus twee bewoners geïnterviewd. Daarbij maakten we gebruik van semigestructureerde interviews.

Bijna alle interviews werden opgenomen met een voicerecorder. Hiervoor vroegen we altijd toestemming aan de geïnterviewde. Van de interviews werden letterlijke verslagen gemaakt. Letterlijk wil zeggen dat hetgeen besproken is als spreektaal is uitgeschreven. In deze verslagen kunnen zinnen staan die taalkundig onjuist zijn. (notuleercentrum, n.d.) Versprekingen e.d. zijn niet opgenomen in de uitwerking. Hierna hebben we de interviews van labels voorzien. Dit zijn vooraf, door ons bepaalde thema's die wij aan de orde wilden laten komen. Zodat we een goed beeld zouden krijgen hoe de professionals in het veld en de bewoners van Domus over deze thema's dachten en of er herkenning was. Een aantal labels zijn tijdens de uitwerking van de interviews naar boven gekomen. Die hadden we van te voren dus niet benoemd, maar kwamen wel duidelijk naar voren uit de gesprekken.

Na het zogenaamde labelen hebben we de tekstfragmenten met de labels overzichtelijk in een tabel geplaatst. De uitgewerkte interviews en de tabellen met tekstfragmenten hebben we bij elkaar gevoegd in een bronnenboek. Dit bronnenboek is wegens de grote omvang apart op te vragen bij de onderzoekers.

2.3 Context van onderzoek

Ons onderzoek richt zich op de oudere gebruikers die wonen in Domus. We hebben ervoor gekozen om onderzoek te doen binnen de vier grote steden, de zogenaamde G-4. Dit is een samenwerkingsverband tussen Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Samen met de landelijke overheid zijn de G-4 in 2006 met het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (1^e fase) gestart om dakloosheid aan te pakken en de doorstroom in de maatschappelijke opvang te verbeteren. Het belangrijkste doel was alle (potentiële) daklozen in G-4 in beeld krijgen door middel van een integrale, persoonsgerichte aanpak en het realiseren van een sluitende keten van basisvoorzieningen. Deze aanpak bleek goed te zijn, het heeft er voor gezorgd dat er 10.000 mensen nu binnen een voorziening wonen en een beter (integraal) hulpaanbod hebben gekregen. In de 2^e fase van het Plan van Aanpak MO willen de G-4 onder andere voorkomen dat mensen (weer) dakloos zullen raken en is onder andere aandacht voor de uitbreiding van nieuwe vormen van opvang om de doorstroom te vergroten. (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, n.d., p. 3)

2.3.1 Definitie begrippen

In dit eindverslag spreken we over gebruikers in plaats van verslaafden. We hebben hier voor gekozen, omdat de mensen over wie dit rapport gaat zich sneller gestigmatiseerd voelen bij de term verslaafden.

Als we in dit rapport spreken over oudere gebruikers, dan bedoelen we daarmee de groep langdurige harddrugs en/of alcoholgebruikers van 45 jaar en ouder, met een complexe problematiek.

Met complexe problematiek bedoelen wij, verslavings-, gedrags- en psychiatrische problematiek.

Hoofdstuk 3 Resultaten literatuuronderzoek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we antwoord geven op deelvraag 2, *Waaruit bestaat de groep oudere drugsgebruikers?*

We beginnen met het bepalen van de grootte van deze groep, daarna geven een korte definitie van drugsverslaving en gaan we dieper in op de verschillende visies op verslaving. Vervolgens besteden we aandacht aan de onderliggende problematiek bij deze groep en de toenemende behoefte aan verzorging en verpleging. We sluiten dit hoofdstuk af met een korte conclusie.

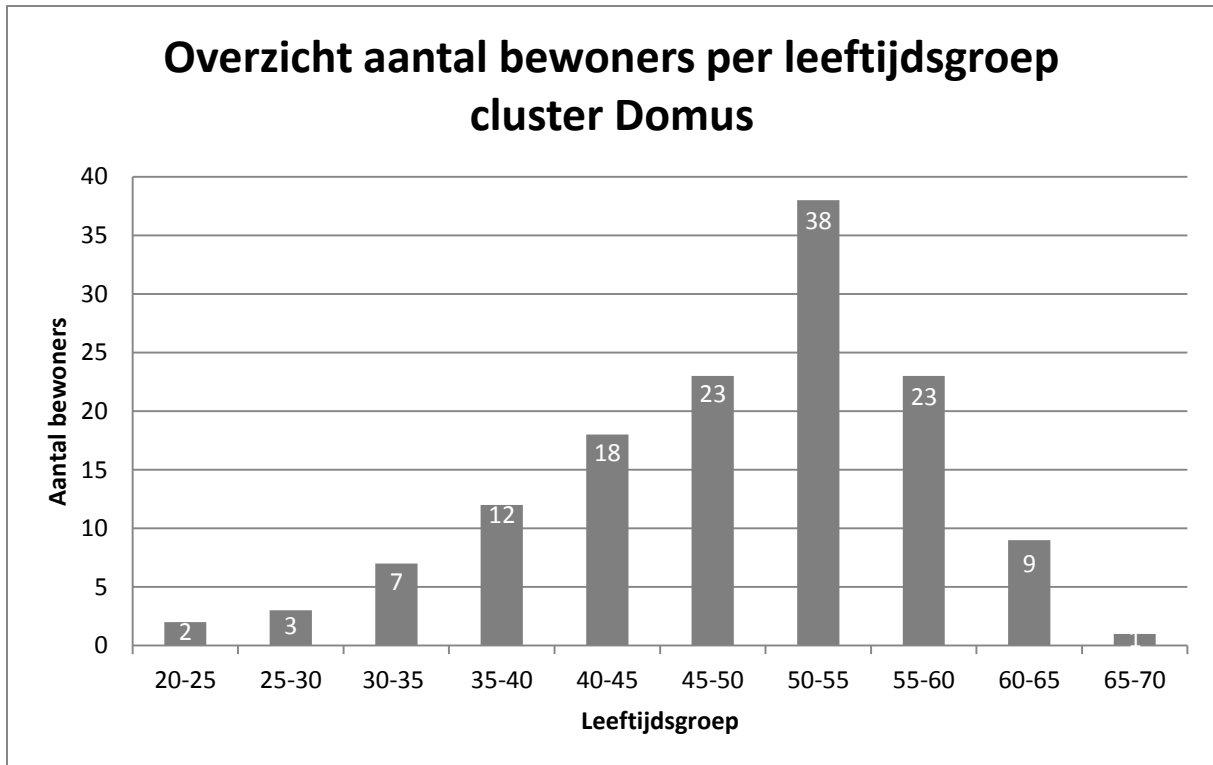
3.2 Grootte van de groep oudere gebruikers

Om de grootte van de groep oudere gebruikers in Domus te bepalen hebben we gebruik gemaakt van de Monitor Clever van Domus. Clever is het rapportage- en registratiesysteem dat binnen de organisatie van Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg wordt gebruikt. Voor iedere voorziening binnen de organisatie wordt per kwartaal een Monitor Clever bijgehouden. Dit is een overzicht waarin per voorziening gegevens staan als leeftijd, aantal unieke cliënten per periode en herkomst van de cliënten. Voor dit onderzoek hebben we gekeken naar de leeftijdsgegevens uit deze overzichten. Iedere Domus heeft een apart overzicht. Voor het hele cluster hebben we deze gegevens bij elkaar gevoegd en in een grafiek weergegeven. In grafiek 1 worden de bewoners ingedeeld in een leeftijdsgroep. Uit deze grafiek blijkt dat de meeste bewoners van Domus in de leeftijdsgroep van 50-55 jaar zitten. Hieruit blijkt ook dat 70% van de bewoners van Domus ouder is dan 45 jaar, dit hebben we weergegeven in grafiek 2.

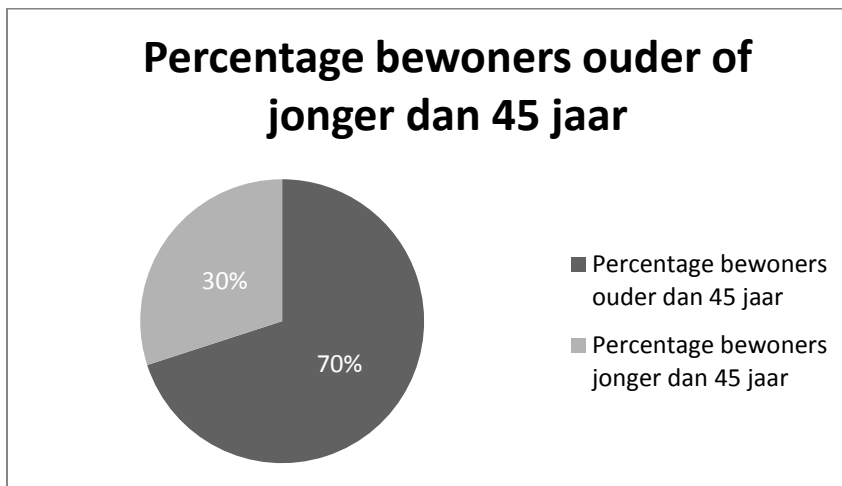
In bijlage 2 hebben we de leeftijdstabellen uit de Monitor Clever per Domus toegevoegd.

Toen Domus 1 eind 2005 startte met twintig bewoners, was de gemiddelde leeftijd al 48 jaar.

De leeftijd zegt ons echter nog niets over de lichamelijke gesteldheid van de bewoners van Domus. In paragraaf 3.5 wordt verder ingegaan op de toename van de behoefte aan verzorging en verpleging bij deze groep.



Grafiek 1



Grafiek 2

3.3 Drugsverslaving en de verschillende visies

3.3.1 Wat is drugsverslaving

Voordat we de visies op verslaving nader bestuderen, willen we eerst beschrijven wat de literatuur zegt over drugsverslaving. Wanneer we dit beknopt beschrijven, kunnen we zeggen dat verslaving het dwangmatig gebruiken van drugs is, ondanks de vele negatieve consequenties. Dit wordt gekenmerkt door het compulsief zoeken naar en het gebruiken van drugs. Het kan ook zijn dat de bewoners van Domus bepaald gedrag vertonen wat eigen is aan drugsverslaving. Wij denken hierbij aan onrustig heen en weer lopen en/of stelen om aan geld te komen om drugs te kopen. Er is sprake van controleverlies over de hoeveelheid drugs die men tot zich neemt en het optreden van negatieve gevolgen als gevolg van vermindering van het drugsgebruik. Hierbij valt onder andere te denken aan ontwenningverschijnselen, angst, onrust of geïrriteerdheid. Het kan zijn dat dit gebruik kan leiden tot somatische, psychische en /of sociale problematiek. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 23)

3.3.2 Visies op drugsverslaving

Als we de literatuur doornemen dan zijn er op drugsverslaving verschillende verklaringen. Wij benoemen in het kort de biologische-, de leer-, de cognitieve-, en de sociaal-culturele verklaringen. (Nevid, 2008, pp. 209-2011) Ook noemen wij de nieuwe visie op drugsverslaving: drugsverslaving als hersenziekte. Tot slot van deze paragraaf wordt de visie van Domus beschreven.

Biologische visie

Recente onderzoeken wijzen uit dat neurotransmitters invloed hebben op het beloningssysteem in de hersenen en op genetische factoren. Veel psychoactieve stoffen, waaronder cocaïne en heroïne, hebben plezierige effecten doordat de concentratie dopamine in het genotscentrum in de hersenen verhoogd wordt. Bij langdurig drugsgebruik wordt men steeds meer afhankelijk van drugs om gevoelens van plezier te krijgen. Dit komt waarschijnlijk omdat de hersenen dit gevoel van plezier niet zelf meer kunnen regelen waardoor de noodzaak om meer te gebruiken toeneemt. Het blijkt dan dat het leven zonder drugs niet meer de moeite waard is.

Als we kijken naar de genetische factoren dan zijn er aanwijzingen dat bepaalde gevoeligheid voor drugsverslaving samengaat met genen die voornamelijk invloed hebben op de wijze hoe neurotransmitters functioneren. De rol van erfelijkheid bij afhankelijkheid van drugs is dat de genen interactie vertonen met de omgevingsfactoren. Het blijkt uit onderzoek dat mensen met een groot genetisch risico om drugs te gaan gebruiken in een drugsvrije omgeving worden opgevoed een kleiner risico op drugsverslaving hebben. Het wordt zodoende aangenomen dat verschillende genen

in samenhang met sociale, culturele en psychologische factoren bijdragen aan het ontstaan van onder andere drugsverslaving.

Leervisie

Drugsgebruik kan een gewoonte worden vanwege het plezier, ook wel positieve bekrachtiging genoemd. Het kan ook een tijdelijke verlichting geven van negatieve emoties zoals angst en depressie. Mensen kunnen beginnen met het gebruik van drugs vanwege sociale invloeden (ook wel trial of error genoemd) of door naar anderen te kijken die drugs gebruiken. Drugsverslaving kan op deze manier een sociale bekrachtiging opleveren: goedkeuring van verslaafde vrienden.

Volgens de leertheorie kan het gebruik van drugs verklaard worden door klassieke conditionering. De hunkering door de behoefte van het lichaam ontstaat omdat een hoge concentratie van bijvoorbeeld cocaïne hersteld moet worden. Dan zou de trek (of craving) een biologische basis hebben. Toch kan de hunkering ook ontstaan door oorzaken vanuit de omgeving die met gebruik van drugs geassocieerd worden. Als voorbeeld noemen wij iemand die jaren cocaïne op een bepaalde plaats gekocht heeft en trek kan krijgen als hij weer langs deze plek loopt. In deze visie wordt dit ook wel een geconditioneerde prikkel genoemd die een geconditioneerde respons opwekt, een sterke trek naar cocaïne.

Cognitieve visie

Vanuit het denken is het mogelijk dat het gebruik van drugs meespeelt ten aanzien van verwachtingen van de mens. Het kan zijn dat men denkt dat er voordelen zijn om te beslissen om drugs te gaan gebruiken. Bij het gebruik van drugs kan de persoonlijke verwachting die we hebben van onszelf, omtrent ons vermogen om een taak succesvol uit te voeren, de prestatie verhogen.

Sociaal-culturele visie

Culturele omstandigheden kunnen problematische drugsgebruik bevorderen of afremmen. Het kan zijn dat mensen met een grotere bereidheid om aan sociaal niet-geaccepteerde activiteiten deel te nemen meer geneigd zijn tot het overmatig gebruiken van drugs.

Ook de invloed van de media heeft invloed op het gedrag van mensen. In sommige films of series wordt gebruik van drugs geïdealiseerd, waardoor kwetsbare mensen makkelijker de stap nemen om te gebruiken. Dit gebeurt ondanks campagnes op scholen en in de media.

Verslaving als hersenziekte

In de nieuwe DSM V (diagnostic and statistical manual of mental disorders), die naar men verwacht in 2013 uitkomt, wordt (drugs)verslaving omschreven als een hersenziekte. Dit is een nieuwe visie die, naar aanleiding van diverse onderzoeken, steeds meer ondersteund wordt. Deze visie wordt met name ondersteund door biomedische onderzoekers. Zij noemen verslaving een ziekte met een chronisch verloop wat tot gevolg heeft dat de gebruiker lichamelijke klachten krijgt in combinatie met psychiatrische comorbiditeit (meervoudige persoonlijkheidsstoornissen, dit wordt in de volgende paragraaf behandeld). Gebruikers hebben in de ogen van deze medische onderzoekers behoefte aan een medisch-psychiatrisch behandeling, met daarbij zo vroeg mogelijk een opname voor detox en observatie. Men zegt dan dat men met deze ziekte wel wil veranderen, maar hij of zij kan het niet. Daarom kan de gebruiker voor een periode uit zijn omgeving onttrokken worden. (van der Stel, 2010, p. 59)

Visie van Domus

Binnen Domus herkent men zich vooral in de leervisie. Uitgangspunt van Domus is dat de bewoner wordt geaccepteerd met of zonder gebruik, in de visie van Domus is gebruik van middelen de weldoordachte keuze van een geïnformeerd individu. Dit kan dan een positieve of negatieve bekrachtiging geven. Wij willen voor de verdere uitleg verwijzen naar de leervisie zoals deze hierboven beschreven is.

De methodiek die Domus hiervoor gebruikt is harm reduction; dit wil zeggen dat vooral de risico's van het gebruik worden beperkt en men wil de, aan het gebruik gerelateerde, criminaliteit en overlast op straat verminderen. (van der Stel, 2010, p. 63)

In een interne notitie van Domus over preventie en harm reduction, worden de volgende regels over het bezit en het gebruik van middelen beschreven:

- Drugs- en/of alcoholgebruik is in Domus alleen toegestaan op de eigen kamer;
- Het bezit van middelen binnenshuis is toegestaan;
- Het handelen in drugs/alcohol binnen of in de directe omgeving van Domus is niet toegestaan;
- Gebruik van alcohol binnen de voorziening is alleen mogelijk indien daarover strikte afspraken zijn met de begeleiding. Dit komt, omdat alcoholgebruikers onder invloed vaak niet voor rede vatbaar zijn en vaak grensoverschrijdend gedrag vertonen.

In deze notitie wordt verder gemeld dat alle aangemelde bewoners binnen Domus een externe behandelaar vanuit de verslavingszorg toegewezen hebben gekregen. Deze kijkt en denkt met de begeleiding mee gedurende het verblijf van de bewoners in Domus. Binnen Domus wordt onder

middelen zowel soft- en harddrugs als alcohol verstaan. (Biemans-Maas, Notitie preventie & harm reduction, 2011, p. 3)

Het grootste deel van de bewoners binnen Domus gebruikt harddrugs. In de notitie van Domus wordt beschreven dat methadon en andere medicatie binnen de voorziening onder strikt toezicht wordt verstrekt. Het gebruik van drugs is vrij, men mag onbeperkt op de eigen kamer gebruiken. Als het gebruik echter dermate ernstig is geworden en het gedrag binnen de instelling herhaaldelijk overschreden wordt, dan kan de begeleiding besluiten om met de bewoner een gesprek aan te gaan over zijn gebruik. Ook het functioneren op andere leefgebieden kan dan besproken worden, het spreekt voor zich dat daar ook niet meer door de bewoner aan gewerkt wordt. (Biemans-Maas, Notitie preventie & harm reduction, 2011, p. 4)

3.4 Beschrijving meervoudige problematiek

Verslavingsproblematiek

Bij Domus staat verslaving op de voorgrond. Drugsgebruik wordt geaccepteerd, bewoners mogen op hun kamer gebruiken, niet in de algemene ruimtes. Deze groep heeft een aantal gemeenschappelijke kenmerken:

- zij hebben een zeer klein of geen netwerk;
- zij kunnen overlast veroorzaken;
- hun gedrag kan agressief, antisociaal en oppositioneel zijn;
- zij hebben een ontwikkelingsachterstand in emotioneel en sociaal opzicht;
- ontwrichting en/of problemen in de dag- en nachtstructuur;
- het ontbreekt hen aan inzicht in eigen problematiek;
- ze zijn niet in staat tot zelfstandig wonen.

De kenmerken en de problematiek op de verschillende leefgebieden beïnvloeden elkaar sterk. Mensen die nu wonen in Domus zijn verslaafd geraakt aan drugs, vervolgens verschenen ze steeds minder op hun werk, waardoor ze uiteindelijk hun baan en daarmee hun inkomen kwijt raakten, wat weer tot gevolg had dat ze schulden gingen maken, hun huur niet meer konden betalen en uiteindelijk uit huis gezet werden. Door gebrek aan inzicht wezen ze aangeboden hulp vaak af. Een duidelijke hulpvraag kon daarom niet gesteld worden, waardoor er niet goed geanticipeerd kon worden op het bestrijden van de problematiek waar deze groep mee kampte. Het kan zelfs zo zijn dat de bewoners van Domus alleen het straatleven hebben gekend en nooit gewerkt hebben. In de

maatschappij wordt van deze groep gezegd dat zij “zorgwekkende zorgmijders” zijn. (Onvlee, Grammer, Rademacher, Wiegers, & Braaksma, 2007, p. 7)

In de literatuur wordt deze problematiek van drugsverslaving als volgt omschreven en zien we dit ook terug in bovenstaande. *“Gebruik van drugs kan op korte termijn leiden tot verstoringen in cognitief functioneren. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het logisch redeneren, verminderde korte termijn geheugen en concentratieverlies. Ook wordt genoemd het liegen om aan geld te komen, veranderingen van vriendenkring en men kan in aanraking komen met criminaliteit met als gevolg contact met justitie en politie. Op langere termijn leidt drugsgebruik, als men op vroege leeftijd (15 jaar) al begint met gebruiken, tot ontwikkelingsachterstand. Men heeft moeite met het omgaan met emoties en het drugsgebruik kan uiteindelijk leiden tot ontwrichting van het dagelijks leven. Naarmate de ernst van de verslaving toegenomen is, is de kans groot dat op termijn sprake kan zijn van comorbide gedrags- en psychiatrische stoornissen.”* (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 221)

Psychiatrische problematiek

Psychische aandoeningen en psychiatrische stoornissen komen onder oudere gebruikers binnen Domus veelvuldig voor. Binnen deze doelgroep is onder andere sprake van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, depressie, schizofrenie en manisch depressieve stoornissen.

De vraag die vaak gesteld wordt is, wat was er eerst, de verslaving of de psychiatrische problematiek? Dit wordt ook in de literatuur onderkend, want verslaving kan vaak samen gaan met psychiatrische problematiek. Het kan namelijk zijn dat psychiatrische stoornissen al bestonden voor de drugsverslaving, maar het kan ook een gevolg zijn hiervan of tegelijkertijd met de verslaving tot stand komen. Psychiatrische problematiek wordt ook wel internaliserend probleemgedrag genoemd. Rutten omschrijft dit als volgt: *“Emoties zijn naar binnen gericht wat leidt tot innerlijke onrust. Een kenmerk van een internaliserend probleem is sociale teruggetrokkenheid.”*

Als voorbeelden noemt hij de volgende psychiatrische stoornissen: depressies, angsten, schizofrenie en psychoses. Uit onderzoek is gebleken dat een psychose kan ontstaan door onder andere cocaïnegebruik. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 222)

Gedragsproblematiek

Domusbewoners vertonen vaak grensoverschrijdend gedrag. Bijvoorbeeld de bewoner die niet op tijd zijn medicatie kreeg omdat het team van Domus in de overdracht zat. Hij ging daarop totaal door het lint. Hij sloeg met zijn vuisten op het raam, trapte hard tegen de deur en begon te schreeuwen dat hij nú zijn medicatie wilde, omdat hij daar recht op heeft. Ook nadat de groepsleiding had gezegd dat hij moest wachten ging hij door met dit gedrag. Op zo'n moment heeft deze bewoner te weinig

controle over zijn emoties en worden deze afgereageerd op de begeleiders. Bewoners die dit gedrag vertonen hebben vaak conflicten met andere mensen of met de omgeving. Rutten noemt als voorbeeld: agressie, overactief gedrag en ongehoorzaamheid. Dit heet externaliserend probleemgedrag. (2009, p. 222)

De gedragsstoornissen bestaan echter al vaak voor het ontstaan van middelengebruik of afhankelijkheid van drugs. In de literatuur onderscheidt men drie groepen, namelijk oppositionele-, agressieve- en antisociale stoornissen. Gedrag wordt oppositioneel genoemd als de gebruiker zich verzet tegen de leiding, bijvoorbeeld als degene weigert om te doen wat gevraagd wordt van hem en dan boos reageert op een verbod of correctie. Van agressief gedrag wordt gesproken als men een voorwerp of persoon schade toebrengt. Antisociaal gedrag is als men normen en regels overtreedt zoals liegen en stelen. Binnen Domus is vaak sprake van antisociaal en oppositioneel gedrag. De bewoners kunnen moeilijk met regels en correcties omgaan.

Dubbele Diagnose

Uit een onderzoek van mens en gezondheid in 2008 is gebleken dat mensen met een dubbele diagnose de volgende kenmerken hebben: zij hebben een gemiddelde leeftijd van 36 jaar, bijna de helft is dakloos geweest, er is sprake van meervoudige verslavingen (ook wel polygebruik genoemd) en persoonlijkheidsstoornissen komen het meest voor. Ook hebben de mensen een klein sociaal netwerk en zijn de meesten van de doelgroep in aanraking geweest met criminaliteit. (Laguna, 2008)

Als we deze kenmerken naast de bewoners van de Domus zetten dan zien we dat bij veel Domusbewoners sprake is van een dubbele diagnose. Deze omschrijving staat niet in de DSM IV genoemd. De psychiatrische stoornissen en verslavingen worden in de DSM IV wel afzonderlijk beschreven. Bij de bewoners is vaak sprake van langdurige verslaving in combinatie met psychische- en/ of gedragsproblematiek. Bovendien hebben de bewoners vaak een justitieel verleden. Een andere definitie van dubbele diagnose is comorbiditeit. Het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een persoon. Er is sprake van het gelijktijdig aanwezig zijn van zowel lichamelijke als geestelijke met de daaropvolgende sociale problemen bij één persoon. De externaliserende gedragsproblematiek gaat samen met internaliserende problematiek. Dit wordt ook wel psychisch lijden genoemd. In de literatuur wordt beschreven dat hier bij drugsverslaving vaak sprake van is. (Rutten, Loth, & Hulshoff, 2009, p. 222)

Triple cripple

Triple cripple wil zeggen dat er sprake is van psychiatrische stoornissen, verslaving en een licht verstandelijke beperking (LVB).

Volgens Hans Oud, programmamanager van de ISD-inrichting Tafelbergweg, zijn mensen met triple cripple 'zwakke broeders'. Deze doelgroep heeft een laag leervermogen, het kortetermijngeheugen hapert en alles moet voortdurend herhaald worden. Kenmerkend voor triple cripple is ook dat men vaak gedragsproblemen heeft waardoor zij een groep in een zorginstelling totaal kan ontwrichten. Het gevolg is dus dat niemand wil ze hebben. Hans Oud typeert deze mensen als volgt: 'Triple cripple: verslaafd, psychiatrische problemen én verstandelijk gehandicapt. Het is de aller moeilijkste groep om te begeleiden.' (van Beek, 2009)

Een voorbeeld van een persoon bij wie een triple cripple diagnose is vastgesteld: Een cliënt is al een tiental jaren bekend in het circuit. Naast zijn heroïneverslaving lijdt hij aan depressies en angst- en paniekstoornissen naast een serie van aangeleerde stoornissen en een duidelijk hospitalisatiesyndroom. Zijn vervelende, eisende en uitdagende gedrag maakt cliënt niet populair binnen de instelling. Zijn hoge dosis methadon was een contra-indicatie voor een groot deel van de residentiële hulpverlening. (Franssen, 2011)

Binnen Domus is vooral sprake van triple cripple problematiek bij de bewoners van de Domus+. Domus+ is speciaal opgezet voor mensen met LVB.

Licht verstandelijke beperking (LVB)

Als we over LVB spreken dan is er sprake van dat het intellectueel functioneren onder het gemiddelde ligt. In de literatuur wordt ook wel gezegd dat er sprake is van intelligentie gerelateerde beperkingen voor wat betreft het aanpassing van gedrag op twee of meer van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding, werk. (Kaal, van Ooyen-Houben, & Ganpat, 2009)

3.5 Behoeftte aan verzorging en verpleging

Uit de praktijk blijkt dat de bewoners van Domus steeds ouder worden en steeds meer behoefte krijgen aan verzorging en verpleging. Steeds meer bewoners zitten vanwege bestaande of dreigende somatische problematiek eigenlijk niet meer op hun plek in Domus.

Kennismaking met Sharon en John*

Sharon was één van die bewoonsters. Zij is 64 jaar oud en woonde in Domus 2. Klachten die ze had waren gewrichtspijnen, longproblemen en vermoeidheid. Ze liep regelmatig met een wandelstok voor steun. In de loop van de tijd werd duidelijk dat Sharon zowel op persoonlijke- als op kamerhygiëne steeds minder in staat was om voor zichzelf te zorgen. Daarbij wilde ze nog 'meedoen' met de jongere bewoners wat betreft drugsgebruik, maar dat lukte haar niet meer. Uiteindelijk is Sharon mede op eigen verzoek naar de Venser overgeplaatst. Een verzorging- en verpleeghuis dat een aantal bedden beschikbaar heeft voor mensen uit de maatschappelijke opvang. Hier heeft ze maar drie maanden gewoond. Sharon begon weer met hosselen, het zogenaamde geld maken om aan drugs te komen. Haar gedrag was binnen de Venser niet toelaatbaar, waardoor zij uiteindelijk teruggeplaatst is naar Domus+. Daar was op dat moment een plek vrij.

Een ander voorbeeld is John. Een man van 62 jaar. In Domus 2 woonde hij naar zijn zin. Hij gebruikte drugs en alcohol en in eerste instantie was er niet veel aan de hand met hem. In de loop van de tijd ging hij steeds meer alcohol gebruiken en ging zijn gezondheid met sprongen achteruit. Hij werd vergeetachtig en hij kreeg last van opgezette benen, waardoor hij dagelijks steunkousen aan moest. Hij kreeg medicatie voor diabetes en hij had longemfyseem. Van de arts kreeg hij het advies om te stoppen met roken en met drinken, nadat hij opgenomen is geweest in het Amsterdam Medisch Centrum (AMC). Het team maakte zich zorgen over deze situatie en hoe ver zij moesten en konden gaan in de verzorging van John. Zij kregen bijvoorbeeld tips van de praktijkverpleegkundige hoe de steunkousen aan te trekken. Zijn Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL), zoals bed opmaken, was draaien en kamer schoonmaken, werden steeds vaker door de groepsleiding overgenomen. Hulp bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen was ook steeds meer nodig, hij kon niet meer goed zelfstandig douchen of naar het toilet gaan. Besloten werd om John aan te melden bij Meerzorg Noorderburgh. Hier is hij vorig jaar opgenomen.

*** Namen zijn gefingeerde namen, vanwege privacy redenen.**

Onderzoek Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Twee voorbeelden van bewoners die uiteindelijk in Domus niet meer op hun plek zaten.

In de literatuur wordt dit probleem (h)erkend. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de vergrijzing en daarmee de toename aan verzorging en verpleging in de maatschappelijke opvang zal toenemen.

Het RIVM constateerde in 1997 al dat er een groeiende groep oudere thuislozen is die meer verzorging en verpleging nodig zal hebben. Opvallend is dat in het rapport de meervoudige problematiek (verslavings-, gedrags- en psychiatrische problematiek) in combinatie met problemen op verschillende leefgebieden (huisvesting, schulden e.d.) al genoemd wordt waardoor opname in reguliere ziekenhuizen of verpleeghuizen problematisch is. (Mackenbach & Verkleij, 1997, p. 264)

Senioren in het souterrain

In 2001 werd een landelijk onderzoek gehouden naar de vergrijzingsproblematiek in internaten voor dak- en thuislozen en sociale pensions. Dit onderzoek werd in opdracht van Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) uitgevoerd door onderzoekers van de Stichting voor Toegepaste Gerontologie. Ook uit dit onderzoek blijkt dat toen al de problematiek van de steeds ouder wordende doelgroep aan de orde was. De verwachting was dat die groep alleen maar zou toenemen. Alle knelpunten die in dit rapport genoemd worden, zijn nu nog steeds aan de orde en herkenbaar in de praktijk van Domus. Hieronder benoemen we de knelpunten uit dat rapport en vertalen die naar de praktijk van Domus:

- **Capaciteitsproblemen:** Veel bewoners verblijven permanent in Domus, waardoor er weinig doorstroom is en nieuwe bewoners niet geplaatst kunnen worden;
- **Personeelsproblemen:** Domus is gericht op begeleiding en niet op verzorging en verpleging. Het huidige personeel heeft niet tot nauwelijks een verzorgende- of verplegende achtergrond. Ook in Domus zal een groot deel van het personeel er niet veel voor voelen om verzorgende taken uit te voeren;
- **Huisvestingsproblemen:** De panden waarin Domus nu gevestigd is, blijken niet geschikt voor huisvesting van zorgbehoevende ouderen. Behalve het pand waar Domus + is ondergebracht. Deze voorziening zit tijdelijk in een voormalig bejaardenhuis. Op middellange termijn zal Domus + verhuizen naar een pand in Amsterdam Zuidoost;
- **Generatieconflicten:** De oudere bewoners kunnen niet altijd meer mee komen met de levensstijl van de jongere bewoners. Dit geeft regelmatig wrijving onderling;
- **Financieringsproblemen:** Onze overheid moet de komende jaren fors gaan bezuinigen. Dat er minder geld komt is duidelijk, maar in hoeveel en in welke vorm is nog niet bekend.

(Lamme, 2001)

Cebeon rapport

In opdracht van de gemeente Amsterdam en zorgverzekering Agis werd door Cebeon een onderzoek uitgevoerd naar de huidige en de benodigde woonvoorzieningen binnen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) doelgroep. De doelstelling voor dit onderzoek was *“welke aantallen woonvoorzieningen en welke vormen tot 2030 in Amsterdam nodig zijn om de groep langdurig zorgafhankelijken (LZA) met een slechte maatschappelijke participatie te huisvesten.”*

(Cebeon, 2010, p. 5)

In dit rapport wordt een duidelijk beeld geschetst van de huidige capaciteit van het aantal Meerzorg bedden in de verschillende voorzieningen in 2010. Hieruit blijkt dat in heel Amsterdam in totaal 130 plaatsen beschikbaar zijn voor verpleging en verzorging. Hieronder vallen de volgende drie voorzieningen; Noorderburgh (22 bedden) en Gastenburgh (50 bedden) van het Leger des Heils en de Aak (60 bedden) van stichting HVO. In het rapport wordt verwacht dat in 2012 al 150 bedden nodig zullen zijn voor verpleging en verzorging. (Cebeon, 2010, p. 18)

Opvallend is dat door wijzigingen van wettelijke en financiële kaders de doorstroom naar meer zelfstandige vormen van wonen zal verminderen, waardoor de bestaande RIBW voorzieningen vol komen te zitten. Een gevolg van dit effect is dat de bewoners in de RIBW's steeds ouder worden. In het rapport gaat men ervan uit dat deze bewoners eventueel wel door zullen stromen naar verpleeghuizen. (Cebeon, 2010, p. 24) Vervolgens wordt niet gesproken over mogelijke contra-indicaties voor opname in die verpleeghuizen, zoals verslavings- en gedragsproblematiek.

In het rapport wordt ook gepleit voor differentiatie om zo goed mogelijk aan te sluiten op de behoefte van afzonderlijke subdoelgroepen. (Cebeon, 2010, p. 30) In een opsomming van mogelijke sub-doelgroepen wordt de ouder wordende groep, die meer verzorging en verpleging nodig heeft, helaas niet genoemd.

Toename somatische problematiek

Els Noorlander benoemt heel duidelijk dat drugsgebruikers steeds ouder worden en dat somatische problemen daardoor steeds belangrijker worden. Zij noemt als voorbeelden hartinfarcten, beroertes, maar ook gebroken heupen. Inherent hieraan is volgens haar de toename van de behoefte aan zorg voor deze problemen. Heel treffend schetst zij dat: *“Verpleeg- en verzorgingshuizen een groot probleem kunnen verwachten, omdat deze gebruikers een slecht sociaal netwerk hebben.”*

Het zijn niet zozeer de drugs zelf die zorgen voor de somatische klachten. Deze klachten worden toegeschreven aan de leefstijl van de drugsgebruiker en de toedieningsvorm van de drugs. Wel is gebleken dat drugsgebruikers die willen stoppen of minderen met drugsgebruik al heel snel lichamelijke klachten krijgen. Klachten die meestal door de drugs werden onderdrukt.

De gevolgen van tabaksgebruik mogen niet onderschat worden volgens Noorlander. Juist hierdoor ontstaan de meeste longklachten zoals benauwdheid en longemfyseem.

Andere veel voorkomende klachten die zij noemt zijn tuberculose, obstipatie, infectieziekten (hepatitis C en hiv-besmetting). (Noorlander, 2008, pp. 542-545)

In de praktijk

Veel Domusbewoners zijn in de jaren zeventig van de vorige eeuw begonnen met hun drugsgebruik. Sommigen waren nog maar 15 jaar oud toen ze begonnen met ernstig drugsgebruik. Het is niet ondenkbaar dat zij deel uitmaakten van een groep waarvan bij sommigen het experimentele heroïnegebruik uit de hand liep. De idee dat zij toch niet verslaafd zouden raken, leefde toen nog bij de beginnende heroïne gebruikers. (Blok, 2011, p. 184) Die groep is inmiddels vijftig jaar of nog iets ouder en de beschreven somatische problematiek wordt nu duidelijk zichtbaar in Domus. Een andere groep die ook zichtbaar is in Domus, zijn de Surinaamse gebruikers. In diezelfde jaren zeventig van de vorige eeuw kwamen ongeveer 300.000 Surinamers naar Nederland. Helaas bleek dat er te weinig opvang, huisvesting en werk was voor deze groep. Velen van hen vluchtten in heroïne gebruik. (Blok, 2011, p. 207) Een gebruiker die al twintig jaar harddrugs gebruikt, krijgt veel eerder te maken met lichamelijke kwalen dan iemand die dit niet heeft gedaan. Zo kan het zijn dat een drugsgebruiker al op zijn vijfenvestigste het lichaam heeft, en de bijbehorende klachten, van een vijfenzestigjarige. Domusbewoners hebben vaak lang op straat geleefd, waardoor ze slecht aten, weinig sliepen en veel drugs gebruikten en daarmee roofofbouw pleegden op hun lichaam. Eenmaal in een Domus opgenomen, krijgen de mensen meer rust en structuur. Bewoners hoeven niet meer het jachtige leven op straat te leiden, ze krijgen driemaal per dag eten, hebben een eigen kamer, ze krijgen de mogelijkheid om weer naar een dagbesteding te gaan en krijgen een zak- en kleedgeldregeling. De bewoners van Domus staan bovendien onder controle van de GGD en krijgen in Domus medicatie, waaronder methadon, verstrekt.

Verslavingsgeneeskunde

Het boek Verslavingsgeneeskunde van de Jong, de Haan en van de Wetering, beschrijft problemen van patiënten uit de praktijk van een verslavingsarts. In dit boek spreekt men niet over zorg voor oudere gebruikers, maar over de behandeling en begeleiding van gebruiker patiënten. Opvallend is de relatief lage leeftijd van de beschreven patiënten in de casuïstiek. Het boek bestaat uit vijf delen. Het vijfde deel gaat in op de somatiek bij gebruiker patiënten. In het voorwoord van het boek wordt genoemd dat er tot kort geleden geen in verslaving gespecialiseerde artsen, psychologen en verpleegkundigen waren. Maar dat dit nu echt veranderd is met de start van de opleiding tot verslavingsarts.

Een voorbeeld van toenemende somatische problematiek onder ernstig gebruikers is de constatering dat er een toename van symptomatisch lijden door hepatitis C is te verwachten. In Nederland worden jaarlijks tussen de 600 en 700 nieuwe hepatitis C patiënten gemeld. De helft daarvan wordt in verband gebracht met intraveneus drugsgebruik, dit is gebruik waarbij via de aderen drugs wordt

ingespoten. De verwachting is dat 80% hiervan geïnfecteerd zal blijven. Een hepatitis C behandeling is mogelijk, maar die is zo intensief, dat maar een klein deel van de ernstig gebruikers in aanmerking komt, omdat er sprake is van psychiatrische klachten of alcoholgebruik. De behandeling heeft 50% kans van slagen. Slaagt deze niet, dan blijft hepatitis bestaan wat uiteindelijk zal leiden tot levercirrose. (van Buddingh-Knol, Wijdeveld, & de Haan, 2009, pp. 168-169)

Deze behandeling is binnen Domus bekend. Een bewoner heeft genoemde hepatitis C behandeling gedaan en is genezen van hepatitis C. Een andere bewoner is nu nog bezig met de kuur. Hij vindt de behandeling erg zwaar vanwege de vele bijwerkingen. Hij zegt dat hij het redt, omdat hij veel steun krijgt van zijn partner.

In hoofdstuk 19 van dit boek wordt geconcludeerd dat het sterftecijfer onder heroïnegebruikers door harm reduction en behandeling beperkt is gebleven. *“De groep wordt nu geschat op 25.000 mensen en is ouder aan het worden, waarbij zij meer en meer te maken krijgen met psychiatrische en somatische comorbiditeit.”*

In dit hoofdstuk wordt geschreven over diabetes bij heroïnegebruikers. Diabetes wordt niet altijd direct opgemerkt bij gebruikers, omdat heroïne gebruik de klachten van deze ziekte maskeren. (de Jong, de Haan, & van de Wetering (red.), 2009, p. 206)

Andere voorbeelden van somatische problematiek bij drugsgebruikers die worden genoemd zijn, slaapproblemen en longproblematiek. De somatische problematiek die hier wordt beschreven is in toenemende mate zichtbaar in Domus.

3.6 Conclusies

Uit voorgaande paragrafen kunnen wij het volgende concluderen:

- Ruim 70% van de Domusbewoners is ouder dan 45 jaar;
- Bij een groot deel van de Domusbewoners is sprake van dubbele diagnose. De kenmerken hiervan komen duidelijk overeen met de kenmerken die beschreven staan in de bestudeerde literatuur. Triple cripple komt vooral voor bij de Domus+ bewoners. In de literatuur is over deze problematiek nog weinig te vinden;
- Harm reduction heeft een positief effect op het welzijn van de Domusbewoners. Door het accepteren van de verslaving, hoeven de bewoners niet meer de straat op om te gebruiken. Bovendien blijkt dat bij gebruikers die eenmaal in Domus komen het drugsgebruik stabiliseert en soms zelfs vermindert;
- Langdurig en intensief drugsgebruik zorgt ervoor dat lichamelijke klachten onderdrukt worden. Door het verminderen van of stoppen met drugsgebruik worden deze lichamelijke klachten zichtbaar;
- In 1997 constateerde het RIVM dat er een groeiende groep oudere thuislozen was die meer verzorging en verpleging nodig zou hebben. Bij deze groep thuislozen was toen al sprake van meervoudige problematiek. Ook in een rapport van IWZ in 2001 werd dit signaal benoemd. Knelpunten die in dit rapport genoemd worden zijn nog steeds zichtbaar in Domus en in andere voorzieningen;
- In een rapport van het Cebeon wordt het signaal van de groeiende groep oudere gebruikers wel erkend. Men spreekt echter niet over mogelijke contra-indicaties bij doorstroom naar een verpleeghuis van deze groep, terwijl uit de praktijk blijkt dat die contra-indicaties er wel zijn;
- In ditzelfde rapport wordt gesproken over aansluiten op de behoefte van subdoelgroepen. De subdoelgroep oudere gebruikers wordt niet genoemd;
- Door de opzet van een verzorgings- en/of verpleeghuis voor oudere gebruikers zal de samenhang van woonvoorzieningen binnen de maatschappelijke opvang verbreden. Dit zal vervolgens ook de doorstroming binnen de keten bevorderen.

Hoofdstuk 4 Resultaten interviews

4.1 Inleiding

Voordat wij de uitkomsten van de interviews beschrijven willen wij eerst de instellingen en personen noemen die wij hebben geïnterviewd:

- Stichting Mainline; dit is een stichting die zich richt op educatie hoe onder andere veilig drugs te gebruiken. Dit interview is afgenomen met mevrouw H. Robberts, projectleider van de afdeling Training, expertise en communicatie;
- Woonvoorziening de Aak in Amsterdam; dit is een tijdelijke verpleeg-/ woonvoorziening voor mensen met somatiek en verslaving. Dit heet een tijdelijke voorziening te zijn maar inmiddels verblijven hier mensen al vijf jaar. Dit komt omdat cliënten niet door kunnen stromen naar reguliere verpleeghuizen vanwege verslaving, somatische en psychiatrische klachten. Hier hebben wij gesproken met mevrouw J. Verkuijl, teammanager;
- Teamleiders, zorgcoördinatoren en praktijkverpleegkundigen van Cluster Domus. Om tijd te besparen hebben wij gebruik van groeps gesprekken. Ook hebben wij een interview afgenomen met mevrouw K. Biemans-Maas, clustermanager van Domus.;
- Verpleeghuis Woodstock in Den Haag. Dit is een verpleeghuis voor expliciet oudere gebruikers. Hier is gebruik toegestaan. Wij wilden weten hoe de begeleiding is van de doelgroep en of er sprake is van doorstroming. Het interview heeft plaatsgevonden met meneer C. Matla, teamleider;
- Verpleeghuis Meerzorg in Amsterdam. Dit is een verpleeghuis waar somatische problematiek een voorwaarde is voor opname. Dit interview werd afgenomen met de teamleidster mevrouw Veldhuizen en clustermanager mevrouw Verpoorten;
- Verpleeghuis de Venser in Amsterdam. In dit verpleeghuis werden bewoners van de Domus opgenomen maar na 3 maanden teruggeplaatst vanwege grensoverschrijdend gedrag. We hebben een telefonisch interview gehad met mevrouw Mackinje, teamleidster bij de Venser;
- Hostel Maliebaan in Utrecht. In deze instelling verblijven bewoners met verslaving en psychische problematiek. Deze instelling is te vergelijken met Domus. Het gesprek heeft plaatsgevonden met teamleider de heer Hendriks;
- GGD arts mevrouw de Grave uit Amsterdam. Zij heeft lange tijd gewerkt als huisarts bij de GGD met de oudere gebruikers van Domus. De GGD is ook verwijzer bij plaatsing van mensen naar Domus;

- Als laatste willen wij noemen dat er telefonische interviews afgenomen zijn met mevrouw Schilperoort van de GGD en de heer Verstraaten van Nachtopvang Havenzicht in Rotterdam, zij hebben een verpleegafdeling van 15 bedden voor mensen die op straat leven.

In dit hoofdstuk doen we onderzoek naar de derde en de vierde deelvraag:

- *Welke voorzieningen in de G-4 bieden nu al zorg voor deze doelgroep? (deelvraag 3)*
- *Wat is er nodig voor passende zorg? (deelvraag 4)*

De uitkomsten van de interviews zullen we aan de hand van de verschillende labels, die we vooraf opgesteld hebben, beschrijven. De uitkomsten zullen we vervolgens voorzien van onze conclusies.

4.2 Uitkomsten interviews, groepsgesprekken

4.2.1 Een groeiende doelgroep (label 1)

Uit de interviews met de respondenten werd duidelijk dat het signaal van de groeiende groep oudere gebruikers binnen Domus ook in andere voorzieningen herkend wordt. Er zijn instellingen die zich afvragen waar zij de oudere doelgroep kunnen plaatsen. Hoe kunnen zij er mee omgaan? Die vraag blijft voor diverse voorzieningen onbeantwoord omdat er te weinig doorstrommogelijkheden naar instellingen zijn die voorzien in de zorgbehoefte van de ouder wordende gebruikers.

De roep van Hostel Utrecht

Een belangrijk punt was dat de heer Hendriks het volgende vertelde: *“En volop gebruikende cliënten werden over het algemeen ook niet zo oud. Een deel van die groep krijgt in toenemende mate te maken met somatische problematiek. Dat is een groep, die misschien niet zo heel groot is, maar waarbij we wel hard aan het nadenken zijn, hoe gaan we die bedienen in de toekomst. We zien met zijn allen deze problematiek wel, maar er is niks en dat roepen we al jaren. Is er ondertussen iets gebeurd? Staat er al iets? Behalve Woodstock staat er nog niets, maar die heeft ook nog geen verpleegkundige hulp. Dus er is nog steeds niks.”*

De heer Hendriks verwoordt hier dat er al jaren geroepen wordt dat er iets moet gebeuren voor deze groeiende doelgroep. Dan valt op dat er nog steeds geen actie wordt ondernomen om aan de roep van deze doelgroep te voldoen.

Ook de praktijkverpleegkundigen horen deze roep al langere tijd:

“Het ligt natuurlijk ook in de lijn der verwachting dat een bejaarden Domus er komt. Mensen worden ouder, omdat er betere zorg is en dan moeten ze ook weer ergens heen natuurlijk.

Het is een gat in de markt, er is echt vraag naar. Dat merk je vanuit de verschillende Domussen.

Jazeker! Deze vraag hoor ik al vijftien jaar en speelt dus al heel lang.” Antwoord op de vraag of een voorziening voor oudere gebruikers nodig is.

Geen doorstroming

De enige voorziening waar oudere gebruikers verblijven is Woodstock in Den Haag. Zij zeggen het volgende: *“De wachtlijst is die er, want er is geen doorstroom naar andere voorzieningen. We hebben gewoon niet zo heel veel plek. En dat vind ik zorgelijk, zeker nu de vergrijzing zo groot wordt.*

Er is sprake geweest van meer opnames, maar daar is het geld niet voor.”

Zij geven aan dat zij wel de ruimte hebben om meer mensen op te kunnen nemen maar dat daar geen geld voor beschikbaar is. Belangrijk punt is dat Woodstock de enige instelling is geweest die aangaf dat er geen geld is voor zorg voor deze doelgroep

Normaal leven

Een opvallende uitspraak van een bewoner van Domus, die het volgende vertelde: *“en dat is de angst voor het stramien van een normaal leven, dat mensen nooit geleerd hebben hoe dat moet. En daarom denk ik dat het goed is dat er iets komt voor deze mensen, dat ze bij elkaar kunnen wonen. Maar niet alleen voor mensen die lichamelijk of geestelijk slecht zijn, maar je hebt natuurlijk ook gebruikers die dat allemaal niet hebben. Die zijn wel lichamelijk redelijk gezond en ik denk dat die weer wat buiten de boot gaan vallen. Die hebben net zo goed die behoefte aan rust. Ik denk dat voor zulke bewoners echt dingen nodig zijn.”*

Zij geeft aan dat veel langdurig gebruikers niet meer weten hoe het is om een ‘normaal leven’ te leiden. Dit leidt er toe dat zij daar angstig voor geworden zijn. Een doorstroom naar een regulier verzorgings- of verpleeghuis zien velen daarom ook niet zitten. Volgens haar is het daarom goed dat er iets komt voor de oudere gebruikers.

Zorgkantoor

Vanuit het interview van de Aak ligt het probleem bij het zorgkantoor: *“Het probleem is alleen, dat het zorgkantoor dit probleem niet wil zien. Die zegt er zijn lege bedden in die verpleeghuizen, dus deze cliënten moeten naar verpleeghuizen. En als het niet lukt dan moeten jullie ons inschakelen en dan gaan wij druk uitoefenen.”*

Dit is opvallend omdat het zorgkantoor alleen de lege bedden in verpleeghuizen ziet en niet naar de doelgroep kijkt. Zij gebruiken hierbij ook pressie bij de verpleeghuizen om toch vooral de bedden vol te krijgen zonder te kijken naar de persoon.

Manager primair proces van het Leger des Heils zegt het als volgt: *“Ik heb geprobeerd duidelijk te maken aan het Zorgkantoor dat de groep waar wij het over hebben wel degelijk een groeiende groep*

is die tussen wal en schip dreigt te raken. Hierbij kreeg ik een notitie van het verpleeghuis Flevohuis waar Meezorg en Gastenburgh mee samenwerken. Hierin hebben zij kenbaar gemaakt aan het Zorgkantoor dat de oudere gebruikers niet passen in hun verpleeghuis, vanwege de complexe problematiek.” Het zorgkantoor wil de lege bedden vol krijgen maar eigenlijk kunnen de verpleeghuizen de doelgroep niet aan en dat is opmerkelijk.

Hierover hebben wij contact gehad met het zorgkantoor. In eerste instantie met afdeling Bureau zorgtoewijzing (BZTW), deze afdeling hadden wij via het bedrijfsbureau van Goodwillcentra Amsterdam door gekregen. Volgens BZTW anticipeert het zorgkantoor op geluiden uit de regio's en volgt zij wat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert. Het probleem van de oudere gebruikers die meer zorg nodig hebben, wordt wel herkend, maar het zijn incidentele gevallen. Het verzoek van het zorgkantoor is om met aantallen te komen. Op basis van één cliënt kunnen zij geen actie ondernemen. Verder wordt aangegeven dat het meestal bij een verzoek blijft en dat de zorgaanbieders er dan vaak niet meer op terug komen. Ook werd een voorbeeld genoemd van een stichting in Amsterdam die aangaf dat zij lege bedden hebben in verpleeghuizen en deze beschikbaar willen stellen voor mensen uit de maatschappelijke opvang. Hierop is nooit reactie geweest van instellingen uit de maatschappelijke opvang. Een mogelijkheid volgens BZTW zou zijn dat er een cliëntcategorie moet komen zodat nieuwe zorginkoop afspraken gemaakt kunnen worden.

Volgens het zorgkantoor is het dus aan de zorgaanbieders om de groeiende groep oudere gebruikers onder de aandacht te brengen en gebruik te maken van de mogelijkheden, kennis en expertise die er nu al zijn in de verschillende instellingen. Het advies luidt: *“durf over je muren heen te kijken en zoek samenwerking daar waar mogelijk is.”*

Een ander advies dat gegeven werd is om in bestaande voorzieningen mogelijkheden te creëren voor meer verzorging en verpleging, ga daarbij creatief om met de bestaande middelen en financiën. In het gesprek werd ook nog het idee geopperd om een casuïstiek overleg te initiëren vanuit de verschillende instellingen, waar het zorgkantoor dan bij aanschuift. In het casuïstiek overleg kan dan een oplossing gevonden worden voor moeilijk plaatsbare cliënten.

4.2.2 Visie op verslaving (label 2)

Verslaving wordt door de respondenten gezien als het afhankelijk zijn van middelen, dat iemand niet kan functioneren zonder die middelen en dat het hele leven hierdoor wordt beïnvloedt.

Uit de interviews met de GGD arts als met de praktijkverpleegkundigen van Domus valt op dat zij beiden vanuit medisch oogpunt verslaving als hersenziekte zien.

Terwijl mevrouw Robberts van stichting Mainline niet van verslaving spreekt maar van problematisch gebruik. Haar visie stelde zij op het biopsychosociaal model. In dit model zijn de psychologische en sociale aspecten een belangrijk onderdeel van de verslaving. Dus het gedrag en de omgeving zijn van invloed op het ontstaan en het verloop van de verslaving.

Het viel ons tenslotte op dat de praktijkverpleegkundigen het volgende vertelden over verslaving: *“Je kunt er volgens mij ook weinig tegen doen, verslaafd zijn ze toch wel. Of je het nou een ziekte noemt of niet. In het kader van een behandeling, denk je er misschien zo over, maar dan behandel je iemand. Maar als je verslaafd bent, dan heb je nog het idee dat je ervan af komt.”*

In feite gaven zij aan dat hoe verslaving ook gezien wordt dat dat er niet toe doet. De verslaving is geaccepteerd en dat is ook een visie.

De respondenten noemden verder dat de omgeving een belangrijker factor is dat verslaving in stand kan houden of in de hand kan werken.

4.2.3 Dubbele diagnose (label 3)

Bij een groot deel van de oudere gebruikers binnen Domus is er sprake van dubbele diagnose of triple cripple problematiek. Dit houdt in dat er naast de drugsverslaving ook nog andere persoonlijkheidsstoornissen kunnen spelen. Omdat bij de bewoners van Domus veel mensen zijn met een dubbele diagnose hebben wij hier een label van gemaakt.

Kenmerken dubbele diagnose

Wat in de literatuur beschreven is zien wij terugkomen in de interviews. In de instellingen waar onze doelgroep verblijft, is er vaak sprake van dubbele diagnose en/of triple cripple bij de bewoners. Hiermee bedoelen we dat er primair sprake is van een verslaving met daarbij persoonlijkheidsstoornissen, zoals schizofrenie en borderline wat ook comorbiditeit genoemd wordt. Hiermee wordt bedoeld het tegelijkertijd aanwezig zijn van twee of meer stoornissen bij een persoon.

Plaatsing van bewoners met dubbele diagnose

De GGD arts mevrouw de Grave, sprak over het volgende wat plaatsing van mensen bij Domus 2 betreft: *“Soms zijn er wel dossiers bij die niet geplaatst kunnen worden bij de Domus. Deze zijn zo gedragsgestoord. Deze cliënten hebben geen dubbele diagnose maar een drie dubbele diagnose. Wel moet ik erbij zeggen dat dit niet vaak gebeurt dat Katia nee zegt tegen een cliënt. Toch moet ik wel zeggen dat er soms mensen in Domus geplaatst worden waarvan ik denk dat kan toch niet.”*

Eigenlijk doen deze mensen het alleen maar goed achter tralies. Een psychiatrische diagnose die nog volledig onbekend is. Deze diagnoses zijn nooit gesteld, dan heb ik het over bijvoorbeeld depressies of schizofrenie.”

Dit geeft aan hoe problematisch het is om mensen die verslaafd zijn en een persoonlijkheidsstoornis hebben te kunnen plaatsen in een instelling. Het kan voor Domus niet zo zijn dat deze mensen op straat belanden, ook als uit het dossier blijkt dat deze bewoners niet geplaatst kunnen worden.

Dezelfde mening is toegedaan door de praktijkverpleegkundigen:

“Het gaat om ouder wordende gebruikers, dus ook mensen met forse psychiatrische kwalen. Passen die dan in een ouderen Domus? Ik denk namelijk dat zo iemand meer op zijn plek is ergens anders, maar dan vooral vanwege zijn psychische problematiek.”

4.2.4 Passende zorg (label 4)

In de verschillende interviews hebben wij getracht om helder te krijgen wat volgens de respondenten passende zorg is voor de oudere gebruikers. In deze paragraaf zetten we de verschillende ideeën die door de respondenten zijn genoemd op een rij.

Passende zorg is volgens de respondenten:

- Een aantal uur in de week de beschikking hebben over een arts, maar ook contact hebben met een diëtiste en een fysiotherapeut die op afspraak kunnen komen;
- Bewoners moeten kunnen sterven in een voorziening voor oudere gebruikers;
- Een combinatie van somatische zorg, psychische zorg en verpleegkundige zorg;
- Hulp bij douchen, aankleden, kamer opruimen, maar ook begeleiding naar afspraken in bijvoorbeeld een ziekenhuis of naar instellingen;
- Zorg gericht op zowel het verzorgende deel als op het gedragsregulerende deel;
- 24 uur per dag medisch geschoold personeel in dienst;
- Meer verpleging en hulp bij huishoudelijke taken;
- Af en toe bij iemand om het hoekje komen kijken die ziek in bed ligt en zorgen dat diegene dan wat eten krijgt;
- Bewoners motiveren om naar een afspraak te gaan in het ziekenhuis of in een andere instelling en hen daarin begeleiden;
- Woonbegeleiding met medische en verzorgende kanten, waarbij de verzorging bestaat uit hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL);

- De zorg die nu in verzorgingshuis geboden wordt, bijvoorbeeld ondersteuning met ADL, zoals wassen, kleden, bed opmaken en mogelijk nog verdergaand, wat je bijvoorbeeld in een verpleeghuis ziet, somatische zorg. Waarbij deze zorg soms volledig overgenomen kan worden;
- Medische expertise in huis hebben, zodat er adequaat gereageerd kan worden op acute somatische problematiek;
- Kamers schoonmaken en bedden opmaken;
- Medicatieverstrekking, het zwachtelen van benen, het aantrekken van steunkousen en wondverzorging;
- Goede zorg, rust, acceptatie en stimulans waar nodig, op welk gebied dan ook;
- Aandacht voor terminale zorg;
- Het bieden van regelmaat. Mensen weer structuur geven door goed en regelmatig eten;
- Het begeleiden in een zo rustig en veilig mogelijke woonomgeving;
- Aandacht voor voeding, door het opnemen van gewichten en het op peil houden van de voedingstoestand;
- In eerste instantie mensen zoveel mogelijk begeleiden in hun ADL en HDL. Lukt dit niet dan duidelijke afspraken maken, lukt dit ook niet, dan de zorg overnemen;
- Hulp bij sondevoeding;

Hulp bij ADL en HDL

Een deel van de respondenten noemde hulp bij ADL en HDL. Voorbeelden van hulp die genoemd werden zijn; hulp bij douchen en aankleden, in en uit bed komen, maar ook hulp bij het kamer schoonmaken. Andere vormen van hulp die genoemd werden zijn; begeleiding bij ziekenhuisbezoek en zorgen dat mensen op hun afspraak komen, het motiveren van innemen van medicatie en het bieden van een stukje regelmaat.

Een praktijkverpleegkundige van Domus brengt dit als volgt onder woorden:

“iemand die buiten zijn verslaving om, zoveel lichamelijke klachten heeft, of zoveel begeleiding behoeft in het dagelijkse leven dat hij niet goed meer in staat is om die dingen zelf te doen, zoals je bed opmaken, kamer schoon houden, tot in en uit bed komen, iemand aankleden en misschien zelfs douchen. Als we bijvoorbeeld kijken naar de heer J., maar ook mevrouw V., die waren lichamelijk niet meer in staat om hun kamer te dweilen. Dat was gewoon een te grote inspanning, dat kon hun lichaam niet aan.”

Praktische inrichting

Een belangrijk punt dat vaak genoemd werd, was de inrichting van het gebouw. Punten die daarbij genoemd werden zijn: gelijkvloers en zonder drempels, brede deuren, (trap)lift aanwezig, kamers met eigen douche en toilet. Badkamers voor minder-validen, dus rolstoeltoegankelijk.

Eén van de bewoners dacht daarbij ook aan het hebben van een alarmknop op de kamer.

Meerzorg Noorderburgh is de enige voorziening binnen de maatschappelijke opvang in Amsterdam waar ook een aantal kamers zijn waar zuurstof gegeven kan worden. Aangezien longproblemen zoals COPD regelmatig voorkomen bij de oudere gebruikers is dat een belangrijk aandachtspunt. Een opvallend punt werd genoemd door de heer Verstraten van Havenzicht uit Rotterdam. Hij vond het belangrijk dat: *“ruimte en frisse kleuren van de muren van een instelling belangrijke facetten om rekening mee te houden bij het opstarten van een nieuw pand.”*

Verpleeghuiszorg

Opvallend was dat in de reeds bestaande voorzieningen voor verzorging en verpleging bijna geen ruimte was voor echte verpleeghuiszorg, intensieve verpleging, ofwel de handen aan het bed. Bij Meerzorg werd hierover het volgende gezegd: *“Als iemand echt bedlegerig wordt, dat is de grens. Dat is bij ons altijd een spanningsveld. Tot hoe lang kunnen wij het allemaal zelf doen, en wanneer moet je iemand naar een verpleeghuis sturen.”* Dit probleem werd ook genoemd in de Aak, de andere Meerzorg instelling in Amsterdam. *“Als iemand echt terminaal is, dat die persoon dan doorgaat naar het verpleeghuis. Dat is voor zo iemand niet fijn, want als je hier zeven jaar gewoond hebt en je moet dan opeens naar het verpleeghuis, dan is dat niet fijn. Maar ja, ik vind wel dat diegene de hulp moet krijgen die hij op zo’n moment nodig heeft. En dat is dan flink lastig.”*

Volgens de Aak kun je ook niet zomaar verpleegzorg geven, daar zit nog veel aan vast. Je moet dan een verpleeghuisarts hebben en samenwerking zoeken met een verpleeghuis, zodat er 24 uur per dag een verpleeghuisarts kan worden opgeroepen.

Bij Meerzorg wordt nagedacht over samenwerking zoeken met een verpleeghuis in de vorm van deskundigheidsuitwisseling. Hierover wordt gezegd; *“om eens te kijken of we met hen niet kunnen komen tot deskundigheidsuitwisseling, dat als iemand van ons (een bewoner) daar geplaatst wordt, dat we ook een stukje ambulante begeleiding mee geven. Zodat het daar makkelijker wordt.”*

4.2.5 Bejegening van de doelgroep (label 5)

Bij Domus wordt de verslaving geaccepteerd en wordt vanuit het gedragstherapeutische model gewerkt. Het accepteren van de verslaving wordt in Domus gedaan, door het toestaan van drugsgebruik op de eigen kamer. Werken vanuit het gedragstherapeutisch betekent onder andere het belonen van goed of gewenst gedrag en het zo weinig mogelijk bestraffen van negatief gedrag. Deze aanpak blijkt succesvol de afgelopen jaren. Bewoners blijven langer in zorg. Zelfs mensen van wie gedacht werd dat zij niet lang in Domus zouden blijven, blijken zich goed te kunnen handhaven met deze bejegening/ aanpak. De wens van de opdrachtgever is dat in een nieuwe voorziening juist die bejegening behouden zal blijven en gecombineerd kan worden met meer verzorging en verpleging. In de interviews zijn we hiernaar op zoek gegaan. Hoe gaat dat in andere voorzieningen en waar lopen zij tegenaan in de bejegening van deze doelgroep?

Acceptatie

Het blijkt dat bejegening een belangrijk aspect is bij de verschillende instellingen, binnen de hulpverlening. Met de bejegening kun je binnen de instelling het verschil maken tussen het vinden van aansluiting bij iemand of iemand verliezen. Acceptatie van drugsgebruik is een belangrijk onderdeel van de bejegening. In bijna alle ondervraagde instellingen is drugsgebruik toegestaan op de eigen kamer. Door het accepteren van drugsgebruik krijg je de mogelijkheid om het over gebruik te hebben. Accepteren van drugsgebruik betekent ook leren omgaan met verslavingsgedrag. Eén van de respondenten zegt hierover dat ze meer deskundig zijn in het omgaan met verslavingsgedrag, dan in het omgaan met psychiatrie.

Ook bij bewoners speelt de acceptatie van hun verslaving een belangrijke rol. Eén van de bewoners vindt het belangrijk dat: *“Hij zijn pijpje mag blijven roken, dat hij niet direct problemen krijgt als hij zin heeft om te roken in zijn eigen kamer.”* Voor een andere bewoner maakt het echt verschil dat ze *“Rustig kan gebruiken, zonder dat ze bang hoeft te zijn dat de politie de hoek om komt lopen of dat andere gebruikers komen zeuren of ze ook iets mogen hebben.”*

Grenzen

Bij bejegening gaat het ook over het stellen van regels. Eén van de bewoonsters vindt het goed dat er regels zijn om de overlast te beperken en dat je met elkaar rekening houdt. *“Maar je hebt wel te maken met individuen en daar zal volgens haar meer rekening mee gehouden moeten worden.”* Zij is van mening dat *“Bepaalde regels bij een bepaalde leeftijd niet meer kunnen, ook niet als je in een voorziening woont.”*

Binnen de Venser wordt gewerkt met de tien geboden. Volgens de teamleidster is het *“belangrijk dat je als team consequent deze regels handhaaft. Bewoners spelen dat gemakkelijk uit. Vaak gaat het een hele tijd goed, maar dan worden de regels na een tijdje weer aangescherpt.”*

In Havenzicht in Rotterdam is de werkwijze dat er wel regels zijn, maar dat er niet te strak op die regels wordt gezeten. Opvallend bij Havenzicht is dat er wel gebruikt mag worden in het passantenverblijf, maar niet op de verpleegafdeling. Bij hen is de ervaring dat het voor de mensen die gewend zijn binnenshuis te gebruiken veel lastiger is geworden om een geschikte doorstroomplek te vinden. Veel andere voorzieningen zijn nog terughoudend in het gebruik.

Een andere bewoonster was van mening dat gebruik in een aanleunwoning op zich niet tot problemen hoeft te leiden, als je het als gebruiker maar niet verknoeit. Een treffende reactie van één van de bewoners was, toen hij hoorde dat gebruikers inmiddels niet meer welkom zijn in een aanleunwoning in Koornhorst; *“Dan zal die er wel een flinke rotzooi van gemaakt hebben daar.”*

In beweging

Bij Meezorg Noorderburgh is het team in ontwikkeling wat betreft de bejegening. Waar voorheen meer op de regels werd ingezet, wordt nu steeds vaker gekeken naar de situatie, wanneer laat je het gaan en wanneer hou je iemand aan de regels? Er zijn wel bepaalde situaties waar men duidelijke grenzen mag stellen. Het vraagt van het team andere vaardigheden en bewust bezig zijn met wat er in een bepaalde situatie van jou als hulpverlener gevraagd wordt.

De teamleidster van de Aak zegt altijd tegen haar mensen; *“dat ze van alle markten thuis moeten zijn. Je moet politieagent zijn en schooljuf en verpleegkundige. En je moet de doelgroep heel erg leuk vinden, anders dan redt je het niet.”*

Bejegening blijft een aandachtspunt volgens deze teamleidster. Dit hoort ze ook wel terug van haar cliënten. Soms zijn medewerkers ongeduldig en hebben ze haast.

4.2.6 Bestaande zorg voor oudere gebruikers en doorstroom mogelijkheden binnen de G-4 (label 6)

Als we de uitkomsten van de interviews nader bestuderen dan vallen er een aantal aspecten op: Doorstroming van de oudere gebruikers wordt als moeizaam ervaren omdat men in de reguliere verpleeghuizen in mindere mate, ook in bestaande voorzieningen voor oudere gebruikers, niet weet om te gaan met het gedrag van deze doelgroep.

Er zijn weinig mogelijkheden om bewoners door te laten stromen vanwege de verslaving.

Binnen de G-4 is er geen enkele instelling die zich uitsluitend richt op de ouder wordende gebruiker, behalve Woodstock in Den Haag. Er zijn enkele verpleeghuizen waar gebruik op kleine schaal gedoogd wordt.

Nieuwe voorzieningen

Toch zien we ook enige beweging zoals de respondent van Utrecht Maliebaan verwoordde: *“Je hebt vanuit de gemeente wel de beweging, die zegt dat wij gaan bouwen voor deze groep. Wij gaan de zorg voor deze groep ook faciliteren, zodat deze groep straks ook op een goede manier wordt opgevangen. Zij zien ook wel dat op deze manier de huidige voorzieningen niet voldoende zijn.”*

De GGD in Rotterdam vertelde het volgende: *“Er zijn op dit moment woonvoorzieningen die in een experimentele fase zijn. Deze experimentele fase heeft vooral te maken met de bejegening en verpleging van de doelgroep.”*

Het lijkt erop dat er meer voorzieningen gaan komen voor onze doelgroep in de andere steden van de G-4. Belangrijk nog om te vermelden is dat er een nieuwe Gastenburgh komt met 39 bedden. Het is wel zo dat de oude Gastenburgh, die nu 50 bedden heeft, gaat sluiten met andere woorden; in sommige gevallen is er zelfs sprake van afname van bedden.

Terugkeergarantie

Een belangrijk punt om te noemen is wat de manager van de Aak vertelde als zij een bewoner door liet stromen naar andere verpleeghuizen: *“Deze mensen door te plaatsen. Dat is gewoon een groot probleem. Vaak proberen deze een terugkeer garantie te krijgen. Deze mensen passen daar vaak niet, omdat ze heel veel problemen opleveren.”*

Hieruit blijkt dat verpleeghuizen een garantie willen dat, als een voormalig bewoner van de Aak gedragsoverschrijdend gedrag vertoont, zij deze persoon altijd kunnen terugplaatsten. De bejegening van deze doelgroep kunnen zij wellicht niet aan waardoor zij de mogelijkheid eisen om deze personen terug te kunnen plaatsen naar de Aak. De zorg in de verpleeghuizen sluit dan niet aan op de doelgroep.

4.2.7 Leeftijd van de oudere gebruikers (label 7)

Wanneer spreken we eigenlijk van oudere gebruikers? Is iemand met een kalenderleeftijd van 45 jaar, maar met een lichamelijke leeftijd van 65 jaar eigenlijk oud te noemen?

Bejaarden

In de interviews werd af en toe gesproken over een bejaarden Domus. Dat klinkt apart, omdat uit de interviews blijkt dat de gemiddelde leeftijd tussen de 45 en 60 jaar blijkt te liggen. Het woord bejaard betekent in het Wolters' woordenboek, *oud*. Een bejaarde is volgens dit woordenboek *een oude van dagen, in de leeftijd van 65 jaar en ouder*.

Wat betreft kalenderleeftijd kunnen we dus nog niet spreken over bejaarden. Een bewoonster zegt hierover het volgende: *“ik vraag me af of je al op 45 jarige leeftijd bejaard bent. Ik vind dat nogal vroeg. Ben je dan bejaard, of is het meer het leven dat je geleid hebt?”*

Een langdurige gebruiker krijgt op jongere leeftijd echter wel de somatische klachten die passen bij een oudere leeftijd. Een praktijkverpleegkundige zegt hier het volgende over: *“Als iemand vijftig is en hij heeft veel gebruikt gedurende de laatste vijftig jaar, dan is die persoon wel 70 gezien zijn lichamelijke gesteldheid.*

In Meerzorg ligt de gemiddelde leeftijd tussen de 50-55 jaar. De teamleidster zegt hierover: *“We zien dat we wat meer mensen van boven de 55 jaar hebben gekregen, maar de gemiddelde leeftijd zal rond de 50 en 55 jaar liggen.”*

De bewoners die we hebben geïnterviewd voor dit onderzoek zijn tussen de 46 en 65 jaar oud. Een bewoonster denkt dat de gemiddelde leeftijd van een gebruiker de komende jaren nog verder omhoog zal gaan, *“vanwege de nog weer betere zorg die er is voor gebruikers.”*

In Woodstock in Den Haag ligt de leeftijd tussen de 45 – 50 jaar. De minimum leeftijd is 45 jaar. Opvallend is wat er over Woodstock vervolgens gezegd wordt: *“Het is echt een bejaardenhuis zeg maar. Door dokters wordt aan deze mensen vaak verteld dat ze lichamelijk al zestig jaar zijn.”*

4.2.8 Financiering (label 8)

Het label financiën hebben we later toegevoegd. Al snel werd duidelijk dat de financieringsstromen in de verschillende voorzieningen divers en ingewikkeld zijn. Vooral bij Meerzorg en de Aak zijn deze stromen complex van aard. Een woonvoorziening als Domus wordt betaald uit de AWBZ door middel van Zorgzwaartepakketten (ZZP). De komende jaren zal de financiering vanuit de AWBZ steeds meer overgeheveld worden naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), die uitgevoerd wordt door de gemeente.

De praktijkverpleegkundigen vragen zich af in welke ZZP categorie de bewoners uit de doelgroep moeten worden ingedeeld. Zij zeggen hierover het volgende:

“Ik begrijp dat je in de nieuwe setting hoog moet scoren op het medische deel van een ZZP. Je zult dan ook in een andere ZZP groep vallen, die meer op zorg zit. De afweging die je dan moet maken is, onder welke ZZP vallen deze mensen dan? Nu zitten ze vaak in ZZP Geestelijke gezondheidszorg (ZZP GGZ), waar maar een klein stukje verzorging onder valt, dat is het stukje verzorging wat wij nu bieden. Klein stukje medicijnen delen enz. Als je kijkt naar verzorgingshuizen, dan zitten mensen echt in een ZZP Verpleging en Verzorging (ZZP V&V). Dat is de afweging die je zou moeten maken. Wat weegt het zwaarst? Ik denk dat je dan meer de verzorgingskant in zou moeten zetten.

Waar nu het gros van de ZZP, een groot deel GGZ is en een klein deel verzorging, daar zou het in een bejaarden Domus andersom moeten zijn. Een groot deel verzorging en een klein deel GGZ erin. Dat is de zorg waar je straks het meest mee te maken krijgt.

Bij de Venser heeft men al te maken met deze vraagstukken. De Venser is een regulier verzorgings- en verpleeghuis en wordt gefinancierd uit de ZZP V&V . De cliënten die uit de maatschappelijke opvang binnenkomen hebben een ZZP op GGZ grondslag. Hierover zegt mevrouw Mackinje het volgende: *“Mensen komen hier meestal binnen met een ZZP GGZ grondslag of somatiek met een GGZ grondslag. Ik heb bijvoorbeeld een aantal mensen wonen met een ZZP V&V, GGZ C en dan 1 – 4 of zo. ZZP GGZ is meer op de begeleiding gericht. Dat komt, omdat wij ook nog werken met woonbegeleiders. De ondersteunende begeleiding is dus het hoogste in dat pakket. ZZP V&V scoort meer op persoonlijke verzorging en/ of verpleging. Die klassen zitten daar weer net wat hoger in.*

Opvallend is de uitspraak van een bewoner over de financiën. Hij zegt hierover:

“Je kan wel zo’n bejaarden Domus oprichten, maar het moet financieel wel haalbaar zijn voor de mensen.” Waarschijnlijk doelt hij hier op de hoogte van de kosten van de eigen bijdrage die iemand betaalt voor het wonen in een intramurale voorziening. De hoogte van deze eigen bijdrage heeft namelijk direct invloed op de hoogte van de zak- en kleedgeldregeling waar Domusbewoners recht op hebben.

De Aak, een meerzorg en wijkziekenboeg van HVO-Querido krijgt niet betaald via de ZZP, maar voor een deel uit de WMO, een deel uit AWBZ losse functies en als er geld bij moet, dan kan de gemeente Amsterdam bijspringen. Wat betreft financiering zou de teamleidster graag aangemerkt worden als een woonvoorziening in plaats van een tijdelijke voorziening.

Zij zegt het volgende over de financiering:

“Een stukje van de gemeente, een groot deel van de AWBZ en de verblijfkosten van de bewoners zelf. Doordat de indicaties op functies zijn, krijg je gewoon geld van de AWBZ, alleen het verblijf zit er niet in. Het CIZ staat daar nog tussen, want daar vraag je de indicatie aan en zonder deze indicatie krijgen we geen AWBZ gelden.”

Verder vertelde zij dat er veel aan het veranderen is wat betreft financiën.

“Het zal steeds moeilijker worden om een indicatie te krijgen. Voorheen vroeg je de indicatie aan en dan kreeg je deze zonder problemen. Maar nu wordt er gebeld en wil men van alles weten. Zonder psychiatrische diagnose krijgen we dus al geen begeleiding individueel meer.”

In Meerzorg ziet de financiering er ongeveer hetzelfde uit.

“We hebben dus een deel via de WMO zitten omdat er geen psychiatrische grondslag meer is bij sommigen mensen. Je moet dan somatisch zoveel mankeren wil je daar een indicatie voor krijgen. Wat we wel proberen is om dan toch te kijken of we een ZZP aan kunnen vragen, in het geval er verpleeghuiszorg in de toekomst aan gaat komen bij iemand. Maar als je een losse functie begeleiding aanvraagt op somatische grondslag, dan moet je wel heel veel mankeren op dat gebied, wil je dat voor elkaar krijgen. Dan krijg je dus betaald via de AWBZ.”

Uit een korte mailwisseling met het zorgkantoor, afdeling zorginkoop GGZ worden we helaas niet veel wijzer. Op onze vragen: Welke verschillende financieringsvormen zijn er voor deze doelgroep en, is het mogelijk om een ZZP GGZ met een ZZP V&V te combineren of bestaat er al een dergelijke combinatie? Kregen we het volgende antwoord: *“Het is voor het zorgkantoor niet mogelijk om op uw specifieke vragen in te gaan, aangezien het concurrentie gevoelige informatie bevat.*

Over de financieringsvormen en de mogelijkheid om ZZP met elkaar te combineren verwijs ik u naar de beleidsregels van de NZa. Zij stellen de regels waarnaar het zorgkantoor en de zorgaanbieders moeten handelen.”

4.2.9 Dagbesteding (label 9)

Binnen deze doelgroep is dagbesteding een lastig item. Sommigen van de doelgroep zijn niet gewend om structuur te hebben in hun leven, want dat hebben zij nooit gekend. Er zijn wel bewoners die een dagbesteding hebben maar dat zijn er in verhouding weinig. Dit kan wel veranderen als zij een beloning krijgen voor een activiteit.

In de interviews die wij hebben afgenomen wilden wij weten hoe de professionals en bewoners van de Domus denken over dagbesteding.

De volgende aspecten hebben de respondenten gemeen:

- Activiteiten, zoals gezamenlijk een krantje lezen, binnenshuis zou wel aangeboden moeten worden, maar niet verplicht gesteld;
- Dagbesteding als voorwaarde voor opname is niet noodzakelijk;
- Dag- en nachtstructuur aanbrengen is belangrijk;
- Motivatie is vaak een probleem mits er een beloning tegenover staat;
- Bewoners moeten zich niet gaan vervelen.

Buurtactiviteiten

De aanpak van Woodstock werd als volgt weergegeven: *“Woodstock heeft een klein restaurantje, met de naam Foodstock, waar twee keer per week wordt gekookt voor buurtbewoners. Voor 3 euro heb je daar een 3-gangenmenu. De bediening wordt gedaan door één van de bewoners als dagbesteding. Verder zijn er nog schoonmaaktaken die ook als dagbesteding worden ingevuld, maar de motivatie van de mensen laat regelmatig te wensen over. Eén keer in de week is er een bingo-middag in de recreatieruimte van Woodstock, hier zijn de buurtbewoners ook welkom.”*

Met deze dagactiviteiten wordt de drempel binnen de instelling verlaagd en krijgen de burens de kans om kennis te maken met de bewoners van Woodstock. Het blijkt dat de buurtbewoners en de inwoners van Woodstock elkaar gaan leren kennen en dat deze doelgroep geaccepteerd gaat worden door de omgeving.

Vrijwilligers

Opvallend was dat Meezorg contact zoekt met vrijwilligers: *“We zijn nu ook in contact met vrijwilligers voor kookactiviteiten of vrijwilligers die meegaan met ziekenhuisbezoeken.”*

Dit is opvallend omdat de andere instellingen geen gebruik maken van vrijwilligers omdat de doelgroep erg moeilijk is. Hierbij werd aangegeven dat men wel affiniteit moet hebben met de doelgroep.

Bezuinigingen

Wat de clustermanager van Domus ziet op dit moment is het gevolg van de bezuinigingen: *“Ik zie nu wel de eerste klappen vallen wat dagbesteding betreft. Als het geld uit deze voorzieningen gehaald wordt zie ik wel weer mensen de straat op gaan met alle overlast die dat met zich meebrengt.”*

Zij geeft al aan welke kant het op gaat als de bezuinigingen doorgezet worden. Dagbesteding voor deze doelgroep zal wellicht stoppen omdat de geldkraan voor de dagbesteding dichtgedraaid gaat worden. De gevolgen zijn dan overlast op straat en schade voor de omgeving door bijvoorbeeld

diefstal. En juist dat is de laatste jaren teruggedrongen door de inspanningen die er zijn geweest van Domus.

4.2.10 Samenstelling team (label 10)

Dit label hangt samen met het label passende zorg, maar gaat meer over de invulling van de functies binnen een team. Hoe moet een team, in een voorziening met meer verzorging en verpleging voor oudere gebruikers, er volgens professionals en bewoners uit zien?

Meer verplegenden en verzorgenden

Mevrouw Biemans-Maas zou in een team meer verpleegkundigen willen hebben. Volgens de zorgcoördinatoren zou een team zowel verzorgenden moeten hebben, als mensen die om kunnen gaan met de problematiek rondom Domusbewoners. Volgens hen zou het team uit verschillende disciplines moeten bestaan, namelijk zowel Sociaal Pedagogisch Werkers (SPW) als verpleegkundigen. Op een dag zou dan altijd van iedere functie één aanwezig moeten zijn. In het gesprek met de teamleiders werd gezegd dat het team vooral uit oudere ervaren hulpverleners moet bestaan.

Uit de interviews met de bewoners komt bijna niets naar voren wat betreft de samenstelling van het team. Zij verwachten dat in een nieuwe voorziening voor oudere gebruikers hulpverleners werken met een meer verplegende en verzorgende achtergrond.

De praktijkverpleegkundigen van Domus geven aan dat het team voornamelijk moet bestaan uit verplegenden en verzorgenden. De teamleider zou volgens hun ook een verpleegkundige moeten zijn, omdat die ook achterwacht is. Zij zien een combinatie van SPW-ers met verzorgenden en verpleegkundigen prima zitten, maar dan wel het liefst twee verzorgenden/ verpleegkundigen en één SPW-er per dienst. Dit zou kunnen als het een voorziening is met plaats voor 24 cliënten. De SPW-er moet dan wel meer gericht zijn op de verzorgende kant. En een verpleegkundige zou ook aansluiting moeten hebben met de doelgroep. Dat willen beide functies nog weleens tekort hebben. Hier zou in de werving van dit team bij voorbaat al op ingezet moeten worden. Een aparte praktijkverpleegkundige zou niet meer nodig zijn, omdat die taken weggezet kunnen worden in het team. Beiden willen dus het liefst een samengesteld team van zowel verzorgenden en verpleegkundigen als groepswerkers.

Aanpassing team

In Meerzorg is die aanpassing net ingevoerd. Voorheen bestond het team alleen uit verzorgenden en verpleegkundigen, maar sinds een paar maanden dus ook uit groepswerkers. Doel hiervan is om naast de zorg die er voornamelijk was, het groepsproces op gang te laten komen. Dit zou een uitstekende aanvulling zijn op de bestaande dienstverlening. In het team van Meerzorg zitten verder nog twee trajecthouders die verantwoordelijk zijn voor de zorgplannen en voeren van gesprekken met de cliënten. Verder hebben zij twee dagen per week een maatschappelijk werker en een praktijkverpleegkundige. Die laatste is verantwoordelijk voor zaken rondom ziekenhuisbezoek, contact met apotheek en voorbereiding artsensprekuren te regelen. De trajecthouder is verantwoordelijk dat de maatschappelijk werker en de praktijkverpleegkundige hun deel van het zorgplan op tijd inleveren.

In de Aak is een aantal jaren geleden een andere keuze gemaakt. Daar waren zowel woonbegeleiders als verzorgenden/ verplegenden aan het werk. De arts vond het toen onverantwoord worden dat er in een avond maar één verzorgende of verplegende zou zijn op zestig cliënten. Cliënten zijn veelal zorgmijders en daarom moet je wel goed kunnen observeren en signaleren en dat gebeurde toen te weinig. Een kenmerk van het huidige team binnen de Aak is dat alle hulpverleners affiniteit hebben met de doelgroep. Bij de Aak werken wel twee woonbegeleiders, maar die zijn alleen verantwoordelijk voor bijvoorbeeld de financiën, maar niet de zorg. De Aak heeft veel gebruik gemaakt van stagiaires van de HBO-V opleiding, die na hun stage daar een vaste baan hebben gekregen.

Woonbegeleiders

In de Venser werken alleen maar verplegenden en verzorgenden. De instelling werkt wel nauw samen met de woonbegeleiders van het Leger des Heils en het HVO-Querido, die de bewoners op de afdeling maatschappelijke opvang nog regelmatig bezoeken. Als er teveel onrust ontstaat op de groep, dan heeft de Venser nog de mogelijkheid om een soort achterwacht van de HVO te bellen en dan komen woonbegeleiders direct kijken wat er aan de hand is.

In de nieuwe Gasthenburgh zal het team voor de helft uit verzorgenden en verplegenden bestaan en voor de helft uit woonbegeleiders. Reden hiervoor volgens de heer Doef is dat woonbegeleiders over het algemeen sneller de handen uit de mouwen steken, pragmatischer, oplossings- en taakgerichter werken. Terwijl de verzorgenden/ verplegenden de expertise en kennis hebben op gebied van verzorging en verpleging.

Het team van Woodstock in Den Haag heeft maar twee verpleegkundigen. Het grootste deel van het team bestaat uit woonbegeleiders, waarvan er een aantal een ziekenverzorgenden achtergrond hebben. Zij krijgen wel regelmatig bezoek van een verpleegkundig specialist, een huisarts en een psychiater.

4.2.11 Contra-indicaties en voorwaarden voor opname (label 11)

Uit de interviews vielen ons een aantal overeenkomsten op:

- Voorwaarde is dat bewoners een regiobinding moeten hebben voor opname;
- Contra indicatie is vaak de verslaving van de doelgroep;
- De mensen die verslaafd zijn vallen vaak tussen wal en schip omdat zij vanwege hun gedrag en verslaving niet in een reguliere instelling kunnen verblijven;
- Bewoners moeten ingeschreven staan bij de Gemeentelijke Basisadministratie.

Contra-indicatie als indicatie

Belangrijk punt voor Havenzicht in Rotterdam was het volgende: *“Voorwaarden voor opnamen zijn dat mensen een centraal onthaalpas moeten hebben. Dat betekent dat deze mensen aangemeld zijn bij de traject toewijzingscommissie (TTC). Wat wij gedaan hebben is dat we van een contra- indicatie een indicatie gemaakt hebben. Dit houdt in dat de mensen verslaafd kunnen zijn, psychiatrisch, somatisch en dak- en thuisloos zijn.”* Bij Havenzicht wordt als indicatie gesteld dat men een contra-indicatie moet hebben. Zij hebben de voorwaarden dus omgedraaid. Bewoners moeten dus één van de bovengenoemde indicaties hebben.

Grenzen

Het valt op dat de Aak een bewoner heeft begeleid bij het overlijden: *“Wij hebben hier een meneer gehad die had een ernstige vorm van kanker en dat was echt een zware gebruiker. Toen hebben we ervoor gekozen om het hier te proberen, we gaan kijken hoe het gaat en daarna goed evalueren. We hebben toen in de avonddienst wat extra mensen ingezet. Maar deze bewoner was ook echt heel erg verward, hij was pas 39 jaar en wilde nog helemaal niet sterven. Hij was erg boos en wilde geen morfine. Nadat hij was overleden, hebben kwamen we tot de conclusie dat we die zorg dus eigenlijk niet kunnen bieden.”*

Op deze wijze wordt duidelijk hoe de grenzen van zorg in de Aak zijn bereikt. Deze bewoner was ernstig ziek maar kon nergens naar toe verwijzen worden vanwege zijn verslaving.

Alcohol

Opmerkelijk bij de Venser was het volgende:

“Alcohol is voor ons een contra-indicatie. Het gebeurt wel, af en toe alcohol in huis, maar die verslaving mag niet op de voorgrond staan.”

Dit valt ons op omdat er alleen gesproken wordt over alcoholverslaving als contra-indicatie. In het label alcohol/ drugsverslaving is te lezen dat drugsgebruik wel wordt toegestaan. Deze scheiding hebben wij niet in andere instellingen kunnen ontdekken.

Spanningen

Bewoners in Domus vertellen dat zij in een bejaarden Domus geen jongeren willen hebben. Eén van de bewoners zegt hierover: *“Het irriteert me dat vooral de jongere mensen met wie we samenwonen, helemaal niets doen in huis. Er wordt helemaal niet schoongemaakt, dat moet ik allemaal zelf doen.”*

Een andere bewoner zegt: *“Met ouder worden en met gebreken zou ik liever naar een plek gaan waar geen jongere bewoners zijn. Die zijn alleen maar bezig met één ding, de hele dag achter de dope aan rennen. Terwijl ik er niet de hele dag mee bezig ben, en dat irriteert, maar dat kan ook zelfs uit de hand lopen. Het zou moeilijker zijn als men jonger is, omdat men dan nog teveel bezig is met achter de drugs aan te lopen.”*

Weer een andere bewoner zegt hierover: *“Ja, dat zou dan een selecte groep moeten zijn. Dat we voor elkaar hebben gekozen, want hier in Domus kiezen we niet voor elkaar.”*

4.2.12 Verhouding alcohol/ drugverslaving (label 12)

De reden dat wij de verhouding alcohol/ drugsverslaving willen bespreken is omdat wij merken dat alcoholverslaving in opkomst is. Er vindt in feite een verschuiving plaats van drugsgebruik naar gebruik van alcohol. Ten eerste is alcohol goedkoper en ten tweede is het makkelijker verkrijgbaar.

Wat wij opmerken uit de interviews van de respondenten, is het volgende :

- De groep heroïnegebruikers wordt kleiner en gaat over op alcoholgebruik;
- Er is een tendens zichtbaar dat mensen die aan alcohol verslaafd zijn toeneemt binnen de instellingen;
- Alcohol- en drugsgebruikers verdragen elkaar moeilijk, spanningen onderling lopen vaak op;
- Alcohol is overal verkrijgbaar en relatief goedkoper dan drugs;
- Alcoholisten zorgen over het algemeen voor meer overlast en is daardoor een lastigere doelgroep dan drugsgebruikers.

Keuze

Verpleeghuis de Venser in Amsterdam gaat als volgt om met drugs- en alcoholgebruikers: *“We hebben alcoholisten in huis gehad, maar dat ging niet goed, vaak moest de hele omgeving mee genieten. Vaak zijn het hele luidruchtige, drukke en aandacht vragende mensen. Die hebben we hier gehad, maar dat ging niet lukken. Er zijn bejaarde mensen om hen heen dan en die voelen zich dan onveilig, ze vinden het vreselijk om naast zo iemand te wonen. Daarom hebben wij gezegd, verslaving prima, maar geen alcohol. Iemand die een joint rookt of iets anders rookt, die blijft meestal gewoon op de eigen kamer. Die vallen daar verder niemand mee lastig.”*

Dit is opvallend omdat er een scheiding gemaakt wordt tussen alcohol - en drugsgebruikers. Het geeft aan hoe de invloed is op andere mensen als een alcoholgebruiker in een verpleeghuis verblijft. De Venser heeft een keuze gemaakt om, na negatieve ervaringen, alcoholgebruikers te weren en drugsgebruikers op te nemen in hun instelling.

4.2.13 Ontwikkeling verslaving (label 13)

Wij hebben voor dit label gekozen omdat we wilden weten wat de ontwikkeling van de verslaving voor gevolgen heeft gehad en hoe de doelgroep zelf hier tegen aan kijkt. De visie op verslaving en de ontwikkeling hiervan liggen dicht bij elkaar. Het blijkt echter dat bewoners van Domus hun ontwikkeling kunnen benoemen omdat zij het zelf hebben meegemaakt. De hulpverleners beschrijven in de interviews wat zij zien gebeuren bij de oudere gebruikers.

Bij zowel de bewoners van Domus, als de hulpverleners vinden we een aantal overeenkomsten waarover zij spreken:

- Zij rennen niet meer achter de drugs aan;
- De meesten gebruiken dagelijks methadon als vervanger of aanvulling van cocaïne/ heroïne;
- Verslaving is 20 jaar of langer geleden begonnen;
- Lichamelijke gebreken dienen zich op 45 jarige leeftijd al aan zoals longproblemen;
- De verslaving is vaak begonnen na schokkende gebeurtenissen of kan genetisch bepaald zijn;
- Bewoners willen rust na het gejaagde leven wat zij geleefd hebben;
- Zij hebben herhaaldelijk geprobeerd om te stoppen met gebruik.

Rouwverwerking

Op de vraag of rouwverwerking een plaats moet krijgen bij een eventuele bejaarden Domus werd tijdens het groeps gesprek met de zorgcoördinatoren het volgende gezegd: *“Rouwverwerking kan in veel voorzieningen onderdeel zijn van de hulpverlening. Deze mensen hebben veel meegemaakt. Mensen in een bejaarden Domus zullen terug gaan kijken. Zij hebben jarenlang overleefd, door drugs is alles weggedrukt. Deze groep heeft te maken met verlies van hun leven. Denk daarbij ook aan verlieservaringen.”*

De Aak verwoordt dit als volgt: *“Zoals met onze cliënten, dat is de wat oudere groep, als je de moeite neemt om met ze te praten dan hoor je heel veel van wat er mis is gegaan in iemands leven. Dan valt het leven je ook heel erg zwaar en dan kan ik me voorstellen dat iemand naar de fles grijpt. Als je dan ook nog een wat lager IQ hebt, dan ben je gemakkelijker beïnvloedbaar.”*

4.2.14 Somatische klachten (label 14)

In de interviews zijn we op zoek gegaan wat volgens de respondenten passende zorg zou zijn voor de oudere gebruikers. Passende zorg kunnen we pas formuleren als we ook weten over welke somatische klachten het gaat. Uit de interviews is gebleken dat longproblemen, zoals COPD één van de meest voorkomende somatische klachten is.

Een overzicht van de somatische problematiek die genoemd is in de interviews:

- Hepatitis C;
- Longemfyseem;
- Slechte longen;
- Versleten knieën en heupen;
- Ammoniakstapeling;
- Levercirrose
- Rugklachten;

De slechte persoonlijke hygiëne door de jaren heen, het niet goed voor zichzelf zorgen en het harde leven op straat zijn de belangrijkste oorzaken voor de verschillende somatische klachten. Een bewoonster verwoordt het als volgt: *“De lichamelijke aftakeling komt volgens mij niet zozeer van het middel, maar van de toestanden er omheen.”*

4.3 Conclusies

Uit voorgaande paragrafen kunnen we het volgende concluderen:

- Binnen de G-4 zijn een aantal voorzieningen die voornamelijk tijdelijke zorg en verpleging kunnen bieden aan de oudere gebruikers. Uit de praktijk blijkt echter dat deze voorzieningen ook voor langere tijd een plek bieden aan oudere gebruikers. Dit is vooral uit noodzaak, omdat er een groot gebrek is aan doorstroommogelijkheden. Het aantal voorzieningen voor deze groep blijkt onvoldoende te zijn;
- Oudere gebruikers die verpleeghuiszorg nodig hebben kunnen nergens heen. Gebleken is dat in de bestaande voorzieningen niet voldoende handen aan het bed zijn;
- De oudere Domusbewoners passen niet in een regulier verzorgings- of verpleeghuis, omdat er sprake is van een ernstige verslaving in combinatie met complexe, meervoudige problematiek. Ook doorstroom naar voorzieningen zoals Meerzorg of de Venser, is niet altijd wenselijk. Deze voorzieningen zijn meer gericht op somatische problematiek en hebben vaak nog moeite met het omgaan met de complexe problematiek van de oudere gebruiker;
- Acceptatie van de verslaving en het kunnen omgaan met de complexe problematiek van de oudere gebruikers zijn belangrijke voorwaarden om deze groep in zorg te kunnen houden;
- Alcoholverslaving wordt niet in alle voorzieningen geaccepteerd. Dit heeft te maken met de overlast die een alcoholgebruiker vaak veroorzaakt;
- In de praktijk blijkt dat er spanningen zijn tussen drugs- en alcoholgebruikers onderling. Een combinatie van deze twee groepen in één voorziening wordt niet wenselijk geacht, maar om praktische redenen zal het niet haalbaar zijn om deze twee groepen te scheiden;
- Onder hulpverleners wordt verschillend gedacht over de samenstelling van een team in een verzorgingshuis voor oudere gebruikers. Uit de interviews blijkt dat er een voorkeur is voor een team dat bestaat uit zowel verplegend- en verzorgend- als begeleidend (woonbegeleiders of groepsleiders) personeel;
- De oudere gebruikers willen niet meer geconfronteerd worden met de zucht naar drugs die bij de jongere gebruikers nog aanwezig is;
- De jarenlange rooibouw die op het lichaam is gepleegd, leidt tot somatische klachten op relatief jongere leeftijd.
- Financieringsstromen rondom de groep oudere gebruikers loopt via verschillende kanalen en is erg onduidelijk.
- Er is geen passende ZZP voor de oudere gebruikers met meervoudige problematiek die verzorging en verpleging nodig hebben;

Op leeftijd en verslaafd, wie zorgt?

- Er is ruimte om creatief te zijn met de bestaande middelen en financiën, om zodoende mogelijkheden te creëren voor verpleging en verzorging in bestaande voorzieningen;
- Het onder de aandacht brengen van de groeiende groep oudere gebruikers bij het zorgkantoor is nog niet voldoende gebeurd;
- In het leven van oudere gebruikers is weinig tot geen ruimte geweest voor verlies- en rouwverwerking. Drugsgebruik heeft veel kapot gemaakt en veel pijn weggedrukt.

Hoofdstuk 5 Conclusies, aanbevelingen en discussie

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvraag, Wat is er nodig voor passende zorg voor de oudere wordende gebruikers binnen Domus?

We zullen eerst antwoord geven op de deelvragen. Vervolgens worden de aanbevelingen gegeven.

Daarna integreren we dit alles tot een antwoord op eerdergenoemde onderzoeksvraag.

We sluiten dit hoofdstuk af met bespreken van een aantal discussiepunten.

5.1 Conclusie bij eerste deelvraag

Wat is de functie en de plaats van een Domus in Amsterdam?

Uit ons onderzoek concluderen wij dat Domus een belangrijke functie vervult in de ketenaanpak voor langdurige drugsgebruikers. Domus biedt deze groep onderdak en begeleiding in het dagelijkse leven. Het is een plek waar zij zichzelf mogen zijn, omdat hun verslaving wordt geaccepteerd. De bejegening en de methodieken die gebruikt worden zijn belangrijke aspecten die ervoor zorgen dat deze groep langer in zorg blijft. Gebleken is dat het drugsgebruik vaak stabiliseert en de drugsgebruiker die eenmaal binnen is tot rust komt en voor minder overlast zorgt op straat.

5.2 Conclusie bij tweede deelvraag

Waaruit bestaat de groep oudere drugsgebruikers?

Uit ons onderzoek blijkt dat de groep oudere drugsgebruikers bestaat uit langdurig drugsgebruikers van 45 jaar en ouder. Verder blijkt dat deze groep somatische problematiek heeft, of een groot risico loopt dat zij acute somatische klachten krijgen waar verzorging of verpleging voor nodig is. Gebleken is dat zij vanwege de meervoudige problematiek, waarbij drugsverslaving op de voorgrond staat, niet door kunnen stromen naar de reguliere ouderenzorg.

Juist omdat er sprake is meervoudige problematiek, onder andere dubbele diagnose of zelfs triple cripple, is het zo moeilijk om deze groep oudere gebruikers ergens geplaatst te krijgen. Reguliere verpleeghuizen zijn niet in staat om te gaan met het gedrag wat deze doelgroep vertoont, zo wordt duidelijk uit ons onderzoek. Omdat het hier gaat om een groeiende doelgroep is het noodzakelijk dat hier een aparte woonvoorziening voor komt. Het team kan samengesteld worden uit personen die deskundig zijn om op een passende manier deze bewoners te begeleiden.

5.3 Conclusie bij derde deelvraag

Welke voorzieningen in de G-4 bieden nu al zorg voor deze doelgroep

Uit ons onderzoek blijkt dat er binnen de G-4 een aantal voorzieningen is die meer zorg biedt voor deze doelgroep.

In Amsterdam zijn dat Meerzorg Noorderburgh en Gastenburgh van het Leger des Heils en de Aak van HVO Querido. Een belangrijk kenmerk van deze voorzieningen is dat het om tijdelijke opvang gaat. Hier is plaats voor respectievelijk 22, 50 en 60 cliënten. Wat opvalt is dat deze instellingen gericht zijn op doorstroom en niet op een permanente woning voor de oudere gebruiker.

In Rotterdam is dat Centrum voor Dienstverlening (CVD) Havenzicht. Dit is een combinatie van een dag- en nachtopvang en een ziekenboeg, waar tijdelijke verpleging geboden kan worden. Hier is plaats voor 20 cliënten.

In Den Haag is dat Woodstock. Een bejaardenhuis voor oudere gebruikers van 45 jaar en ouder. Zij bieden plaats aan 36 cliënten. Maar ook hier is geen verplegend personeel aanwezig. Juist dat is wat deze doelgroep ook nodig heeft omdat zij in hun leven zo veel van het lichaam gevraagd hebben worden de gebreken op relatief jonge leeftijd al zichtbaar.

In Utrecht wordt door een aantal voorzieningen meestal doorverwezen naar Meerzorg van het Leger des Heils. Zij bieden plaats aan 14 cliënten. Het gaat hier om tijdelijke zorg.

Het valt ons op dat er binnen de G-4 relatief weinig voorzieningen zijn die verzorging en verpleging bieden aan de groeiende groep oudere gebruikers. Naar nu blijkt, neemt het aantal plaatsen in Amsterdam binnen nu en twee jaar verder af. Dit is dus een groot knelpunt. Want wat gaat er dan gebeuren met de groeiende doelgroep die wij beschreven hebben in dit onderzoek? Wij hebben aangetoond dat er juist meer plaatsen nodig zijn voor deze mensen. Het is voor ons onbespreekbaar dat er nu juist vermindering van deze voorzieningen gaat komen. Er moeten meer plaatsen komen in een nieuw op te zetten Domusvoorziening. Dit had eigenlijk al moeten gebeuren zo werd duidelijk uit de onderzoeken van 1997 en 2001.

5.4 Conclusie bij vierde deelvraag

Wat is er nodig voor passende zorg?

Uit ons onderzoek blijkt dat de groep oudere gebruikers binnen Domus meer zorg nodig heeft in de vorm van hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals aankleden, douchen en naar de toilet gaan en hulp bij Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL), zoals bed verschonen en de was draaien. Hulp die binnen Domus nu niet geboden kan worden, omdat het personeel geen verzorgende of verplegende achtergrond heeft. Om passende zorg te kunnen bieden is meer verplegend en verzorgend personeel nodig die kennis van, maar ook affiniteit heeft met de oudere gebruikers. Bovendien is het noodzakelijk dat er meer bedden komen voor oudere gebruikers met (ernstige) somatische klachten.

Er moet meer psychische zorg besteed worden aan de meervoudige psychische problematiek van de bewoners in de vorm van gesprekken en/of het verstrekken van medicatie.

Bij passende zorg hoort volgens ons ook de opzet van dagactiviteiten. Zo kan er, net zoals bij Woodstock, een duidelijke stap gezet worden om de drempel naar de omgeving te verlagen. Bijvoorbeeld door het opzetten van een restaurant waar bewoners vanuit de instelling het eten klaarmaken. Daarbij kunnen de buurtbewoners op een vaste avond uitgenodigd worden om goedkoop te kunnen eten.

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat er dagstructuur geboden moet worden in een nieuw op te zetten Domus voor oudere gebruikers. Hierbij denken wij bijvoorbeeld aan 's ochtends met elkaar de krant lezen of het houden van een bingoavond. Door het opzetten van dagactiviteiten wordt voorkomen dat bewoners vereenzamen.

5.5 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen we aanbevelingen geven naar aanleiding van ons onderzoek en de conclusies die wij hebben geformuleerd.

Opzetten van een Domus met ‘meer zorg’

Wij raden het management van Domus aan om zo spoedig mogelijk te beginnen met de opzet van een Domus met ‘meer zorg’. Een Domus met ‘meer zorg’, is een verzorgings- en verpleeghuis voor oudere gebruikers met meervoudige problematiek. We denken hierbij aan een voorziening voor maximaal 24 – 30 bewoners. Met dit aantal bewoners zou het mogelijk moeten zijn om voldoende personeel per dienst in te kunnen zetten.

Doelgroep

Een Domus met ‘meer zorg’ moet zich richten op oudere gebruikers vanaf 45 jaar, waarbij sprake is van zowel verslavings-, gedrags- als psychiatrische problematiek. Bovendien schiet de zelfredzaamheid van deze groep ernstig tekort. Bij deze groep moet bovendien sprake zijn van somatische klachten, of van een verhoogd risico op acute somatische klachten.

Methodiek

In een Domus met ‘meer zorg’ is het belangrijk dat er volledige acceptatie is van een drugs- of alcoholverslaving. Het gaat hierbij om een stabiele verslaving, waarbij de zucht naar drugs, het zogenaamde craving, niet meer op de voorgrond staat. *“De scherpe kantjes zijn er vanaf.”* De Domus methodiek is het belangrijkste uitgangspunt voor deze doelgroep. Harm reduction en gedragstherapeutisch werken zijn daarbij belangrijke voorwaarden voor het in zorg houden van deze groep. Verder is er veel aandacht voor regels op individueel niveau en rehabilitatie van de gebruikers. Hierbij zijn aandacht voor verlies- en rouwverwerking en herstel van relaties met familie en/of vrienden uit het verleden belangrijke uitgangspunten. De hulpverlening is niet meer gericht op doorstroming, tenzij de cliënt dit zelf wil. Uitgangspunt is dat de bewoners van hun ‘oude dag’ kunnen genieten. Ook het omgaan met zware alcoholgebruikers en de combinatie van alcohol- en drugsgebruikers verdient extra aandacht.

Locatie/ gebouw

De mogelijkheid voor een Domus met 'meer zorg' op een nieuwe locatie, in een nieuw gebouw in de nabije toekomst ligt niet voor de hand. De verwachting is dat het zorgkantoor niet voldoende financiën ter beschikking zal stellen voor deze variant.

We raden wel aan om te kijken naar de mogelijkheden van de vestiging van een Domus met 'meer zorg' op bestaande locaties, zoals leegstaande bejaarden-, verzorgings- of verpleeghuizen. De meest voor de hand liggende en meest geschikte locatie is het gebouw waar nu Domus+ is gevestigd.

Domus+ is nu nog gevestigd op de derde etage van een voormalig bejaardenhuis. Ideaal daarbij is dat dit gebouw is voorzien van twee grote liften. Domus+ zal op niet al te lange termijn verhuizen naar een andere locatie. Om die reden zal nu al contact gezocht moeten worden met de gemeente om deze locatie te reserveren voor de komst van een Domus met 'meer zorg'. De kamers moeten voorzien zijn van een eigen douche en toilet, waarbij rekening gehouden wordt dat de (bad)kamers geschikt moeten zijn voor minder-validen, dus rolstoeltoegankelijk en voor verpleeghuisbedden. Op de kamers zal ook een alarmknop aanwezig moeten zijn, om in geval van dringende hulp het personeel op te kunnen roepen.

Passende zorg

Passende zorg voor bewoners van een Domus met 'meer zorg' zal moeten bestaan uit een combinatie van somatische zorg, psychische- en geestelijke zorg en verpleegkundige zorg.

Onder **somatische zorg** verstaan wij hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen. Hierbij denken we aan hulp bij douchen, aan- en uitkleden, kamer opruimen, maar ook begeleiding naar afspraken in bijvoorbeeld een ziekenhuis of naar instellingen. Hulp bij ADL en HDL mag nooit zomaar overgenomen worden. Het uitgangspunt zal altijd eerst begeleiding in deze taken zijn. Pas als gebleken is dat ook het nakomen van afspraken niet meer haalbaar is voor de bewoner dan kan deze zorg overgenomen worden. Dit om hospitalisatie te voorkomen. Verder verstaan we onder somatische zorg ook medicatieverstrekking, het zwachtelen van benen, het aantrekken van steunkousen, wondverzorging en aandacht voor voeding.

Onder **psychische- en geestelijke zorg** verstaan we, zorg gericht op gedragsregulatie, aandacht voor rouw- en verliesverwerking, hulp bij herstel van relaties met familie en/of vrienden uit het verleden. Maar ook het bieden van rust, structuur en regelmaat en acceptatie van de verslaving. Verder noemen we hier ook stimulans op gebied van dagbesteding in de breedste zin van het woord. Een belangrijk onderdeel van deze zorg zal zijn stervensbegeleiding.

Onder **verpleegkundige zorg** verstaan we, handen aan het bed, op het moment dat iemand bedlegerig wordt, dan moet er voldoende personeel zijn om te kunnen verzorgen en verplegen. Een voorbeeld is iemand bij wie kanker is geconstateerd en door een chemokuur of bestraling bedlegerig

wordt. Hieronder verstaan we ook de kennis en vaardigheden om bij acute (ernstige) somatische klachten in te kunnen grijpen en hulp bij terminale zorg.

Samenstelling team

Wil men in een Domus met 'meer zorg' passende zorg kunnen bieden, dan zal het team daarop afgestemd moeten worden. Het belangrijkste uitgangspunt in deze is, dat er 24 uur per dag medisch geschoold personeel aanwezig is. Met die verstande dat het personeel affiniteit heeft met de doelgroep. Verzorgenden/ verplegenden die alleen gericht zijn op somatiek zullen namelijk meer moeite hebben met de oudere gebruikers en hun diverse problematiek.

Naast voldoende verzorgenden en verplegenden, zal het team ook moeten bestaan uit groepsleiders, het liefst met een verzorgende achtergrond, een geestelijk verzorger, twee of drie persoonlijk begeleiders (ook wel trajecthouders genoemd) een teamleider en een zorgcoördinator, beiden met een medische achtergrond in verband met achterwacht functie.

De groepsleiders en verzorgenden kunnen op SPW niveau ingeschaald worden. Groepsleiders zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken, we denken daarbij aan het begeleiden van ziekenhuisbezoek, activiteitenbegeleiding en het 'er zijn' voor de bewoners.

De geestelijk verzorger hoeft niet alle dagen van de week aanwezig te zijn, maar komt vooral in beeld bij rouw- en verliesverwerking en stervensbegeleiding. De persoonlijk begeleiders, bij voorkeur HBO geschoold, zijn verantwoordelijk voor de zorgplannen en de contacten met de diverse instanties, zoals Budgetbeheer en sociale dienst.

Een verpleeghuisarts zal in eerste instantie niet onderdeel van het team hoeven te zijn. Deze kan voor een aantal keer per week spreekuur houden op locatie. Wel is het van belang dat een samenwerking wordt aangegaan met een verpleeghuis, zodat eventueel in noodgevallen via hen een verpleeghuisarts opgeroepen kan worden.

Dagbesteding

Bij dagbesteding denken wij aan verschillende vormen van activering van de bewoners om vereenzaming te voorkomen. Dagbesteding kan ook onderdeel zijn van rehabilitatie van de bewoners. Bij rehabilitatie denken wij aan het herstel van de rol van volwaardig burger in de samenleving.

Mogelijkheden hiervoor zijn het uitvoeren van verschillende activiteiten voor de bewoners, samen met buurtbewoners, zoals een bingomiddag, een restaurantje dat wordt gerund door bewoners van Domus waar buurtbewoners voor een kleine prijs een drie-gangen-menu kunnen krijgen.

Hierbij denken we ook aan het doen van corveetaken in de algemene ruimtes of rondom het pand, voor een vergoeding per dagdeel.

Samenwerking

Samenwerking met andere voorzieningen binnen het Leger des Heils, buiten het eigen cluster verloopt vaak moeizaam. Dit heeft meerdere oorzaken waar we hier verder niet op in zullen gaan. Wel raden we aan om de samenwerking te zoeken met voorzieningen binnen en het liefst ook buiten het Leger des Heils.

Samenwerking heeft twee voordelen:

Het **eerste voordeel** is, dat we samen sterker staan! Het signaal van de groeiende groep oudere gebruikers, die niet de juiste zorg en verpleging kunnen krijgen wordt door verschillende voorzieningen herkend. Als dit signaal vanuit een divers samenwerkingsverband wordt afgegeven aan het zorgkantoor, dan is de kans groter dat zij voor deze groep mensen wel geld vrij zullen maken. Wat nu helaas niet het geval blijkt te zijn!

Het **tweede voordeel** is, dat uitwisseling van kennis en expertise en in de ideale situatie zelfs uitwisseling van personeel binnen het Leger des Heils mogelijk is. Uit ons onderzoek blijkt dat de verschillende voorzieningen los van elkaar expertise op hun 'vakgebied' hebben. Wordt deze expertise gebundeld dan hoeft niet iedere voorziening voor zichzelf het wiel uit te vinden!

Financiering

Het zal niet gemakkelijk worden om de financiering van een Domus met 'meer zorg' rond te krijgen. We raden het management aan om, eventueel middels samenwerking met andere voorzieningen, de noodzaak van de komst van een dergelijke voorziening aan te kaarten bij de gemeente Amsterdam en het zorgkantoor. Goodwillcentra Amsterdam heeft intensieve contacten met deze instanties. Deze contacten zullen gebruikt moeten worden om het signaal nog meer en met vasthoudendheid onder de aandacht te brengen.

De financieringsstromen bij Noorderburg en de Aak zijn ingewikkeld en onoverzichtelijk. Onze voorkeur gaat uit naar financiering van een Domus met 'meer zorg' vanuit Zorgzwaartepakketten. Van belang is om uit te zoeken welke ZZP het meest geschikt blijken voor de groep oudere gebruikers die verzorging en verpleging nodig heeft. Een combinatie van ZZP Verpleging en Verzorging met ZZP Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal wellicht tot de mogelijkheid behoren na onderhandeling met het zorgkantoor.

5.6 Beperking van de methode van ons onderzoek

Binnen cluster Domus wonen 144 bewoners waar van wij er 8 hebben geïnterviewd. Dit betekent dat we een zeer beperkt aantal personen hebben ondervraagd. De bewoners zijn een weinig gemotiveerd om ergens aan mee te werken. Zonder een beloning in het vooruitzicht werken ze niet mee. Wij hebben de geïnterviewde bewoners beloond met een pakje shag. Mede daarom is er vanaf gezien om een grotere enquête af te nemen.

In het begin van ons onderzoek hebben wij de interviewvragen afgestemd op de persoon of doelgroep die wij interviewden. Na het eerste coaching gesprek met onze afstudeerbegeleidster hebben wij de vragen aangepast en een vaste vragenlijst gemaakt die we vanaf die tijd hebben gebruikt. Dit had een beperking van ons onderzoek kunnen worden.

Nu wij het onderzoek hebben afgerond denken wij dat we in eerste instantie de literatuurstudie in zijn geheel hadden kunnen doen. Met de literatuurstudie vooraf hadden wij meer informatie gekregen over de doelgroep en wat er al onderzocht was. Dit hadden wij dan kunnen verwerken in de interviewvragen, waardoor we beter beslagen ten ijs gekomen waren.

5.7 Discussie

In deze paragraaf geven we graag interessante punten mee die uit ons onderzoek naar voren, maar die naar onze mening buiten de kaders van het onderzoek vallen.

Ontwikkeling en omgang groep alcoholgebruikers

Uit ons onderzoek wordt duidelijk dat alcoholverslaving een andere aanpak vereist dan mensen met een drugsverslaving. Het gedrag van mensen die aan alcohol verslaafd zijn veroorzaakt meer overlast voor medebewoners, doordat zij bijvoorbeeld luidluchtiger worden na gebruik. Bovendien blijkt uit ons onderzoek dat de groep alcoholgebruikers ook groeiende is, doordat er een verschuiving plaatsvindt van drugsverslaving naar alcoholverslaving. Wij raden het management van Domus aan, om hier nader onderzoek naar te doen. Vragen die onderzocht kunnen worden zijn onder andere welke methodiek is passend voor deze doelgroep? Wat veroorzaakt de spanningen tussen drugs- en alcoholgebruikers en welke mogelijkheden zijn er voor de groeiende groep alcoholgebruikers wat wonen betreft? Met dit onderzoek kan Domus zich nu al voorbereiden op deze nieuwe ontwikkeling om met een passend antwoord hierop te komen.

Samenwerking opleidingen

We raden het management van Domus aan om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om een samenwerking aan te gaan met opleidingen MBO-V en HBO-V. Een samenwerkingsverband met deze opleidingen snijdt volgens ons aan twee kanten.

Domus heeft dan beschikking over gemotiveerd, leergierig en relatief goedkoop personeel;

Domus kan op haar beurt kennis en expertise in brengen in de opleiding, zodat verpleging en verzorging in maatschappelijke opvang ook meer aandacht krijgt en een standaard onderdeel wordt van de opleidingen.

Persbericht

Waar blijft een voorziening voor de oudere drugsgebruikers?

Ede/ Amsterdam - Twee onderzoekers van de HBO opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE), hebben onderzoek gedaan naar wat er nodig is voor passende zorg voor de oudere gebruikers. Deze bewoners wonen op dit moment in Domus te Amsterdam, een woonvoorziening voor langdurig harddrugsgebruikers. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de leiding van de Domusvoorzieningen, een onderdeel van het Leger des Heils. De hulpverleners in Domus signaleren steeds vaker dat bewoners van Domus ouder worden en daardoor meer zorg en verpleging nodig hebben. Belangrijke conclusies uit het onderzoek, dat de titel 'Oud en verslaafd, wie zorgt?' gekregen heeft zijn; de groep ouder wordende harddrugsgebruikers een groeiende groep is en dat er nog niet voldoende plekken zijn om aan de groeiende vraag te voldoen.

Pieter Dol, één van de onderzoekers zegt hierover het volgende: *"Het is best opmerkelijk dat er op dit moment nog steeds niet voldoende plekken zijn waar verzorging en verpleging geboden wordt, omdat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) al in 1997 in een rapport spreekt over een groeiende groep gebruikers waarvoor meer zorg nodig zal zijn."* Sjors Ouderkerken, de andere onderzoeker, sluit daar op aan, hij zegt: *"Ook het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) heeft een paar jaar later in 2001 deze zelfde conclusie getrokken in haar rapport"*

Domus is een bijzondere vorm van opvang. Hier wonen twintig langdurig harddrugsgebruikers met meervoudige problematiek. Binnen deze instelling mogen de bewoners op hun eigen kamer vrij drugs gebruiken. De bewoners van Domus zijn niet de gemakkelijkste mensen. Vaak zijn zij al twintig of dertig jaar verslaafd aan drugs zoals heroïne, cocaïne en/ of alcohol. Naast hun verslaving is er bij deze mensen ook vaak sprake van psychiatrische stoornissen, zoals borderline en schizofrenie. Alsof dat nog niet alles is, hebben deze mensen ook te maken met gedragsproblemen. Ze hebben vaak jarenlang een zwaar straatleven gehad, waar het recht van de sterkste altijd gold.

De combinatie van een actieve verslaving, psychiatrie en gedrag maakt dat deze groep niet zomaar in een verzorging- of verpleeghuis opgenomen kan worden.

In deze tijd van bezuinigingen is het de vraag of er nog geld vrij gaat komen voor een nieuwe voorziening. Uit het onderzoek blijkt dat dit het belangrijkste knelpunt is voor uitbreiding van de zorg aan oudere gebruikers. Daarom raden onderzoekers Domus aan om of samenwerking te zoeken met

andere instellingen of dat er een bejaarden Domus opgestart gaat worden waar drugsgebruik primair geaccepteerd wordt.

De onderzoekers hebben zich hardop afgevraagd wat de reden is dat er weinig tot niets met de onderzoeken, die in het verleden hebben plaatsgevonden, gedaan is. Mede daarom is de belangrijkste aanbeveling die onderzoekers aan het management van Domus doen om een krachtig signaal af te geven aan de overheid en aan het zorgkantoor om toch te proberen om geld vrij te krijgen voor een voorziening voor de groep oudere gebruikers. Voorkeur voor de onderzoekers heeft een nieuwe bejaarden Domus omdat de doelgroep hier tot rust kan komen, zorg en verpleging geboden kan worden en gebruik geaccepteerd wordt. Dat is wat deze doelgroep nodig heeft, zo heeft dit onderzoek aangetoond.

Literatuurlijst

- Baarda, D. (2009). Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. In D. Baarda, M. de Goede, & J. Teunissen, *Basisboek Kwalitatief Onderzoek* (p. 115). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Biemans-Maas, K. (2008). *Domus methodiek*. 5. Amsterdam.
- Biemans-Maas, K. (2011). *Notitie preventie & harm reduction*. Amsterdam.
- (2011). In G. Blok, *Ziek of zwak, Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Cebeon. (2010). *Woonvoorzieningen doelgroep OGGz Amsterdam 2010-2030 Bouwstenen voor een toekomstvisie*.
- (2009). hoofdstuk 19. In C. de Jong, H. de Haan, & van de Wetering (red.), *Verslavingsgeneeskunde*. Assen: van Gorcum.
- Franssen, A. (2011, 25 oktober). *Achtergrond info bij presentatie Franssen*. Geraadpleegd op 26 april 2012, <http://www.spk.be/sites/default/files/docs/Achtergrondinfo%20bij%20presentatie%20A.%200Franssen.pdf>
- Kaal, H., van Ooyen-Houben, M., & Ganpat, S. (2009). *Een complex probleem*. Geraadpleegd op 29 april 2012, <http://wodc.nl/onderzoeksdatabase/inventarisatie-bestaande-kennis-tbv-forensisch-zorgprogramma-jvz.aspx>
- Laguna. (2008, 24 november). *Literatuurstudie naar dubbele diagnose*. Geraadpleegd op 3 april 2012, <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/28028-literatuurstudie-naar-dubbele-diagnose.html>
- Lamme, S. (2001). *Senioren in het souterrain, Vergrijzing in de thuislozenzorg: omvang, knelpunten, oplossingen*. Ouderkerk aan de IJssel: Drukkerij Goos.
- Mackenbach, J., & Verkleij, H. (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (n.d.). *Rijk en G4 willen voorkomen dat mensen dakloos raken*. Geraadpleegd op 30 maart 2012 <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/04/13/rijk-en-g4-willen-dakloosheid-voorkomen.html>
- Rijksoverheid (n.d.) Geraadpleegd op 16 april 2012, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/recidive/vraag-en-antwoord/wat-zijn-veelplegers-en-hoe-worden-ze-aangepakt.html>
- notuleercentrum. (n.d.). Geraadpleegd op 29 april 2012 <http://www.notuleercentrum.nl/verslagwoordelijk.asp>

- Nevid, J. S. (2008). Psychiatrie, een inleiding. In J. Nevid, *Psychiatrie, een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux B.V.
- Noorlander, E. (2008). Drugs en alcohol, misbruik en verslaving. In R. Kerssemakers et al., *Drugs en alcohol, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Onvlee, Grammer, Rademacher, Wiegers, & Braaksma. (2007). *Projectverslag ketenzorg*. Utrecht.
- Rutten, R., Loth, C., & Hulshoff, A. (2009). Verslaving, handboek voor zorg, begeleiding en preventie. In R. Rutten, C. Loth, & A. Hulshoff, *Verslaving, handboek voor zorg, begeleiding en preventie*. Elsevier Gezondheidszorg.
- stadsdeel Zuidoost. (2010, 24 februari). *Drugsaanpak Amsterdam Zuidoost*. Geraadpleegd op 2 april 2012 <http://www.hetccv.nl/dossiers/Drugsoverlast/Amsterdam+-+Drugsaanpak+Zuidoost>
- van Beek, S. (2009, 2 oktober). *gevangenis zonder draaideuren*. Geraadpleegd op 16 mei 2012 <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/achtergrond/achtergrond/gevangenis-zonder-draaideuren.131798.lynkx>
- van Buddingh-Knol, C., Wijdeveld, T., & de Haan, H. (2009). Neuropsychiatrische symptomen van hepatitis C. In de Jong, de Haan, & van de Wetering (red.), *Verslavingsgeneeskunde*. Assen: van Gorcum.
- van der Stel, J. (2010). De verslavingszorg voorbij. In J. van der Stel, *De verslavingszorg voorbij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage 1 interviewvragen

Interviewvragen de heer J. Hendriks, teamleider hostel Maliebaan in Utrecht

1. Hoe ziet de doelgroep van uw hostel eruit?
2. Wat is de gemiddelde leeftijd?
3. Hoeveel bewoners wonen hier?
4. Zitten bewoners in de heroïneverstrekking
5. Via welke weg komen de mensen binnen?
6. Is er sprake van doorstroming naar andere voorzieningen?
7. Wat zijn de voorwaarden voor opname?
8. Wat zijn contra-indicaties voor opname?
9. Hoe is de financiering van de bedden geregeld?
10. Hoe ziet de samenstelling van het team eruit?
11. Hebben jullie te maken met oudere verslaafden die extra verzorging nodig hebben? Zo ja, wat zijn jullie mogelijkheden qua opvang voor hen?
12. Wat is de minimale leeftijd volgens u van een oudere verslaafde?

Interviewvragen mevrouw Bal en de heer Laan, praktijkverpleegkundigen van Domus,

1. Wat is de functie van de praktijkverpleegkundige binnen Domus?
2. Kunnen jullie een beschrijving van de doelgroep van Domus geven?
3. Kunnen jullie iets vertellen over de werkwijze/ bejegening van Domus?
4. Wat is volgens jullie een verslaving?
5. Hoe wordt er binnen Domus gedacht over verslaving?
6. Met welke problematiek hebben jullie het meest te maken?
7. Wat is volgens jullie de definitie van een oudere verslaafde?
8. Welke zorg wordt er op dit moment binnen Domus geleverd?
9. Wat is volgens jullie passende zorg voor de oudere verslaafden?
10. Tegen welke beperkingen lopen jullie aan bij de zorg voor oudere verslaafden?
11. Welke trend(s) zien jullie binnen de zorg voor oudere verslaafden?
12. Is een voorziening voor oudere verslaafden volgens jullie nodig, waarom wel of niet?
13. Hoe zou zo'n voorziening er volgens jullie uit moeten zien?
14. Welke functies zouden er binnen het team aanwezig moeten zijn?
15. Vanuit praktisch oogpunt, wat zou wel en wat zou niet aanwezig moeten zijn?

Interviewvragen mevrouw de Grave, GGD arts in Amsterdam

1. Hoe groot is de groep oudere verslaafden binnen Amsterdam?
2. Welke mogelijkheden/ voorzieningen of beperkingen/ manco's in de hulpverlening zijn er volgens u voor opvang van oudere verslaafden?
3. Hoe vindt u de zorg voor de oudere verslaafden op dit moment geregeld?
4. Welke zorg hebben oudere verslaafden volgens u nodig, hoe zou die zorg er in het gunstigste geval uit moeten komen te zien?

Interviewvragen mevrouw Schilperoort, GGD in Rotterdam

1. Is deze doelgroep in kaart gebracht binnen de gemeente Rotterdam?
 - a. Zo ja, hoe is de opvang dan geregeld binnen de MO in Rotterdam?
 - b. Zo nee, waar is deze groep dan gebleven? (n.a.v. artikel uit AD 2008).
 - c. Kunt u iets vertellen over deze voorzieningen?
2. Kunt u iets vertellen over de woonladder?
3. Waaruit bestaat de samenwerking van de verschillende hulpverleningsinstanties binnen de MO in Rotterdam?

Interview vragen de heer Verstraten, zorgcoördinator van Nachtopvang Havenzicht Rotterdam

1. Wat zijn voorwaarden voor opnamen?
2. Wat zijn contra-indicaties voor opname?
3. Hoeveel bewoners wonen in Havenzicht?
4. Wat is de gemiddelde leeftijd van de bewoners?
De gemiddelde leeftijd schat Ronald op ongeveer op 35 jaar. Havenzicht is niet een instelling die zich uitsluitend richt op de oudere drugsverslaafden.
5. Zijn er bewoners die in de heroïneverstrekking zitten?
6. Via welke weg komen de mensen binnen. Door welke instanties wordt naar Havenzicht verwezen?
7. Is er sprake van doorstroming, zo ja, waar naar toe?
8. Welke zorg wordt binnen Havenzicht geboden?
9. Kunt u iets vertellen over de werkwijze/ bejegening van Havenzicht?
10. Wordt drugsgebruik toegestaan?
11. Heeft rouwverwerking hier een plaats in, zo ja, welke?
12. Hoe ziet de dagbesteding eruit?
13. Hoe wordt Havenzicht gefinancierd (ZZP)?
14. Welke zorg hebben oudere verslaafden volgens jou nodig?
15. Hoe ziet de samenstelling van het team er uit?
16. Tegen welke beperkingen loopt u aan bij de zorg voor oudere verslaafden?
17. Welke trend(s) ziet u binnen de zorg voor oudere verslaafden?

Interviewvragen mevrouw Biemans-Maas, clustermanager Domus Amsterdam

1. Wat is de functie en de plaats van een Domusvoorziening in Amsterdam?
2. Wat is de plaats van de Domusvoorziening in Amsterdam?
3. Wat is de rol van Domus binnen de hele keten aanpak? Volgens mij ben jij een bekend persoon binnen de keten.
4. Wat is de leeftijd van de oudere verslaafde?
5. Wat is passende zorg voor de doelgroep?
6. Worden er voorwaarden aan cliënten verbonden om bijvoorbeeld dagbesteding te hebben.
7. Hoe is de aanpak van deze doelgroep in de andere steden van de G 4.
8. Heb jij ook aan het overleg van de G 4 deelgenomen?

Vragen telefonisch interview mevrouw Mackinje, teamleider in de Venser aan locatie Flevohuis

1. Wat zijn voorwaarden voor opname?
2. Wat zijn contra-indicaties voor opname?
3. Waar bestaat de zorg in uw huis vooral uit? (Is dat somatische zorg, of meer hulp bij ADL)
4. Wat gaat goed in de opvang van de doelgroep uit de maatschappelijke opvang en wat kan beter?

Interviewvragen de heer C. Matla, teamleider Woodstock, Den Haag

1. Kunt u iets vertellen over het ontstaan van Woodstock?
2. Wat is de functie van Woodstock binnen de sociale kaart van Den Haag?
3. Welke functies zijn er binnen Woodstock?
4. Met welke instellingen werkt Woodstock samen?
5. Tegen welke beperkingen loopt Woodstock aan wat betreft de opvang van deze mensen?
6. Hoe groot is de groep oudere verslaafden binnen Den Haag?
7. Welke voorzieningen zijn er voor de oudere verslaafden binnen Den Haag nog meer?
8. Hoe ziet de doelgroep eruit en wat zijn de kenmerken ervan?
 - a. Wat is de voornaamste problematiek binnen de doelgroep?
9. Hoe worden de cliënten aangemeld, wie zijn de verwijzers?
10. Wat zijn de voorwaarden om opgenomen te kunnen worden in Woodstock?
11. Tegen welke beperkingen lopen de cliënten aan binnen Woodstock?
 - a. Doorverwijzing naar verpleeghuis?
12. Is er een mogelijkheid voor doorstroom naar andere voorzieningen?
13. Welke verzorging of verpleging wordt geboden binnen Woodstock?
14. Welke methodiek(en) worden er bij Woodstock toegepast?
 - a. Bejegening
 - b. Sanctioneren/ belonen
15. Op welke basis worden de bedden binnen Woodstock vergoed?

Interviewvragen Domusbewoners

1. Waar zou u op oudere leeftijd het liefste willen wonen? Hoe ziet u dat voor zich?
2. Wanneer ben je eigenlijk oud?
3. Stel u zou lichamelijke gebreken krijgen, waar zou u dan het liefst naar toe willen? Wilt u dan in Domus blijven of naar een bejaardenhuis.
4. Zijn er in een bejaardenhuis dan mensen uit uw huidige (oude) circuit?
5. Kunt u voorbeelden noemen van mensen die zijn verhuisd naar een andere voorziening, vanwege ouderdom?
6. Zou er verschil zijn tussen iemand die jarenlang drugs heeft gebruikt en iemand die dat niet gedaan heeft wat betreft ouderdom?
7. Welke zorg zou u willen hebben die binnen een Domus nu niet aanwezig is?

Interviewvragen mevrouw Verkuijl, teamleidster de Aak (HVO Querido) en mevrouw Verpoorten, clustermanager van afdeling Meerzorg (Leger des Heils)

1. Kunt u iets vertellen over een beschrijving van de doelgroep van de Aak geven?
2. Wat zijn voorwaarden voor opnamen?
3. Wat zijn contra-indicaties voor opname?
4. Hoeveel bewoners wonen bij de Aak?
5. Wat is de gemiddelde leeftijd van de bewoners?
6. Zijn er bewoners die in de heroïneverstrekking zitten?
7. Via welke weg komen de mensen binnen. Door welke instanties wordt naar de Aak verwezen?
8. Is er sprake van doorstroming, zo ja, waar naar toe?
9. Welke zorg wordt binnen de Aak geboden?
10. Kunt u iets vertellen over de werkwijze/ bejegening van de Aak?
11. Wordt drugsgebruik toegestaan?
12. Heeft rouwverwerking hier een plaats in, zo ja, welke?
13. Hoe ziet de dagbesteding eruit?
14. Hoe wordt de Aak gefinancierd (ZZP)?
15. Welke zorg hebben oudere verslaafden volgens u nodig?
16. Hoe ziet de samenstelling van het team er uit?
17. Tegen welke beperkingen loopt u aan bij de zorg voor oudere verslaafden?
18. Welke trend(s) ziet u binnen de zorg voor oudere verslaafden?

Interviewvragen mevrouw H. Robberts van Stichting Mainline

1. Kunt u iets vertellen over het werk van uw stichting;
2. Op welke manier brengt u problematiek rondom drugsgebruikers in kaart?
3. Op welke manier en waar brengt u gesignaleerde problematiek onder de aandacht?
4. Hoe staat uw stichting tegenover de opvang van langdurig drugsverslaafden in voorzieningen zoals bijvoorbeeld Domus.
5. Herkent u het beschreven probleem van de ouder wordende bewoners, zo ja, wat zou er volgens u aan moeten gebeuren?
6. Welke mogelijkheden/ voorzieningen of beperkingen/ manco's in de hulpverlening zijn er volgens u voor opvang van oudere verslaafden?
7. Hoe vindt u de zorg voor de oudere verslaafden op dit moment geregeld?
8. Welke zorg hebben oudere verslaafden volgens u nodig, hoe zou die zorg er in het gunstigste geval uit moeten komen te zien?

Bijlage 2 Monitor Clever

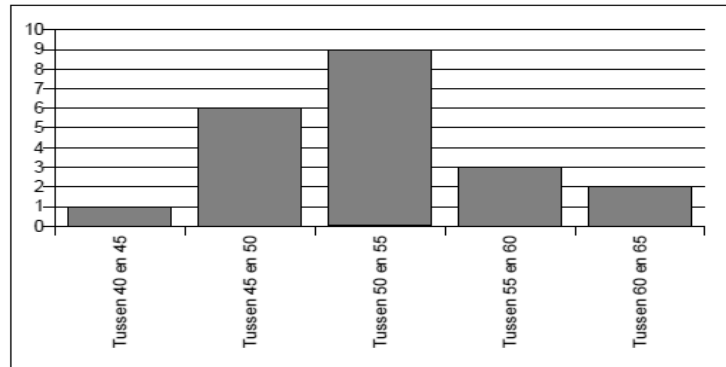
In deze bijlage de leeftijdstabellen uit de Monitor Clever gespecificeerd per Domus.

Dit zijn de gegevens uit het laatste kwartaal van 2011, de periode 01-10-2011 t/m 31-12-2011.

Monitor Clever Domus 1

Leeftijd

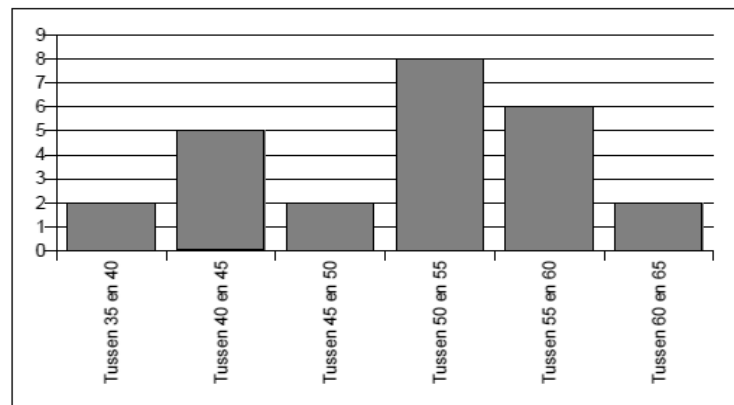
Leeftijdsgroep	Aantal cliënten	%
Tussen 40 en 45	1	5 %
Tussen 45 en 50	6	29 %
Tussen 50 en 55	9	43 %
Tussen 55 en 60	3	14 %
Tussen 60 en 65	2	10 %
Totaal	21	100 %



Monitor Clever Domus 2

Leeftijd

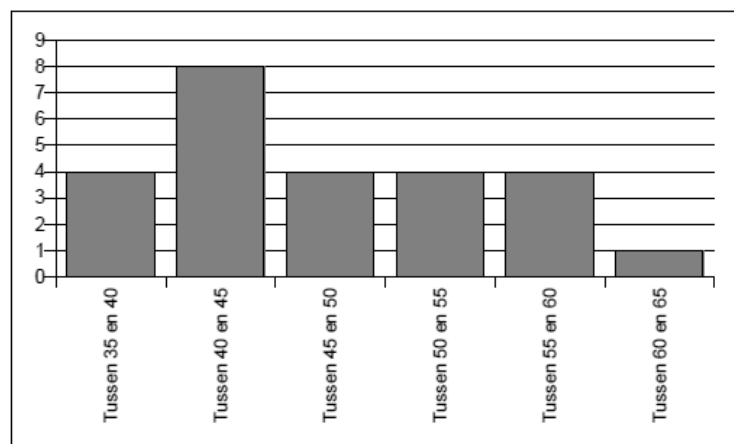
Leeftijdsgroep	Aantal cliënten	%
Tussen 35 en 40	2	8 %
Tussen 40 en 45	5	20 %
Tussen 45 en 50	2	8 %
Tussen 50 en 55	8	32 %
Tussen 55 en 60	6	24 %
Tussen 60 en 65	2	8 %
Totaal	25	100 %



Monitor Clever Domus 3

Leeftijd

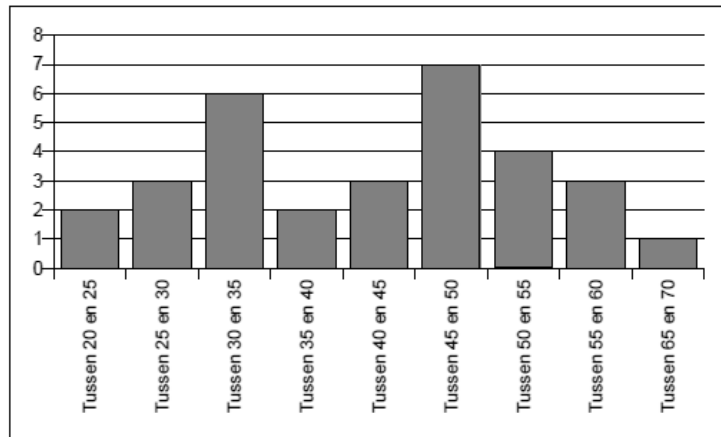
Leeftijdsgroep	Aantal cliënten	%
Tussen 35 en 40	4	16 %
Tussen 40 en 45	8	32 %
Tussen 45 en 50	4	16 %
Tussen 50 en 55	4	16 %
Tussen 55 en 60	4	16 %
Tussen 60 en 65	1	4 %
Totaal	25	100 %



Monitor Clever Domus +

Leeftijd

Leeftijdsgroep	Aantal cliënten	%
Tussen 20 en 25	2	6 %
Tussen 25 en 30	3	10 %
Tussen 30 en 35	6	19 %
Tussen 35 en 40	2	6 %
Tussen 40 en 45	3	10 %
Tussen 45 en 50	7	23 %
Tussen 50 en 55	4	13 %
Tussen 55 en 60	3	10 %
Tussen 65 en 70	1	3 %
Totaal	31	100 %



Monitor Clever Domus IBW

Leeftijd

Leeftijdsgroep	Aantal cliënten	%
Tussen 30 en 35	1	3 %
Tussen 35 en 40	4	12 %
Tussen 40 en 45	1	3 %
Tussen 45 en 50	4	12 %
Tussen 50 en 55	13	38 %
Tussen 55 en 60	7	21 %
Tussen 60 en 65	4	12 %
Totaal	34	100 %

