



Met medewerking van
Jan Hamers, Wilma de
Jong en vele anderen

Klein, maar fijn?

Omvang van en ervaringen met het
kleinschalig wonen voor dementerenden
in de provincie Noord-Brabant

September 2008

prvmz



Inhoudsopgave

1.	Klein, maar fijn! Inleiding	4
----	-----------------------------------	---

Deel 1: Aard en omvang van kleinschalig wonen

2.	Kleinschalige zorg voor mensen met dementie in opmars.....	8
	<i>Kleinschalig bouwen leidt niet zondermeer tot kleinschalige zorg</i>	
3.	‘Het vakantiegevoel vasthouden’	19
	<i>Interview met prof.dr. Jan Hamers</i>	

Deel 2: Instellingsperspectief

4.	Huis-, tuin en keukenzorg; het gewone leven bepaalt de dag	24
	<i>Kleinschalig wonen door de ogen van managers</i>	
5.	‘Maak van kleinschalig wonen niet een nieuw dogma; geef mensen de keuze’	32
	<i>Interview met Wilma de Jong-Verspeek, BrabantZorg</i>	
6.	Goed voorbeeld: De Vleugel.	38
	<i>Groepswoningen middenin een Tilburgse woonwijk</i>	

Deel 3: Cliënt- en familieperspectief

7.	‘Ik denk dat ik hier maar blijf’	44
	<i>Interview met Marjan-Bressers, mantelzorger</i>	
8.	‘Je moet het zien als een gezin’	49
	<i>Kleinschalig wonen door de ogen van familieleden en medewerkers</i>	
9.	‘Kleinschalige zorg is ook een verantwoordelijkheid van de families’	59
	<i>Interview met de heer P. Kessel, cliëntenraad Heerma State</i>	

Bijlage:	Recente publicaties Programmaraad Zorgvernieuwing	64
----------	---	----

COLOFON

Uitgave: PRVMZ, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Stichting Zet, september 2008
Redactie: Alexander van den Dungen (PRVMZ) en Hilde Stoop (Stichting Zet)
Interviews: Alexander van den Dungen (PRVMZ)
Foto omslag: Orange Line Media (iStockphoto)
Productie: btz 's-Hertogenbosch

De activiteiten van Stichting Zet en PRVMZ worden (mede) mogelijk gemaakt door subsidie van de Provincie Noord-Brabant.

Provincie Noord-Brabant



Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.prvmz.nl of www.zet-brabant.nl.

Klein, maar fijn!

INLEIDING

Door Alexander van den Dungen (PRVMZ) en Hilde Stoop (Stichting Zet)

LANDELIJKE TREND

In de provincie Noord-Brabant wordt door de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric al jarenlang geijverd voor verbetering van de dementiezorg. De Programmaraad tracht sinds de jaren negentig door middel van onderzoek, conferenties en advisering de realisatie van het kleinschalig wonen voor dementerenden in Brabant te stimuleren. De Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric is een Brabantse netwerkorganisatie waarin een diversiteit aan Brabantse expertise en krachten is gebundeld.

Er is landelijk een duidelijke trend waarneembaar: het kleinschalig wonen voor mensen met dementie neemt toe. Bij renovatie en nieuwbouw van 24-uurs verblijfsvoorzieningen wordt er veelal gekozen voor kleinschalige groepswoningen en eventueel het spreiden van de plaatsen over meerdere locaties. Tegelijkertijd worden steeds meer andere woonzorgvormen voor mensen met dementie gerealiseerd, zoals zelfstandige appartementen voor mensen met dementie en hun partner in een wooncomplex.¹

AARD EN OMVANG IN BRABANT?

Bij de voorbereiding begin 2007 van het inventariserend onderzoek naar de aard en omvang van het kleinschalig wonen in Brabant (zie hoofdstuk 2) was het exacte aantal kleinschalige wooninitiatieven niet bekend. In de landelijke databank van het Aedes-Actiz kenniscentrum Wonen en Zorg (KCWZ) stonden slechts 7 Brabantse initiatieven geregistreerd met 212 plaatsen ofwel 3,6% van de totale 24-uurscapaciteit voor dementerenden.²

Dit is een onderschatting van het aantal Brabantse initiatieven, zo

wisten we uit eigen ervaring, een onderschatting op basis van onderregistratie. Maar in welke omvang kwam het kleinschalig wonen in Brabant nu dan wel voor? En welke zorg werd er in die kleinschalige woonverblijven geboden? Wat is de aard en kwaliteit daarvan? Is kleinschalige zorg te prefereren boven de traditionele grootschalige verpleeghuiszorg?

Stichting Zet heeft, in opdracht van de Provincie Noord-Brabant en de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, en met medewerking van de PRVMZ, een inventarisatie uitgevoerd naar de aard en omvang van het kleinschalig wonen in Noord-Brabant. De resultaten leest u in hoofdstuk 2. Vervolgens is door studenten aan de Avans Hogeschool in Breda met ondersteuning van het lectoraat Gerontologie en PRVMZ onderzoek gedaan onder familieleden en medewerkers van het kleinschalig wonen naar de meerwaarde van kleinschaligheid. De resultaten leest u in deel 3 over het cliënt- en familieperspectief.

ONDERZOEK ELDERS

In 2007 zijn de resultaten gepresenteerd van een landelijk onderzoek van het Trimbos-instituut en EMGO-VUmc naar kleinschalig wonen voor dementerenden.³ In het onderzoek zijn nieuwe bewoners van kleinschalig wonen vergeleken met nieuwe bewoners van de grootschalige verpleeghuiszorg. De conclusie van dit landelijke onderzoek is dat ouderen met dementie beter af zijn met kleinschalig wonen. Ze hebben minder hulp nodig dan de bewoners van de verpleeghuizen, zijn meer sociaal betrokken en genieten meer van de omgeving. Ook hebben ze vaker iets om handen. Bij bewoners

van kleinschalige voorzieningen komen gedragsproblemen net zo vaak voor als bij bewoners in grootschalige verpleeghuizen.

Ook het verzorgend personeel heeft baat bij kleinschalig wonen, zo blijkt uit het onderzoek van Te Boekhorst. De medewerkers ervaren meer onderlinge steun, hebben minder overspanningsklachten en meer werkplezier. Ook de familie van bewoners blijkt tevreden over kleinschalig wonen. De familieleden vinden de omgang met de bewoners respectvol en minder gehaast. Voor de (over)belasting van familieleden maakt het niet uit of een dementerend familielid kleinschalig of grootschalig gaat wonen; in beide gevallen neemt de belasting van de familie fors af.

Ook in andere provincies worden onderzoeken gehouden naar de omvang en aard van het kleinschalig wonen.⁴ Onderzoeken naar de meerwaarde voor bewoners, cliënten en medewerkers zijn nog schaars.⁵ Het Trimbos-instituut heeft nu in opdracht van het ministerie van VWS een Monitor Woonvormen Dementie ontwikkeld, waarbij de nadruk ligt op de consequenties van de diverse woonvormen op het personeel. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg heeft momenteel een vervolgonderzoek lopen naar de effecten van kleinschalig wonen voor bewoners, familie en medewerkers.

IS KLEINSCHALIGE ZORG WENSELIJK?

De resultaten van de onderzoeken van de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Avans-PRVMZ komen tot vergelijkbare resultaten: het kleinschalig wonen groeit en de kleinschalige zorg is overwegend positief te noemen voor zowel bewoners, familieleden en medewerkers. Hierbij wordt aangetekend dat het een klein, exploratief onderzoek betreft. Ook wordt aangetekend dat niet alle dementerende ouderen geschikt zijn om in kleinschalige voorzieningen te wonen, met name ernstige gedragsproblemen geven problemen in de kleinschalige setting. Ook zal niet iedereen zich in een groep thuisvoelen. Ook voor medewerkers geldt dat een deel ervan gedijt in de kleinschaligheid met een klein team en veel zelfstandigheid. Echter, een deel van de verzorgenden zal zich er niet thuis voelen. Managers geven bijvoorbeeld aan dat jonge, ambitieuze verzorgenden snel uitgekeken zijn op de groepszorg. In deel 3 over het instellingsperspectief leest u hier meer over.

PROVINCIALE STIMULANZEN

De Provincie Noord-Brabant voert een stimulerend beleid op het terrein van dementie, waaronder het kleinschalig wonen voor deze doelgroep. Via subsidieregelingen (voorheen het Combifonds (2007), nu de subsidieregeling Kleinschalige woonzorginitiatieven (2008)) ondersteunt zij financieel de realisatie van kleinschalige woonzorginitiatieven. De provincie maakt het ook mogelijk dat Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric en Stichting Zet ondersteuning en advies kunnen bieden op het terrein van innovaties in de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie.

De onderzoeken die Stichting Zet, PRVMZ en Avans Hogeschool hebben uitgevoerd, en waarvoor de provincie en de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric opdrachtgever waren, zullen gebruikt worden voor de onderbouwing van het beleid in deze bestuursperiode. Ook de Programmaraad blijft verder werken aan het verhogen van de kwaliteit van leven voor dementerenden en hun naasten in onze provincie.

In deze bundel vindt u naast een samenvatting van de belangrijkste resultaten uit onze onderzoeken, ook interviews met prof.dr. Jan Hamers (hoogleraar verpleging en verzorging voor ouderen), Wilma de Jong (bestuurder BrabantZorg) de heer P. Kessel (mantelzorger en lid van de cliëntenraad van Heerma State) en Marjan Bressers (mantelzorger). In deze interviews worden de resultaten in een breder perspectief geplaatst. Ook treft u een praktijkvoorbeeld aan: de kleinschalige woonvoorziening De Vleugel in Tilburg.

Wij wensen u veel leesplezier! En mogelijk treffen we u ook bij een van de Brabantse Cafe's die Stichting Zet in de vier regio's over kleinschalig wonen voor dementerenden organiseert in 2007-2008.

1. Waarde, H. van en M. Wijntjes. De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg/Alzheimer Nederland, 2006.
2. Waarde, H. van en M. Wijntjes. Provinciale factsheet Kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Noord-Brabant. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg/Alzheimer Nederland, 2006.
3. Depla, M. en S. te Boekhorst. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten? Onderzoeksresultaten, commentaren en interviews. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/EMGO-VUmc, 2007.
4. O.a. Nouws, H. Opmars kleinschalig wonen in Noord-Holland. Nulmeting provincie Noord-Holland. Amersfoort: Ruimte voor zorg BV, 2005; Verbeek, H. e.a. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Een beschrijvend onderzoek naar de situatie in de provincie Limburg. Maastricht: PRV Limburg, 2008.
5. O.a. Stichting Cliënt & Kwaliteit. Familie positief over kleinschalig wonen (onderzoek onder 400 familieleden bij SVRZ in Zeeland). In: Cliënt & Raad nummer 2, mei 2008.

Kleinschalige zorg voor mensen met dementie in opmars

KLEINSCHALIG BOUWEN LEIDT NIET ZONDERMEER TOT KLEINSCHALIGE ZORG

Door Hilde Stoop (Stichting Zet) en Alexander van den Dungen (PRVMZ)¹

KLEINSCHALIGE ZORG?

Hoeveel kleinschalige woonvormen zijn er voor mensen met dementie in Noord-Brabant? Hoeveel kleinschalige woonvormen worden er in de periode 2007-2012 bijgebouwd? Welke varianten zijn te onderscheiden? En wat is de aard van de kleinschalige zorgverlening binnen deze woonvormen? Dat zijn de onderzoeksvragen in het onderzoek 'Dementie en 24-uurszorg en -toezicht in Brabant', dat door Stichting Zet met ondersteuning van PRVMZ is uitgevoerd.² Het onderzoek is in twee fases uitgevoerd. In het voorjaar van 2007 is een schriftelijke enquête uitgezet onder alle Brabantse verpleeg- en verzorgingsinstellingen waarvan bekend is dat zij verpleeghuiszorg bieden. Op grond van deze schriftelijke inventarisatie zijn in september-oktober 2008 op 33 kleinschalige locaties semigestructureerde interviews met de locatie- of zorgmanager gehouden.

De inventarisatie is beperkt tot kleinschalige woonzorgvoorzieningen waarin de dementerende bewoners zonder partners langdurig 24-uurszorg en -toezicht ontvangen en de groepsgrootte per woon-/leeftijd maximaal 10 bewoners bedraagt. Dat is de bovengrens die het College Bouw Zorginstellingen aan nieuwbouw en aan renovatie stelt. Hiervoor is gekozen omdat er landelijk geen overeenstemming bestaat met betrekking tot een definitie van kleinschalig wonen c.q. kleinschalige zorg voor mensen met dementie. De gebruikte definities verschillen op punten zoals het aantal bewoners per groep, het totaal aantal bewoners per locatie, de afstand tot een zorgcentrum of de gehanteerde zorgvisie. Voor de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric is met name

van belang dat – naast aspecten zoals groepsgrootte – de gehanteerde zorgvisie in ogenschouw wordt genomen om te bepalen of er sprake is van kleinschalige zorg. De Programmaraad omschrijft, aansluitend op de definities van 'Wonen met dementie' en Stichting RCOAK, 'kleinschalig wonen voor dementerenden' als volgt:

Definitie van kleinschalige zorg voor dementerenden³

'Kleinschalig wonen voor dementerenden' is een 24uurszorg- en toezichtvoorziening voor dementerenden die niet meer in hun eigen thuissituatie kunnen blijven wonen. In deze verblijfsvoorziening wordt volgens het kleinschalige zorgconcept 24 uur per dag begeleiding, zorg en toezicht geboden. Kleinschalige zorg is zorg die geboden wordt aan mensen met dementie in een huiselijke en herkenbare omgeving. De bewoners vormen met elkaar een gewoon huishouden en kunnen zelf hun dagelijkse leven inrichten. De medewerkers zijn onderdeel van het huishouden en sluiten, in de ondersteuning en de zorg die zij verlenen, zoveel mogelijk aan bij de leefstijl en de voorkeuren van de bewoners. Mensen met dementie die niet langer thuis kunnen wonen, voelen zich het meest op hun gemak in een veilige, herkenbare en huiselijke omgeving.

Kenmerken van kleinschalig wonen voor dementerenden zijn:

- een gewoon huishouden voeren door samen te eten, af te wassen, boodschappen te doen en eten te koken;
- dat de kleine groep bewoners met elkaar een groep vormen en ondersteuning krijgen van een vast team van medewerkers;
- dat medewerkers onderdeel van het huishouden, van de groep zijn, en in de ondersteuning en de zorg die zij verlenen, zoveel mogelijk aansluiten bij de leefstijl en de voorkeuren van de bewoners;
- dat de bewoners de regie hebben over de inrichting van hun dagelijkse leven (zelf bepalen wanneer zij opstaan en wanneer zij naar bed gaan);
- dat de bewoner er in voor- en tegenspoed kan blijven wonen (tot aan zijn/haar dood);
- dat de woonvorm, de woonruimte herkenbaar is als een 'huis'.
- De kleinschalige woonvoorziening voor dementerenden is geen tussenvoorziening, maar het laatste thuis.

OMVANG, NU EN IN 2012

31 Locaties in Noord-Brabant zijn op basis van groeps-grootte van maximaal 10 bewoners medio 2007 aan te merken als kleinschalige verblijfsvoorzieningen voor dementerenden. In totaal zijn dit 309 plaatsen groepsverblijf met maximaal 6 bewoners en 907 plaatsen die betiteld worden als 'kleine afdeling' voor 7 tot en met 10 bewoners. Het merendeel van de beschikbare 24uurszorg voor dementerende mensen betreft nog afdelingen met meer dan 10 bewoners, dat wil zeggen de traditionele verpleeghuiszorg.

De kleinschalige voorzieningen zijn overwegend gesitueerd bij of in een verzorgings- en/of verpleeghuis. Drie kleinschalige voorzieningen zijn aan te merken als 'stand alone': deze zijn midden in een woonwijk gesitueerd. Eén locatie wordt bekostigd op basis van scheiden van wonen en zorg.

In de onderstaande tabel staat de capaciteit en het aandeel kleinschalig wonen in 2007 en 2012 vermeld. De huidige capaciteit wordt volgens opgave van de Brabantse zorginstellingen met 1.388 plaatsen uitgebreid. Deze uitbreiding vindt met name in Zuidoost-Brabant plaats. In de andere regio's ligt een zwaarder accent op renovatie van bestaande capaciteit. In 2012 zal het aandeel plaatsen kleinschalig verblijf fors zijn toegenomen. Het aandeel kleine afdeling met maximaal 10 bewoners ligt in 2012 op 44%. Het aandeel groepsverblijven ligt dan naar verwachting op 21%. Dit is bijna 22% van het gewenste aantal plaatsen kleinschalig wonen voor dementerenden. Wanneer de groeps-grootte op maximaal 8 bewoners gesteld wordt, zal dit percentage stijgen tot bijna 37% van het totaal aantal gewenste plaatsen kleinschalig wonen voor dementerenden.

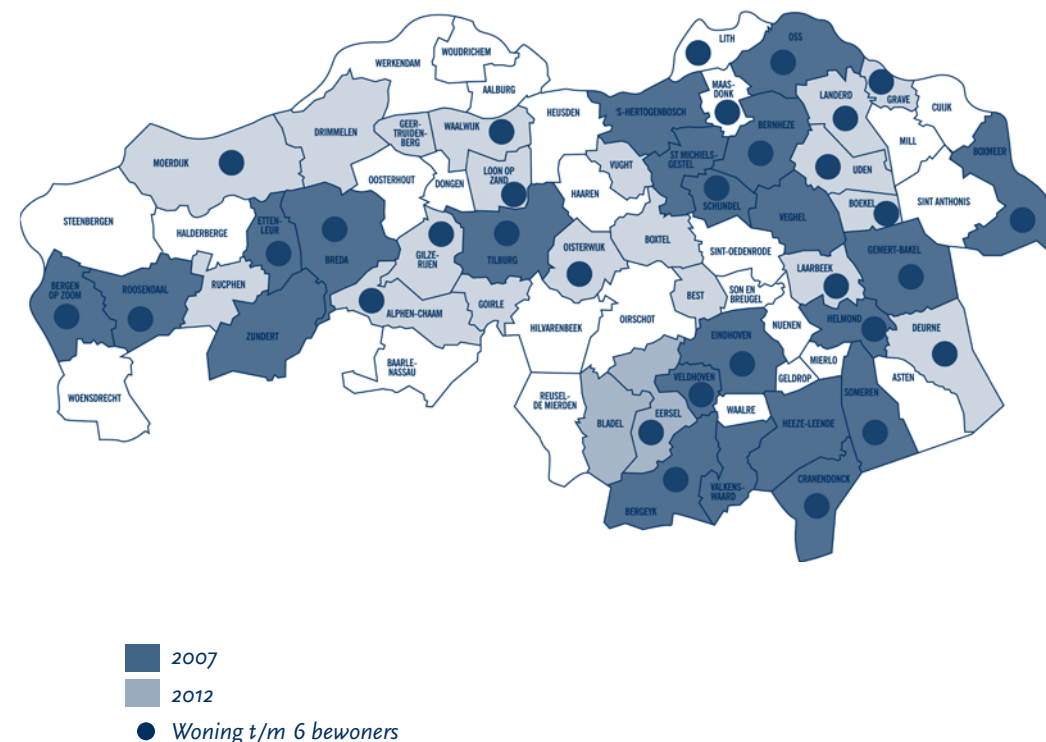
Tabel: Aantal plaatsen in groepsverblijven, kleine afdelingen en het totaal aantal plaatsen 24-uurszorg psychogeriatric in 2007 en 2012, provincie Noord-Brabant

	Aantal plaatsen in groepsverblijven (max. 6 bewoners)	Aantal plaatsen op kleine afdelingen (7-10 bewoners)	Totaal aantal plaatsen in 24-uurszorg PG
2007	309 (6%)	907 (16%)	5.593
2012	1.477 (21%)	3.041 (44%)	6.981

SPREIDING BINNEN BRABANT

Het kleinschalig wonen breidt zich geleidelijk uit, maar is niet gelijk over de provincie verspreid. In de onderstaande figuur ziet u waar kleinschalig wonen in 2007 en 2012 beschikbaar is (maximaal 10 bewoners per groep). In de figuur is met een bolletje aangegeven waar kleinschalig wonen voor maximaal 6 bewoners is of wordt gerealiseerd. Dat is volgens veel voorstanders van kleinschalig wonen de maximale groeps-grootte.

Figuur: Beschikbaarheid van kleinschalig wonen in 2007 en 2012 per gemeente in Noord-Brabant, groepen met maximaal 10 bewoners en met maximaal 6 bewoners (met bol)



In Midden-Brabant is het aandeel kleinschalig wonen in 2007 veruit het kleinst. In Zuidoost-Brabant is kleinschalig wonen het grootst, waarbij West- en Noordoost-Brabant niet ver achter blijven (zie onderstaande tabel).

Tabel: Kleinschalig wonen voor mensen met dementie met een groepsgrootte van maximaal 8 bewoners*, in vier Brabantse regio's, 2007

	Aantal plaatsen op groepen met maximaal 8 bewoners	% van totaal aantal plaatsen met 24-uurszorg PG
West-Brabant	235	13,7
Midden-Brabant	24	2,2
Noordoost-Brabant	160	12,9
Zuidoost-Brabant	223	14,1

(*) In de tabel wordt een bovengrens van 8 bewoners per groep gehanteerd, omdat hiermee landelijke vergelijkingen kunnen worden gemaakt (zie ook de volgende paragraaf).

VERGELIJKING MET NEDERLAND

Hoe staat Brabant er binnen Nederland voor? Noord-Brabant loopt, zo blijkt uit onze inventarisatie, met een percentage van 11,5% kleinschalig wonen (maximaal 8 bewoners⁴) in de pas met de landelijke trend. In eerdere publicaties van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg scoorde Noord-Brabant beneden-gemiddeld, maar dat lijkt te wijten aan onderregistratie in de landelijke databank. Van de andere provincies is in 2005 alleen in Zeeland een zeer hoog percentage 24-uurs psychogeriatrische zorg kleinschalig vormgegeven, namelijk 56%.

In heel Nederland groeit de komende jaren het aantal plaatsen dat kleinschalig wordt vormgegeven. Dit betreft zowel kleine als grote locaties met kleinschalig wonen. Voor Noord-Brabant geldt dat 35% van de capaciteit in 2012 met een groepsomvang van maximaal 8 bewoners per woon-/leefeenheid zal zijn vormgegeven.

Tabel: Kleinschalig wonen voor mensen met dementie met een groepsgrootte van maximaal 8 bewoners, in Nederland (2005 en 2010) en Noord-Brabant (2007 en 2012).

2005/2007

	Aantal plaatsen met maximaal 8 bewoners	Totaal aantal plaatsen in 24-uurszorg PG	% van totaal aantal plaatsen met 24-uurszorg PG
Nederland ⁵	4.346	44.600	9,7
Noord-Brabant	642	5.593	11,5

2010/2012

	Aantal plaatsen met maximaal 8 bewoners	Totaal aantal plaatsen in 24-uurszorg PG	% van totaal aantal plaatsen met 24-uurszorg PG
Nederland ⁵	48.707	12.087	24,8
Noord-Brabant	2.486	6.981	35,6

DOELGROEP

De bewoners van kleinschalige voorzieningen zijn mensen met Alzheimerdementie en vasculaire dementie. De fase van dementie speelt geen rol als instroomcriterium: er komen dus niet uitsluitend mensen met lichte of matige dementie in aanmerking voor kleinschalig wonen. Het meest gehanteerde uitsluitingscriterium bij de instroom is dementie in combinatie met psychiatrische problematiek en/of probleemgedrag. Indien onder de bewoners ernstig probleemgedrag optreedt, kan dat een reden zijn om iemand over te plaatsen naar een grotere afdeling in een verpleeghuis.

ZORGVISIE

Kleinschalige wonen voor dementerenden veronderstelt zowel 'kleinschalige woonzorgeenheden' waarin onder andere een maximale groepsgrootte wordt geformuleerd, als een zorgvisie die aansluit bij die kleinschaligheid. In deze inventarisatie is gebruik gemaakt van het onderzoek van Selma te Boekhorst (Trimbos-instituut/VU).⁶ Door middel van 'concept mapping' is in dat onderzoek kleinschalige zorg geoperationaliseerd in thema's, clusters en

items. Bijvoorbeeld: het thema 'Individueel leven' bevat het cluster 'In voor- en tegenspoed' dat onder andere wordt uitgewerkt in het item 'Blijven wonen tot aan de dood'.

In het onderstaande overzicht is opgenomen van welke items uit de concept mapping van Te Boekhorst e.a. in deze inventarisatie gebruik is gemaakt om de zorgvisie te operationaliseren. Dit zijn de belangrijkste items binnen de betreffende clusters.

Schema: Clusters en items waarmee in deze inventarisatie zorgvisie is geoperationaliseerd.

Cluster	Item
1. Wonen in voor- en tegenspoed	1 De bewoner mag in de groepswooning of op de afdeling blijven wonen tot aan de dood
2. Gewoon huishouden	2 In elke groepswooning of afdeling wordt alle dagen zelf gekookt
3. Eigen regie	3 De bewoner kan opstaan, naar het toilet gaan, naar bed gaan wanneer hij/zij dat zelf wil
	4 De bewoners, familie en team samen bepalen de dagelijkse gang van zaken
4. Team onderdeel van huishouden	5 Er is sprake van integraal werken. De begeleiders doen allerlei werkzaamheden: zorg, koken, schoon maken, begeleiden bij activiteiten
	6 Er is sprake van een vast team dat samen verantwoordelijk is voor de begeleiding en zorg van de bewonersgroep en het reilen en zeilen van het huishouden (met alle daar voorkomende reguliere huishoudelijke activiteiten)
	7 De begeleiders lopen niet in uniform (voor bepaalde werkzaamheden kunnen zij beschermende kleding aandoen, dit is tijdelijk)
	8 De zorgorganisatie is analoog aan het organiseren van een huishouding thuis
	9 De visie op zorg gaat uit van de behoefte van de bewoner. Dit blijkt onder andere uit dat er voor elke bewoner een persoonlijk leef(zorg)plan bestaat en waarin in ieder geval de wensen van de bewoner vermeld staan

5. Met elkaar een groep	10 Er zijn geen bezoektijden
	11 De woonvorm lijkt op die van een gezinssituatie
6. Archetype huis	12 Het woonverblijf is herkenbaar als een huis/woning (heeft de kenmerken van een eengezinswooning voor een groot huishouden)
	13 De inrichting van de zit-slaapkamer is (buiten het bed) van de bewoner zelf
	14 De huiskamer is ingericht met spullen en meubilair van de bewoners

Op alle locaties, op twee na die als tussenvoorziening zijn te kwalificeren, kunnen bewoners tot aan de dood blijven wonen. Op vrijwel alle locaties kunnen bewoners zelf bepalen wanneer ze opstaan, naar bed gaan of naar het toilet gaan en zijn er geen bezoektijden. Voorts valt op dat op 19 locaties de groepswooning niet herkenbaar is als een archetype huis. Bij vrijwel alle locaties mogen – op het bed na – bewoners de eigen kamer inrichten.

Met behulp van de items die bij deze clusters horen is per kleinschalige verblijfsvoorziening nagegaan in hoeverre de kleinschalige zorgvisie is doorgevoerd. Het verschil tussen de groepen met lage en hoge scores betreft met name het thema 'gezamenlijk leven'. De groep met lage scores scoort matig op de aspecten 'het voeren van een gewoon huishouden' en 'het personeel is onderdeel van het huishouden'. Het zorgaanbod bij de groep met een lage totaalscore lijkt het meest op traditionele verpleeghuiszorg, ofwel het accent ligt meer op 'zorg' dan op 'wonen'. Bij de locaties met een hoge score is het kleinschalig zorgconcept het sterkst vormgegeven.

Uit de inventarisatie blijkt dat groepsverblijven (tot en met 6 bewoners) er beter in slagen om de kleinschalige zorgvisie door te voeren dan kleine afdelingen, al zijn er ook kleine afdelingen met maximaal 8 bewoners die deze zorgvisie goed hebben ingevoerd. Dat brengt ons op de precaire relatie tussen groeps grootte, locatie grootte en zorgvisie. Het doorvoeren van de kleinschalige zorgvisie is een veranderingstraject dat vaak wordt ingezet als de groepsverblijven of de kleine afdelingen worden opgeleverd. Die zorgvisie lijkt ook prima door te voeren als de kleinschalige eenheden in een groter verband worden gerealiseerd. Het bouwen van groepsverblijven of kleine afdelingen zonder het doorvoeren van een cultuurverande-

ring leidt niet tot kleinschalige zorg maar tot verpleeghuiszorg-oude-stijl op kleinere schaal, zo mag worden geconcludeerd.

ZORGINZET

In de visie op kleinschalige zorg wordt ervan uitgegaan dat bewoners en medewerkers een gezamenlijk huishouden voeren, waarbij er een klein vast team medewerkers is. Op de meeste locaties is één team ook daadwerkelijk verantwoordelijk voor één groep. Op 10 van de 34 locaties is een team verantwoordelijk voor 2 of meer groepen.

Een team bestaat veelal uit de volgende disciplines: ziekenverzorgende/verzorgende IG (niveau 3), verzorgende, helpende, huishoudelijke medewerker en/of voedingsassistente en activiteitenbegeleider. Op 4 locaties spreekt men van integrale medewerkers. Bij alle locaties wordt gewerkt met vrijwilligers.

De verpleeghuisarts doet ook in het kleinschalige wonen nog vaak een ronde. Op 5 locaties werkt de verpleeghuisarts zoals een huisarts, namelijk: de verpleeghuisarts is op afroep beschikbaar. Op de ene locatie met scheiden van wonen en zorg hebben de bewoners een eigen huisarts. Verpleegkundigen (niveau 4) komen veelal op afroep en afspraak.

Op 10 locaties is activiteitenbegeleiding integraal opgenomen in de zorg. De activiteiten vinden in of vanuit de woning plaats. Er is vaak geen vooraf opgesteld activiteitenprogramma. Bewoners nemen deel aan de dagelijkse gang van zaken op de groep, waaronder huishoudelijke taken. Bij de andere locaties is (ook) sprake van een activiteitenaanbod buiten de groepswoning, waaraan bewoners kunnen deelnemen.

De formatiegrootte van de grootste groep locaties (18 locaties) varieert van 0,7 tot 0,93 Fte per bewoner. Uit de inventarisatie blijkt dat de groep met de hoogste score op kleinschalige zorgvisie (zie vorige paragraaf) meer personeel inzet dan de groep met de laagste score (0,83 fte vs. 0,63 fte per bewoner). Mogelijk houdt dit verband met het verschuiven van indirecte zorg naar directe zorg op de leefgroepen, waarbij het personeel op de groepen taken zoals koken en wassen zelf verricht in plaats van het uitbesteedt aan centrale diensten. Naar de exploitatie van de kleinschalige zorg, waarover

landelijk veel gediscussieerd wordt, is geen nader onderzoek gedaan. Daar is vervolgonderzoek op nodig.

TOT SLOT

Het kleinschalig wonen is aan een opmars bezig. Een aantal zaken valt daarbij op.

De kleinschalige woning die midden in de wijk ligt, is een model dat onder de pioniers van het kleinschalig wonen populair is, maar in de huidige praktijk vrijwel niet door intramurale zorgorganisaties wordt gerealiseerd. De grootste groei in 'kleinschalig wonen voor dementerenden' wordt geboekt in geclusterde vormen, waarbij meerdere groepen op één locatie worden gevestigd, vaak in de nabijheid van of onderdeel van een zorgcentrum, of waarbij 'kleinschalig wonen voor dementerenden' ontstaat door de renovatie van een verpleeghuis. De grootste groei zit in wat het College Bouw Zorginstellingen een 'kleine afdeling' noemt, namelijk een groepswoning voor 7 tot 10 bewoners. Het aandeel met zogenaamde 'groepswoningen' tot 6 bewoners groeit ook, maar bedraagt in 2012 circa de 21% van het aantal plaatsen.

Het kleinschalig bouwen is een noodzakelijke, maar onvoldoende voorwaarde voor kleinschalige zorg. Voor kleinschalige zorg is een andere zorgvisie nodig waarin de nadruk ligt op 'wonen' en 'welzijn' in plaats van op 'zorg'. Groepsverblijven (tot en met 6 bewoners) lijken er beter in te slagen om de kleinschalige zorgvisie door te voeren dan kleine afdelingen met maximaal 8 bewoners. Of 'kleinschalig wonen voor dementerenden' in klein of in groot verband gerealiseerd is, is niet bepalend voor de mate waarin de zorgvisie geïmplementeerd is. Kleinschalige zorg zit in de hoofden, de harten en de handen van de medewerkers. Het fysieke, de groepswoning en de locatie, is een belangrijke voorwaarde om die zorgvisie vorm te geven.

1. De inventarisatie is mede uitgevoerd door Francis Meulendijks, Natalie Baas en Ingrid Dam (Stichting Zet).
2. H. Stoop. Dementie en 24-uurszorg en -toezicht in Brabant. Inventarisatie van de stand van zaken in 2007 en ontwikkelingen tot 2012 in de vormgeving van wonen met 24-uurszorg en -toezicht voor dementerenden in de provincie Noord-Brabant. Tilburg: Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Stichting ZET/PRVMZ, februari 2008. Te bestellen bij Stichting Zet.

3. Zie: www.wonenmetdementie.nl en www.rcoak.nl.
4. In deze vergelijking wordt vergeleken op een groeps grootte tot maximaal 8 bewoners, omdat het landelijke Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen en Zorg (KCWZ) met deze definitie werkt.
5. Van Waarde en Wijntjes, 2007.
6. S. te Boekhorst e.a. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. In: Tijdschrift voor Geriatrie en gerontologie, januari 2007.

‘Het vakantiegevoel vasthouden’

INTERVIEW MET JAN HAMERS, HOOGLERAAR VERPLEGING EN VERZORGING VAN OUDEREN

“Het kleinschalig wonen is geen hype, maar of er sprake is van een doorbraak, dat valt nog te bezien”, zegt Jan Hamers. Hij is hoogleraar ‘verpleging en verzorging van ouderen’ aan de Universiteit in Maastricht en secretaris van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV) in Limburg.¹ Onlangs bracht de PRV een onderzoek uit over het kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Limburg. Ook loopt er momenteel aan de Universiteit van Maastricht een promotieonderzoek naar de effecten van de kleinschalige zorg voor cliënten, mantelzorgers en medewerkers.

VISIE EN LEIDERSCHAP

“Ik ben ervan overtuigd dat de kleinschalige zorg ook in grootschalige instellingen kan worden gerealiseerd. Als dat gebeurt, dan zou het een doorbraak zijn”, stelt Jan Hamers. In de visie van Hamers betekent kleinschalige zorg vooral een andere organisatie van de zorg, waarbij de nadruk wordt verlegd van zorg naar wonen en welzijn.

“In de kleinschalige zorg wordt de zorg afgestemd op het levensritme van de bewoners, terwijl nu nog vaak in zorginstellingen het leven van de bewoners wordt afgestemd op het ritme van de organisatie.” Dat kan anders, betoogt Hamers. Het vereist dat het werk wordt gereorganiseerd en dat er een andere visie op zorg wordt ontwikkeld. Het vereist ook leiderschap en andere competenties van de medewerkers. Jan Hamers: “Als er kleinschalig wordt gebouwd en de werkwijze blijft zoals in het traditionele verpleeghuis, dan schiet het zijn doel voorbij.”

Het kleinschalig wonen wordt in de ouderenzorg vooral voor mensen met dementie ontwikkeld. Ook ontstaan er specifieke voorzieningen voor bijvoorbeeld jongdementerenden of mensen met niet aangeboren hersenletsel.

FOTO CEES HILHORST



● Jan Hamers:

- Kleinschalige zorg kan in de grootschalige instellingen worden geïntroduceerd.
- Kleinschalige zorg vraagt om herorganisatie van de zorg, leiderschap en andere competenties voor medewerkers.
- Zorg dat kwaliteit en expertise wordt behouden.

ONDERZOEK

Er zijn veel succesverhalen over het kleinschalig wonen, bijvoorbeeld over mensen die op een traditionele afdeling apathisch waren en in de kleinschalige zorg opleefden. Die succesverhalen moeten we elkaar blijven vertellen, maar tegelijk is, aldus Jan Hamers, de vraag of het kleinschalig wonen voldoende garantie voor kwaliteit biedt, of het kleinschalig wonen de verwachtingen kan waarmaken. Zijn de succesverhalen niet vertekend omdat in de kleinschalige zorg minder zorgbehoevende mensen wonen dan in de verpleeghuizen? Jan Hamers: “De kritiek op eerder onderzoek naar het kleinschalig wonen² was dat er appels en peren werden vergeleken. Daar hebben wij lering uitgetrokken, mede dankzij de samenwerking met andere onderzoeksgroepen.” In het lopende Limburgse onderzoek naar de effecten van kleinschalig wonen wordt de onderzoeksgroep in het kleinschalig wonen op persoonsniveau ‘gematcht’ met de controlegroep uit de verpleeghuizen, zodat de groepen naar cognitief functioneren en zorgbehoefte vergelijkbaar zijn. Het onderzoek richt zich op kwaliteit van leven en de zorgbehoeften van de cliënten en de rol en satisfactie van mantelzorgers en verzorgend medewerkers. Ook de benodigde competenties van de medewerkers komen aan bod.

Het onderzoek wordt gefinancierd door de Provincie Limburg, de Universiteit Maastricht en een aantal Limburgse zorggroepen. De inbreng van de zorggroepen illustreert het belang dat zij hechten aan de uitkomsten van het effectonderzoek. Inmiddels is gestart met de gegevensverzameling bij meerdere huizen verspreid over Limburg. Het promotieonderzoek wordt naar verwachting in 2010 afgerond.

LOSLATEN

Sommige zorgaanbieders kiezen rigoureuus voor kleinschaligheid. In bijvoorbeeld Midden-Limburg organiseert zorginstelling Proteion de verblijfszorg voor dementerenden kleinschalig, maar wel op een instellingsterrein. Andere zorginstellingen kiezen voor variatie in hun zorgaanbod, waaronder kleinschalig wonen.

In de praktijk zie je veel varianten in kleinschalig wonen ontstaan, zoals Stichting Zet en PRVMZ ook al in Brabant constateerden. Jan Hamers verwacht dat het kleinschalig wonen zal toenemen, maar

dat we er in verband met de haalbaarheid niet aan ontkomen om dat in grootschaliger verband op te zetten. Ook is het niet wenselijk om alles kleinschalig te maken, omdat er mensen zijn die niet gedijen in de kleinschalige zorg.

De bouw (of verbouw) van een zorgcentrum zou het moment moeten zijn om ook de zorgorganisatie en de zorgvisie te veranderen. Dat gebeurt echter niet overal.

Jan Hamers illustreert het verschil in werkwijze tussen de groot- en kleinschalige zorg. In het verpleeghuis voeren verzorgenden vaststaande taken uit: het wassen en aankleden van de bewoners, het ontbijt serveren et cetera. In het kleinschalig wonen worden deze taken ook uitgevoerd, maar veel flexibeler. Hamers: “Verzorgenden starten er ook ’s ochtends om 07.00 uur, maar ze zien wel wat er op ze afkomt.” Het werk ligt minder vast. Cliënten bepalen zelf wanneer ze opstaan, wanneer en wat ze eten of welke activiteit ze willen doen.

Ook in de grootschaliger zorg kan ook met zo’n houding worden gewerkt. “Als verpleeghuisbewoners op vakantie gaan, dan valt de regelmaat weg”, zegt Jan Hamers. “Die werkwijze, dat relaxte, moeten verzorgenden vasthouden als ze met de bewoners van de vakantieweek terugkeren.”

VOORBEELDLAND

“Niemand wil graag naar het verpleeghuis, laten we elkaar niets wijsmaken. Maar soms ontkom je er niet aan. Mede door ziekte van mensen veranderen hun behoeften. Maar als ook hun bronnen, zoals inkomen, mobiliteit en de sterkte van het sociaal netwerk worden aangetast ontstaat onherroepelijk een zorgvraag³, die voor de meest kwetsbaren alleen beantwoord kan worden met een opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. De kunst is echter de regie over het leven zo veel mogelijk bij ouderen zelf te laten, ook in het verpleeghuis!” Dan zijn we weer terug bij het thema kleinschalige zorg in het verpleeghuis. Jan Hamers wil wel benadrukken dat de ouderenzorg in Nederland beter presteert dan je uit het negatieve beeld geschetst door de media zou verwachten. Dat kan worden gebaseerd op vergelijkingen met andere landen en op meningen van zorggebruikers. In ons omringende Europese landen, maar ook in de Ver-

enigde Staten zijn veel voorbeelden te vinden van slechtere zorg voor kwetsbare ouderen, stelt Jan Hamers. “Vanuit het buitenland wordt daarom vaak gekeken naar Nederland. Vooral naar innovaties in onze ouderenzorg. Dat realiseert niet iedereen zich.” Onderzoek onder familieleden van cliënten en medewerkers laat ook zien dat zij zich niet herkennen in de kommer-en-kwel-verhalen die in de media de ronde doen.⁴ “We moeten vooral kritisch naar onze ouderenzorg blijven kijken en blijven innoveren; er is nog veel te verbeteren. Maar we moeten ook de positieve kanten van de zorg en innovaties laten zien, om recht te doen aan de werkelijkheid en om te voorkomen dat we straks niemand meer voor de zorg krijgen.”

Dementie is een ziekteproces. Daarvoor is expertise nodig die we niet verloren moeten laten gaan als we in de kleinschaligheid meer de nadruk op wonen en welzijn in plaats van zorg leggen. “We moeten niet alleen mensen in dienst nemen met het hart op de goede plaats”, waarschuwt Jan Hamers. “De kwaliteit van het personeel is belangrijker dan de hoeveelheid personeel.” In de ouderenzorg zie je al bijna geen verpleegkundigen meer.

LEEFBAARHEID

Iedereen wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daarvoor zijn leefbare dorpen en wijken nodig, met voorzieningen zoals openbaar vervoer en winkels. “Daar kunnen de verpleeg- en verzorgingshuizen een rol in spelen”, meent Jan Hamers. Voor ouderen zijn de maaltijden een belangrijk moment van dag. Bied de bewoners een kwalitatief goede maaltijd en zorg dat de ingrediënten lokaal worden ingekocht. “Dan houden we de lokale middenstand en de leefbaarheid ook in stand”, onderstreept hij.

1. H. Verbeek e.a. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Een beschrijvend onderzoek naar de situatie in Limburg. Maastricht: januari 2008, PRV Limburg.
2. M. Depla en S. te Boekhorst. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten? Onderzoeksresultaten, commentaren en interviews. Utrecht: Trimbos-instituut en EMGO-VUmc, januari 2007
3. P. van Bilsen e.a. Demand of elderly people for residential care: an exploratory study. BMC Health Services Research, 2006; 6:39.
4. I. Vaartjes e.a. Kijk op zorgkwaliteit. Maastricht: PRV Limburg, februari 2006.

Huis-, tuin- en keukenzorg; het gewone leven bepaalt de dag

KLEINSCHALIG WONEN DOOR DE OGEN VAN MANAGERS

Door Alexander van den Dungen (PRVMZ)¹

Tijdens de inventarisatie van kleinschalige wonen voor mensen met dementie zijn in september-oktober 2007 interviews op locatie gehouden met de (zorg)managers. In dit 30-tal vraaggesprekken is onder andere ingegaan op de betekenis van kleinschalig wonen voor bewoners, medewerkers en familieleden en op de realisatie en exploitatie van kleinschalige voorzieningen. De belangrijkste bevindingen worden hier samengevat. Citaten van respondenten zijn cursief en anoniem weergegeven.

BEWONERS

Het kleinschalig wonen is herkenbaar en overzichtelijk voor mensen met dementie. *“In veel zaken herkennen de bewoners de oude thuissituatie: de deurbel die gaat, de post die in de brievenbus valt, samen aan tafel gaan om te eten, lekker uitpuffen in de eigen stoel, het boodschappen doen, de vuilniswagen die langskomt op het vuilnis op te halen.”*² Het kleinschalig wonen moet het gevoel opleveren om als het ware weer onderdeel te zijn van een groot gezin, waar gelachen en soms ook ruzie wordt gemaakt, waar allerlei taken moeten worden verricht. *“Het is huis-, tuin- en keukenzorg. Het gewone leven bepaalt de dag.”*

In de kleinschaligheid voelen dementerenden, zo zeggen onze gesprekspartners, zich – meer dan op een grote verpleegafdeling – geborgen en gekend. In een kleine groep kunnen de medewerkers beter een vertrouwensband opbouwen met bewoners. Van medewerkers wordt verwacht dat zij de levensgeschiedenis van de bewoners kennen, zodat zij ook kunnen inspelen op de gevoelens van

bewoners. Vraaggericht werken en belevingsgericht werken zijn in een groepswoning beter mogelijk dan in een grote afdeling.

Het welbevinden van bewoners gaat omhoog. De managers wijzen onder andere op de volgende positieve effecten:

- de bewoners zijn in vergelijking met de grootschalige verpleeghuiszorg rustiger;
- ze hebben een beter dag- en nachtritme;
- ze behouden vaardigheden (ze zijn actiever, minder gehospitaliseerd);
- er wordt meer gelachen;
- er is minder agressie;
- de bewoners gebruiken minder medicijnen.

Nadelen zijn er ook.

Mensen zijn verschillend. Niet iedereen vindt hetzelfde leuk en gezellig. Medewerkers dienen oog te hebben voor de verschillen tussen mensen, voor de verschillen in normen en waarden van bewoners. Niet iedereen kan goed samen leven in een huishouden met medebewoners en medewerkers. Het klikt niet altijd tussen bewoners. In een kleine leefgroep kan dat een probleem zijn, omdat bewoners nauwelijks ruimte hebben om zich terug te trekken.

Op een grote afdeling kunnen mensen makkelijker een andere bewoner treffen met dezelfde interesses. In een kleinere leefgroep is dat lastiger. Dat geldt bijvoorbeeld voor mannen, die vaak in de minderheid zijn. *“In de groep staat de tv niet vaak aan op voetbal. Mannen moeten dan elders naar het voetballen gaan kijken.”*

Op een kleine groep moeten mensen zich vaker schikken naar de groep.

Mensen met ‘probleemgedrag’ verstoren snel de groep. Deze mensen verblijven vaker op de eigen kamer of worden overgeplaatst naar een traditonale afdeling van een verpleeghuis. *“Kleinschalig wonen is met name ideaal voor rustige, voorbeeldige dementerenden.”*

In de meeste woonvoorzieningen mogen bewoners eigen spullen meebrengen voor de inrichting van de eigen slaapkamer en de in-

richting van de gemeenschappelijke huiskamer, spullen waar zij zich comfortabel bij voelen of die dierbare herinneringen oproepen. Soms wordt het meebrengen van spullen begrensd. *“Het moet niet de ‘dumpplaats’ worden voor overtollig meubilair van de familie.”*

FAMILIE

Bij veel kleinschalige woonvormen is sprake van een grote betrokkenheid van de families van de bewoners. Dit blijkt onder andere uit de frequente bezoeken – meer dan op de traditionele verpleeghuisafdelingen, zo schatten een aantal managers – en de schenkingen aan de woonvormen. De drempel om te participeren is lager. *“Kleinschalige zorg moet voor de familie associaties opleveren met op visite komen, met thuis komen.”*

De betrokkenheid van de familie vormgeven en behouden, is een uitdaging. Medewerkers zouden hier beter op getraind moeten worden, met name om persoonlijke aandacht aan familieleden te schenken binnen een professionele relatie. Binnen de huiselijke setting ligt het gevaar van te familiair met familie en cliënten omgaan op de loer. *“Er moet een balans zijn tussen afstand en nabijheid.”*

Bij het kleinschalig wonen wordt van familieleden een passende houding en passend gedrag verwacht. Op een paar plekken is dit in een gedragscode vastgelegd.

De familie van bewoners die overgaan van grootschalig naar kleinschalig wonen dient goed te worden geïnformeerd. Wat betekent kleinschalig wonen voor de bewoner en voor zijn/haar familie? Veel familieleden zijn in eerste instantie afwachtend; ze hebben een houding van *“eerst zien, dan geloven.”* Een instelling geeft aan dat familieleden het gevoel hadden dat er op de leefgroepen ‘niks gebeurde’: *“Bewoners gingen niet naar een activiteit en er werd niet vooraf vastgesteld wat er die dag ging gebeuren.”* Instellingen kunnen hun zorgvisie beter communiceren met familieleden.

MEDEWERKERS

Het werken in een kleinschalige woonvoorziening is een grote verandering voor de medewerkers. In de verpleeghuiszorg waren zij vooral verantwoordelijk voor de zorg, in de kleinschalige zorg ligt een zwaar accent op wonen en welzijn, op het voeren van een zo ge-

woon mogelijk huishouden. Dat betekent dat de zorgvisie, de cultuur sterk verandert. *“Veel medewerkers zijn geconditioneerd in het oude, medische model.”*

Instellingen die met een beperkt aantal afdelingen zijn gestart, geven vaak aan dat een deel van de medewerkers bewust kiest voor de kleinschaligheid en een deel er bewust vanaf ziet. Er heerst in het begin vaak scepsis over het integraal werken: *“Thuis moeten ze ook al wassen, strijken en koken.”* Deze houding slaat vaak om als ze zien wat kleinschaligheid voor bewoners betekent.

Gewoon beginnen, is het credo van veel instellingen, waarbij wel gaandeweg intervisie en trainingen met het personeel worden gehouden. Een aantal managers betitelt de cultuur op de kleinschalige afdelingen als een ‘ja-cultuur’, een begrip dat onder andere door Hans Becker is uitgewerkt.³ Het is een houding waarbij binnen de mogelijkheden die er zijn met de wensen van bewoners aan de slag wordt gegaan. De ja-cultuur legt veel verantwoordelijkheid bij de medewerkers.

De situatie is iedere dag weer onvoorspelbaar, telkens opnieuw dienen prioriteiten te worden gesteld. Sommige medewerkers hebben daar moeite mee. Maar in feite is dit niet anders dan in de thuissituatie van de medewerkers. De medewerkers moeten met deze onzekerheid en onvoorspelbaarheid om leren gaan; men moet niet alles van tevoren willen bepalen.

Medewerkers staan er in de kleinschalige woonvoorziening vaak letterlijk en figuurlijk alleen voor. Dat wordt door medewerkers soms als saai of moeilijk ervaren. In geval van calamiteiten moet er ondersteuning zijn geregeld.

Medewerkers ervaren vaak tijdgebrek om alle bewoners voldoende aandacht te kunnen schenken, aldus een aantal managers. Ze kunnen niet altijd iedere bewoner bij een activiteit betrekken, zoals boodschappen gaan doen.

De vraag die bij een aantal woonvormen voorligt, is hoe het toezicht kan worden uitgebreid, zonder meer personeel in te hoeven zetten. Dit kan deels door de inzet van domotica. Echter, men ziet dit als een noodzakelijk kwaad, want het draagt niet bij aan het zo gewoon mogelijk wonen. Andere opties zijn het inzetten van vrijwilligers waaronder familieleden/mantelzorgers.

Als er sprake is van een hoge zorgzwaarte komen de medewerkers

niet toe aan huishoudelijke taken. Het inzetten van bijvoorbeeld een schoonmaakbedrijf is dan een oplossing.

In de kleinschalige zorg, waar idealiter een klein vast team werkt, is het inroosteren van personeel, de overdracht, het vervangen bij vakantie en ziekte en het ruilen van werkdagen soms lastiger te organiseren dan in grootschalig georganiseerde zorg. Voor enige flexibiliteit zijn parttime contracten en gebroken diensten nodig, terwijl medewerkers vaak grotere contracten wensen.

Voor veel medewerkers heeft het werken in kleinschalige zorg aantrekkelijke kanten: werken in een klein team, met veel verantwoordelijkheden en een grote betrokkenheid bij bewoners en familieleden. Op een paar plaatsen is de ervaring dat oudere medewerkers zeer positief staan tegenover het werken in kleinschalige zorg, omdat het werk minder lichamelijk belastend is omdat de bewonersgroep redelijk zelfstandig functioneert. Jonge werknemers kunnen hun ambitie niet altijd kwijt in de kleinschalige groepszorg.

Bij een krappe bezetting, bijvoorbeeld bij vakanties of ziekte, hebben de medewerkers de neiging terug te vallen in taakgerichte verpleging. Als er tijdelijk personeel van buiten wordt ingezet, kan de kracht van het werken met een klein team zelfs omslaan in een nadeel.

Het werven van gekwalificeerd personeel wordt lastiger door de krapte op de arbeidsmarkt. Het is wel belangrijk kritisch te blijven op het aannemen van deskundig, gemotiveerd personeel. Het omscholen van medewerkers en het toepassen van functiedifferentiatie kan een (deel van de) oplossing zijn voor tekorten.

BOUWEN EN INRICHTEN

Het kleinschalig wonen wordt zowel in nieuwbouw als in bestaande gebouwen gerealiseerd. Bij nieuwbouw is men beter in staat om het kleinschalig zorgconcept in zorgvisie en bouw integraal door te voeren. De bestaande, grootschalige verpleeghuisvoorzieningen zijn meestal niet geschikt voor kleinschalige zorg. *“De ruimtes zijn vaak te klein of juist te groot.”* In de bestaande bouw zijn bouwkundige veranderingen nodig om kleinschalige zorg te bieden, al zijn er dan nog vaak beperkingen ten aanzien van groeps grootte of activiteiten op de leefgroepen zoals koken en wassen. Met de nodige creativiteit kan de kleinschalige zorgvisie wel worden benaderd. *“De keuken is te klein om op de groep de hele maaltijd te verzorgen. Het compromis is dat de groepen*

het voor- en nagerecht zelf kopen en bereiden. Ook kleine maaltijden, zoals eieren en pannenkoeken bakken, worden op de groepen gemaakt.”

Een aantal managers geeft aan liever te wachten op nieuwbouw voordat ze kleinschalige zorg invoeren. In één situatie is het kleinschalig wonen al in een noodvoorziening gerealiseerd voordat de nieuwbouw werd opgeleverd.

De volgende knelpunten spelen bij de realisatie van kleinschalig wonen:

- de bouw- en inrichtingskosten van kleinschalig wonen zijn hoger; de afschrijvingskosten zijn – naast de personele kosten – een hoge post op de begroting;
- het bouwteam heeft vaak te weinig kennis over de zorgvisie; dit leidt er bijvoorbeeld tot dat bij de bouw onvoldoende rekening wordt gehouden met het houden van toezicht door één medewerker of een klein team;
- er zijn bouwtechnische vereisten die het creëren van een huiselijke sfeer in de weg staan;
- er is in groepsverblijven vaak te weinig bergruimte;
- er is in de groepsverblijven te weinig ruimte om tegemoet te komen aan specifieke wensen van bewoners wat betreft leefstijl.

EXPLOITATIE EN ORGANISATIE

Veel managers geven aan dat de exploitatie van kleinschalige voorzieningen nauwelijks kostendekkend is. De verpleegdagtarieven voor kleinschalig wonen zijn gelijk aan die van de grootschalige voorzieningen. *“Bij groepen van 6 bewoners kun je pas echt spreken over kleinschalig wonen. Tien bewoners is al niet kostendekkend, laat staan 6”,* zo stelt een manager.

De invoering van de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ, waarbij de bekostiging wordt geïndividualiseerd, betekent in de ogen van deze managers een verdere verslechtering van de exploitatie van de kleinschalige voorzieningen, omdat ze lagere tarieven voor de bewonersgroep verwachten. Ook de invoering van de Wmo, waarin de huishoudelijke zorg is opgenomen, zou de exploitatie bij scheiden van wonen en zorg lastiger kunnen maken.

Er zijn ook managers die juist melden geen problemen te hebben met de exploitatie. Door geen centrale diensten af te nemen, ont-

staat ruimte voor extra personele inzet. Door functiedifferentiatie kunnen meer helpende of gastvrouwen worden ingezet. Er is subsidie als herintreders worden aangenomen. Subsidies, fondsen en schenkingen worden aangeboord en in sommige voorzieningen is een scala aan familieleden of vrijwilligers mee actief in de zorg en ondersteuning.

Een aantal instellingen kiest er bewust voor kleinschaligheid in een groter verband te realiseren. Zo kunnen economische schaalvoordelen worden behouden, is de personeelsplanning makkelijker te maken en zijn de groepen in geval van een calamiteit minder kwetsbaar.

De kleinschalige zorgvisie stelt dat activiteiten zoals koken, wassen en activiteitenbegeleiding in de groep, in het huishouden gebeuren. Het zijn activiteiten die voor bewoners structuur geven aan de dag. Een aantal instellingen zoekt nog naar de goede verhouding tussen activiteiten op de groepsverblijven doen of uitbesteden aan centrale diensten of externe dienstverleners. Wat is efficiënter? Sommige instellingen kiezen ervoor om alle activiteiten op de groep te verrichten. Het team verricht dan alle voorkomende taken. Welke keuze er ook wordt gemaakt, duidelijk is dat het bieden van kleinschalige zorg, vraagt om een herijking van de gehele organisatie, zeker ook van de facilitaire diensten. *“Het zelfstandig koken is een bedreiging voor de centrale keuken, daar moet je als organisatie iets mee.”*

Een aantal instellingen geeft aan dat medewerkers tijd overhouden. *“Medewerkers hebben ‘dode tijd’ waarin ze andere taken zouden kunnen doen.”* De indruk bestaat dat dit met name speelt in de kleinschalige voorzieningen waar taken zoals koken, wassen centraal georganiseerd worden.

Een aantal managers constateert dat het de teams op de leefgroepen vaak nog ontbreekt aan voldoende kennis ten aanzien van het beheer van het eigen budget. Ook moeten ze meer dan in de grootschalige zorg zelf plannen: *“De verpleeghuisarts komt niet zomaar en de voorraadkast wordt niet automatisch aangevuld.”*

CONCLUSIES

De 30-tal door ons geïnterviewde managers van kleinschalige woonzorgvoorzieningen zijn overwegend positief over de meerwaarde die het kleinschalig wonen voor dementerende ouderen biedt. Zij wijzen op het woonklimaat dat in de kleinschalige voorzieningen

dominant is en op positieve veranderingen in het gedrag en de houding van dementerenden in vergelijking met de grootschalige georganiseerde zorg. In de kleinschaligheid zijn bewoners onder andere rustiger, hebben ze een beter dag- en nachtritme en wordt er meer gelachen. Ook de familie is in de kleinschaliger voorzieningen vaker meer betrokken bij het leven van en de zorg voor hun dementerende familielid. Vanuit hun praktijkervaring wijzen ze erop dat het leven in een groep ook tot botsingen kan leiden. Mensen die structureel overlast geven, worden vaak overgeplaatst naar een verpleeghuis.

Voor medewerkers is de overgang naar kleinschaligheid groot. Deze overgang is groot wat betreft cultuur (in de kleinschaligheid ligt het accent op wonen en welzijn in plaats van op zorg) en het zelfstandig werken c.q. werken in een klein vast team. Veel instellingen springen met hun medewerkers in het diepe, waarbij gaandeweg trainingen en intervisie worden georganiseerd. Niet alle zorgmedewerkers voelen zich thuis in de kleinschalige zorg.

Voor wat betreft de exploitatie van de kleinschalige voorzieningen zijn de managers minder positief. De tarieven zijn niet toereikend en komen door nieuwe bekostigingssystemen verder onder druk te staan, zo verwachten zij. Dit terwijl de kosten voor bijvoorbeeld personeel en inrichting hoger zijn dan bij de grootschalige zorg. Maar er is ook een kleine groep managers die optimistischer is. Bij de invoering van kleinschalig wonen zullen instellingen keuzes moeten maken ten aanzien van schaalgrootte (kleinschaligheid in groter verband), het handhaven of afstoten van centrale diensten en het creatief aanboren van andere bronnen, waaronder domotica, fondsen en de vrijwillige inzet van familie en vrijwilligers.

1. Met medewerking van Nathalie Baas, Francis Meulendijks en Ingrid Dam (Stichting Zet).
2. De cursief en tussen aanhalingstekens geplaatste uitspraken zijn citaten van respondenten.
3. Hans Becker. Levenskunst op leeftijd. Gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld. Delft: uitgeverij Eburon, 2003.

‘Maak van kleinschalig wonen niet een nieuw dogma; geef mensen de keuze’

INTERVIEW MET WILMA DE JONG-VERSPEEK, BESTUURDER BRABANTZORG

“Er komt een nieuwe generatie aan, ik juich dat toe”, zegt Wilma de Jong-Verspeek, lid van de raad van bestuur van BrabantZorg. “Het zijn nu nog vaak de kinderen van de huidige generatie dementerende bewoners, de contactpersonen, die prima duidelijk weten te maken wat ze wensen.” Zij wensen bijvoorbeeld dat hun geliefde nog plezier in het leven heeft, nog gelukkig kan zijn. Dat hij of zij nog een leuke dagbesteding heeft en niet de hele dag onderuitgezakt in een stoel hangt. Ze stellen concrete vragen: of vader of moeder vaker naar buiten kan, of er aandacht is voor muziek. “De vragen van familie hebben bijna altijd betrekking op zingeving, op welzijn en niet op de zorg”, stelt Wilma de Jong. “Dat is de essentiële verschuiving die zich de laatste jaren heeft voorgedaan. Er is een verschuiving opgetreden van verzorging naar kwaliteit van leven, naar welzijn.”

DICTAAT

BrabantZorg wil mensen keuzemogelijkheden bieden. Daarvoor gaat de zorginstelling haar aanbod differentiëren. Bijvoorbeeld door verschillende leefstijlconcepten te introduceren. Als voorbeeld noemt Wilma de Jong de twee verpleeghuizen die de organisatie in Oss en Schaijk heeft. Verpleeghuis Vita Nova ligt middenin de stad, terwijl de andere, Nieuwe Hoeven, erg landelijk is gelegen. “Dat moeten we uitbuiten in positieve zin”, stelt De Jong. “We moeten het onderscheidend karakter van beide voorzieningen sterker

ontwikkelen.” Dat zal de komende tijd worden uitgewerkt, zodat mensen niet alleen kiezen op de beschikbare kamer, maar ook op de omgeving en de leefstijl.

Bovendien moeten we oppassen dat we niet het ene dogma, de verpleeghuiszorg zoals we die de afgelopen decennia kenden, vervangen door een nieuw dogma: het kleinschalig wonen. Wilma de Jong: “Niets is voor iedereen geschikt.” Het kleinschalig wonen is zeer goed voor een grote groep mensen met dementie of somatische aandoeningen, maar niet voor iedereen. De Jong wijst op mensen die niet in een ‘hecht gezin’ willen of kunnen leven, of die door gedragsstoornissen of afwijkend gedrag in zo’n kleine groep niet te handhaven zijn. Maar gezien het dictaat van het Bouwcollege, dat de normen voor zorgcentra stelt, is het kleinschalig wonen de afgelopen tijd tot het nieuwe dogma verheven, zo betoogt de BrabantZorg-bestuurder. De toekomst biedt meer mogelijkheden, omdat de regelgeving verandert en zorginstellingen meer ruimte krijgen voor differentiatie.

PARTNERWONINGEN

Welke andere zorgvormen er naast bijvoorbeeld kleinschalig groeps-wonen kunnen worden ontwikkeld, dat weet Wilma de Jong ook niet precies. Die nieuwe zorgvormen moeten nog uitgedacht en ontwikkeld worden. Sinds kort heeft BrabantZorg bijvoorbeeld een Korsakow-afdeling op de locatie Nieuwe Hoeven in Schaijk. Voor tien mensen is binnen het verpleeghuis een speciaal programma in elkaar gezet. De bewoners kunnen fitnessen en er is een meer structurele en actievere dagbesteding ontwikkeld. Het zijn activiteiten “waar mensen hun energie in kwijt kunnen raken”. Het is ook een relatief jonge groep verpleeghuisbewoners. Op die afdeling is al drie keer gevierd dat een bewoner 50 werd. “Laatst is mijn collega Adrie van Osch, die zeer verdienstelijk zestiger jaren muziek speelt, uitgenodigd. Hij stond voor leeftijdgenoten te spelen. Dat is zeer confronterend.”

Binnenkort start ook de bouw van ‘partnerwoningen’ in Boekel. Er worden 18 driekamerappartementen gebouwd voor echtparen

WIM HOLLEMANS



● Wilma de Jong:

- Niets is voor iedereen geschikt; geef mensen keuzemogelijkheden.
- Kleinschalig wonen is een prima woonvorm voor een grote groep mensen met dementie én somatische aandoeningen.
- Voor thuiswonenden en mensen die niet in de kleinschaligheid passen, worden andere zorg- en ondersteuningsvormen ontwikkeld.

waarvan er een dementie heeft. Per zes appartementen is een gemeenschappelijke ruimte waar overdag ondersteuning aan de dementerende bewoners wordt geboden. Dit is ook ontlastend voor de mantelzorgende partner. Zo kunnen zij gewoon hun eigen huishouden blijven voeren.

De Jong: “Het is triest als mensen 50 jaar getrouwd zijn in de zorg uitelkaar gehaald worden.” Door mensen keuzes te bieden en door goed te luisteren naar wat zij nodig hebben, kun je zoeken naar de beste oplossing. Voor de een ligt de oplossing in kleinschalig wonen of een partnerwoning, voor de ander is misschien iets anders het beste. Wilma de Jong: “Je hoort mij niet zeggen wat het beste is. Laten we niet achter een dogma aanlopen.”

LEREN KOKEN

Het kleinschalig wonen is een prima zorgvorm voor een grote groep mensen met dementie, zo onderstreept Wilma de Jong. Heel veel mensen voelen zich happy bij de rust en de dagelijkse routine die in de kleinschalige groepswooningen heerst; het is het leven van alledag dat er wordt geleefd. Mensen hebben niet de hele dag een activiteitenprogramma nodig; dat heb je thuis ook niet. De Jong: “Je kunt niet de hele dag kaarten en naar de Efteling, daar wordt je gek van.” Zo af en toe naar een activiteit die buiten het huisje wordt gehouden, is natuurlijk wel leuk.

De betrokkenheid van familie en vrienden van bewoners is groot, stelt Wilma de Jong. “Maar daar moet je als organisatie wel aan trekken. Veel mensen zitten nog in het oude paradigma dat ze ‘op bezoek’ komen. Het duurt even voordat naasten zich zo vrij voelen dat ze zelf koffie durven zetten.”

De overgang van de grootschalige naar de kleinschalig zorg, moet voor alle betrokkenen goed worden begeleid. “Het gaat niet vanzelf”. Medewerkers hebben een voorbereiding van anderhalf jaar gehad. Het programma was gericht op het verwerven van een nieuwe visie waarin welzijn voorop staat, en nieuw gedrag. Medewerkers moeten op de groepswooningen alles doen. “Sommige medewerkers moesten zelf nog leren koken”, lacht Wilma de Jong.

Ook de familie moet goed worden geïnformeerd. Voorkomen dient te worden dat zij het gevoel krijgen dat hun geliefde ‘erop achter-

uitgaat'. Het beeld vanuit de grootschalige zorg is dat er een heel activiteitenprogramma wordt aangeboden. "De scoop moet weer worden verlegd naar de gewone, dagelijkse dingen", aldus Wilma de Jong.

Misschien is de overgang voor dementerende bewoners nog het kleinst; zij hebben misschien nog het minst last van oude beelden. Wilma de Jong vertelt dat ze twee dagen na de opening weer in zorgcentrum Katwijk in Oss kwam; daar zijn tien groepswoningen gevestigd. Een dochter van een dementerende bewoonster vertelde aan De Jong dat haar moeder, ondanks de hectiek van de verhuizing, in Katwijk direct heel erg rustig werd. In het oude zorgcentrum was zij dat veel minder.

KOPPELEN

BrabantZorg kiest ervoor om het kleinschalig groepswonen te koppelen aan andere voorzieningen, zoals een zorgcentrum. Dan kunnen de groepswoningen ook gebruik maken van bijvoorbeeld een restaurant of andere diensten die daar aanwezig zijn. De organisatie is ook van plan drie groepswoningen voor 24 dementerenden te bouwen in Bitswijk in Uden. Daar worden de groepswoningen niet gekoppeld aan een zorgcentrum, maar aan een woonservicezone met onder andere een brede school, een grand café en winkelvoorzieningen. Uiteindelijk wil de zorginstelling in iedere gemeente in haar verzorgingsgebied in de regio Oss/Uden/Veghel een kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie, bij voorkeur gekoppeld en desnoods als een 'losse' woonvoorziening in een wijk of dorp.

Zorgcentra hebben een functie voor de omliggende wijk. Zowel de bewoners van het zorgcentrum en de groepswoningen als de buurtbewoners kunnen gebruikmaken van het restaurant in het zorgcentrum. Het zorgcentrum krijgt een ontmoetingsfunctie. Ontmoeting is erg belangrijk voor kwetsbare ouderen. De Jong: "Sociale contacten dragen bij aan een betere gezondheid en meer regie." In het 'Project Ontmoeting' halen ouderenwelzijnsorganisatie RIGOM en BrabantZorg kwetsbare ouderen naar zorgcentra; daar kunnen ze bijvoorbeeld deelnemen aan het verenigingsleven. Die wijkfunctie voor kwetsbare ouderen past in een toekomstgericht ondersteu-

ningsaanbod voor de wijk; met de vergrijzing in aantocht is niet voor iedere oudere plaats in een woonvoorziening.

Wilma de Jong ziet het ook als een uitdaging om de bewoners van zorgcentra en groepswoningen actief te houden in de wijk. De Jong: "Blijf toch lid van de kaartclub of de plaatselijke voetbalclub. Een zorgappartement is 60 vierkante meter, dat is ruim genoeg om de hele kaartploeg te ontvangen."

KRAP

Vanuit de ontmoetingsfunctie hecht BrabantZorg sterk aan de aanwezigheid van een restaurant in haar zorgcentra. Dit maakt de exploitatie van de kleinschalige groepswoningen moeilijker. In de provincie Zeeland is de keuze gemaakt om alle centrale voorzieningen af te bouwen en de middelen over te hevelen naar de groepen. Dan is een bewonersgroep van zes wellicht haalbaar. Brabant Zorg zal met de huidige beschikbare middelen kiezen voor groepen van 7 tot 8 bewoners, stelt Wilma de Jong.

De personele bezetting is krap, ook bij 7 of 8 bewoners. Medewerkers geven vaak aan dat ze weinig tijd hebben, er vaak alleen voor staan. Bij een hogere bezetting zou er meer tijd zijn voor individuele aandacht en activiteiten. "Het budget voor verpleeghuiszorg is nu eenmaal te krap, zowel voor de klein- als grootschalige zorg", betoogt de Jong. Dat is soms wel een teleurstelling voor medewerkers in de kleinschalige woningen, omdat ze nu nog niet 'alles kunnen geven'. De Jong: "Kleinschaligheid neemt onmiskenbaar toe, maar het is niet de oplossing voor de schaarste in de zorg, voor de kloof tussen zorgvraag en aanbod."

De Vleugel

GROEPSWONINGEN MIDDEN IN EEN TILBURGSE WOONWIJK

Door Hilde Stoop (Stichting Zet) m.m.v. Ate Frans de Bruin (voorheen locatiemanager van Zorgcentrum Tilburg Zuid)

INLEIDING

Op 12 september 2006 opende Zorgcentrum Tilburg zuid (ZTz) (tegenwoordig deel uitmakend van De Wever) het eerste kleinschalige woonproject voor psychogeriatrische bewoners in Tilburg: De Vleugel. De vier-groepswoningen liggen midden in de woonwijk Oerle in Tilburg-Zuid.

Op de begane grond van een groot appartementencomplex wonen vanaf dat moment 24 mensen met dementie, in vier huisjes van ieder 6 bewoners. De vier huisjes liggen rondom een patio, en hebben ieder hun eigen huiskamer, keuken en sanitaire voorzieningen. De vier voordeuren komen uit op de overdekte gang die om de hele binnentuin heen loopt. In de binnentuin ligt een orangerie.

In ieder huisje wordt een zo normaal mogelijk 'leven van alledag' geleefd. Dat betekent: slapen in een eigen slaapkamer en wonen in een eigen woonkamer. Het betekent ook: je eigen ritme aangeven en daarin gewone dingen doen. Dus opstaan op de tijd die je zelf wil, niet zoals het in het rooster uitkomt. Net als thuis zal je eerst ruiken dat er gekookt wordt voordat er gegeten kan worden.

Ondanks dat dit gebouw gesloten is (de voordeur van het complex is voor bewoners niet zelfstandig te openen) kan iemand die hier woont bij de burens op de koffie, want de andere huisjes zijn veilig bereikbaar.

Vanaf januari 2008 wordt er ook op iedere groep gekookt. Bewoners kunnen hierin participeren als zij dit willen en kunnen. Ook voor passieve bewoners is de huiselijke omgeving erg prettig: hun zintuigen worden op allerlei manier geprikkeld, waardoor de associatie met thuis aanwezig blijft.

Ondanks dat De Vleugel midden in de wijk gevestigd is, is er helaas nog weinig sprake van integratie in de wijk. Het team is van plan om in de buurt vrijwilligers te gaan werven, zodat de integratie hopelijk meer bevorderd wordt.

WAAROM GROEPSWONEN?

Er zijn drie redenen waarom deze manier van wonen wordt aangeboden.

Ten eerste, *houvast bieden*. Mensen met dementie zijn hun houvast kwijt ze weten niet steeds waar ze zijn wat er van ze verwacht wordt en wie er in de buurt is. Dat geeft een onveilig gevoel en brengt veel onrust. De ervaring in andere kleinschalige projecten is dat door aan te sluiten bij een bekend ritme met bekende activiteiten, bewoners rust vinden. In een traditioneel verpleeghuis wordt een bewoner in het systeem opgenomen. Er wordt, voor zover mogelijk, wel rekening gehouden met individuele wensen en behoeften. Maar wanneer in een huiskamer 30 mensen wonen is het voor personeel en bewoners lastig individuele zaken voldoende tot hun recht te laten komen.

In De Vleugel zijn de groepen zo klein en is het personeel zo opgeleid, dat de individuele verschillen zichtbaar blijven en bewoners hun eigen stempel kunnen drukken: de bekende eigen gewoonten geven houvast, eigen meubels geven herkenbaarheid en een eigen plek, het ritme van het dagelijks leven geeft ook herkenning en het gevoel van vastigheid.

Een tweede reden is dat mogelijkheden die bewoners (nog) hebben, benut en daarmee getraind worden. Hier geldt het adagium 'use it or lose it': als je mogelijkheden niet meer gebruikt, zal je zeker als je op leeftijd bent, snel de mogelijkheden niet meer ter beschikking



FOTO'S: DE VLEUGEL

hebben. Door een beroep te doen op deze vaardigheden worden fysieke mogelijkheden zo veel mogelijk benut. Als je nog kan stofzuigen, doe dat dan maar. Meegaan boodschappen doen of de was vouwen, graag. Als je nog kan aardappels schillen, vooral doen. Alles beter dan de hele dag zitten wachten tot het eten komt. Waar in een traditionele verpleeghuissetting de activiteitenbegeleider en de fysiotherapeut voor de sociale- en bewegingsactiviteiten zorgen, wordt in dit huis zo veel mogelijk in gewone dagelijkse activiteiten gedaan.

Dit wil overigens niet zeggen dat fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psychologie en verpleeghuisgeneeskunde niet nodig zijn. Mensen die hier komen wonen, komen hier niet voor niets, als ze het thuis konden bolwerken, zouden ze dat uiteraard doen. Dus deskundig meekijken door genoemde disciplines en waarnodig adviseren en ondersteuning bieden, blijft nodig. Het primaire proces is echter het wonen en de inzet van deze deskundigen zal ingepast worden in en te dienste staan van dit wonen.

Het derde reden voor een kleinschalig project als dit is dat het voor *mantelzorgers* (partner, familie en vrienden) toegankelijker is dan een traditioneel verpleeghuis. Je betreedt geen inrichting als je op bezoek komt, maar je komt op visite in een huis waar gewoond wordt. Vaak zijn mantelzorgers, voordat mensen hier komen wonen, jarenlang gewend veel langs te komen en veel hulp te bieden. Door de

kleinschaligheid is het mogelijk dit door te laten gaan, maar dan met het grote voordeel dat de dementerende veilig woont en dat de basiszorg verzekerd is. De belasting voor de mantelzorg wordt daardoor dragelijker en de belangrijke sociale contacten met de mantelzorgers kunnen in stand blijven.

GESCHIEDENIS

In Tilburg was tot september 2006 nog geen kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie. Ruim vijf jaar daarvoor nam ZTz in samenwerking met woonstichting TIWOS (aanvankelijk onder begeleiding van de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/BOZ) de uitdaging aan om iets dergelijks ook in Tilburg van de grond te krijgen. Aanvankelijk is getracht een pastorie om te bouwen tot kleinschalige huisvesting. Dit stuitte echter op allerlei praktische bezwaren van met name bouwkundige aard: het gebouw was te klein en te traditioneel van opzet om een voorziening te realiseren die voldeed aan de bouwmaatstaven en moderne eisen van een zorggebouw.

Bij toeval bleek toen dat er in een groot nieuwbouwproject van woonstichting TIWOS ruimte over was waarin een dergelijke voorziening wel zou passen. De buurt was levendig, er lag een bakkerij naast en er was ruimte voor een binnentuin. Toen de gemeente Tilburg ook bereid bleek de grondprijs aan te passen, was aan alle

goed voorbeeld



voorwaarden voldaan om een geslaagd project van de grond te krijgen. De periode die toen volgde was een intensieve en zeer leerzame. Het op elkaar aansluiten van bouw- en zorgtaal, en bouw- en zorgtempo bleek een hele uitdaging.

Naast het gebouw diende uiteraard ook het personeel voorbereid te worden voor een geheel andere (dan de traditionele) manier van werken: er wordt niet in team van een aantal medewerkers per afdeling gewerkt, maar per huiskamer werkt een woonbegeleider, die het gehele huishouden in die groep van 6 bewoners richting geeft en 'managed'. Er wordt als het ware per huisje van 6 een eigen huishouding gevoerd. Het takenpakket van de medewerkers is hierdoor veel breder dan men gewend was. Bovendien werken verzorgenden alleen op een huisje, dat vraagt meer zelfstandigheid en eigen initiatief dan gebruikelijk in een verpleeghuissetting. Ook dat zal wennen zijn.

Om mensen hierop voor te bereiden is een scholingstraject opgezet, dat voordat de nieuwbouw betrokken werd gestart is en nog een tijdje doorloopt in de nieuwe situatie. Desondanks blijft het ook nu nog voor medewerkers en leiding een lange leerweg, met pieken en dalen, om het kleinschalig zorgconcept goed te verwezenlijken.

KERNGEGEVENS

De Vleugel is een kleinschalige psychogeriatrische woonvorm voor 24 psychogeriatrische bewoners onder beheer van zorgcentrum Koningsvoorde in Tilburg-Zuid. Koningsvoorde omvat behalve De Vleugel ook een verzorgingshuis, een complex met levensloopbestendige appartementen (Steve Bikohof) en een verpleegafdeling. Ook biedt het zorgcentrum thuiszorg en diensten aan de bewoners van de aanleunwoningen en uit de wijk. Koningsvoorde maakt deel uit van De Wever, een concern in Tilburg voor wonen, zorg en welzijn voor met name ouderen. De Wever heeft De Vleugel ontwikkeld in samenwerking met woningstichting TIWOS, die eigenaar is van het vastgoed.

‘Ik denk dat ik hier maar blijf’

INTERVIEW MET MARJAN BRESSERS, MANTELZORGER

In 2003 begon het Marjan Bressers, onderwijzeres uit Son en Breugel, op te vallen dat haar moeder veranderde, dat ze sociaal minder sterk werd. In de jaren erna volgen er incidenten die dat onderstreepden, zoals het zoeken naar haar echtgenoot die dan al meer dan 10 jaar is overleden. In 2006 wordt de diagnose gesteld: Alzheimer. Haar moeder is dan pas 68 jaar en ze woont nog zelfstandig. Ik korte tijd wordt dan duidelijk dat het zelfstandig wonen niet langer verantwoord is.

Het verpleeghuis vindt de familie een weinig aantrekkelijk perspectief. Moeder is een keer eerder tijdelijk ter observatie in een verpleeghuis opgenomen geweest. Marjan Bressers: “Met 17 mensen in de huiskamer en geen eigen sanitair, dat vonden we niks.” In september 2007 krijgt haar moeder een plaats toegewezen in het Pieter Eiffhof aan de Fakkellaan in Eindhoven, een nieuwe kleinschalige woonzorgvoorziening van de Vitalis Woonzorggroep. Onder het mom “even proberen” stapte Marjan Bressers’ moeder de groepswoning binnen.

REDDEREN

Een reden voor de familie om voor De Fakkellaan te kiezen, is dat moeder daar beschikt over een eigen, mooie slaapkamer met badkamer. Haar moeder is “een trotse en zeer verzorgde vrouw”, zegt haar dochter, “ze is trots op haar eigen kamer en hecht aan haar privacy”.

Een tweede reden is dat er in zo’n kleinschalige voorziening veel zelf wordt gedaan; dat er een gezamenlijk huishouden wordt gevoerd.

Voor haar moeder, die nog redelijk zelfstandig functioneert, biedt dat volop gelegenheid om mee te helpen. “Moeder reddert altijd veel”, aldus Marjan Bressers. Op De Fakkellaan kan ze nog ‘mee-redderen’. Ze helpt bijvoorbeeld met het tafeldekken en de vaat. “Ze heeft het idee dat ze er vrijwilliger is.”

Haar moeder was in het begin opstandig, al past ze zich in de groep keurig aan. “Ik doe het voor jullie”, zei ze tegen haar kinderen. Na een half jaar hebben moeder en de kinderen gezamenlijk afscheid genomen van het oude huis. Dat was emotioneel. Inmiddels gaat het beter. “Ze heeft nu zelf ook beter in de gaten dat het voor haarzelf zo beter is”, vertelt Marjan Bressers. Afgelopen zomer zei haar moeder: “Ik denk dat ik hier maar blijf.”

WOONPROJECT PIETER EIFFHOF

Het Pieter Eiffhof aan de Fakkellaan is een kleinschalig woonproject in de wijk Woensel in Eindhoven. Het bestaat uit drie patiowoningen voor 18 mensen met dementie en een vierde patiowoning voor 6 mensen met somatische aandoeningen. Iedere bewoner heeft een eigen zit/slaapkamer met een eigen sanitair. In iedere woning is er een gezamenlijke woonruimte met keuken waar zes bewoners samen met de begeleiders een huishouden voeren. In de centrale ontmoetingsruimte kunnen bewoners aan activiteiten deelnemen. Ook kunnen bewoners met begeleiding gebruik maken van het naastgelegen Pieter Eiffhuis, waar onder meer een kapper en een winkeltje zijn gevestigd. Ook is er bij ‘De Fakkellaan’, zoals het woonproject ook vaak wordt genoemd, een binnentuin. De Fakkellaan, open sinds 2007, maakt deel uit van zorgcentrum Brunswijk van de Vitalis Woonzorggroep.

WIM HOLLEMANS



46

Marjan Bressers:

- De eigen kamer met badkamer, de kleine groep en het gezamenlijk voeren van een huishouden, gaven de doorslag om voor een kleinschalige woonvorm te kiezen.
- De begeleiders luisteren en kijken goed; de betrokkenheid is groot.
- Kleinschalige woonvoorzieningen moeten een kans krijgen om zich te ontwikkelen.

KOOR

Voor de kinderen en de kleinkinderen was het erg wennen dat hun moeder en oma in een woonvoorziening woont. In vergelijking met vroeger zijn de bezoeken aan haar veranderd. Ze nodigt haar bezoek vaak uit om mee naar haar kamer te gaan, vanwege haar behoefte aan privacy, maar de familie zit toch vaak in de gezamenlijke huiskamer.

“Je kunt altijd bellen of binnenvallen”, zegt Marjan Bressers. Ook het contact met andere bewoners en families ervaart zij als prettig. De families hebben oog en aandacht voor alle bewoners. “Mijn moeder mocht bijvoorbeeld met een andere familie mee naar een Koninginnedagconcert en ik neem op mijn beurt vaak twee mannen mee naar de rokersruimte.”

De bewoners kunnen bij De Fakkellaan aan allerlei activiteiten deelnemen. Haar moeder neemt deel aan hersengym en de muziekactiviteiten. De familie neemt haar ook wekelijks mee naar de koorrepetities; een koor waar ze al 40 jaar lid van is. Marjan Bressers: “Dat vindt ze prettig.”

In haar groepswoning functioneert haar moeder het meest zelfstandig. Zij mist in haar leefgroep een gelijkwaardige medebewoner; de meesten zijn veel meer zorgbehoevend. Om die reden gaat ze op de koffie in de andere huisjes. “Dat houdt haar in evenwicht”, stelt haar dochter.

BETROKKENHEID

“Eén medewerker op de groep is weinig”, betoogt mevrouw Marjan Bressers. In de spitsuren is er wel een extra medewerker. Ook worden er stagiaires ingezet. Bij het eten wordt er vaak door familieleden geholpen. Het contact tussen de begeleiding en de families is prima. Ieder half jaar is er een familiebijeenkomst. Bressers: “Je leert elkaar steeds beter kennen.” De begeleiders en de families gaan samen een nieuwsbrief maken, met daarin onder andere de activiteiten en uitjes en de vakantieroosters van het personeel.

Natuurlijk had de familie het liefst gezien dat ma nog thuis had kunnen wonen. “Niet dat De Fakkellaan slecht is, integendeel”, zegt Marjan Bressers, “maar het voelt alsof we gekozen hebben voor het beste van het slechte”. De begeleiding is er goed en de betrok-

47

kenheid is groot. “Ze kijken goed naar moeder en ze luisteren goed naar de familie”, zegt Marjan Bressers.

Ondanks dat er altijd dingen beter kunnen, is de familie zeer te spreken over De Fakkellaan. De voorziening bestaat pas een jaar en nieuw personeel moet ook de weg vinden. “Je moet het wel een paar jaar de kans geven om het op te bouwen”, aldus Marjan Bressers. “Ik ben kritisch, maar positief.” Voor veel mensen met dementie en voor veel families is het kleinschalig wonen een goede manier van wonen, zegt Marjan Bressers. Ook voor haar moeder en haar familie. Marjan Bressers: “Het is beter zo.”

‘Je moet het zien als een gezin’

KLEINSCHALIG WONEN DOOR DE OGEN VAN FAMILIELEDEN EN MEDEWERKERS

Door Judith Visser, Moniek Jaspers, Charlotte van der Woert, Ria Wijnen en Alexander van den Dungen¹

WENSELIJKE ONTWIKKELING?

Is kleinschalig wonen voor mensen met een dementie een wenselijke ontwikkeling in de provincie Noord-Brabant? Verdient kleinschalig wonen voor deze doelgroep het om te worden gestimuleerd? Welke voor- en nadelen kleven aan zo’n kleinschalige woonvorm? Welke ervaringen hebben bewoners en familieleden met het kleinschalig wonen? Welke ervaringen hebben medewerkers die in deze woonzorgvoorzieningen werken?

Deze vragen hielden de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg (PRVMZ) en de provincie Noord-Brabant al geruime tijd bezig. De provincie vroeg om een betere onderbouwing van het kleinschalig wonen. In hoofdstuk 2 zijn al de resultaten beschreven van een onderzoek van Stichting Zet/PRVMZ naar de aard en omvang van het kleinschalig wonen, dat in opdracht van de provincie is uitgevoerd.

Door de PRVMZ is aan studenten van Avans gevraagd om een kwalitatief onderzoek te verrichten onder familieleden van dementerende bewoners van kleinschalige woonvoorzieningen en onder medewerkers die hier werken.² De centrale vraag in dit onderzoek is of kleinschalig wonen in de ogen van familieleden en medewerkers in vergelijking met grootschalige verpleeghuiszorg tot een verbetering of een verslechtering van de kwaliteit van leven van dementerende bewoners leidt. Dit onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van lector Gerontologie mw. dr. Ria Wijnen-Sponselee. In dit hoofdstuk

worden de bevindingen beschreven. Ten eerste komen de voor- en nadelen voor de bewoners aan bod zoals familieleden en medewerkers die dagelijks waarnemen. Ten tweede komen de effecten voor familieleden en medewerkers zelf kort aan de orde.

FOCUSGROEPEN

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode januari-juni 2008. Als methode voor dit kwalitatieve onderzoek is gekozen voor interviews met behulp van semigestructureerde interviews. De interviews werden gehouden in focusgroepen. Dat zijn groepen die met het oog op de onderzoeksvraag zijn samengesteld en waarbij de deelnemers hun ervaringen inbrengen; de discussie wordt geleid door de onderzoekers. Er zijn afzonderlijke focusgroepen gehouden voor familieleden en medewerkers in de regio's West-, Noordoost- en Zuidoost-Brabant.

Van de 15 instellingen met kleinschalige woonvormen die aanvankelijk hun medewerking hadden toegezegd, hebben uiteindelijk 7 instellingen daadwerkelijk hun medewerking verleend. Praktische problemen – zoals interne verhuizingen en personele capaciteit – stonden de deelname in de weg. Wat betreft de deelname van familieleden, is de indirecte uitnodiging via de zorginstellingen een lastig begaanbare weg gebleken. In totaal zijn er vijf focusgroepen gehouden, waarbij gesproken is met 6 familieleden en 10 medewerkers.

VOOR- EN NADELEN VOOR DE BEWONERS

Is kleinschalig wonen beter voor dementerenden dan de grootschalige zorg in verpleeghuizen? Uit de gesprekken met familieleden en medewerkers ontstaat een beeld dat het kleinschalig wonen inderdaad te prefereren is boven de grootschalige zorg. Dit wordt bijvoorbeeld verwoordt in citaten van respondenten zoals:

“Vroeger zei ze nog wel eens: ‘voor mij hoeft het niet meer’.

Maar dat hoor je nu niet meer.”

“Ze is veel rustiger nu.”

Tegelijkertijd zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij het kleinschalig wonen. Onderstaand worden voor een aantal thema's de voor- en nadelen benoemd.

Wonen

De kleinschaligheid van de woning wordt als prettig ervaren door veel familieleden, zowel voor de bewoners als voor de familieleden.

“Ik vond dat ze daar [in het verpleeghuis – red.] een beetje verloren rondlopen als je het vergelijkt met hier.”

Familieleden benoemen als pluspunten van het kleinschalig wonen onder andere de eigen kamer voor bewoners en het samen vormen van een soort gezin. Familieleden en medewerkers geven aan dat de sfeer op de woning vaak goed is; dat er vaak goed onderling contact is tussen bewoners. Over de inrichting van de diverse groepswoningen waar hun familieleden wonen, zijn de meningen onder de familieleden verdeeld. Sommigen vinden de woningen gezellig en huiselijk, maar anderen vinden het juist weer niet huiselijk, eerder onpersoonlijk. Bij een aantal kleinschalige voorzieningen wordt een tuin of andere buitenruimte gemist waar bewoners zelfstandig naar toe kunnen, zo geven medewerkers en familieleden aan.

Gedragsveranderingen

Familieleden maar vooral medewerkers nemen veel positieve gedragsveranderingen waar. Bewoners van de kleinschalige voorzieningen zijn in vergelijking met de grootschalige zorg rustiger, alert en ze eten beter. Familieleden schrijven het rustiger zijn van hun dementerende familielid, toe aan de vertrouwdheid van een kleine, vaste groep medebewoners en begeleiders.

“Mijn moeder heeft nu contact met alle 7 medebewoners, contact tussen aanhalingstekens, maar ze herkent ze en ze zit er elke dag mee en dat was daarvoor helemaal niet het geval. Voorheen had ze een voorkeur voor een of twee dames en dat was het dan.”

Negatieve gedragingen komen ook voor, maar in mindere mate dan in een verpleeghuis, bijvoorbeeld minder zwerfgedrag, minder roepen/schreeuwen en minder ruzie. Soms is gedrag verbonden aan het dementeringsproces en zal dat gedrag ook binnen de kleinschalige zorg aanwezig blijven, zoals gedragsstoornissen en paniekeracties.

“Wij hadden altijd een vrouw, die lag altijd op bed, omdat ze ‘gevaarlijk’ was, maar ook geen fut en geen zin had. Ze komt in het kleinschalige en ze loopt en ze kletst en zet zit aan tafel. Ze is heel fit en aanwezig. Ik bedoel maar, dat is toch iets! Dat is toch super.”

De positieve gedragsveranderingen blijken ook uit het medisch beleid. Er wordt over het algemeen in de kleinschalige woonvormen minder rustmedicatie gegeven en er vindt minder fixatie plaats dan in de verpleeghuiszorg, zo melden medewerkers. Ook het gebruik van incontinentiemateriaal is verminderd.

Zelfbepaling

Uit de antwoorden van familieleden en medewerkers blijkt dat mensen in de kleinschalige voorzieningen meer zelf kunnen bepalen dan in de grootschalige zorg; mensen hebben meer autonomie. Dementerende bewoners bepalen bijvoorbeeld zelf wanneer ze opstaan (al begrenzen een paar voorzieningen de tijd waarop maximaal kan worden opgestaan) en naar bed gaan, wanneer ze naar de WC willen, of ze huishoudelijke taken doen of niet, of ze aan activiteiten meedoen, of ze op hun eigen kamer verblijven of niet.

Bewoners van kleinschalige zorg hebben meer keuzemogelijkheden, mits de bewoners die keuzes door medewerkers worden geboden, zo nuanceren familieleden.

“Ik weet dat mijn moeder altijd graag naar buiten gaat, maar als ik ze niet mee naar buiten neem, komt ze soms niet buiten.”

Gezamenlijk huishouden

In de kleinschalige voorzieningen wordt als het ware en gezamenlijk huishouden gevoerd door medewerkers en bewoners.

In bijna alle kleinschalige woningen wordt zelfstandig gekookt. Medewerkers ervaren het als prettig en leuk, het is alsof je voor een gezin kookt. Ook merken de medewerkers en de familieleden dat de bewoners het prettig vinden, dat ze de etenslucht lekker vinden en dat ze het soms leuk vinden om te helpen. Het eten wordt in de kleinschalige zorg intenser beleefd. De mensen ruiken de etenslucht en eten vervolgens ook beter. Het samen eten zorgt ook voor een betere band tussen de bewoners.

“Ze kunnen lekker zelf opscheppen, de een neemt meer dan de ander, heerlijk!”

Ook andere huishoudelijke taken worden door de medewerkers gedaan, zoals tafel dekken, afwassen, kleding wassen, schoonmaken, strijken en de boodschappen doen. Ook familieleden helpen regelmatig bij deze taken.

*“Je doet eigenlijk alles, je moet het zien als een gezin.
We zijn er allemaal verantwoordelijk voor.”*

De bewoners kunnen bij al deze taken helpen. Soms kan dit om veiligheidsredenen niet:

“(…) want daar trekt iemand zo die hete pan van het fornuis af.”

Medewerkers geven aan dat deze huishoudelijke taken erbij horen; ze hebben er geen hekel aan. Deze taken zijn soms wel lastig te combineren met de geringe personele bezetting op de groep.

*“Je moet natuurlijk wel met tweeën op de afdeling zijn. Dat is vaak 's morgens.
Dan gaat een van de twee met een bewoner naar de winkel.”*

Activiteiten

De activiteiten die in de kleinschalige voorzieningen plaatsvinden verschillen, onder andere omdat medewerkers verschillend omgaan met activiteiten en omdat er mogelijk ook gebruik kan worden gemaakt van activiteiten buiten de groepswoning: binnen de centrale organisatie of in de wijk of het dorp.

Er zijn medewerkers die kleine activiteiten op de groep organiseren, anderen zijn creatief in het zoeken naar activiteiten in de omgeving en andere medewerkers vinden de huishoudelijke en alledaagse bezigheden voldoende activiteit voor de bewoner.

*“Bewoners helpen mee door bijvoorbeeld broccoli te snijden,
boontjes te doppen, aardappelen te schillen ... dat soort dingen.”*

“Anderen zeggen: ‘ik heb mijn leven lang al gekookt, ik heb mijn leven lang al gepoetst en dat doe ik niet meer’. Nou, dan is dat ook goed.”

“En er zijn ook mensen die echt geëmotioneerd raken door de aandacht die je ze geeft. Bijvoorbeeld door muziek met ze te luisteren, dat ze daar met tranen in hun ogen naar luisteren en dat echt beleven. En de ander gaat lekker staan dansen op de muziek! Dat vind ik geweldig, dan denk ik van zo moet het gewoon!”

Een aantal kleinschalige voorzieningen maakt (ook) gebruik van het activiteiten aanbod van de centrale organisatie. Deze activiteiten worden georganiseerd door activiteitenbegeleiders en vinden plaats in een centrale hal of in een activiteitenruimte.

Onder familieleden zijn er uiteenlopende opvattingen over de aangeboden activiteiten. Sommigen vinden voldoende persoonlijke aandacht al voldoende als activiteit, terwijl anderen een activiteiten-

aanbod verwachten. Deze laatste groep vindt deelnemen aan de dagelijkse, huiselijke bezigheden geen activiteit. De familieleden zouden graag meer aandacht voor hobby's zien.

“Het zou ideaal zijn als de activiteiten aansluiten op hoe de bewoner vroeger geleefd heeft.”

Tot aan de dood

De ervaring van de medewerkers en de familieleden is dat het zelden voorkomt dat een bewoner wordt overgeplaatst naar een verpleeghuis. De bewoners blijven tot aan hun dood en kunnen eventueel een paar dagen in de eigen kamer worden opgebaard. De familieleden vinden het allemaal ideaal dat hun familielid tot aan het overlijden kleinschalig kan blijven wonen.

De doelgroep kan per woning erg verschillen. Een groep had vier rolstoelers, een andere groep had vrijwel alleen dementerende bewoners met een redelijke mate van zelfstandigheid.

Medewerkers merken op dat de zorgzwaarte van de bewoners stijgt. De personele bezetting is daar nog niet op berekend. Ook scholingen over met name dementie in combinatie met psychiatrische problematiek is gewenst.

VOOR- EN NADELEN VOOR DE FAMILIE

Participatie

De familieleden waarderen de kleinschalige zorg positief als het gaat om de bereikbaarheid van de verzorgenden, het snel geïnformeerd worden door de verzorgenden en de kleine omvang van de teams. Negatief vinden zij het dat de verpleeghuisarts minder goed bereikbaar is; in de grootschalige zorg is de arts beter bereikbaar.

“Omdat het nu een klein huis is, (...) krijg je veel makkelijker iets gedaan. Het is rechtstreeks, de lijnen zijn korter in vergelijking met het grootschalige verpleeghuis.”

De familieleden oordelen gunstig over de vakbekwaamheid van het personeel. Ze zien dat het zwaar werk is.

Familieleden helpen regelmatig mee op de woning van hun familielid. Familieleden geven aan dat er door de kleinschaligheid meer participatie van vrijwilligers en familie mogelijk is. Ook hebben fa-

milies in vergelijking met het verpleeghuis meer onderling contact.

“Er was daar een mevrouw en die zorgde ervoor dat er elke week verse bloemen op tafel stonden. (...) En dan kwam er weer eens iemand die friet kwam bakken en zo. (...) En dat zijn van die kleine dingen, dat geeft gewoon zo'n huiselijk gevoel hè?”

Op bezoek

Veel familieleden vinden de huiskamer gezellig en blijven daar tijdens het bezoek, ook al kunnen ze met de dementerende bewoner naar diens kamer, gaan wandelen of naar een centrale voorzieningen, zoals een restaurant/brasserie. Familieleden vinden het fijn dat er de mogelijkheid is om op de eigen kamer te gaan zitten.

Als nadeel noemen de familieleden dat ze moeten aanbellen, terwijl ze in het verpleeghuis door middel van het intikken van een code snel de gesloten afdeling in of uit konden.

VOOR- EN NADELEN VOOR DE MEDEWERKERS

Aangegeven wordt dat de manier van werken in een kleinschalige woonvorm drastisch anders is dan in een grootschalige woonvorm.

Werkwijze en werkhouding

De kleinschalige zorg lijkt meer op het voeren van een gezin dan op de verpleeghuiszorg.

“Je doet eigenlijk alles, je moet het zien als een gezin. We zijn er allemaal verantwoordelijk voor. Het is niet het belangrijkste, het bed hoeft niet om negen uur aan kant zijn, dat kan ook gewoon om half 12 of om 3 uur.”

Werken op een kleinschalige woonvorm vergt, volgens de medewerkers, meer discipline, creativiteit, flexibiliteit en communicatie. De zorg is meer gericht op het wonen en het welbevinden van mensen. In de kleinschalige zorg wordt vaak belevingsgericht gewerkt. Niet alle medewerkers blijken geschikt voor kleinschalige zorg.

“Je kunt natuurlijk wel de belevingsgerichte zorg leren, maar het moet ook wel in je zitten.”

Medewerkers zeggen in de kleinschalige zorg meer voldoening uit hun werk te halen. Medewerkers geven aan dichter bij bewoners te

staan. Ze geven aan dat ze plezier in hun werk hebben op een kleinschalige woonvoorziening. Een medewerker zegt:

“Ik zie dit ook nog steeds als een uitje en echt niet meer zo als mijn werk.”

Door de kleine groep bewoners kunnen verzorgenden makkelijker inspelen op de persoonlijke behoeften van een bewoner. Verzorgenden kunnen beter persoonlijk contact maken, luisteren naar de verhalen van de bewoners en van de familieleden. Er wordt in de kleinschaligheid meer individueel gericht gewerkt.

Werkdruk

Medewerkers geven aan dat de werkdruk in een verpleeghuis anders was dan nu het geval is. Het werken in een kleinschalige vorm is een stuk leuker en rustiger geworden, maar geestelijk veel zwaarder. Het is lichamelijk minder zwaar, omdat bijvoorbeeld niet alle mensen 's ochtends op dezelfde tijden hoeven te worden geholpen. Wat verzorgenden in de kleinschaligheid zwaarder valt is dat ze voortdurend tussen de bewoners zitten, ook tijdens de pauzes. Je kunt je niet even terugtrekken.

Medewerkers staan vaak alleen of met zijn tweeën, waardoor ze minder op collega's terug kunnen vallen. Veel groepen starten met twee medewerkers, waarbij er in de loop van de dag maar één medewerker overblijft. Dit geeft soms problemen met het overzicht houden en met veiligheid.

“Op een gegeven moment kom je toch in situaties dat je dus bewoners alleen moet laten terwijl er toch een kokende pan op het fornuis staat.”

Het kleine aantal medewerkers per groep is een probleem bij ziekte van een bewoner (waarbij veel tijd in de lichamelijke zorg van die bewoner wordt gestoken) of bij ziekte van een collega (waardoor een medewerker er meteen alleen voorstaat).

Per instelling verschilt het of er huishoudelijke ondersteuning voor de woongroep beschikbaar is.

“Ik ben best huishoudelijk aangelegd, maar ik ben liever met mijn bewoners bezig, dan met de kamer te poetsen. Ja dat mis ik echt, een huishoudelijke hulp in de organisatie.”

Privacy

In de kleinschaligheid is veelal geen aparte ruimte voor de medewerkers. De overdracht tussen medewerkers of iets bespreken met een familielid vindt dus plaats in de woonvoorziening zelf. Dit is in verband met privacy geen gewenste situatie, aldus een aantal medewerkers.

“... er zitten weleens bezoekers met zulke oren...”

TOEKOMSTVERWACHTINGEN

Het kleinschalig wonen wordt door familieleden positief gewaardeerd. Nog liever dan kleinschalige zorg wensen zij een persoonlijk verzorger in de thuissituatie; dat zou volgens een aantal familieleden het ideaal zijn. Of een nog persoonlijker benadering binnen het kleinschalig wonen: een één-op-één of één-op-twee-verzorging. Ze realiseren zich wel dat de haalbaarheid daarvan klein is.

Elk familielid geeft aan te hopen dat kleinschalig wonen in de toekomst voor meer mensen beschikbaar wordt en dat de woningen écht kleinschalig blijven. Kleinschalig is in de ogen van de familieleden minder dan 8 bewoners op één woning. Familieleden hebben hierbij lage verwachtingen van de overheid. Deze zou 'eigenlijk maar niks afweten van kleinschalig wonen'.

“De overheid zou eigenlijk gewoon eens mee moeten draaien, het is allemaal een ver van hun bed show tot dat ze er zelf mee te maken krijgen, dan gaan ze er helemaal anders tegenover staan.”

De medewerkers hopen dat het kleinschalig wonen voor veel meer dementerende mensen beschikbaar komt, maar hebben sterke twijfels of de overheid en de instellingen daarvoor financiële middelen beschikbaar stellen. Het gevaar dat medewerkers signaleren is dat instellingen nu kleinschalige zorg introduceren en dat dat op termijn door financiële problemen en personele tekorten niet te handhaven is.

“Ik denk dat als men bereid is meer geld uit te geven aan kleinschalig wonen, dan komt het goed en ik zal dat ook zeker toejuichen. Het is gewoon beter voor bewoners, medewerkers en ook voor familie. Alleen moet de overheid accepteren dat het niet tegen dezelfde prijs als verpleeghuiszorg kan.”

“Nu gaan al die grootschalige verpleeghuizen kleinschalige woonprojecten opstarten, ze starten vrij ruim en dan gaat het allemaal geweldig. En je ziet na verloop van tijd allemaal dat ze afbouwen. Afbouwen in personeel, afbouwen in budget. Want dan komen ze erachter dat het kleinschalig wonen duurder is. En dan?”

Onder familieleden en medewerkers is behoefte aan verder onderzoek naar de effectiviteit van het kleinschalig wonen. Echter, familie en medewerkers geven aan dat dit bij voorkeur binnen de eigen kleinschalige woonvoorziening moet gebeuren, omdat de woningen sterk van elkaar verschillen.

CONCLUSIES

Familie en medewerkers zijn overwegend positief over het kleinschalig wonen. Ze zien veel voordelen voor bewoners, zoals de vertrouwde van het kleinschalige, meer zelfbepaling voor bewoners, het huiselijke en gezellige. Familieleden en medewerkers nemen positieve gedragsveranderingen waar bij bewoners; de bewoners zijn bijvoorbeeld rustiger en alerter. Negatief gedrag, dat voor een deel ook gerelateerd is aan het dementeringsproces, komt minder voor of in afgezwakte vorm. In het kleinschalig wonen wordt minder rustmedicatie voorgeschreven en er wordt minder fixatie toegepast, zo oordelen de medewerkers.

Nadelen zijn er ook. De familieleden vinden de inrichting niet overal huiselijk en gezellig. Een tuin wordt soms gemist. De slechtere bereikbaarheid van de arts is ook een nadeel. Het personeel ziet met name de personele bezetting als knelpunt; deze bezetting is erg kwetsbaar. Je staat er snel alleen voor met mogelijke gevolgen voor werkdruk en veiligheid.

Familieleden en medewerkers zouden graag het kleinschalig wonen voor meer dementerende mensen beschikbaar willen krijgen, of – aldus de familie – meer ondersteuning in de thuissituatie voordat iemand naar een woonvoorziening moet verhuizen. De toekomstverwachtingen zijn bij beide groepen niet hooggespannen, omdat ze nog niet zien dat de overheid en de instellingen veel extra financiële middelen voor het kleinschalig wonen gaan uittrekken. Ook de verwachte personele tekorten zouden een belemmering kunnen zijn voor het uitbreiden van het kleinschalig wonen.

1. Judith Visser, Moniek Jaspers en Charlotte van der Woert waren laatstejaars student aan de Academie Sociale Studies van Avans Hogeschool, Ria Wijnen was tot juni 2008 lector Gerontologie aan dezelfde hogeschool. Alexander van den Dungen werkt voor PRVMZ en was opdrachtgever voor dit onderzoek.
2. Het volledige onderzoek, getiteld 'Kleinschalig wonen: Living Apart Together. Een onderzoek naar de ervaringen van familie en medewerkers met kleinschalig wonen' is te downloaden op de websites van PRVMZ (www.prvmz.nl) en het lectoraat Gerontologie (www.avans.nl).

‘Kleinschalige zorg is ook een verantwoordelijkheid van de families’

INTERVIEW MET DE HEER P. KESSEL, MANTELZORGER EN LID CLIËNTENRAAD HEERMA STATE

“Ouderen verliezen veel. We moeten ze blijven aanspreken op hun restcapaciteit, zodat ze zelfvertrouwen houden. De kleinschalige zorg komt daaraan tegemoet”, zegt de heer Kessel, lid van de cliëntenraad van Heerma State. De heer Kessels’ moeder, 103 jaar oud, woont in een van de woongroepen op Heerma State. Tot op hoge leeftijd heeft zij zelfstandig gewoond, in een eigen woning en later in een aanleunwoning. Door haar ziekte dementie en de motorische achteruitgang was een verhuizing naar een verblijfsvoorziening onontkoombaar. De familie wilde voor hun moeder een woonvoorziening die mensen aanspreekt op wat ze nog wel kunnen en die mensen niet bedisselt. De familie wilde ook een woning waar mensen het nog gezellig kunnen hebben en een sociaal leven kunnen leiden. In een kleinschalige voorziening, zoals Heerma State, zijn de condities daarvoor aanwezig.

WEDERZIJDSE VERWACHTING

“Ik kom in de kleinschaligheid families tegen die verwachten dat de gezondheidszorg hun problemen oplost, hun verantwoordelijkheid overneemt”, formuleert de heer Kessel. Een andere groep, zo stelt hij, komt met andere verwachtingen binnen. Dat is een groep die zichzelf extra wil inzetten voor de dagelijkse gang van zaken op de woongroepen.

In de klassieke ouderenzorg lieten families hun bejaarde ouders als het ware bij de voordeur achter in handen van het verzorgend personeel. In de kleinschalige voorzieningen is een andere houding gewenst. “Bij de intake zouden twee vragen aan de orde moeten komen”, zo stelt het cliëntenraadslid. “Wat mag de familie verwachten én wat mag van de familie worden verwacht?” In de kleinschaligheid is extra inzet nodig;

FOTO HEERMA STATE/STICHTING GROENHUYSEN



De heer P. Kessel:

- Houd de restcapaciteit en eigenwaarde van mensen in stand.
- Stimuleer het samen werken en samen leren van verzorgenden en families.
- Start een discussie over de rol en inzet van families in kleinschalige woonvormen.

dat is ook een verantwoordelijkheid van de families.

De ene familie is altijd aanspreekbaar, andere families nemen alleen maar. De heer Kessel: “Ik zou families dringend vragen om corvee te doen.” Vanuit de provincie zou een campagne gestart kunnen worden om maatschappelijke discussie te krijgen over de rol van de mantelzorg in het kleinschalig wonen, zo betoogt hij.

WOONVOORZIENING HEERMA STATE

Heerma State biedt onderdak aan 152 dementerende bewoners. In de 19 kleinschalige wooneenheden wonen groepen van 8 bewoners. Heerma State is vormgegeven als een overdekte wijk met woonerven; aan ieder woonef liggen vier wooneenheden. In de binnenstraten die de woonerven met elkaar verbinden tref je onder meer een winkel, een schoonheidssalon, de bibliotheek, een werkplaats, het stiltecentrum, een ontmoetingsruimte en een rookruimte. Ook is er een brasserie. De bewoners kunnen zelfstandig naar de lavendeltuin, de moestuin en het terras. De dementerende bewoners kunnen ook deelnemen aan de hobbyverenigingen die binnen Heerma State georganiseerd zijn, zoals tuinieren, bloemschikken, houtbewerking of computerles. De bewoners kijken uit op de levendige binnenspeelplaats van het kinderdagverblijf dat in Heerma State is gevestigd. De woonvoorziening maakt onderdeel uit van Stichting Groenhuysen, een regionale organisatie voor wonen, zorg en welzijn in de regio Roosendaal.

Hij vervolgt: “Er moet een nieuw samenspel komen tussen families, bewoners en verzorgenden. Dat samenspel moeten we samen leren.” Daar hoort bijvoorbeeld bij dat familieleden zich mee verantwoordelijk gaan voelen over de dagelijkse gang van zaken en dat familieleden en verzorgenden daar open over communiceren.

Hij geeft een voorbeeld. Tot voor kort zat een mannelijke bewoner urenlang sport op TV te kijken, terwijl de moeder van de heer Kessel graag eens naar klassieke muziek wilde luisteren. De heer Kessel heeft samen met deze heer en andere bewoners daar afspraken over gemaakt. Nu wordt er ook iedere dag muziek gedraaid, van klassiek tot Frans Bauer en liedjes van vroeger, zoals: ‘met jou wil ik es,

naar de 14 billekes', een liedje over een oude dansgelegenheid in België. Je komt met zo'n initiatief op het domein van de verzorgenden, maar "je moet het als personeel en families samen doen", zegt het cliëntenraadslid. "Medewerkers moeten soms dit soort initiatieven ook aan familieleden durven overlaten."

SOCIAAL LEVEN

De heer Kessel: "Ik ontmoette een oud-architect die nu op Heerma State woont. Ik zei: 'U ook hier?' en zo ontspan zich een gesprekje." Door dementerende bewoners op een respectvolle manier aan te spreken, voelen zij zich gezien en gewaardeerd. "Dat vinden ze heel aangenaam", onderstreept hij.

"De bewoners komen eigenlijk te weinig goeien [niet-dementerende bezoekers – red.] tegen die een gesprekje met ze aanknopen." Als ze een rijker sociaal leven hebben, valt het voor de meeste bewoners makkelijker om in een woonvoorziening te leven. "Gelukkig hebben veel familieleden en vrijwilligers aandacht voor alle bewoners."

Het positief en respectvol bejegenen van mensen stimuleert dementerende bewoners enorm. Een van de bewoners die hij bijvoorbeeld regelmatig spreekt is de heer B. Op een dag ontspan zich een gesprek over het eten. "Boontjes", antwoordde de heer B. op de vraag van de heer Kessel over wat hij toch voor lekkers rook. Waarna de dementerende heer over motorrijden begon, een onderwerp dat ze weken ervoor besproken hadden. De heer Kessel: "Hoe kan dat nou?"

Maar vaker nog zie je het in de lichaamstaal van mensen, in het glinsteren van hun ogen. Het positief en respectvol bejegenen versterkt de eigenwaarde van mensen. Onlangs, na zo'n klein gesprekje met een bewoner, zei deze tegen de verzorgende: 'Geef meneer ook maar een kopje koffie.' De heer Kessel: "Dat doet mij goed."

SFEER

"Sommige huiskamers hebben veel sfeer, met leuke dingen aan de muur of een mooie lamp. Anderen zijn clean, functioneel. Het moet vooral huiselijk zijn, aldus het cliëntenraadslid. Hij waardeert het ook zeer dat de medewerkers in burgerkleden werken. Wel heeft hij moeten wennen aan de informele omgangsvormen van de verzorgenden met de bewoners, maar "daar komen families en verzorgenden ook wel samen uit".

In Heerma State beschikken de bewoners over mooie kamers met een eigen toilet en douche. Mensen kunnen dit naar eigen smaak inrichten. "Doordat de kamers bijvoorbeeld eigen gordijnen hebben, krijgen de kamers een eigen sfeer." De heer Kessel mist in het nieuwe gebouw bergruimte voor rollators en tilliften. Die staan nu allemaal in het zicht, wat enorm afbreuk doet aan de huiselijke sfeer. Bij de bouw is daar onvoldoende rekening mee gehouden. Andere instellingen die gaan bouwen, zouden lering kunnen trekken uit de ervaringen van de huidige kleinschalige voorzieningen.

De heer Kessel is over het algemeen positief gestemd over het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. "Ik wil niet terug naar de klassieke ouderenzorg. Ik zou het ideaal vinden – als het moet – om naar Heerma State te verhuizen."

De heer P. Kessel is op persoonlijke titel geïnterviewd.



Bijlage

PUBLICATIES PROGRAMMARAAD ZORGVERNIEUWING PSYCHOGERIATRIE

1. Stoop, Hilde, Behoeftenkaart dementie en Kaart Voorbeelden van Wmo-antwoorden, Tilburg, mei 2008, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Zet, samen € 5,--
2. Programma Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Advies: Aanpakken van de dementieproblematiek 2008 – 2011, Tilburg april 2008, Zet € 5,--
3. Stoop, Hilde, Dementie en 24-uurszorg en -toezicht in Brabant, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Zet, Tilburg, februari 2008, Zet, € 10,--
4. Stoop, Hilde, Samen oplossen, want dementie is onze zorg! Eindrapportage Oplossen van ervaren knelpunten in het PG-zorgtraject in subregio Waalwijk, Tilburg, december 2007, Zet, € 15,--
5. Programma Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Zet, Behoeften, zorg en ontmoeting Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, najaar 2007, Zet
6. Programma Zorgvernieuwing Psychogeriatric/Zet, Kansen en voorbeelden Zorgvernieuwing Psychogeriatric, Tilburg, voorjaar 2007, Zet
7. Schoot, Anja van der, Sociale kaart respijtzorg Dementie, subregio Waalwijk, Tilburg, december 2006, BOZ, € 5,--
8. Baas, Nathalie, ...En vergeet de tuin niet!, Tilburg, maart 2006, BOZ, € 8,50
9. Stoop, Hilde, Evaluatie Dementieconsulent Tilburg, Tilburg, mei 2005, BOZ, € 10,--
10. Baas, Nathalie, Mantelzorgondersteuning in diverse culturen, Tilburg, januari 2005, BOZ, € 8,50
11. Baas, Nathalie, Bonenkamp, A., Wat is anno 2003 bekend over dementie in vijf niet-Nederlandse culturen?, Tilburg, april 2004, BOZ, € 8,50
12. Stoop, Hilde, Optimaliseren van het psychogeriatricische aanbod in de subregio Stadsgewest Breda Tilburg, januari 2004, BOZ, € 7,--
13. Karmelk, M., Een zo normaal mogelijk leven, Tilburg, januari 2004, BOZ, € 6,--
14. Stoop, Hilde, Dementieconsulent Tilburg, Tilburg, juli 2002, BOZ, € 6,--

Andere publicaties over dementie zijn op te vragen bij Stichting Zet.

Alle genoemde bedragen zijn exclusief portokosten. De producten zijn te bestellen bij: Stichting Zet, Afdeling Documentatie, telefoon (013) 5441440, e-mail info@zet-brabant.nl, www.zet-brabant.nl.



p/a Stichting Zet
Postbus 271
5000 AG Tilburg
Telefoon (013) 544 14 40
Fax (013) 544 06 05
info@zet-brabant.nl
www.zet-brabant.nl

De Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric zet zich sinds 1994 in voor het behoud of het vergroten van de kwaliteit van leven van zowel de dementerende als de mantelzorger en de kwaliteit van (informele) zorg. In de Programmaraad is een diversiteit aan Brabantse expertise en krachten gebundeld. De Programmaraad wordt ondersteund door Stichting Zet. Stichting Zet is het Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling Brabant. Zet adviseert en ondersteunt op de terreinen wonen, welzijn en zorg, waarbij (kwetsbare) burgers centraal staan.



PROVINCIALE RAAD
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID
EN MAATSCHAPPELIJKE ZORG
IN NOORD-BRABANT

Rijnstraat 4
5215 EK 's-Hertogenbosch

Telefoon (073) 612 07 66
Fax (073) 689 03 80

info@prvmz.nl
www.prvmz.nl

De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg in Noord-Brabant (PRVMZ) wil een vitale bijdrage leveren aan een goede inrichting van de gezondheidszorg en maatschappelijke zorg in de provincie Noord-Brabant.

PRVMZ adviseert en signaleert op hoofdlijnen van zorgbeleid aan provincie en veld.