

Is het

Huize "klein, maar fijn. . ."



Op de
drie werken
niet naar!!

Kanttekeningen bij kleinschalig wonen

traditionele verpleeghuis passé?

Kleinschalig wonen is in, het traditionele verpleeghuis lijkt uit de tijd. De voordelen van kleinschaligheid worden tegenwoordig alom beklemtoond, het pleit lijkt beslist. Maar is dit wel het hele verhaal? Wat zijn de kwetsbare kanten van deze woonvorm? Is kleinschalig wonen geschikt voor de totale verpleeghuispopulatie? Of zijn er ook groepen die in een grootschaliger setting beter af zijn? Ronald Geelen belicht de andere kant van de medaille.

door Ronald Geelen

Het Nederlandse verpleeghuis bestaat grofweg een halve eeuw. Aanvankelijk stond de opvangfunctie voor ziekenhuispatiënten centraal die nog niet naar huis toe konden (vaak de somatische patiënten) of daartoe juist niet meer in staat waren (voornamelijk de psychogeriatrische patiënten). De toenmalige werkwijze van het ziekenhuis werd min of meer overgenomen in het verpleeghuis (*medisch model*). Omdat met name de psychogeriatrische patiënten veel zorg nodig bleken te hebben, werd de hamvraag in de psychogeriatrische huizen al snel hoe die zorg zo goed mogelijk kon worden georganiseerd. In sommige huizen voerde men een differentiatie naar 'zorgzwaarte' in om efficiënter werken mogelijk te maken. Er kwamen begeleidings-, verzorgings- en verpleegafdelingen, naar gelang de benodigde hulp (*verpleegkundig/taakgericht model*).

Het 'traditionele' verpleeghuis is niet een onveranderlijke moloch zoals sommige aanhangers van het kleinschaligheidsdenken doen voorkomen

Hierop kwam een reactie. Mensen mochten niet gereduceerd worden tot zorgbehoeften en lichamelijke afhankelijkheid, het moest gaan om een totaalperspectief op de oudere, lichamelijk, psychisch en sociaal. Daarbij dienden de verschillende disciplines in het verpleeghuis gezamenlijk naar de cliënt te kij-

ken en in overleg een zorgplan op te stellen (*multidisciplinair model*). In het laatste decennium raakte een *vraaggericht model* in zwang. De wensen en de behoeften van de oudere dienden het vertrekpunt te zijn van de zorg, de behandeling en de woonomgeving. Op elk vlak moest de oudere (of diens vertegenwoordiger) zoveel mogelijk zijn zegje kunnen doen.

Evolutie of revolutie?

De ontwikkeling die het verpleeghuis heeft doorgemaakt is er niet per se een van slecht naar goed, er is veeleer sprake van een proces van verschuivende accenten die samenhangen met de maatschappelijke wensen en de eisen van de tijd. Het ene model borduurt voort op de verworvenheden van het vorige: multidisciplinaire zorg werd bijvoorbeeld pas mogelijk nadat de fysieke zorg behoorlijk geregeld was. Raakt het huidige verpleeghuis in de problemen, dan zie je een regressie naar een vroeger stadium van functioneren. Bij krappe personele bezetting komt men minder tegemoet aan individuele wensen en voorkeuren, verschraaft het multidisciplinaire overleg en komt efficiency op de afdeling steeds meer op de voorgrond te staan. Uiteindelijk raken individuele behoeften van bewoners zo uit het zicht en verandert de achterliggende kijk op het werk. Hoe dit ook zij, duidelijk is in ieder geval wel dat het 'traditionele' verpleeghuis niet een onveranderlijke moloch is zoals sommige aanhangers van het kleinschaligheidsdenken het doen voorkomen; het heeft in relatief korte tijd juist uiteenlopende gedaanten aangenomen. >

Feitelijk mag niets aan het traditionele verpleeghuis herinneren. Na de antipsychiatrie kennen we nu de 'antipsychogeriatric'

Is kleinschaligheid een volgende vernieuwing, een vijfde fase in de verpleeghuiszorg? Fervente voorstanders zien kleinschalig wonen niet als een ontwikkeling van het traditionele verpleeghuis maar als een tegenhanger daarvan. Het ideaaltype is een kleine bewonersgroep van zes personen, één begeleider, woningen die niet te dicht in de buurt van het 'moederverpleeghuis' zijn gelegen, bijstand van andere disciplines alleen op afroep en zoveel mogelijk hulp uit de wijk. Feitelijk mag niets aan het traditionele verpleeghuis herinneren. Na de antipsychiatrie kennen we nu de 'antipsychogeriatric'. Als leidraad geldt: 'Hoe zou je het thuis doen?' Het dagelijks leven en het huishouden dienen centraal te staan, er is geen plaats voor bezigheidstherapie of activiteitenbegeleiding. Liever burger tot in de dood dan verpleeghuisbewoner.

Maatje te groot

Maar is kleinschalig wonen voor iedereen geschikt of zijn er ook groepen bewoners die in een traditioneler verpleeghuis beter af zijn? In de zorg voor psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke handicap bestaan kleinschalige woonvormen al langer en is meer ervaring opgedaan met de voor- en nadelen. Navraag bij werkers in kleinschalige projecten in deze sector geeft een vingerwijzing in welke gevallen de problematiek wellicht een maatje te groot is voor kleinschalig wonen.

We kunnen hierbij bijvoorbeeld denken aan ouderen met sterk versturende problemen als roep- en gilgedrag, agressie of achterdocht, aan bewoners met een zeer slechte fysieke gesteldheid die veel en intensieve medische bijstand nodig hebben of aan mensen met een vergevorderd of atypisch dementieel beeld (Lewy-body, frontaalkwab) die zijn aangewezen op frequente multidisciplinaire zorg. Daarnaast kan kleinschalig wonen minder geschikt zijn voor ouderen die veel ruimte nodig hebben (loopdrang, geagiteerd gedrag) en voor mensen die veel uiteenlopende sociale prikkels behoeven; een grootschaliger setting biedt voor hen meer mogelijkheden. Ook zijn er mensen die zich beter op hun plaats voelen in de relatieve anonimiteit van een grotere groep dan in de surrogaat-gezinssituatie van kleinschalige woonvormen. Ten slotte kan men te maken krijgen met grote verschillen in leefstijl, in karakter en gedrag die zwaarder wegen in een kleinschalige

setting dan in een verpleeghuis waar dergelijke verschillen door de grootte van de groep als het ware worden 'verdund'.

Ook voor het traditionele verpleeghuis kunnen bepaalde bewoners een zware dobber zijn en in principe kunnen de hierboven genoemde cliënten óók binnen een kleinschalige voorziening worden opgevangen. Maar dan zal wel extra gekeken moeten worden naar de randvoorwaarden in groepsamenstelling, personele kwaliteiten, zorg, behandeling en leefomgeving. Sommige kleinschalige voorzieningen hanteren trouwens al een selectie bij de voorkeur. En sommige plaatsen bewoners over naar een traditioneel verpleeghuis als de opvang te moeilijk wordt.

Kwetsbare kanten

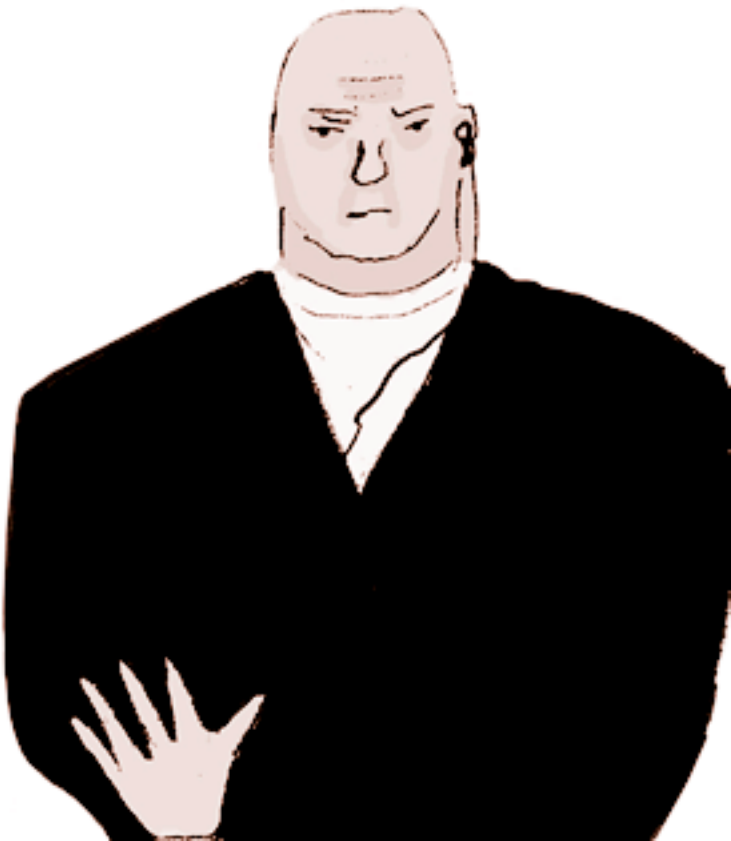
Het archetype van het kleine huisje, verder weggelegen van het moederhuis, bestaande uit een groep van zes tot acht bewoners met één begeleider, roept sympathie op wegens zijn menselijke schaal en heeft zonder twijfel sterke kanten. Maar we mogen niet vergeten dat kleinschaligheid in bepaalde opzichten kwetsbaarder is dan het traditionele verpleeghuis. Het is belangrijk deze punten te erkennen en er rekening mee te houden. Uiteindelijk is elke zorgvorm meer gebaat bij helderheid dan bij ontkennen of bagatelliseren van moeilijkheden.

• Personele kwaliteit en bezetting.

Hoe kleiner de schaal en het team, des te minder speelruimte bij uitval en ziekte. Kleinschalig werken binnen een zelfsturend team vraagt meer inzet (óók op lange termijn als het nieuwtje eraf is en de aandacht van de moederinstelling afneemt) en meer kwaliteit (opleidingsniveau). Door de vergrijzing komen er verhoudingsgewijs minder jongeren in de zorg, die zich bovendien calculerender opstellen: wat moet ik voor dit werk doen en wat levert het op? Bij een in hun ogen scheve balans gaan ze sneller in een andere sector werken.

Een kleinschalig team werkt op langere termijn óf heel goed samen óf het gaat van kwaad tot erger. In dat laatste geval zijn de problemen nog moeilijker op te lossen dan bij een team binnen een grotere instelling: van buitenaf beïnvloeden is lastiger, omdat het moederhuis op grotere afstand functioneert. Alleen voor uiteenlopende klussen staan en grotere verantwoordelijkheid dragen kunnen motiverend werken, maar een dergelijke situatie kan evengoed – afhankelijk van de persoon en de omstandigheden – bedrukken en tot stress leiden. Ook aan aspecten als de grotere werkdruk en het minder makkelijk ervaren met collega's kunnen delen gaat het management soms te makkelijk voorbij. De voordelen van kleinschaligheid worden soms geïl-

Eerstelijns hulp vanuit de wijk heeft vaak niet de deskundigheid en ervaring op psychogeriatric gebied die in een verpleeghuis voorhanden is



Josefien Versteeg

lustreerd met een verwijzing naar de midweekse bewonersvakanties uit het verpleeghuis. Bewoners blijken dan ineens méér te kunnen en zich beter te gedragen dan in het verpleeghuis. Die parallel klopt echter niet helemaal: tijdens zo'n vakantie is de verhouding personeel/bewoners uitgesproken positief, het personeel laat het huishouden voor wat het is en zet in het contact met de bewoners het beste beentje voor. Na de vakantie blijken bewoners én personeel vaak helemaal op: je kunt niet blijven pieken. Hoe zou het gaan als de vakantie geen vier dagen maar vier maanden zou duren? Bij een normale bezetting.

- **Ondersteuning**

Kleinschalige voorzieningen krijgen vaak minder ondersteuning van de verschillende disciplines. Activiteiten die een specifieke deskundigheid behoeven (zoals primaire activering, muziekagogie of psychomotorische therapie) worden binnen een kleinschalige setting niet aangevraagd of zijn niet efficiënt aan te bieden. Dit kan een bewuste keuze zijn, samenhangend met een eigen (niet-medische, huiselijke) attitude, maar het heeft ook te maken met de grotere afstand en de moeilijkere toegankelijkheid. Nu wordt dit punt vaak als deugd gepresenteerd: zo kan het moederhuis het kleinschalige woonklimaat minder 'verzieken'. Maar het is te kort door de bocht dat elk nadeel alleen maar voordelen heeft.

Zo lijkt het 'normaler' dat in plaats van een verpleeghuisarts de huisarts ingeroepen wordt bij ziekte, maar die huisarts zit daar meestal niet op te wachten en ervaart de complexe en andersgeaarde hulpvragen als lastig. Voor de dementerende zelf blijkt het niet uit te maken welke arts hij krijgt, mits die maar snel komt, vriendelijk en bekwaam is. Hetzelfde geldt voor andere disciplines in de wijk. Een eerstelijns psychologenpraktijk mist doorgaans deskundigheid en ervaring op psychogeriatrisch gebied. Inzet van de thuis-

zorg blijkt door dementerenden niet als normaler of huiselijker te worden ervaren dan hulp van een verzorgende uit het verpleeghuis. Het is de persoon en diens opstelling die de doorslag geeft.

Door het huiselijke karakter zouden familieleden in een kleinschalige woonvoorziening meer geneigd zijn om mantelzorg te bieden. Ik weet niet of dit in zijn algemeenheid opgaat, maar de andere kant van de medaille is dat familieleden in de kleinschalige voorziening minder kans hebben gelijkgestemden te treffen, minder contacten kunnen leggen en minder afleiding hebben dan in een traditioneel verpleeghuis.

Een ander punt is de mate van ondersteuning wanneer een familielid het teamlid overvraagt, terroriseert of met juridische stappen dreigt of wanneer zich problemen van buitenaf voordoen (bijvoorbeeld overlast van probleemjongeren). Misstanden zoals ouderenmishandeling komen helaas ook in professionele zorgomgevingen voor en ook binnen groot-schalige voorzieningen kan het lang duren voor die boven-tafel komen. In een kleinschalige voorziening ligt dit nog wat lastiger: er is minder sociale controle als je in je eentje werkt.

Hoe zinvol is het dat de bewoner een eigen voor-deurbel heeft en zelf opendoet als een personeelslid aanbelt?

- **Zin en onzin van normalisatie**

Wat is normaal? Is normaal goed en nastrevenswaardig? Wie bepaalt wat (en wie) normaal is? Bij veel kleinschalige projecten wordt uitgegaan van een zogenoemde gezinssituatie, waarbij in onderling contact huishoudelijke activiteiten worden uitgevoerd. Maar wat doe je met mensen die altijd in grote anonieme groepen geleefd hebben (nonnen, militairen), mensen die zich in zo'n surrogaatgezin opgesloten voelen of een aversie hebben tegen huishoudelijk werk? Wat gebeurt er met mensen die dat nauwe contact minder op prijs stellen en zich daarom terugtrekken? Gezamenlijk koken en huiselijke activiteiten met bewoners hebben zin als er de tijd voor kan worden genomen, als de bewoners er ook iets aan beleven (en er een bijdrage aan kunnen leveren). Ook hier kan de kleine schaal zich wreken. Door ziekte en andere tijdelijke factoren kan de groep ouderen die een helpende hand toesteeft snel slinken. De begeleider raakt in tijdnood en gaat al die 'gezamenlijke' activiteiten gestresst en taakgericht afwerken. Gevolg: er blijft juist minder aandacht en tijd dan gewoonlijk over voor direct contact.

Welke initiatieven die zijn gericht op normalisatie, zijn ook op langere termijn houdbaar? Hoe zinvol is het dat de bewoner zelf open doet als een personeelslid aanbelt? Vaak gaat het zo dat een bewoner pas na herhaaldelijk bellen eens komt kijken, de bezoeker niet herkent (ook al verzorgt >

Verandert het grotere verpleeghuis mee met de tijd, dan zal er ook in de toekomst behoefte blijven aan dergelijke instellingen

die hem al jaren) en weer gaat zitten, waarna het personeelslid de deur maar zelf openmaakt. Wat levert die deurbel hier op voor wie? Of die eigen brievenbus, als je buurvrouw die leegt en de helft van je post kwijt maakt? Zo vindt men ook dat het belangrijk is dat elke woning een eigen cv-ketel heeft, dat elke bewoner (of diens familie) zelf de huur betaalt, enzovoort. Voor de modale pg-bewoner lijken dit soort dingen echter weinig bij te dragen aan het welbevinden, maar er staat wel veel bureaucratische rompslomp tegenover. De eigen kamer lijkt een godsgeschenk en is dat veelal ook, maar uit de psychiatrie was al bekend dat een dergelijke constructie tot gevolg heeft dat sommige cliënten zich volledig op hun kamer isoleren en vereenzamen.

• Veiligheid en kosten

In grootschalige organisaties vinden meer dan vroeger risico-inventarisaties plaats, met controle, preventief onderhoud en instructie. Hoewel men hierin wel eens wat doorschiet, blijft veiligheid in kleinschalige voorzieningen een – nog steeds onderschat – punt van zorg. Hoe kleinschaliger en hoe huiselijker immers, hoe groter waarschijnlijk de verscheidenheid aan inrichting en spullen en hoe groter daardoor de kans op ongelukken met onjuist werkende of onjuist gebruikte apparaten, valpartijen, inname van schoonmaakmiddelen, enzovoort.

Er wordt dan ook wel beweerd dat de kleinschalige voorziening in plaats van meer vrijheid juist meer controle van bovenaf nodig zou hebben. En niet alleen met het oog op de veiligheid, ook voor wat betreft de kwaliteit van de zorg. Het lijkt erop dat de 'robotisering van de zorg' waarop grote verpleeghuizen – terecht – bekritiseerd worden, zich na verloop van tijd evengoed kan voordoen in kleinschalige projecten. Ook hier kunnen pauzes uitlopen en zullen personeelsleden zich op een of andere manier 'beschermen' tegen bewoners die onafgebroken een appèl op hen doen. Alleen is er hier minder kans dat dergelijke 'ontsporingen' in de zorg worden geconstateerd.

Regelmatig schermen voorstanders van kleinschalig wonen met de stelling dat dit goedkoper is dan traditionele verpleeghuiszorg – of tenminste 'even duur'. Maar de kosten zijn in de praktijk, bij een kwalitatief vergelijkbare uitvoering, zonder meer hoger. Om aan dezelfde kostprijs te komen, wordt de kaasschaaf gehanteerd. Bijvoorbeeld in de

bouw: veel kleinschalige voorzieningen zijn letterlijk klein – en dat is echt geen voordeel. Daarnaast wordt er beknopt op de (intensiteit van) multidisciplinaire zorg of andere ondersteuning. Voor een goede uitvoering van kleinschaligheid, zou juist méér budget uitgetrokken moeten worden, alleen is het beleidsmatig niet slim om daar rond voor uit te komen. Evenmin is het handig aan te geven dat de doelgroep qua begeleiding en behandeling, minder 'bewerkelijk' moet zijn. Maar dit betekent niet dat het daarom anders is.

Voortgaande verandering

De manier waarop kleinschalig wonen als ideaal wordt gepresenteerd, zegt ook iets over een dieper wortelende onvrede over het grotere verpleeghuis. Illustratief in dit verband is de vaak gehoorde opvatting dat het voor de kleinschalige voorziening beter is als deze ver van het moederhuis ligt: hoe verder weg, hoe minder risico voor 'besmetting' met verkeerde visies en werkwijzen. Het grootschalige verpleeghuis is echter niet per definitie de inflexibele moloch zoals soms wordt aangenomen. Ook binnen de muren van het grotere verpleeghuis zijn projecten gaande die actief inspelen op de tijdgeest: huiselijke aankleding, meer privacy, aandacht voor architectuur, afstemmen op de ervaringswereld van bewoners.

Maar ook al is de kritiek voor een deel niet terecht, ze kan maar beter als een signaal van onvrede en als prikkel tot verbetering worden opgevat. Onderdelen van kleinschalig wonen die werken, kunnen ook in het grotere verpleeghuis worden geïntroduceerd. Bijvoorbeeld meer vraaggericht werken met kleinere groepen bewoners, middelen introduceren om bewoners direct invloed te geven op hun leefomgeving en de zorg. Ook de manier waarop personeel aankijkt tegen het eigen werk en de omgang met bewoners, is binnen het grote verpleeghuis te veranderen. Inderdaad reageert het personeel van menige zorginstelling vooral op afhankelijk gedrag van de bewoners en komt men minder toe aan het versterken van gewenst en onafhankelijk gedrag. Onderzoek wijst echter uit dat deze interactiepatronen met voorlichting en training van personeel heel goed zijn om te buigen. Hetzelfde geldt voor de vaste toiletrondes, het dagritme en de grote groepen binnen het traditionele verpleeghuis: dergelijke zaken zijn te veranderen en kunnen met gerichte inspanning ook veranderen. Verder zouden grotere zorginstellingen zich nadrukkelijker moeten profileren met aantrekkelijke voorzieningen: een aangepast zwembad, een luxe restaurant, een mooi park, culturele activiteiten, enzovoort. Verandert het grotere verpleeghuis mee met de tijd, dan zal er ook in de toekomst behoefte blijven aan dergelijke instellingen. Er zal meer keuze komen: grotere verpleeghuizen, direct daaraan verbonden kleinschalige projecten en verder weg gelegen kleinere gemeenschappen. Misschien moet er maar een heldere bijsluiting komen voor elke zorgvoorziening, groot of klein.

Ronald Geelen is psycholoog bij zorgcentrum Oranjestraat te Breda.