

Variatie is troef in kleinschalige woonprojecten voor dementerenden. Er is wel een ideaalbeeld, maar allerm minst een blauwdruk. Veel projecten zijn totstandgekomen door improvisatie, door 'te roeien met de riemen die je hebt'. Dat is tegelijkertijd een van de voornaamste kenmerken en een van de sterkste kanten van het kleinschalig wonen. Toch is niet elk project even goed. Mary Fahrenfort brengt de verscheidenheid in kaart en wijst op voor- en nadelen van bepaalde varianten.

MARY FAHRENFORT

Variatie kenmerkend voor kleinschalig wonen

Roeien met de riemen die je hebt

Wat kleinschaligheid precies is – we weten het niet. Het artikel van Henk Nouws elders in dit nummer laat zien dat het begrip veelvormig is, het leent zich niet tot nauwkeurig afgebakende definities. Er is zeer veel variatie in de praktijk en vrijwel geen enkel praktijkvoorbeeld voldoet aan alle kenmerken. Die verscheidenheid moet er misschien ook wel zijn, wil men recht doen aan het 'normale' leven. Maar dat betekent niet, dat alles even goed is. Dit artikel geeft een overzicht van de variatie in kleinschalige woonvoorzieningen, inclusief de voor- en nadelen zoals die zich in de praktijk voordoen. De informatie is gebaseerd op een inventarisatie die recentelijk is uitgevoerd voor het 'Netwerk kleinschalige woonvormen'.

Tegen de verdrukking in
De locaties van kleinschalige woon-

voorzieningen kunnen variëren van bestaande woonhuizen tot nieuwbouw, van alleenstaande voorzieningen tot geclusterde huizen (meestal vier of zes), van de dorpsstraat tot het instellingsterrein. In de meeste gevallen zijn praktische mogelijkheden bepalend geweest voor de keuze van de locatie en de vorm waarin het kleinschalige woonproject werd gegoten. Dat had sterk te maken met het feit dat kleinschalige woonvoorzieningen tot voor kort alleen tot stand kwamen doordat er mensen waren die bereid waren er moeite voor te doen – vaak tegen de verdrukking in – omdat ze erin geloofden. Dat berustte op de overtuiging dat deze vorm van zorg kwalitatief beter is – een overtuiging die lange tijd een minderheidsstandpunt vertegenwoordigde. De meeste projecten hebben daarom moeten roeien met de riemen die ze hadden.

Als er toevallig nieuwbouw mogelijk was, konden de voorzieningen op deze manier worden gebouwd, maar wie enthousiast was en geen bouwruimte had, moest iets anders verzinnen: een rijtjeshuis bijvoorbeeld, of een flatje om de hoek. Nu het beleid formeel om is en het College Bouw de kleinschaligheid een warm hart toedraagt, zal er in de toekomst ongetwijfeld meer nieuwbouw komen. Maar ook daarbij zullen praktische overwegingen weer een belangrijke rol spelen. Bijvoorbeeld bij de keuze van een zorginstelling om kleinschalige nieuwbouw op het eigen terrein te laten plaatsvinden, met alle implicaties voor de zorgorganisatie van dien.

Geen algemeen antwoord

Wat is beter, een woonhuis alleen in de wijk of een kleinschalige woonvorm als ruimtelijk onderdeel van een groter huis? Op deze vraag is geen algemeen antwoord mogelijk: te veel is afhankelijk van de specifieke situatie. Er zijn echter bij de verschillende varianten wel een aantal kanttekeningen te maken:

- Een gewoon woonhuis dat niet specifiek gebouwd is voor deze vorm van zorg zal vaak aanpassingen nodig hebben en kan ook dan nog ruimteproblemen hebben waardoor overplaatsing van een bewoner soms onvermijdelijk wordt.

Er is zeer veel variatie in de praktijk en vrijwel geen enkel praktijkvoorbeeld voldoet aan alle kenmerken



Foto's: Hans Oostrum

- Goed aan te passen woonhuizen zijn gemakkelijker te vinden in nieuwbouwwijken. Die hebben echter weer als nadeel dat de omgeving minder vertrouwd is, de integratie in de buurt dikwijls moeilijker verloopt en er soms geen winkels in de nabijheid zijn.
- Integratie in de buurt lukt beter bij gewone woonhuizen, maar dat geldt alleen in dorpen. In steden komt dit ook bij deze variant niet of nauwelijks van de grond.
- Bij alleenstaande woonhuizen (zonder clustering) is de druk op het personeel groter. De zelfstandigheid van personeel wordt echter bevordert wanneer de voorziening niet te dicht in de buurt van het moederhuis is gelegen.
- Clustering van kleinschalige woongroepen (vier of zes samen) geniet de voorkeur vanuit personeelsoverwegingen. De zorg valt dan gemakkelijker te delen. In niet-geclusterde situaties in de wijk is met name de nachtzorg een probleem
- Voor familieleden is het gemakkelijker zich 'thuis' te voelen, zoals de bedoeling is, wanneer het een gewoon woonhuis betreft dat niet in of naast een instelling is gebouwd.
- Kleinschalige woonvormen binnen de muren van een grotere

instelling hebben organisatorische voordelen. Het risico dat er een 'instellingsfeer' ontstaat, is in dit geval echter wel groter.

De optimale vorm voor kleinschalig wonen combineert een aantal karakteristieken die zich in de praktijk niet vaak allemaal zullen voordoen:

Het gaat om ruime – liefst specifiek voor dit doel gebouwde – woningen in een cluster van vier of zes die onderling gemakkelijk toegankelijk zijn. De voorziening bevindt zich in een levendige wijk waar winkels en scholen zijn en die dicht bij het centrum of de dorpskern is gelegen. De moederinstelling ligt op ongeveer een halve kilometer afstand: dichtbij genoeg om snel bereikbaar te zijn, ver genoeg om een onafhankelijke huiselijke sfeer te creëren.

Ideaalbeeld

In de tijd dat de kleinschalige zorg opkwam, was er duidelijk sprake van een 'beweging': mensen die zich schaarden rond een ideaalbeeld dat was gebaseerd op het uitgangspunt 'zoveel mogelijk als thuis'. Dat ideaalbeeld hield onder meer in:

- geen uniformen voor het personeel;
- geen kantooruimte in huis;
- familieleden helpen mee, bijvoor-

- beeld met boodschappen doen;
- bewoners betalen zelf de huur;
- medische zorg vooral door de huisarts;
- duidelijke inbreng van de thuiszorg;
- toegewijd personeel, van wie veel meer verwacht mag worden dan in een gewone zorgsituatie;
- een relatief homogene groep van nog redelijk 'goede' dementeren die optimaal kunnen profiteren van de kleinschalige context;
- geen slot op de deur: mensen kunnen wegwandelen als ze dat willen.

Dit idealisme gaf in de begintijd soms aanleiding tot extreme situaties, in tragische of komische zin. De tragische: ondanks beveiligingsmaatregelen is in een van de kleinschalige woonvormen een keer een bewoner verdrongen in een sloot. De komische: personeel liet mensen weglopen, maar hield van een afstand een oogje in het zeil; zo is het voorgekomen dat een bewoner de tram nam en een verzorgende er (min of meer vermomd om niet opgemerkt te worden) achteraan ging om te kijken of het allemaal wel goed ging.

In de loop van de ontwikkeling van

In de meeste gevallen zijn praktische mogelijkheden bepalend geweest voor de keuze van de locatie en de vorm waarin het kleinschalige woonproject werd gegoten

experiment tot meer aanvaarde vorm van zorg zijn sommige kanten van dit ideaalbeeld uiteraard afgesleten en zijn de projecten van het eerste uur meer opgeschoven naar wat praktisch en 'gewoon' is. Daarnaast zijn er in de loop van de tijd op verschillende plaatsen nieuwe kleinschalige projecten opgezet die geleerd hebben van de ervaringen elders, maar uiteraard ook hun eigen elan hadden en hun eigen sfeer schiepen. Ook wat betreft de hierboven genoemde aspecten van het ideaalbeeld treffen we thans een grote variatie aan.

Van uniform tot thuiszorg

Geen uniformen voor het personeel is in vrijwel alle kleinschalige woonvormen altijd de gebruikelijke variant geweest en gebleven (ook in grotere instellingen heeft het dragen van een uniform overigens in rap tempo aan gebruikelijkheid ingeboet). Er zijn situaties geweest waarin familieleden klaagden dat het ontbreken van een uniform de herkenbaarheid van het personeel verminderde, maar dit is nooit aanleiding geweest om het uniform weer uit de kast te halen.

Wat betreft de kantoorruimte 'in huis' zijn er zoveel varianten als er projecten zijn. Ik weet nog goed hoe boos de projectleiding werd toen er in een experiment opeens een bordje op een deur verscheen met 'kantoor' – dat moest er onmiddellijk af. Bij projecten in woonwijken kan het lastig zijn om een oplossing te vinden. Toch een aparte kamer, maar dan in een afgelegen hoek van het huis of op zolder? Of het kantoor-

werk gewoon in de keuken doen of aan tafel in de zitkamer? Een duidelijk nadeel van aparte kantoorruimte is dat het personeel soms de neiging heeft zich daar terug te trekken om ongestoord administratieve klussen te kunnen doen en zich daarmee onttrekt aan het gemeenschapsleven in huis.

Over de rol van de familie werd in het begin vaak idealistisch gedacht – en dat bleek dan tegen te vallen. Dikwijls omdat men zich onvoldoende had ingeleefd in de situatie van de familie. Bijvoorbeeld in het feit dat familieleden vaak blij zijn eindelijk even wat rust te hebben als hun naaste na jarenlange verzorging eindelijk wordt opgenomen. Over het algemeen is de betrokkenheid van familieleden bij de zorg in kleinschalige woonvormen wel degelijk groter (soms veel groter) dan in een grootschalige instelling. In overeenstemming met het algemene landelijke beeld is de betrokkenheid in dorpen duidelijk groter dan in steden, maar vertoont deze ook daar een afnemende tendens. Vrijwel nergens is de zorgorganisatie afhankelijk van de inbreng van familie of vrijwilligers – met uitzondering van de 'leuke dingen': uitjes en dergelijke.

De huur wordt in sommige projecten inderdaad rechtstreeks door de bewoners betaald. Voor projecten in (of op het terrein van) grotere instellingen geldt dit niet. Er zijn ook tussenvarianten, waarin een instelling huurt van de woningbouwvereniging en de bewoners de huur aan de instelling betalen. Over het algemeen blijkt dit punt voor het gevoel

van bewoners, verwanten en personeel nauwelijks van invloed. Het verdient dus aanbeveling in de praktijk gewoon te doen wat het makkelijkst is voor alle partijen. In de ideale vorm van kleinschalige zorg is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg, met de verpleeghuisarts op de achterhand voor specifieke adviezen. Dit model is inmiddels om verschillende redenen vrijwel overal verlaten, met uitzondering van kleinere dorpen waar het project te ver af ligt van het moederhuis om de medische achterwacht goed te kunnen regelen. In grotere steden betekende zorg door de huisarts vaak dat er voor elke bewoner een andere huisarts kwam. Het behoeft geen betoog dat dit niet praktisch is – noch voor het project, noch voor de huisarts. In de praktijk blijken mensen vaak ook minder te hechten aan het behoud van de eigen huisarts dan bijvoorbeeld de huisartsen zelf aannemen. In verreweg de meeste situaties is inmiddels de verpleeghuisarts eindverantwoordelijk voor de medische zorg.

In sommige projecten werd of wordt gebruikgemaakt van de thuiszorg. Hoewel dit vanuit de oorspronkelijke visie meerwaarde lijkt te hebben, blijkt dit in de praktijk niet altijd het geval. In kleinschalige woonvormen maakt het personeel eigenlijk deel uit van de gezinssituatie, in plaats van 'op bezoek te komen als hulp'. Daarom biedt de thuiszorg in dit geval weinig extra's. Vertrouwdheid met de situatie is met name belangrijk voor de kwaliteit van de zorg en daarbij doet het er niet toe of iemand uit de thuiszorg afkomstig is of niet, zolang er maar continuïteit is.

Gevaar voor slijtage

In de aanvangsexperimenten werd het personeel met grote aandacht geselecteerd en was men sterk gemotiveerd om juist in deze organisatievorm te werken. In kleinschalige woonvormen is het beroep op de zelfstandigheid groot en blijken

In kleinschalige woonvormen is het beroep op de zelfstandigheid groot en blijken iets oudere werknemers het vaak beter te doen dan de allerjongsten



iets oudere werknemers het vaak beter te doen dan de allerjongsten. Wanneer een project nieuw start kan het personeel als vanzelfsprekend deel worden van het 'gezin' dat een kleinschalig project eigenlijk is. Daarbij blijkt het belangrijk om continuïteit te hebben: iemand die er elke ochtend of elke middag is, wordt een belangrijke verbindende factor.

Werken in een kleinschalige woonvorm is inspannend vanwege de grote verantwoordelijkheid en het gevoel dat je er alleen voorstaat. Het werk kan voor actief ingestelde mensen echter ook neerdrukkend zijn omdat het soms niet gaat om iets *doen*, maar om er alleen te *zijn*. Ten slotte zijn de gevolgen bij ziekte van een personeelslid ook groot: er moet direct iemand anders komen, anders is er voor de groep geen begeleiding. Zolang het team een goede eenheid vormt, de visie duidelijk is en de saamhorigheid groot, heeft deze situatie meer voor dan tegen: grote betrokkenheid van het personeel, goede sfeer en weinig tot geen ziekteverzuim. Wanneer op den duur het nieuwe er afgaat en er personeelswijzigingen optreden waardoor de visie verwatert, is het gevaar voor slijtage groot. Zo blijkt het ziekteverzuim in 'oudere' projecten op den duur sterk toe te

nemen. Voldoende aandacht van het management om de continuïteit van de visie te verzekeren, zeer zorgvuldige selectie bij opvolging en de opzet van leuke, vernieuwende activiteiten met de groep kunnen dit fenomeen keren.

In de meeste projecten vormen verzorgenden – al dan niet gediplomeerd – het grootste deel van het personeel. Er zijn woonvoorzieningen waarin inmiddels ook gewerkt wordt met inrichtingswerkers vanuit bijvoorbeeld de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Deze blijken een zeer gewaardeerde aanvulling op het gangbare personeelsbestand, met name omdat zij in hun opleiding meer mogelijkheden hebben meegekregen om de groep tot activiteit aan te zetten en om te gaan met ruzies en conflicten. Als gevolg van de recente wijziging in de AWBZ zullen komende kleinschalige projecten wellicht meer 'kruisbestuiving' te zien geven tussen doelgroepen uit verschillende zorgsectoren: ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ. Vooralsnog laat het zich aanzien dat alle betrokkenen van dergelijke kruisbestuiving kunnen profiteren.

Te slecht?

De groep die bij aanvang van het project instroomt, is vaak vrij

homogeen en nog tamelijk 'goed'. Dat maakt het mogelijk om in de activiteiten dicht bij het gewone leven te blijven: samen boodschappen doen of zelfs samen koken, gemeenschappelijke uitjes. In de loop van de tijd wordt de variatie binnen de groep groter: sommigen worden slechter, zo slecht dat het niet meer gaat om op deze manier deel te hebben aan het gemeenschapsleven. Dat is om verschillende redenen belastend voor de groep en het personeel: activiteiten moeten gesplitst worden en het is niet meer mogelijk om iets met zijn allen te doen. Ook de zwaarte in de (lichamelijke) verzorging neemt uiteraard toe.

In een deel van de kleinschalige woonvormen is het regel dat mensen overgeplaatst worden als ze te 'slecht' worden. Dat geldt vooral voor de projecten die vallen onder de verantwoordelijkheid van een verzorgingshuis, of voor projecten in gewone huurwoningen waarin de ruimte beperkt is. Soms is overplaatsing eenvoudigweg noodzakelijk omdat de ruimte bijvoorbeeld niet toestaat dat er meerdere mensen afhankelijk zijn van een rolstoel. De nadelen zijn echter groot. Voor familie, personeel en bewoners

>>>

Een belangrijke kwaliteitsmaatstaf voor de groepsgrootte is vooral de 'menselijke maat': kun je samen aan tafel eten, lijkt de huiskamer nog op een huiskamer of is het eigenlijk een zaal?

zelf is het een traumatische ervaring om het wonen in de groep op te moeten geven voor opname in een verpleeghuis. Het verdient daarom aanbeveling zoveel mogelijk te streven naar situaties waarin overplaatsing niet nodig is en mensen de zekerheid hebben dat ze er tot hun dood kunnen blijven. In alle projecten waar dit gebeurt, is men zeer tevreden over het totale begeleidingsproces. Voor de noodzakelijke personeelsbezetting blijkt het niet uit te maken of er wel of niet wordt overgeplaatst.

Zes optimaal

Voor de bedrijfsvoering en de opzet is de groepsgrootte uiteraard een belangrijke variabele. Wanneer we uitgaan van de gemeenschappelijke huiskamer als basis voor de grootte van een groep, loopt de variatie die we zijn tegengekomen van vijf tot negen bewoners. In de praktijk beschouwt men groepen die groter zijn dan acht niet meer als 'kleinschalig wonen'. Een belangrijke kwaliteitsmaatstaf voor de groepsgrootte is vooral de 'menselijke maat': kun je samen aan tafel eten, lijkt de huiskamer nog op een huiskamer of is het eigenlijk een zaal? Bij negen, acht of zelfs zeven mensen in een huis blijkt in de praktijk dat men de bewoners vaak voor het eten in twee groepen splitst, dat mensen zich relatief vaker terugtrekken op de eigen kamer en dat er sneller een soort scheiding ontstaat tussen personeel en bewoners. Een groepsgrootte van zes wordt door de meeste respondenten als

ideaal beschouwd. Iedereen ervaart deze situatie als overzichtelijk. In gevallen waarin men ook zes bewoners te veel vond, werd dit ingegeven door ruimtegebrek in een rijtjeshuis dat eigenlijk niet geschikt was. Ook vijf dementerenden in een woonhuis blijkt uitstekend te voldoen, met voldoende huiselijke sfeer en aandacht voor de bewoners. De meerwaarde van een groepsgrootte van vijf boven zes is echter beperkt en daarom uit efficiency-overwegingen minder aanbevelenswaardig. De conclusie kan zijn dat een groepsgrootte van zes optimaal is. Velen voelen dit in de praktijk 'instinctief' zo aan, maar het wordt ook bevestigd door de organisatietheorie: voor één persoon is het goed mogelijk overzicht te houden over de activiteiten van een groep van zes mensen, meer wordt te veel.

Gangbaar beleid

Nemen we de huidige variatie in kleinschalige woonvormen voor dementerenden in ogenschouw, dan blijkt dat de voorzieningen inderdaad op een aantal punten naar elkaar toe groeien en voor oplossingen gekozen hebben die het meest praktisch zijn gebleken. Maar op andere gebieden blijft de variatie groot – en dat is maar goed ook. Het is immers juist de eigen sfeer, juist het 'roeien met de riemen die je hebt', die één van de belangrijkste kwaliteitskenmerken van deze woonvorm is. De ontwikkelingen staan echter niet stil. Niet alleen komen er voortdu-

rend nieuwe kleinschalige projecten bij, maar ook is de organisatie van de zorg voor dementerenden in een stroomversnelling gekomen als gevolg van nieuwe beleidsontwikkelingen. We noemen de belangrijkste:

- De ondubbelzinnige aanbeveling van het College Bouw om bij nieuwbouw voor deze doelgroep zoveel mogelijk rekening te houden met kleinschalige zorgorganisatie.
- De recente wijziging in de AWBZ, die door de scheiding van wonen en zorg in de regelgeving veel meer mogelijk maakt.
- De daarmee samenhangende integratie van de regelgeving voor verschillende zorgsectoren. Gecombineerde opvangmogelijkheden zijn daarmee niet alleen mogelijk geworden, het beleid stimuleert ze ook. De integratie van de inhoud van de zorg is echter nog nauwelijks op gang gekomen en juist deze kan grote voordelen hebben.

Gezien deze ontwikkelingen valt te verwachten dat grote instellingen in de toekomst steeds meer kleinschalig zullen gaan werken in bouw en opzet van de zorgorganisatie; dit proces is al in gang gezet. Verder zal de organisatie van de zorg profiteren van nauwere samenwerking tussen verschillende zorgsectoren: de levendigheid die de sfeer in de GGZ-voorzieningen en de verstandelijk-gehandicaptenzorg kenmerkt, zal stimulerend werken op de kwaliteit van de opvang in de woonvormen voor dementerenden. Wat experiment was, wordt zo tot 'gangbaar beleid', met de daarbij behorende kwaliteitswinst. De experimenten gaan door, maar nu met andere inhoud. Zo blijven we werken om optimale zorg als ideaal dichterbij te brengen.

Mary Fahrenfort is als onderzoeker en adviseur in de gezondheidszorg verbonden aan adviesbureau B&A Groep.

Juist de eigen sfeer, het 'roeien met de riemen die je hebt', is één van de belangrijkste kwaliteitskenmerken van deze woonvorm