



Innovatieprogramma Wonen en Zorg

Auteurs: Eric Krijger
Piet Driest
Ben Stoelenga

De integrale medewerker

De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) voeren een gezamenlijk Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ). Het IWZ bestrijkt het hele raakvlak van wonen, welzijn en zorg. Voor ouderen, mensen met een handicap en mensen met psychische of maatschappelijke problemen.

Het Innovatieprogramma Wonen en Zorg staat voor:

- bundeling van kennis en ervaring op het gebied van wonen, zorg en welzijn;
- uitwisseling en verspreiding van kennis en ervaring;
- inhoudelijke steun bij de ontwikkeling van innovatieve concepten.

Het ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieu en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport ondersteunen dit programma.

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV)

Programmteam Wonen op Maat
Postbus 1878, 3000 BW Rotterdam
Telefoon (010) 282 50 80
Fax (010) 411 42 11
E-mail: iwz@sev.nl
Website: www.sev.nl

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)

Expertisecentrum Wonen en Zorg
Postbus 19152, 3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 64 58
Fax (030) 231 96 41
E-mail: iwz@nizw.nl
Website: www.nizw.nl

Meer informatie

Website en kennisbank: www.iwz.nl.

Voorwoord

Decennia lang is de oplossing voor ouderen die vrijwel permanent begeleiding en veelvuldige zorg nodig hadden, gezocht in opname in een verpleeghuis. Hierbij werd gedifferentieerd in psychogeriatrische en somatische patienten. Met name voor ouderen met de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie was de medische setting van een verpleeghuis het onvermijdelijke leefklimaat voor hun laatste jaren.

Toch begon dit paradigma al een tiental jaren terug scheuren te vertonen. Vernieuwers in de zorg probeerden manieren te vinden waarbij het accent minder op het medische regime en de intramurale setting kwam te liggen en waarbij een zekere kleinschaligheid en vertrouwdheid voor de ouderen bewaard bleef. De experimenten uit die tijd waren veelbelovend en toch vonden ze maar weinig navolging: niet alleen viel het voor de vernieuwers niet mee tegen de stroom in te roeien, ook de vigerende wet- en regelgeving en financieringswijzen maakten het vrijwel onmogelijk alternatieven voor het grootschalige verpleeghuis te zoeken.

Een aantal ontwikkelingen echter van de laatste jaren heeft het mogelijk gemaakt dat de eerder genoemde vernieuwingen een extra impuls hebben gekregen en dat nu minder de vraag is of het moet gebeuren, maar veeleer hoe.

Zo zijn de woningcorporaties zich meer gaan bezighouden met de koppeling van het wonen en de zorg en zich meer gaan opstellen als ondernemers die vernieuwingen willen en daarvoor eventueel risico willen nemen. Door de discussie rond het scheiden van wonen en zorg is het mogelijk geworden de intramurale instelling op te delen in een woon- en een zorgdeel, die afzonderlijk worden gefinancierd. En wellicht is het allerbelangrijkste dat langzaam maar zeker is aangetoond, door onderzoek en door de pleidooien van de gebruikers- en ouderenorganisaties, dat ook ouderen zolang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen en als dat niet meer mogelijk is, ze de voorkeur geven aan kleinschalige alternatieven in hun eigen vertrouwde omgeving. Experimenten uit met name de verstandelijk gehandicapten-wereld hebben laten zien dat deze woonvormen tot zeer hoge graad van zorgafhankelijkheid mogelijk zijn; ook de situatie in andere landen toont dat aan. Zowel in Zweden als in Denemarken is de verpleeghuis capaciteit drastisch geslonken ten faveure van kleinschalige modellen.

Dit rapport legt de nadruk op hetgeen het kleinschalig wonen voor de professionals betekent. Naast de bewoners hebben de uitvoerende beroepskrachten het meest te maken met de veranderingen die deze woonvorm met zich meebrengt.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Symposium 'De integrale medewerker'	11
	Eerste inleiding: De integrale medewerker	11
	Tweede inleiding: Zelfsturende teams	14
	Derde inleiding: Kleinschalig wonen en de organisatie	16
3	Aanvullende beschouwing	19
	Veranderen in de lokale context	19
	Scheiden wonen en zorg	19
	Overige aandachtspunten	21
	Projectvoorbeeld	25
	Aanvullende IWZ-uitgaven	26

1 Inleiding

Globaal wonen op dit moment 65.000 ouderen in verpleeghuizen en 110.000 in verzorgingshuizen, terwijl in 2000 ruim 11.000 ouderen voor een plaats in het verpleeghuis op de wachtlijst stonden en 36.000 voor het verzorgingshuis. Verreweg de meeste van hen zijn ouder dan 80 jaar.

Leeftijdverdeling bewoners in procenten

	Verzorgingshuis	Verpleeghuis
75 - 84 jaar	42	40
85 - 89 jaar	30	23
> 90 jaar	20	16

Uitgaande van de babyboom van na de Tweede Wereldoorlog stijgt de komende tien jaar vooral het aantal 55 tot 65-jarigen. De voor dit rapport relevante leeftijdsgroep kent de grootste toename na 2025, zo neemt het aantal 85-plussers tussen nu en 2050 toe van 224.000 tot 676.000, een verdrievoudiging. Tussen nu en 2030 neemt het aantal dementerenden toe van 145.000 tot 264.000, een toename van 80%. Zoals gezegd, de sterkste stijging van het aantal alleroudsten begint dan pas.

Op zijn voorzichtigst gezegd is het niet waarschijnlijk dat er binnen afzienbare tijd een remedie tegen dementie wordt gevonden, hetgeen betekent dat de komende jaren de geschikte periode is om erachter te komen hoe de zorg voor de groep ouderen met dementie eruit moet zien en om ons voor te bereiden op de explosieve toename van het aantal gevallen.

Woonwensen van ouderen wijken niet af van andere bijzondere doelgroepen (o.a. verstandelijk en lichamelijk gehandicapten) en laten zich vangen in het adagium 'zo lang zo zelfstandig mogelijk, in de eigen buurt'. Het kunnen voortzetten van een eigen leefstijl en het onderhouden van contacten met vrienden en bekenden is belangrijk geworden. Privacy en een huiselijke omgeving zijn andere factoren die een grote invloed hebben op de kwaliteit van het bestaan.

Alle vernieuwingen van de laatste jaren komen dan ook neer op het brengen van de zorg naar de ouderen, in plaats van de ouderen naar de zorg. In eerste instantie speelden die vernieuwingen zich af aan de onderkant van de zorgbehoefte (o.a. ondersteuning partners en andere mantelzorg, dagopvang en tijdelijke opname); de laatste jaren zien we een toename van vernieuwingen die op de bovenkant van de zorgbehoefte mikken en alternatieven proberen te vinden voor de opname in een verpleeghuis. Het kleinschalig wonen voor dementerende ouderen is een van de meest veelbelovende.

Deze vernieuwing komt er in het kort op neer dat mensen in een groep van ongeveer zes personen een huishouden vormen en daarbinnen zoveel mogelijk hun eigen zaken regelen.

Nadat er eerst geëxperimenteerd was met normale huurwoningen, neemt men tegenwoordig liever de aangepaste, kleinschalige groepswooning, waarbij alle bewoners op zijn minst over een zit/slaapkamer beschikken, en er ruimte is voor een gemeenschappelijke huiskamer. De publicatie 'Huiselijk en vertrouwd' (NIZW, 2001) geeft een goede inleiding op het ontwerp en de inrichting van de kleinschalige woonvorm en op de gevolgen daarvan voor bewoners en personeel. Daarnaast geeft de publicatie de concrete eisen voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden. Ten slotte wordt er uitgebreid aandacht besteed aan domotica en woonhuisautomatisering, die ondersteuning kunnen leveren aan bewoners en personeel.

Veelbediscussieerd is het befaamde 'omslagpunt', tot welk zorgniveau is hulp aan huis mogelijk en vanaf welk niveau is de kwaliteit van zorg alleen maar te garanderen in een intramurale setting? Welke intramurale bewoners zouden weer zelfstandig kunnen wonen? Zo'n dertig jaar geleden woedde de discussie over dit omslagpunt aan de ondergrens. Vanaf welk zorgniveau zijn ouderen niet meer thuis te helpen en is opname geboden? Uitgebreid onderzoek van het indicatiesysteem en evaluatie ervan heeft eigenlijk nooit een eenduidig antwoord op de vraag naar de intramurale ondergrens opgeleverd. Te veel ongrijpbare factoren bleken mee te spelen bij de opnamewens en opnamenoodzaak van ouderen en een vermeend objectieve vaststelling van de zorgbehoefte bleek

een slechte voorspeller te zijn. De huisvestingssituatie, reële of vermeende gevoelens van onveiligheid, de mate waarin mensen nog de regie over hun leven voerden of dachten te voeren, contacten met kinderen, burens en vrienden, gevoelens van eenzaamheid en vereenzaming, kortom een amalgaam van nauwelijks objectief vast te stellen factoren bepaalt het omslagpunt van zelfstandig wonen naar intramurale verzorging.

Hetzelfde is nu aan de hand bij het vaststellen van het omslagpunt aan de bovenkant van de zorg. De scenario's lopen uiteen van het handhaven van de huidige capaciteit, tot het tot nul reduceren ervan. Er zijn experimenten gaande waarbij met een intramurale restcapaciteit wordt gerekend die uiteenloopt van 10 tot 90%. Het lijkt erop dat vooral de visie en het ambitieniveau van de vernieuwers bepalend is voor de vaststelling van dat omslagpunt en voor de mogelijkheden en onmogelijkheden van extramurale zorg- en dienstverlening.

Er bestaat soms de neiging om bij het organiseren van kleinschalige woonvormen wat veel de nadruk te leggen op financiële aspecten, structuurmodellen, plattegronden en bouwtekeningen. Toch zal het duidelijk zijn dat bij het kleinschalig wonen voor dementerenden twee invalshoeken belangrijk zijn, die van de bewoners en die van de uitvoerende werkers. Als de bewoner verhuist naar de wijk, verhuist de professional mee en dat heeft nogal wat consequenties. Immers, waar in een intramurale setting het personeel is opgedeeld in verzorgenden en verplegenden, in huishoudelijke, ondersteunende en begeleidende beroepen, waar mensen werken in een vaststaande structuur met een vaste dag- en werkindeling, zal dit in deze nieuwe woonvorm anders zijn.

Al experimenterend krijgen het profiel en de competenties van de nieuwe medewerker gestalte. Het zelfstandig of in een klein team verantwoordelijk zijn voor het reilen en zeilen in de kleinschalige woonvorm, vergt aanpassingen en het nader bekijken van een aantal beroepsaspecten.

Om er enkele te noemen:

- men kan zich voorstellen dat jonge beroepskrachten het prettiger vinden te werken in een duidelijk gestructureerde omgeving met (de gezelligheid van) collega's;
- de arbeidsdeling die in een verpleeghuis is ingevoerd, bestaat niet of veel minder in het kleinschalige, hetgeen betekent dat een meer integrale aanpak van de beroepskracht wordt verlangd: de beroepskracht wordt geacht iets van kok, activiteitenbegeleider, receptionist, huishoudelijke dienst, verplegende, verzorgende, administrateur, etc in zich te verenigen;
- de relatie tot de organisatie, het 'moederhuis' verandert van een permanente nabijheid tot een relatieve afstand;
- welk bestaand beroepsprofiel is het beste tot uitgangspunt te nemen en gaat het dan om een volstrekt nieuwe opleiding of om een na- en bijscholing? Waar en door wie zou die moeten worden uitgevoerd?
- wat valt er te leren van soortgelijke initiatieven in de wereld van de verstandelijk gehandicapten?

Op basis van interviews met beroepskrachten uit relevante instellingen en op basis van de inleidingen op een congres die verderop in dit rapport staan, zijn de volgende veranderingen in het primaire proces te constateren:

- a** Van zorgen voor naar ondersteunen bij. De werkzaamheden maken deel uit van de normale activiteiten van het dagelijks leven van de bewoners, dragen bij aan het zo gewoon mogelijk wonen. Het dagelijks leven van de bewoners is uitgangspunt en bestaat dan ook uit dingen als opstaan, wassen, aankleden, ontbijten, koffie zetten, boodschappen doen, bedenken wat te eten, tv kijken, een ommetje maken en familie ontvangen.
- b** Van solo- naar multiprofessionaliteit. In de beroepshouding komt meer nadruk op reflecteren, waarnemen ('diagnosticeren'), zelfdiscipline ('helpen met de handen op de rug'). Dit zijn aspecten die nu zijn verbonden met een bepaald niveau van onderwijs, terwijl de beroepskrachten niet altijd op dat niveau zijn opgeleid. Vaak moet men werken met een zwaardere problematiek bij bewoners, waardoor een grote nadruk komt te liggen op consultatie en coaching en op het samenwerken met andere beroepsgroepen.
- c** Van taakgericht naar integraal. De klassieke client wordt bewoner. Dat vraagt van de medewerker andere, aanvullende vaardigheden: in de bejegening gaat het om communicatievaardigheden, in de taakuitvoering om het overnemen en anders toepassen van vele specifieke deskundigheden uit de instelling: kok, activiteitenbegeleider, fysiotherapeut, vrijwilligersbegeleider, mantelzorgondersteuner etc.

- d Van collectief naar individueel. Het accent verschuift van de grotere collectiviteit naar het individu. Toch leven bewoners in een kleinschalige woonvorm ook in groepsverband, de medewerker zal een balans moeten vinden tussen de focus op het individu en die op het groepsverband (aandacht voor sociaal-agogische aspecten, structuur kunnen bieden aan de dag, werken met kleinere groepen, etc.)

Wellicht ten overvloede kan worden gezegd dat het kleinschalig wonen niet alleen een goed alternatief is voor dementerenden in verpleeghuizen. Door de ontkokering binnen de AWBZ verdwijnt immers de doelgroep als overheersende invalshoek ten faveure van een benadering op basis van de functies die men nodig heeft. Dit betekent dat het type professional dat nodig is voor een kleinschalige woonvorm voor dementerende ouderen, ook kan worden ingezet in andere vormen van geclusterd wonen. Om een indicatie te geven volgt hier een tabel met globaal type en aantallen betrokkenen.

Type woonvorm	Doelgroep	Aantal
Clusterwonen met zorginfrastructuur	Ernstig meervoudig gehandicapten	10.000
Clusterwonen in aangepaste bouw	O.a. dementerende ouderen	150.000
Geclusterd wonen in reguliere bouw	Mensen met gedragsproblemen, autisme	5.000
Begeleid wonen met zorginfrastructuur	Minder zelfredzame lichamelijk gehandicapten	2.000
Begeleid wonen in aangepaste bouw	Ouderen patiënten psychiatrie	13.000
Begeleid wonen in aangepaste bouw	Oudere thuislozen, vereenzaamden	20.000
Zelfstandig wonen met zorginfrastructuur	Huidige Fokus-groep	2.000

Op basis van dit rapport, verder veldonderzoek en gesprekken met relevante partijen moeten de benodigde competenties en het geijkte beroepsprofiel verder worden uitgewerkt en kan worden gekeken hoe op de langere termijn via initiële scholing en op de korte termijn via na- en bijscholing de kleinschalige woonvorm kan beschikken over de juiste beroepskrachten.

2 Symposium 'De integrale medewerker'

Op 3 oktober 2001 vond in Utrecht het symposium 'De integrale medewerker' plaats, georganiseerd door het 'Netwerk kleinschalige woonvormen voor dementerenden'.

Kleinschalige woonvormen staan in de chronische zorg volop in de belangstelling. Door de opzet is meer huiselijkheid en privacy voor de cliënt mogelijk. Decentraal werken heeft ook voor medewerkers consequenties. Deze zijn nader bekeken. Het thema is op een aantal niveaus aan de orde gesteld:

- op het niveau van de individuele medewerker: takenpakket en kwalificaties;
- op het niveau van het team: verantwoordelijkheden en zelfsturing;
- op het niveau van de organisatie: de samenwerking met andere organisaties.

In drie presentaties werd een schets van de praktijk gegeven. Onder de enthousiaste leiding van de dagvoorzitter, prof. Dr. H. Huijsman, gaven het panel van deskundigen en aanwezigen in de zaal hierop reacties. Leden van het panel waren:

- dhr. N. de Boer, directeur Overspaarne waar het Anton Pieckhofje te Haarlem deel van uitmaakt;
- dhr. M. Jacobs, manager van SVVE te Eindhoven;
- mw. A.A. Maas, districtsdirecteur Woonzorg Nederland;
- dhr. A.J.L. van der Heijden, lid raad van bestuur Boncura;
- mw. Dr. M. Fahrenfort manager B&A groep.

In het verslag zijn de reacties van het panel en de zaal gerubriceerd om de leesbaarheid te vergemakkelijken.

Eerste inleiding: De integrale medewerker

Presentatie van mw. M. Peters, coördinator beschermd wonen Buitenzorg, Zuid-Scharwoude

Het woonzorgcentrum Buitenzorg in Zuid-Scharwoude heeft twee woningen waarin elk zes bewoners wonen met dementie. Voor medewerkers heeft deze opzet nogal wat verandering teweeg gebracht. Door de scheiding van wonen en zorg is de woonruimte geen eigendom meer van de voorziening maar van de bewoner. De medewerker komt er dus op bezoek en dient zich als zodanig op te stellen. Als gast van de bewoner maakt deze onderdeel uit van zijn leefomgeving. De attitude is daarom minder regelend en meer empatisch.

Maar ook het takenpakket is anders geworden. Was er voorheen voor elke functie een andere beroepskracht aanwezig: zorg versus koken, huishoudelijke taken, logistiek; nu komen al deze functies samen in één en dezelfde persoon. Deze medewerker is dus beschikbaar voor alle voorkomende zorg- en ondersteuningsactiviteiten: koken, huishoudelijke taken, de organisatorische voortgang en entertainment. Dit vraagt niet alleen deskundigheid op verschillende fronten, maar ook om een bepaalde persoonlijkheid om daar op evenwichtige wijze mee om te gaan.

Mantelzorg en vrijwilligers zijn op de achtergrond aanwezig om op bepaalde momenten mee inhoud te geven aan het leven van de bewoner. Deze bijdrage is essentieel om het kleinschalig wonen tot een succes te maken.

Hoewel de medewerker veelal alleen werkt, dient deze wel invulling te geven aan de samenwerking met anderen. Zo is over het zorgplan niet alleen overleg nodig met collega's, maar ook met de cliënt en zijn familie. Vrijwilligers zijn erg gemotiveerd, maar ook weer geen professionele krachten. Dit alles vraagt niet alleen om een goede afstemming, maar ook om een luisterende houding en om kunnen gaan met kritische opmerkingen.

Aan de integrale medewerker wordt gevraagd dit in goede banen te leiden en voor een prettige sfeer te zorgen. Een duizendpoot met kennis en ervaring op verschillende terreinen.

De ervaring leert dat veel medewerkers dit wel aanspreekt. Zij vinden het juist plezierig om zelfstandig te werken en dat er een appèl wordt gedaan op verschillende terreinen van kennis. Bovendien kun je in kleinschalige woonvormen goed overzicht houden: het gaat om zes cliënten. Zodoende is de bewoner goed bekend bij de medewerker en kan deze ook zijn functie als contactpersoon, naar familie en organisatie toe, goed waarmaken.

Het alleen werken heeft ook een andere kant. Bij lastige situaties is weinig overleg mogelijk. Zeker als ter plekke een besluit moet worden genomen kan men zich onzeker voelen, wat een bron is voor irritatie en stress. Bij aanstelling wordt dan ook vooral gelet op het zelfstandig kunnen werken, de verantwoordelijkheid durven en kunnen nemen, solistisch te kunnen werken en tegelijkertijd teamplayer te zijn en op de aanwezigheid van een grote mate van flexibiliteit. Voordat een medewerker op sollicitatiegesprek komt, krijgt deze informatie opgestuurd waarin duidelijk is aangegeven is wat de organisatie aan persoonlijke eigenschappen verwacht. Aan medewerkers die een dienstverband hebben wordt coaching en bijscholing gegeven.

Discussie met panel en zaal

De grens van professionaliteit

Een rode draad in de discussie is het spanningsveld tussen algemeen en specifiek. Welke professionele deskundigheid is nodig om met dementerenden te werken?

Gewaarschuwd wordt voor een overdaad aan professionals. Als we naar het profiel van de medewerkers kijken zien we veel overeenkomsten met 'zoals moeders het doen'. Je hebt geduld nodig en een goede kijk op de zaak. Moeders blijken dan ook uitstekende dementerenden-begeleiders te zijn. Gemis aan opleiding wordt ruimschoots gecompenseerd door levenservaring.

Daarom zien we vaak 38-plussers in de zorg voor dementerenden die het prima doen. Dementerenden zijn hele normale ouderen, hebben alleen een specifiek probleem. Waarom zouden mensen zonder diploma deze niet goed kunnen begeleiden. Je kunt toch deskundigheid op de achtergrond beschikbaar houden? De basis van de begeleiding is een goede bejegening, bovendien groei je ook door je ervaringen.

Het uitgangspunt blijft dat de kleinschalige woonvorm levensloopbestendige zorg kan geven op een zo gewoon mogelijke wijze. Als het handig is om de lakens naar de wasserij te brengen, of eten te laten bezorgen door een 'tafeltje dekje', moet dat kunnen. Dat zouden we in de thuissituatie ook doen, dus waarom hier niet.

Niet wordt ontkend dat naast goede bedoelingen ook deskundigheid nodig is. Moeder (of vader) zijn is maar één onderdeel van de taak. Kennis van bijvoorbeeld wet- en regelgeving en basisprincipes van een respectvolle bejegening is noodzakelijk en je hebt toch met specifieke ziektebeelden te maken.

Opleidingen blijken niet goed te weten hoe de praktijk van kleinschalige woonvormen zich ontwikkelt en welke vaardigheden daarbij nodig zijn. Daarom is het belangrijk contacten te hebben en hiervoor aandacht te vragen. Op enkele plaatsen gebeurt dit al.

Bepaalde beroepsgroepen zijn geneigd teveel te werken vanuit de eigen competenties. Zij zouden zich bedreigd voelen als zij geen centrale rol meer kunnen spelen. Dit belemmert de ontwikkeling naar kleinschalige woonvormen omdat dan toch een centrale regie noodzakelijk blijft. De reactie hierop is dat medewerkers heel goed in staat zijn om bijvoorbeeld zelf een arts te waarschuwen als dat nodig is. Als moeder doe je dat toch ook? Indien deskundigen hun competenties gaan opeisen kun je niet kleinschalig werken. Het gaat dan ook om los kunnen laten en ruimte willen geven. Dat is

in de gezondheidszorg moeilijk: we zijn geneigd om alles onder controle te houden en in wetgeving te stoppen. Haccp, kwaliteitswet en kwaliteitssystemen zijn hier voorbeelden van.

Het gaat om een en-en verhouding. Om een goede verhouding tussen ervaringsdeskundigen en beroepsmatige deskundigheid. Voor beide geldt dat ze stevig in de schoenen moeten staan en gemotiveerd moeten zijn om met ouderen om te gaan. Het gaat over het algemeen niet om erg ingewikkelde vragen. De vermeende deskundigheid wordt soms overdreven. Wanneer familie wordt gevraagd wat de meest gewaardeerde medewerkers zijn, blijkt dit verrassend vaak de medewerkster in de keuken te zijn. Deze praat 'zo gewoon met moeder' en blijkt een veel beter contact 'met moeder' te hebben dan menig professional die 'veel ingewikkelder' praat.

Psychiatrische problemen

Meer complexe zorgvragen maken een klein onderdeel van het geheel uit. Bijvoorbeeld bij bewoners die in een terminale fase verkeren of een psychiatrische problematiek hebben. Alleen dan komt het voor dat een kleinschalige woonvorm niet meer de juiste woonvorm is. Een overplaatsing naar een verpleeg- of ziekenhuis is dan nodig. Dit betreft een zeer klein percentage van het geheel: zo'n 5%.

De ervaring leert dat dementerende cliënten geen structuur nodig hebben omdat zij die zelf creëren. Als er dan nog een structuur bijkomt geeft dit alleen maar frustratie. Bij cliënten met psychiatrische stoornissen werkt een structuur van buitenaf juist goed. Daarom is hier de combinatie met kleinschaligheid juist erg lastig. Bovendien zou door deze structuur de macht van de medewerker ook erg groot worden. Een grotere woonvorm kan door de aanwezigheid van meer medewerkers en disciplines hier beter mee omgaan. Voor de cliënt is dit ook een minder belastende omgeving met meer anonimiteit. Daarbinnen kan men makkelijker zijn eigen weg gaan.

38-plussers

Het verloop onder medewerkers blijkt mede afhankelijk van de samenstelling van het team. Wanneer dit een goede mix is en samen wordt opgeleid of bijgeschoold, is het verloop gering. Wanneer het team te jong is, wordt er wel veel verloop geconstateerd. Jonge beroepskrachten kiezen voor een andere carrièreplanning en willen daarom niet in kleinschalige woonvormen blijven werken, waar het verticale loopbaanperspectief gering is. Bovendien hebben zij moeite met de gevraagde zelfstandigheid. In meer traditionele woonvormen kunnen zij terugvallen op een leidinggevende, die duidelijke aanwijzingen over de werkwijze kan geven. Oudere medewerkers hebben dit niet nodig en gaan met een goed gevoel naar huis.

Mantelzorg

De familie wordt direct, wanneer de eerste contacten met de woonvorm worden gelegd, betrokken bij de zorg. Er wordt uitgegaan van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënt die soms met een contract en handtekening wordt bestemd. Dat vraagt in sommige gevallen wat onderhandeling. De bewoner huurt de woning en dat geeft andere verhoudingen. Alles wordt niet als vanzelfsprekend overgenomen. Dat gebeurde vroeger ook niet: de professionele zorg vulde de mantelzorg aan, nu wordt aan de mantelzorg gevraagd om de professionele zorg aan te vullen.

Dit leidt soms tot discussie: de familie had klachten dat de bewoner niet naar de kapper gaat. De professional vond dat ook een probleem, echter zonder in actie te komen. De familie realiseerde zich zo dat zij dit met de bewoner moest communiceren.

De ervaring leert dat kleinschalige woonvormen voor familie toegankelijker zijn. Betrokkenheid wordt dan ook makkelijker ingevuld. Ook hier ligt een belangrijke taak voor de medewerker.

Tweede inleiding: Zelfsturende teams

Presentatie van mw. M. Ouwehand, sectormanager transmurale zorg Coloriet, Lelystad

De kleinschalige woonvorm ligt 30 kilometer verwijderd van het moederhuis en bestaat uit een aantal woningen waarin elk acht bewoners wonen. Wonen en zorg is volledig gescheiden: de bewoners huren de woning die op eigen wijze door de bewoners is ingericht. De woonvorm heeft als Zorg Op Maat-project een experimentele status gekregen voor de periode van drie jaar. Daarna vindt evaluatie door het zorgkantoor plaats. Het zijn flexibele woningen die eventueel kunnen worden aangepast aan andere doelgroepen.

Het team is gemêleerd van samenstelling: medewerkers afkomstig vanuit de GGZ, thuiszorg en verpleeghuis. Het bestaat uit 0,8 meewerkend teamleider, 5,0 groepsbegeleiders op niveau drie en 1,3 assistent-begeleiders op niveau twee; totaal 7,1 formatie-eenheden. Groepsbegeleiders werken alleen op de groep. Ter vergelijking: in het verpleeghuis zou het team bestaan uit 5,4 formatie-eenheden. Het verschil is te verklaren door toevoeging van een aantal activiteiten die in het verpleeghuis door anderen, niet teamleden, worden gedaan.

In het begin was er veel verloop: door alleen te werken had men geen klankbord. Nu werken er 35-plussers met veel levenservaring.

In de traditionele setting deed men puur zorggerichte taken. Nu houdt men zich bezig met 'wonen met begeleiding en zorg'. Dit is een veel breder pakket met ook coördinerende taken, ontwikkelen van het netwerk, beheersmatige en administratieve taken.

Omdat je als leidinggevende niet dagelijks aanwezig bent, stuur je op andere wijze aan. Zo wordt er gewerkt met jaarplannen en worden door het team relevante documenten naar de leidinggevende gefaxt. Deze kan dan terugkoppelen en bijsturen.

Interessant is dat Prismant onderzoek doet naar de relatie tussen kosten, zorgzwaarte en beleving van cliënten, familie en team, wat tot verbeterpunten kan leiden.

Het proces van zelfsturing is in verschillende fasen onderverdeeld. Bij de start had het team twee maal per week een gesprek met de teamleider. Later is het accent gelegd op teambuilding en neemt de leidinggevende meer afstand. Nu staat er een op elkaar ingespeeld team, echter de eindfase is nog niet bereikt.

Onder het motto: 'geen toestemming vooraf, maar vergiffenis achteraf', wordt ruimte gecreëerd om andere dingen te doen dan normaal, te luisteren naar elkaar en risico's te nemen. Dit stimuleert om de eigen verantwoordelijkheid op te pakken, de eigen angsten te bespreken en om los te laten. Het middenkader wordt gemotiveerd door het enthousiasme, leren door ervaring en niet over te nemen en door aandacht te besteden aan de werkomgeving van de medewerker. De houding van professionals binnen de organisatie is: 'we bemoeien ons er niet mee, behoudens...'

Zo is bij de teamleden een gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaan en een open sfeer naar elkaar toe.

Discussie met panel en zaal

Kunst van het loslaten

De rol van de teamleider wordt in twijfel getrokken. Het team is toch zelfsturend en dan is geen teamleider nodig. Doordat er ver van het moederhuis wordt gewerkt is een contactpersoon nodig. Dit is een persoon die ook een minimaal aanstellingspercentage moet hebben: 0,8 fte. Bovendien is het een proces waarvan nu de eindfase nog niet is bereikt. Vraag is in hoeverre de leidinggevende zich in het begin al

terughoudend moet opstellen. Zijn die faxen wel nodig? En is controle over de voortgang wel een juiste benadering? Sommigen willen direct al hun verantwoordelijkheid nemen en vinden het prettig om zelfstandig te werken. Indien de leidinggevende niet controleert geeft dit ook vertrouwen. Hoort het onder controle houden ook niet bij 'instituutsdenken'? Medewerkers worden geschoold in teambuilding, hoe met hun zelfstandigheid om te gaan, etc., maar wellicht is het beter om ook managers te scholen in loslaten. En wat moet de medewerker leren zodat de manager zijn vertrouwen kan geven? Ook het Anton Pieckhofje werkt met een leidinggevende per team. De sfeer verschilt per team sterk. Een signaal is als een team zich gaat sluiten en de buitenwereld niet meer binnen laat.

Lopen we hier, net als bij het vorige punt, niet in de valkuil van te vergaande professionalisering? Het is niet ingewikkeld en er is al veel opgeleid. Leer mensen vooral om 'normaal' te doen.

Een team bleek niet uit te komen met het budget. Er werd teveel huishoudelijk geld uitgegeven. Vraag was of er een cursus omgaan met budgetten moest worden gegeven. Wat bleek: de budgetten waren al een aantal jaren niet geïndexeerd. Dat hoef je niet te leren!

Help uitvoerenden dat ze meer autonomie mogen hebben. Ga dan nog eens kijken hoeveel management nodig is. Het kan veel minder!
Leidinggevendens willen controle houden, dat is eigen aan de functie. Het moet evolueren naar een model waarin meer wordt losgelaten. Vraaggestuurde zorg vraagt om een vraaggerichte stijl van leidinggeven.

Financiering

De hoge formatie roept de vraag op naar de financierbaarheid. In vergelijking met het verpleeghuis is de formatie hoog. Deze is zonder bijstelling niet met elkaar te vergelijken. Een aantal taken komt nu in hetzelfde team samen: schoonmaken, facilitering en dagbesteding. In het verpleeghuis zijn deze bij andere disciplines ondergebracht. Bovendien is in de formatie de nachtdienst opgenomen.

Onderzoek toont aan dat de zorgzwaarte een element is dat meetelt. Artsen pakken hun verantwoordelijkheid ook 'enthousiast' op wat kan leiden tot de aanwezigheid van meer artsen dan strikt noodzakelijk is.

Een overgangsfase kost altijd meer. Wanneer kleinschalige woonvormen worden opgezet moet de grootschalige voorziening ook nog overeind worden gehouden: de kok en de facilitering zijn in deze fase nog steeds nodig.

Arbeidssatisfactie

De tevredenheid bij familie is groot en ze zijn zeer betrokken. De sfeer heeft ook niets meer van doen met het oude verpleeghuis. De medewerker hoeft niet meer tegen de bewoner te zeggen: 'mijn collega komt zo bij u', maar kan zelf de vraag van de bewoners beantwoorden. De familie gebruikt tegenstellingen zoals: de hemel en de hel. Dit duidt op het woongenot; over de behandelkwaliteit zijn geen verschillen aangetroffen.

Derde inleiding: Kleinschalig wonen en de organisatie

Presentatie van dhr. M.M. Schapendonk, manager zorg Boncura, Horst

Na jarenlang de medewerker onder de knoet te hebben gehouden, verwachten we in één keer zelfsturing. En dat doen we door aan de opleiding te vragen om zich aan te passen?

De Wietel, onderdeel van Boncura, is een eerstelijnsvoorziening voor verpleging en verzorging. We vragen ons af hoe we zorgen en diensten in de toekomst kunnen organiseren. Indertijd zijn eerst de bouwtekeningen van De Wietel gemaakt en pas daarna is een visie op zorg ontwikkeld. Helaas laat het ontwerp van het gebouw dan ook nu niet toe om de zorg op een kleinschalige wijze uit te voeren.

Bij de ontwikkeling van kleinschalige zorgverlening is de rol van teamleider cruciaal: deze zit in een lastige positie omdat deze niet snel zijn eigen positie overbodig zal maken.

Wat komt er kijken bij een vraaggestuurde manier van leidinggeven. We moeten uitkijken medewerkers niet meer verantwoordelijk te maken dan ze eigenlijk zijn. Medewerkers dienen vooral een zelfoplossend vermogen te hebben. Aan leidinggevendenden geven we maandelijks intervisie-bijeenkomsten.

We zochten naar: wat is vraaggestuurde zorg en hoe kan ik mijn medewerkers daarin ondersteunen. Van belang is om een juist 'leerklimaat' te ontwikkelen: hoe daag ik de medewerker uit tot nieuw gedrag en tot experimenteren. Daar is ruimte voor nodig om fouten te kunnen maken. We legitimeren het maken van fouten door het instellen van 'een rondje blunderen'. We trappen regelmatig in valkuilen van oud gedrag. De kunst is om dit bespreekbaar te maken en er ook nog eens om te kunnen lachen. Methodisch werken is een vereiste om tot vraaggestuurde zorg te komen, maar ook voorbeeldgedrag van leidinggevendenden.

Als manager ben ik grootgebracht met beheersmatig gedrag. Ik werd daar ook op afgerekend. Nu wordt van mij verwacht dat ik op basis van processen bijstuur door te initiëren en te stimuleren. Dan zul je ook beheerste chaos in huis krijgen.

We staan nog wel eens wantrouwend ten opzichte van de medewerker en behandelaars. Mijn ervaring is dat dit niet nodig is. Een gedeelde visie bundelt, medewerkers en behandelaars gaan dan mee.

Controle, als reactie op de discussie over tweede inleiding, is niet altijd een vies woord. Natuurlijk wil ik weten hoe het gaat: ik krijg dan feedback en dit geeft weer informatie.

Processturing kan niet met een blauwdruk. Het is het managen van diversiteit. Elk team heeft zijn eigen leerprocessen. De visie is gemeenschappelijk, de weg waarlangs divers.

Kunnen we bij het opzetten van kleinschalige woonvoorzieningen niet het goede van twee nemen: de kwaliteit van het wonen als uitgangspunt houden door gebruik te maken van de juiste organisatorische schaalgrootte. Leidinggevendenden hebben dan meer een coördinerende rol en regelen de samenwerking met andere organisaties. We kunnen de krachten bundelen, bijvoorbeeld 's nachts. Een fusie kan hierin een vliegwieleffect geven. In Noord-Limburg fuseren aanbieders van zorg om een netwerk van kleinschalige woonvormen in een open gebied met veel kleine kernen te creëren. Dit lukt alleen in samenwerking met de gemeentelijke afdeling van welzijn, woningcorporaties en zorgaanbieders. Denk daarbij ook aan de rol en positie van de huisartsen. Ook verpleeghuisgeïndiceerden kunnen hun eigen huisarts behouden. Dit vraagt aandacht omdat huisartsen al last hebben van een overvolle case-load.

Lessen die wij hebben geleerd:

- het veranderingsproces raakt de totale organisatie: ook het management;
- ontwikkel een gemeenschappelijke visie;
- investeer in het middenkader;
- en dus ook in leerklimaat;
- neem de tijd;
- en geef nooit op.

Discussie met panel en zaal

Wanneer beginnen

De vraag is of je alle randvoorwaarden op een rijtje moet hebben voordat je begint. Dan zou het weleens lang kunnen duren. Het advies is om alvast daar te beginnen waar het kan en dus niet te wachten voordat alle voorwaarden zijn gecreëerd. Een visie wordt wel noodzakelijk geacht voordat er wordt gebouwd. De visie gaat uit van vertrouwde en herkenbare zorg op maat naar wens van de cliënt. Je kunt overal beginnen, ook al in het verpleeghuis waar cliënten nog op kamers van zes slapen: een gezellige oude bank in de gang van het verpleeghuis is dan een eerste stap. En het houdt nooit op. Ook niet in de kleinschalige woonvorm.

Het gaat niet om de trend. We doen al twintig jaar aan vermaatschappelijking van zorg. Het kan goed uitpakken, maar nog lang niet alle woningen zijn aangepast, het buurtleven is nog helemaal niet van start gegaan. Laat je dus niet teveel leiden door condities. Over zes maanden waait er weer een andere wind. Doe het omdat je het leuk vindt, en niet omdat het een trend is. Als het een stukje van jezelf wordt kun je er volledig voor gaan, en dan zie je wel hoe ver je komt.

Op welk moment precies kan worden overgeschakeld naar kleinschalige voorzieningen is niet precies aan te geven. Het gaat ook niet in één keer. Als organisatie kun je wel zeggen: 'we gaan het anders doen'. Maar de stappen zijn ook afhankelijk van andere factoren, zoals de boekwaarde. Boncura heeft aangegeven het anders te willen doen: het traditionele verpleeghuis is een 'verblijfplaats' geworden en geen 'woonplaats'. Medewerkers gaven aan te willen veranderen. Het management is daarin meegegaan. Met alle medewerkers is gediscussieerd over de vraag wat vraaggestuurde zorg nu precies inhoudt. Dit heeft tot hele goede voorstellen geleid om te veranderen. Cliënten kunnen nu bijvoorbeeld aangeven wanneer ze willen worden gewassen, de hond mag nu ook mee en er wordt gegeten op een tijdstip wanneer het de cliënt schikt. Het proces is van onderaf ontwikkeld en getrokken door de manager zorg.

Bij SVVE in Eindhoven zijn tien jaar geleden al decentraal vier woningen in twee wooneenheden geclusterd. Zij geven ook het advies te starten met het ontwikkelen van een visie. Confronteer daar vervolgens je huidige organisatie mee en ga aan de slag. Leer van anderen.

Het Anton Pieckhofje is in eerste instantie in samenwerking met de thuiszorg opgestart. Helaas bleek dit niet duurzaam te kunnen en is de begeleiding weer geheel in eigen hand gekomen.

Het advies daar is: geef je mensen de kans zich te ontwikkelen zonder ze in het diepe te gooien. Het gaat niet in één keer: zo is de vacature kok in het verpleeghuis weer ingevuld omdat er nog niet volledig gedeconcentreerd is. Het gaat langzaam en stapje voor stapje. Kopieer ook niet hoe anderen het doen, pak je eigen proces. Door in het klein te beginnen, gaat het proces vanzelf rollen.

Het rondje blunderen bij Boncura is alleen mogelijk door veiligheid te bieden. Als je dit niet doet verval je in oude gewoontes. Het 'hoera, een fout'-project is bedoeld om fouten bespreekbaar te maken: ze worden opgeschreven, gepubliceerd om er van te leren. Dit levert goud op: 'ik mag fouten maken en ze vinden het nog goed ook'. Een andere reactie, die veel hilariteit geeft, is dat het rondje blunderen wel erg veel lijkt op de biechtstoel (Boncura heeft zijn werkgebied in Limburg).

De samenwerking met anderen kan direct al vanaf de cliënt invulling krijgen. Als deze zijn huisarts wil behouden, zorg dan dat dit gebeurt. Daar ligt dan een kans.

3 Aanvullende beschouwing

Veranderen in de lokale context

Het symposium bleek een confrontatie met een praktijk die zoekt, experimenteert en misschien wel het allerbelangrijkste, erg enthousiast is om een nieuwe weg in te slaan. Een nieuwe weg naar zorg op maat, waarbij de cliënt zoveel mogelijk zelf de regie over het leven behoudt. Van begeleiders vraagt dit een persoonsgerichte benadering, die de eigenheid van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben tot uiting laat komen. Duidelijk is dat voor dit proces geen blauwdruk te ontwikkelen is. De situatie verschilt hiervoor per voorziening te veel. We zien verschillen in intensiteit waarin het thema binnen de voorziening aan de orde komt, we zien verschillen in het voortgangstempo. Daarbij gaat het om vragen als:

- welke tijd en ruimte krijgen medewerkers om een nieuwe attitude eigen te maken;
- is het management in staat om los te laten.

De medewerker speelt in het rechtstreekse contact naar de cliënt een uitermate belangrijke rol. Deze zit strategisch gezien in de beste positie om wensen uit het dagelijkse leven van cliënten goed in te schatten en te beantwoorden.

Maar de situatie tussen voorzieningen verschilt ook in meer harde uitgangspunten, bijvoorbeeld in de bouwkundige mogelijkheden. Daarbij gaat het om problemen als de boekwaarde op bestaande gebouwen. Als de bouw van recente datum is, zullen de mogelijkheden voor nieuwe initiatieven beperkt zijn, of men moet in staat zijn om een creatieve oplossing voor het gebruik van bestaande gebouwen te verzinnen. Indien gebouwen ouder zijn, en er bijvoorbeeld een renovatie aan de orde is, kan dit juist versnellend op de ontwikkelingen werken. Het is wel de vraag of men de energie in renovatie moet steken. Het verhoogt de boekwaarde weer en zet een rem op verandering.

Zo zitten er veel verschillen tussen organisaties die te maken hebben met de bestaande context. Daarom is het zo lastig om van buitenaf aan te geven wat nu de beste weg is om tot kleinschalige woonvormen te komen. Wel kunnen suggesties keuzes vergemakkelijken en een kijkje in andermans keuken kan inspiratie geven.

De boodschap op het symposium was duidelijk: wacht niet tot aan alle voorwaarden is voldaan. Begin nu. En als we nu nog even niet van de oudere gebouwen afkomen: ook in het traditionele verpleeghuis is invulling te geven aan persoonlijke zorg en omgeving. Iets aan de inrichting doen is een mogelijkheid, of om het thema met medewerkers te bespreken.

Scheiden wonen en zorg

Veel aandacht gaat op dit moment uit naar het 'scheiden van wonen en zorg', maar wat wordt daar nu precies onder verstaan en welke consequenties zijn daaraan verbonden. Het vertrouwde AWBZ-pakket geeft een integraal aanbod van woon-, zorg en dienstverleningscomponenten. Een zorgvrager komt daarvoor in aanmerking nadat een indicatie is afgegeven. Tot nu toe worden deze indicaties in producten afgegeven, bijvoorbeeld verpleeghuiszorg. Omdat het een integraal pakket betreft, hoort hier automatisch kost en inwoning bij. De door het zorgkantoor erkende voorziening levert dit pakket en krijgt hiervoor per cliënt, per dag een gemiddelde prijs. Naast zorg, kost en inwoning betreffen dit producten zoals de kapper, het restaurant, de kapel en ontspanning. De cliënt betaalt voor dit pakket een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Een 'zakgeld' ter eigen besteding blijft over.

Om verschillende redenen willen partijen hier vanaf. De cliënt vindt dit pakket vaak te veelomvattend. Het integrale concept maakt dat men min of meer geïsoleerd van de samen-

leving woont. Bovendien kent de instelling een eigen dynamiek en is opgezet vanuit efficiënte en logistieke motieven. Soms hoeft men het terrein zelfs niet meer te verlaten om naar de kapper, winkel, restaurant, kapel en ontspanning te gaan. Veel mensen beknelt dit. Maar voor een instelling die meer aansluiting zoekt bij maatschappelijk gebruikelijke woonvormen, is het ook aantrekkelijk om af te stappen van een integraal aanbod. Zij kan zich flexibeler met verschillende zorgproducten op de markt begeven en zo sneller en handiger inspelen op wat cliënten willen. Bovendien moet de instelling een expertise op het gebied van bouwen ontwikkelen terwijl dit toch geen core-buisness is. Bouwen binnen de Wet ziekenhuisvoorzieningen vindt nog altijd plaats binnen kaders waar het Bouwcollege nauwlettend op toeziet. Deze kaders wijken af van wat gebruikelijk is in de volkshuisvesting waardoor het institutionele karakter wordt versterkt.

Bij het scheiden van wonen en zorg wordt de wooncomponent uit het AWBZ-pakket gehaald zodat alleen zorgcomponenten overblijven. De cliënt huurt dan in veel gevallen rechtstreeks, of anders via de zorgaanbieder, de woning bij een woningcorporatie. Het voordeel is dat een woningcorporatie met andere ogen naar het wonen kijkt. De woning dient over tien of twintig jaar nog aantrekkelijk te zijn op de markt, en daar wordt, gelet op de kwaliteit, nu al rekening mee gehouden. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in de aanwezigheid van voldoende ruimte en privacy. Daarnaast is het levensloopbestendig bouwen steeds meer een issue waarmee de woningen voor zorgbehoevenden makkelijker aanpasbaar worden. Door de woning te huren kan men bij een verandering van zorgvragen ook makkelijker naar een andere woning overstappen.

Onder invloed hiervan krijgen woningcorporaties een steeds grotere rol op de woningmarkt voor zorgbehoevende mensen. Ook voor mensen die wonen in groepen, worden woningen gebouwd, al dan niet geschakeld of speciaal voor deze groep ontworpen. Onder bepaalde voorwaarden komt de cliënt in aanmerking voor huursubsidie waardoor de woonkosten acceptabel zijn.

In deze constructie zijn de woonkosten voor rekening van de cliënt. En dat betreft meer dan de huur alleen. Hier volgt een lijstje waarmee de cliënt rekening moet houden:

- huur;
- inrichting;
- extra kosten voor:
 - brandvertragende gordijnen;
 - tilliftberijdbare vloerbedekking;
 - veilige inductiekookplaten;
 - sleutelplan;
- schoonmaken woning;
- schoonmaken ramen;
- tuinonderhoud;
- onderhoud installaties;
- gas;
- water;
- licht;
- centrale antenne;
- telefoon;
- ziekenfonds;
- inboedelverzekering;
- WA-verzekering;
- begrafenisverzekering;
- gemeentelijke belastingen;
- onroerend goedbelasting huurder;

- provinciale belastingen:
 - zuiveringsschap;
 - waterschap;
- vervoer;
- voeding en versnaperingen;
- servicekosten voor:
 - energiegebruik, onderhoud, vloerbedekking gemeenschappelijke ruimtes;
 - installatie en onderhoud brandmeldinstallatie;
 - installatie en onderhoud personenzoekinstallatie;
- eigen bijdrage thuiszorg.

Een aantal posten is uiteraard facultatief en afhankelijk van persoonlijke omstandigheden.

Hiernaast wordt het inkomensplaatje gezet. Dat hoeft niet alleen een inkomen, uitkering of pensioen te zijn, maar ook huursubsidie, kwijtschelding van gemeentelijke belastingen en materiële bijdragen van de gemeente vanwege onvoorziene uitgaven. Het inkomensplaatje wordt ten slotte nog beïnvloed door het eigen vermogen, de aard van de uitkering en of men al dan niet een partner heeft.

Het idee kan zijn dat de uitgaven voor de cliënt bij het scheiden van wonen en zorg overeen moeten komen met de eigen bijdrage-regeling in het kader van opname in een AWBZ-voorziening. Het blijkt lastig om hier een eensluidende conclusie te trekken. Persoonlijke omstandigheden en lokale tarieven verschillen hiervoor te veel. Het overzicht kan wel helpen om zelf een berekening te maken.

Overige aandachtspunten

BOP-z (Bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen)

Bij het scheiden van wonen en zorg ontvangt men geen zorg in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wzv. Daarom zijn cliëntgebonden bepalingen die hieronder vallen niet van toepassing. De meest in het oog springende is de BOP-z, die de rechten vaststelt voor cliënten wanneer middelen en maatregelen van toepassing zijn. Ook in de zorg aan dementerenden komt het voor dat cliënten omwille van de eigen of andermans vrijheid te maken krijgen met vrijheidsbeperkende maatregelen. Voorbeelden hiervan zijn de gesloten deur om dwaalgedrag te voorkomen of de Zweedse band in bed om vallen of onrust tegen te gaan. Wanneer een cliënt zich hieraan niet vrijwillig onderwerpt, of indien er sprake is van een wilsonbekwaamheid en men vindt dat er toch van een gevaarscriterium sprake is, geeft de BOP-z aan onder welke condities middelen en maatregelen toe te passen zijn. De BOP-z is echter alleen te gebruiken binnen de Wzv. Bij het scheiden van wonen en zorg kan men hiervan dus geen gebruik maken.

HACCP

De veiligheid en hygiëne bij het bereiden van voedsel is van belang, indien de consumptie hiervan afhankelijk is van derden. Door de aanwezigheid van meerdere beroepskrachten is het risico te groot om niet volgens bepaalde afspraken en procedures te werken. De cliënt verkeert immers in een afhankelijke en daardoor kwetsbare positie. Het gaat hier met name om bewaartijden van voedsel, de wijze van opslag en hygiënemaatregelen bij het bereiden van de maaltijd. De instelling schaft hiervoor specifieke apparatuur aan, zoals een koelkast waarop de binnentemperatuur te lezen is. De kosten hiervoor liggen bij scheiden van wonen en zorg bij de cliënt, wat mogelijk tot hogere kosten kan leiden.

Deze wetgeving staat overigens los van welk regime dan ook en is van toepassing op alle situaties waarbij derden voor anderen koken. Niet alleen dienen instellingen zich hieraan te houden, maar ook restaurants, cateringbedrijven en medewerkers die bij

een organisatie in dienst zijn en voor anderen koken, zoals in dit geval voor dementerenden.

Arbo

De Arbo is een werknemergebonden wetgeving, die deze moet beschermen tegen ongewenste arbeidsomstandigheden, ongeacht in welke organisatie deze werknemer werkt. Met name fysieke belasting en klimaatbeheersing (bijvoorbeeld in de badkamer) zijn belangrijk. De regeling dient onaanvaardbare risico's voor medewerkers en ziekteverzuim te voorkomen. Een probleem is dat men arbeidsomstandigheden minder makkelijk in de hand heeft omdat de medewerker nu bij de cliënt thuis werkt. Bij het opzetten van kleinschalige woonvormen voor dementerenden is een zorgaanbieder over het algemeen direct betrokken. Vanuit deze positie kan men invloed uitoefenen op het ontwerp van de woonvorm en zo rekening houden met manoeuvreer-ruimte voor tilliften, voldoende ruimte in de badkamer en toilet en de vloerbedekking zo kiezen dat tilliften hierop makkelijk te berijden zijn. Dat ligt anders bij individuele vormen van zorg zoals in de thuiszorg. Daar moet men vaak binnen een bestaande woning zorg leveren aan mensen die bijvoorbeeld minder mobiel zijn geworden. Deze situaties laten zich veel minder makkelijk aanpassen gezien de bijbehorende kosten voor de cliënt.

Werktijdenbesluit

Ook het Werktijdenbesluit is een werknemer-gekoppelde regeling. Bekend is dat de flexibele inzet van de werknemer is teruggelopen bij invoering van deze regeling. Het dienstrooster geeft de medewerker zekerheid over zijn werktijden. Alleen bij calamiteiten kan men hiervan afwijken. Het dienstrooster dient lange tijd vooraf bekend te zijn, minimaal vier weken. Op deze wijze is de werknemer in staat zijn sociale leven inhoud te geven, waarbij deze niet alleen kan rekenen op de geplande werktijden, maar met name op de geplande vrije tijd. Ook het aantal dagen en uren dat men achter elkaar werkt is beperkt. Juist in kleinschalige woonvormen, waar men niet zo snel kan terugvallen op hulp van anderen, is dat een knelpunt waarmee terdege rekening moet worden gehouden.

Consequenties voor de taak- en functieomschrijving

Taak- en functieomschrijvingen leggen vast wat de medewerker feitelijk aan werkzaamheden doet, welke verantwoordelijkheden deze heeft en wat de positie van de medewerker binnen de organisatie is. Voor medewerkers in kleinschalige woonvormen verandert zowel de inhoud van de werkzaamheden als de bijbehorende verantwoordelijkheden. Het ligt daarom voor de hand om na te gaan of de huidige taak- en functieomschrijving nog klopt en aanpassing behoeft. Daarnaast moet worden nagegaan hoe de omschrijving zich verhoudt tot de criteria van functie-honorering.

Brandmeldinstallatie

Cliënten huren in kleinschalige woonvormen zelf de woonruimte van de wonincorporatie. Daarin onderscheiden zij zich niet van andere huurders. Toch beschouwt de brandweer de groep cliënten als een kwetsbare groep wat bij calamiteiten om snel en adequaat ingrijpen vraagt. Het plaatselijke brandweercorps is bevoegd in dat geval aanwijzingen te geven die de snelheid van reageren van het corps kan beïnvloeden. Voor onze woonvormen betekent dit over het algemeen de aanwezigheid van een brandmeldinstallatie en de doormelding naar de brandweer. Dit brengt weer omvangrijke installatiekosten met zich mee, waarbij het nu nog de vraag is wie dit financiert. Dat geldt ook voor de kosten van het jaarlijkse onderhoud.

Tot slot

Het concept kleinschalige woonvormen is al ontwikkeld door enkele initiatiefnemers. Op het symposium hebben we kennis gemaakt met enkele voorbeelden daarvan. Deze initiatieven zijn ontwikkeld, al is de bestaande wet- en regelgeving beperkend.

De vormgeving slaat erg aan, de wachtlijsten voor deze voorzieningen zeggen voldoende. Uiteraard wordt iedereen, indien nodig, een dergelijke woonvoorziening gegund. De ontwikkeling daarvan zou dan ook niet afhankelijk moeten zijn van toevallige initiatiefnemers die hun nek uitsteken. De opzet is dat de kleinschalige woonvorm een bereikbare vorm van wonen met zorg wordt voor geïndiceerden. Om dit te realiseren is het noodzakelijk drempels te verwijderen en dat overheid, college van bouw en de zorgverzekeraars deze trend faciliteren en ondersteunen.

De huidige stand van zaken baart enige zorg. Er zijn initiatieven bekend die nu weer heel bewust onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen bouwen, na eerder te hebben geëxperimenteerd met scheiden van wonen en zorg. Juist omdat het draagvlak in de volle breedte bij desbetreffende organisaties niet aanwezig is, frustreert dit de voortgang. Dit is een ontwikkeling terug naar af die naar we hopen tijdelijk is en nog te maken heeft met de overgangsfase van een aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg.

Projectvoorbeeld

De woonzorgvoorziening De Melkweg komt voort uit een samenwerking tussen het verpleeghuis De Pauwenhof, het kruiswerk en de thuiszorg uit Wageningen. Daarnaast is ook de stichting Welzijn Ouderen hierbij betrokken. Het project bestaat uit drie groepswoningen waarin elk zes cliënten wonen met een psychogeriatrische problematiek. In een vierde gebouw is een recreatieruimte ondergebracht, vier logeerkamers en een kantoortje voor het personeel. Alle ruimtes bevinden zich op de begane grond. Door de opstelling ontstaat een binnenplein. De toegang tot de drie groepswoningen loopt via het vierde gebouw, waardoor een beschutte en veilige omgeving is gecreëerd.

Het geheel staat weer tussen achtertuinen van omliggende huizen in een naoorlogse nieuwbouwwijk in Wageningen. De gemeente had eerst een ander plan met het voormalige melkuitgiftepunt van de melkfabriek: een hangplek voor jongeren. Omwonenden waren hier niet gelukkig mee en vroegen of het geen bestemming voor ouderen kon krijgen. Zij waren zelfs bereid om een deel van hun achtertuinen hiervoor op te offeren. Dat is dus uiteindelijk gelukt.

Het project is geopend door de demissionaire staatssecretaris Margo Vliegthart. De cliënten huren de woonruimte zelf van de woningcorporatie waarbij zij in aanmerking kunnen komen voor huursubsidie. Zij wonen namelijk in een zogenaamde 'onzelfstandige wooneenheid'. Naast de huur betalen de bewoners nog servicekosten voor de gemeenschappelijke kosten en een eigen bijdrage conform de thuiszorgregeling. Zij houden huishoudgeld van ongeveer € 250,- over. Medicijnen betalen bewoners zelf, die ze weer vergoed krijgen van het ziekenfonds. De bewoners maken gebruik van de eigen huisarts in de stad.

De inrichting van de eigen zit-slaapkamer en de gemeenschappelijke ruimte vindt plaats met eigen meubels. Er hangt daardoor geen instellingsfeer in de woningen.

Financiering van de zorg vindt plaats op basis van arrangementen, zoals die zijn overeengekomen met het zorgkantoor.

De medewerkers krijgen in de kleinschalige woonvormen een ander takenpakket en nemen een andere positie binnen de organisatie in. Een belangrijk verschil met vroeger is dat taken die vroeger bij andere functionarissen lagen, nu bij deze medewerker terechtkomen. Koken, wassen, begeleiden, activeren, klusjes, vervoer, gastvrouw, contactpersoon, alle voorkomende taken komen nu op het bordje van de begeleider terecht. Het moet daarom iemand zijn die van vele markten thuis is. Net zo belangrijk daarbij is, de manier waarop de begeleider deze taken uitvoert. Nadrukkelijk speelt de bewoner hierin een rol. Zijn leefomgeving staat daarbij centraal en niet de efficiency van het werk, zoals dat in traditionele zorgvormen nogal eens het geval is. Daarom staat de begeleider ten dienste van de bewoner en benut deze de mogelijkheden die de bewoner heeft. Niet door over te nemen, maar door de bewoner te ondersteunen bij de invulling van activiteiten in het dagelijkse leven.

Bovendien werkt de medewerker alleen in de woning. Beslissingen over de dagelijkse gang van zaken neemt deze nu alleen, zonder dat daarbij telkens ruggespraak mogelijk is. Het werken in teamverband krijgt zo een heel andere invulling. De ervaring leert dat dit met name oudere medewerkers aanspreekt. Ook in De Melkweg bestaat het team voornamelijk uit 'oudere' medewerkers van rond de veertig jaar. Wel wordt daar minimaal een 'opleidingsniveau drie' gevraagd. De medewerkers hoeven niet per se een verpleegkundige achtergrond te hebben. Juist een agogische achtergrond sluit aan bij de nieuwe rol van de 'integrale medewerker'. Met betrekking tot eventuele verpleegkundige handelingen kan men terugvallen op een verpleegkundige van het kruiswerk en de ambulante nachtzorg.

Aanvullende IWZ-uitgaven

Eindadvies kleinschalig groepswonen, 1999.

Ik woon hier eigenlijk niet, 1997.

Kleinschalig wonen voor dementerenden, een waaier aan ervaringen, 2001.

Studiereis Zweden, 1999.

Huiselijk en vertrouwd, handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden, NIZW, 2001.

Colofon

Uitgave	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) in het kader van Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ).
Tekst	Eric Krijger, Piet Driest en Ben Stoelenga Innovatieprogramma Wonen en Zorg/NIZW
Opmaak	Karien van Dullemen, Rotterdam
Ontwerp omslag	Gé grafische vormgeving, Rotterdam
Druk omslag	Drukkerij Goos, Ouderkerk aan den IJssel

Utrecht, mei 2002.