

**Kleinschalige ZORG**

# **Grote verschillen?**

Een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen  
zorgverlening in een kleinschalige woonvorm  
en  
kleinschalige zorgverlening in een grootschalige setting

**M.J. van IJperen, studentnummer 254305**

**Augustus 2005**

**Afstudeerverslag**

**Erasmus Universiteit Rotterdam  
Beleid en Management Gezondheidszorg**

**In opdracht van:  
Kenniskring Transitie in Zorg  
Hogeschool Rotterdam en Omstreken**

**M.J. van IJperen, studentnummer 254305  
Augustus 2005**

<b>Begeleider Kenniskring</b>	<b>Dr. J. de Lange</b>
<b>Begeleider Erasmus Universiteit</b>	<b>Drs. A.L. van Staa</b>
<b>Meelezers</b>	<b>Drs. I. Fabbricotti</b>
	<b>Prof. Dr. R. Huijsman</b>

## Voorwoord

Na drie jaar lang de deeltijdopleiding BMG te hebben gevolgd, heb ik eerst een jaar rust genomen alvorens te beginnen met het afstuderen. Eind 2003 besloot ik dan toch nog 'even' te zullen afstuderen. Bijna twee jaar later, augustus 2005, is het project 'eindelijk' afgerond. Het afstudeeronderzoek is een intensief en diepgaand proces geworden, dat door persoonlijke omstandigheden als een zwangerschap en een bevalling, is vertraagd, maar nooit heeft stilgestaan. Het resultaat geeft dan ook veel voldoening.

Hoewel niet gebruikelijk binnen de BMG heb ik ervoor gekozen het afstudeeronderzoek samen te doen met een medestudent, Peter van der Wel. Het onderwerp van afstuderen is breed en naar tal van aspecten ervan is niet eerder onderzoek gedaan. Door het project samen uit te voeren is het mogelijk geworden meer aspecten dieper te onderzoeken.

Ik ben een aantal mensen dank verschuldigd die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit verslag. In de eerste plaats dank ik de bewoners van de onderzochte woongroepen in de Naber en de Hofstee. Zij hebben mij toegestaan een kijkje te nemen in hun leven en in hun huis. Ook dank ik de groepsbegeleiders, zorgassistenten, zorgcoördinatoren en andere medewerkers die het mij hebben mogelijk gemaakt een kijkje te nemen achter de schermen van het wonen in de Naber en de Hofstee.

Daarnaast dank ik Jacomine de Lange voor haar ondersteuning en betrokkenheid als opdrachtgever vanuit de Kenniskring Transitie in Zorg.

AnneLoes van Staa, afstudeerbegeleider vanuit de BMG, dank ik voor haar voortdurende sturing en bijsturing en het deskundige advies. Ook de meelezers, Robbert Huijsman en Isabelle Fabbriotti, wil ik graag danken voor hun tijd en moeite.

Uiteraard wil ik Peter van der Wel, mijn mede-onderzoeker bedanken. Dankzij onze wederzijdse motivering hebben we weten door te zetten, ook tijdens de leuke en minder leuke obstakels die we zijn tegengekomen op de weg naar het eindverslag.

Tenslotte dank ik familie en vrienden, met in het bijzonder mijn partner Eelco, voor hun stimulerende, motiverende, geduld en opvang tijdens de twee jaren die het afstuderen in beslag heeft genomen.

Bedankt allemaal!

Martine van IJperen  
Augustus 2005

## Samenvatting

Kleinschalig wonen voor mensen met dementie is een alternatieve vorm van verpleeghuiszorg. In Nederland is het kleinschalig wonen ontstaan in 1986 vanuit de belevingsgerichte benadering ‘warme zorg’. Vanuit de politiek en vanuit de sector zelf is de gang naar kleinschaligheid de afgelopen jaren in gang gezet. Pas de afgelopen 5 jaar heeft de ontwikkeling naar het kleinschalig wonen voor mensen met dementie een grote vlucht genomen. Desondanks woonden in 2003 nog slechts 1346 mensen met dementie in een kleinschalige woonvorm tegenover 33.000 mensen met dementie in een verpleeghuis.

Dit afstudeeronderzoek gaat over het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Het project bestaat uit een vooronderzoek en een vervolgonderzoek.

De vraagstelling van het vooronderzoek luidde: *Komen de kenmerken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, zoals geformuleerd door het Trimbos-instituut, overeen met de praktijk en welke factoren beïnvloeden de wijze waarop het kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt vormgegeven in de praktijk?*

Door het bezoeken van 8 verschillende projecten van kleinschalig wonen en het interviewen van directeuren en managers van de 8 projecten, is een beeld ontstaan van hoe het kleinschalig wonen wordt vormgegeven in de praktijk.

Vanuit het vooronderzoek is duidelijk geworden dat veranderende regelgeving, financiering van de zorgverlening en verschillende omgevingsfactoren belangrijke beïnvloedende factoren zijn wanneer het gaat om de vormgeving van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie. De belangrijkste factor is de persoonlijke overtuiging van oprichters en leidinggevenden van kleinschalige projecten, omdat deze van grote invloed is op de manier waarop wordt omgegaan met de regulering en de omgevingsfactoren. Dit leidt ertoe dat geen enkel project van kleinschalig wonen gelijk is aan een ander.

Kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening voor mensen met dementie kent vele verschillende verschijningsvormen. Er zijn bijvoorbeeld woongroepen met 5 bewoners in een woning in de wijk, maar ook woongroepen van 11 bewoners op een afdeling in een verpleeghuis. Er bestaat geen consensus over hoe een kleinschalige woonvorm eruit dient te zien.

Vanuit de literatuurverkenning en de resultaten van het vooronderzoek is duidelijk geworden dat de verschillende verschijningsvormen verschillende mate van kleinschaligheid kennen.

De vraagstelling van het vervolgonderzoek luidde: *Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er tussen de zorgverlening in een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en kleinschalige zorgverlening op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis?*

Door het uitvoeren van een participerende observatie zowel in een kleinschalige woning als in een verpleeghuis waar men kleinschalige zorg verleent, is antwoord gegeven op de vraagstelling.

Vanuit het vervolgonderzoek is duidelijk geworden dat de factoren die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdfactoren:

- De kernwaarden van kleinschaligheid, die vorm krijgen door de inrichting van de fysieke woonomgeving;
  - huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving
  - herkenbaarheid
  - overzichtelijkheid
  - een eigen ervaringswereld
  - zoveel mogelijk een normale situatie nabootsen
  - optimale privacy voor de woongroep
- De aard van de zorgverlening;  
Kleinschalige zorg is integrale, vraaggestuurde zorg.
- De attitude van de medewerker;  
Kleinschalige zorgverlening vraagt om medewerkers met een integrale, vraaggestuurde, persoons- of relatiegerichte attitude.

Vanuit het vervolgonderzoek is duidelijk geworden dat de attitude van de medewerker hierin een doorslaggevende factor is. De aard van de zorgverlening en de inrichting van de fysieke woonomgeving zijn randvoorwaarden. Hoe beter wordt voldaan aan de randvoorwaarden, hoe gemakkelijker het voor de medewerker is om invulling te geven aan de kleinschaligheid in de zorgverlening. Hoe kleinschalig de woonomgeving en de zorgverlening echter ook zijn ingericht, als de medewerker geen invulling geeft aan de kleinschaligheid is van kleinschalige zorgverlening geen sprake meer.

Op basis van het vervolgonderzoek kan worden geconcludeerd dat het helemaal niet zoveel verschil uitmaakt of een woongroep in een grootschalige of in een kleinschalige setting is gelegen; mits de setting voldoet aan alle kernwaarden van kleinschaligheid en de zorgverlening integraal en vraaggestuurd is georganiseerd, is het belangrijkste verschil de attitude van de zorgverleners.

## Summary

Small scale housing for the elderly suffering from dementia is a form of care that is alternative for the care in nursing homes. In the Netherlands small scale housing originated in 1986 from the experience-directed-approach “warm care”. The transformation to the smaller scale was initiated both from the politics as well as from the care sector itself. It has not been until the past 5 years that the small scale housing for the elderly suffering from dementia developed a great deal. In spite of that development, in 2003 there were only 1346 people with dementia living in a small scale house while 33.000 people with dementia were living in a nursing home.

This final project attends to the small scale housing for the elderly suffering from dementia. The project exists of a preliminary investigation and a secondary investigation.

The leading question in the preliminary investigation was: *Are the characteristics of small scale housing for the elderly suffering from dementia, as formulated by the Trimbo-institution, consistent with the practise and which factors influence the way small scale housing for the elderly suffering from dementia is given shape to in practise?*

By visiting 8 different projects of small scale housing and interviewing directors and managers of the 8 projects, an image arose of how the small scale housing is given shape to in the practise.

The preliminary investigation made clear that the ever-changing rules and regulation, the financing of care and different factors from the environment are important factors that influence the way small scale housing for the elderly suffering from dementia is given shape to. Personal convictions of founders and managers of small scale projects is the most important factor because it influences the way of dealing with the rules en regulation and the environmental factors. This results in the situation that no project of small scale housing is similar to another.

Small scale housing and small scale caring for people suffering from dementia have a lot of different appearances. There are for example communes of 5 residents living in a house in a residential area; and there are communes of 11 residents living on a ward in a large nursing home. There is no consensus in what a small scale house should look like.

Survey of the literature and the results of the preliminary investigation made clear that the different appearances in small scale housing lead to different levels of small scale.

The leading question in the secondary investigation was: *Which similarities and differences exist between the care in a project of small scale housing for people suffering from dementia and the small scale care given in a psychogeriatric ward of a modern nursing home?*

By performing a participant observation both in a small scale house and in a nursing home with small scale care, the leading question was answered.

The secondary investigation made clear that there the different factors influencing the level of small scale can be divided in three main factors:

- The core values of the small scale, which take form through the decoration of the physical living surroundings;
  - domesticity, safe and familiar surrounding
  - recognition
  - clear organisation
  - one's own world of experience
  - imitate a normal situation
  - optimal privacy for the commune
- The character of the care;
  - Small scale care is integral care led by demand
- The employee's attitude;
  - Small scale care needs an employee that has an integral, demand led, person or relation led attitude

The secondary investigation made clear that the employee's attitude is the decisive factor. The character of the care and the decoration of the physical living surroundings are preconditions. The more the preconditions meet the needs of small scale, the easier it gets for the employees to fill in the small scale in the care. However, if both the physical living surroundings and character of the care are perfectly small scale, but the employee doesn't fill in the small scale, you cannot speak of small scale care.

It doesn't make a lot of difference if a commune is living in a large scale institution or in a small scale house. If the home meets the core values of the small scale and the care is integral and led by demand, the most important factor is the employee's attitude.

# Inhoudsopgave

	Pagina
<b>Voorwoord</b>	3
<b>Samenvatting</b>	4
<b>Summary</b>	6
<b>Inhoudsopgave</b>	8
<b>1 Inleiding</b>	11
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	11
1.2 Vraagstelling van het vervolgonderzoek	13
1.3 Leeswijzer	15
<b>2 Zorgverlening voor mensen met dementie</b>	17
2.1 Dementie	17
2.2 Zorgverlening voor mensen met dementie	18
2.2.1 Zorgverlening door de jaren heen	18
2.2.2 Huidige verpleeghuiszorg voor mensen met dementie	19
2.2.3 Kleinschalige zorg voor mensen met dementie	20
2.3 De verpleeghuizen worden kleinschaliger	21
2.4 Kleinschaligheid in andere sectoren van de gezondheidszorg	22
2.5 Kleinschalig wonen in de landen om ons heen	22
<b>3 Kleinschaligheid</b>	24
3.1 Het ontstaan van kleinschaligheid	24
3.1.1 Warme zorg	24
3.1.2 De kenmerken van kleinschaligheid	25
3.2 Wat is kleinschaligheid?	26
3.2.1 De kleinschalige woon- en leefomgeving	26
3.2.2 De aard van de kleinschalige zorg	29
3.2.3 De kleinschalig medewerker	30
3.3 Verschillende verschijningsvormen van kleinschaligheid	31
<b>4 Het vooronderzoek</b>	34
4.1 Vraagstelling	34
4.2 Methoden	34
4.3 De kenmerken van kleinschaligheid	37
4.3.1 Zijn alle kenmerken onderscheidend?	38
4.3.2 Ontbreken er kenmerken?	42



4.3.3	Wegen alle kenmerken even zwaar?	43
4.3.4	Conclusie	43
4.4	De projecten nogmaals bekeken	44
4.5	Factoren die een rol spelen bij het ontwerp en de inrichting van kleinschalig wonen voor mensen met dementie	45
4.5.1	Leeftijd en motivatie	45
4.5.2	Beïnvloedende factoren	47
4.5.3	Conclusie	48
4.6	Conclusie	48
4.6.1	Factoren die de vormgeving beïnvloeden	49
4.6.2	Elementen van de vormgeving van het kleinschalig wonen	49
<b>5</b>	<b>Conceptueel model</b>	<b>51</b>
5.1	Veronderstelling	53
<b>6</b>	<b>Onderzoeksmethodologie</b>	<b>54</b>
6.1	Type onderzoek	54
6.2	Selectie van de onderzoekseenheden	54
6.2.1	De cases van het vervolgonderzoek	55
6.2.2	De woongroepen	57
6.3	Generaliseerbaarheid	58
6.4	Participerende observatie	58
6.5	Observatieperiode	59
6.6	Procedure van de dataverzameling	60
6.7	De analyse	60
6.8	Membercheck	62
<b>7</b>	<b>De zorgverlening in de onderzochte projecten</b>	<b>63</b>
7.1	Kernwaarden van kleinschaligheid geanalyseerd	70
7.1.1	Huiselijkheid, Veilige en vertrouwde omgeving	70
7.1.2	Herkenbaarheid	71
7.1.3	Overzichtelijkheid	72
7.1.4	Een eigen ervaringswereld	73
7.1.5	Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen	74
7.1.6	Optimale privacy van de woongroep	75
7.2	Conclusie	76
<b>8</b>	<b>De aard van de zorgverlening</b>	<b>78</b>
8.1	Taakgerichte versus Integrale zorgverlening	78
8.2	Aanbodgestuurde versus Vraaggestuurde zorgverlening	79
8.3	Conclusie	80

<b>9</b>	<b>De attitude van de medewerkers</b>	81
9.1	Afstandelijke, taakgerichte, relatiegerichte en persoonsgerichte attitude	81
9.1.1	Afstandelijke attitude	81
9.1.2	Taakgerichte attitude	82
9.1.3	Relatiegerichte attitude	82
9.1.4	Persoonsgerichte attitude	83
9.1.5	Overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen	83
9.2	Vraaggestuurde en integrale attitude	84
9.2.1	Vraaggestuurde attitude	84
9.2.2	Integrale attitude	85
9.2.3	Overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen	86
9.3	Conclusie	87
<b>10</b>	<b>Discussie</b>	88
10.1	Reflectie op de resultaten	88
10.2	Reflectie op de methoden	90
<b>11</b>	<b>Conclusie</b>	92
11.1	Het conceptueel model verbeterd	92
11.2	De veronderstelling geanalyseerd	94
11.3	Beantwoording van de onderzoeksvraag	94
11.4	Implicaties voor de praktijk	96
	<b>Literatuurlijst</b>	98
<b>Bijlage 1</b>	<b>De geselecteerde projecten van het vooronderzoek</b>	103
<b>Bijlage 2</b>	<b>Topic lijst interviews vooronderzoek</b>	104
<b>Bijlage 3</b>	<b>Het observatieschema</b>	105
<b>Bijlage 4</b>	<b>Lijst met codes</b>	106

# 1 Inleiding

Dit afstudeerverslag is onderdeel van een gezamenlijk afstudeerproject over verschillende aspecten van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Dit verslag gaat over kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie. Het beschrijft de resultaten van een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen tussen zorgverlening in een project van kleinschalig wonen en kleinschalige zorgverlening in de grootschalige setting van een modern intramuraal verpleeghuis.

Het onderzoek is uitgevoerd als afstudeerproject van de studie Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Opdrachtgever van het onderzoek is de Kenniskring Transitie in Zorg. De Kenniskring is opgezet door het cluster Verpleegkunde van de Hogeschool Rotterdam met als doel methodieken te ontwikkelen om de zorgverlening zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoeften van patiënten die een transitie doormaken. Eén van de doelgroepen van de Kenniskring is ouderen met dementie. Mensen met dementie moeten zich telkens opnieuw aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte en raken meer en meer aangewezen op hulp. Eén van de vragen vanuit de Kenniskring is: Welke alternatieven voor verpleeghuiszorg zijn er te bedenken voor mensen met dementie? (De Lange & van Staa 2003). Het kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt beschouwd als een alternatief voor verpleeghuiszorg.

## 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

In Nederland neemt het aantal ouderen toe, zowel absoluut als relatief. Ouderen worden bovendien steeds ouder. Deze dubbele vergrijzing betekent een forse toename van het aantal mensen met dementie. Van de nu al tenminste 180.000 mensen met dementie groeien we naar verwachting naar 412.000 mensen met dementie in 2050. Proportioneel neemt het aantal mensen met dementie toe van 1 op de 93 nu naar 1 op de 44 in 2050. Dat is ruim meer dan een verdubbeling (Gezondheidsraad 2002).

Dementie is een ernstige aandoening. Het staat nu al op de vierde plaats in de lijst met de tien ziekten en aandoeningen met het hoogste verlies aan DALY's<sup>1</sup> (RIVM/SCP 2004).

Uitbreiding van de bestaande capaciteit van zorg voor mensen met dementie is nodig om de vraag die op ons afkomt het hoofd te bieden. De uitbreiding van de capaciteit van zorg voor mensen met dementie wordt niet alleen gezocht in de traditionele verpleeghuiszorg. Er is een groeiende ontwikkeling naar meer extramurale zorg en kleinschalige zorg (Arcare 2004).

---

<sup>1</sup> Een DALY, Disability Adjusted Life Year, is een gezondheidsmaat die sterfte, verloren levensjaren, de mate van vóórkomen van de verschillende ziekten en de ernst van die ziekten combineert. Hiermee worden ziekten vergelijkbaar wat betreft hun impact op sterfte en ziektelast (Arcare 2004).

Er is de afgelopen tijd veel kritiek geweest op de huidige verpleeghuiszorg. Tegelijk zijn er initiatieven in het land om de verpleeghuiszorg op een andere dan de traditionele manier vorm te geven, bijvoorbeeld het kleinschalig wonen. Er zijn veel initiatieven van kleinschaligheid, maar het ontbreekt nog aan systematische vergelijking en evaluatie; wat is de kern van de kleinschaligheid? wat zijn noodzakelijke elementen?

Het onderwerp kleinschalig wonen voor mensen met dementie raakt aan vele kanten van de gezondheidszorg en past daarom perfect binnen het multidisciplinaire karakter van de opleiding *Beleid en Management van de Gezondheidszorg*:

- **Politiek:** De verpleeghuiszorg staat hoog op de politieke agenda. De overheid neemt diverse maatregelen om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg op een hoger plan te tillen.
- **Sociaal-medisch:** In de zorgverlening voor mensen met dementie is de afgelopen jaren langzaam maar zeker een verschuiving te zien van het medische (zorg)model naar een sociaal (wonen)model. De traditionele verpleeghuiszorg is een vooral 'klinische' setting waarin de 'kwaliteit van zorg' centraal staat. Sinds een aantal jaren is binnen de verpleeghuiszorg een omslag ingezet naar 'kwaliteit van leven' in meer kleinschalige, huiselijke, veilige en herkenbare (zorg)settings voor mensen met dementie (Arcares 2004, Stoelinga en Talma 2004).
- **Beleid en organisatie:** Er bestaat geen consensus over hoe een kleinschalige woonvorm eruit dient te zien. Bij het ontwerpen van kleinschalige woonvormen worden veel aannames gedaan. Er bestaat daarom een grote diversiteit in de organisatie en de inrichting van de bestaande projecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Geen enkel project van kleinschalig wonen is gelijk aan een ander (Aedes arcares 2003, Fahrenfort & Reuchlin 2002, Fahrenfort 2003, Krijger 2002, Nouws 2001, 2003, Stichting Wonen met Dementie 2003, Taam e.a. 2004). Organisaties die kleinschaligheid willen realiseren moeten vele keuzes maken. Niet alleen over de vormgeving en inrichting van de woonvoorziening moeten beslissingen worden genomen, ook over de organisatie en financiering ervan. Blijven ze intramuraal of gaan ze extramuraal? Kiezen ze voor uitsluitend kleinschalige bouw of willen ze kleinschalige zorg in een grootschalige setting? Dit zijn keuzes met langdurige en vergaande consequenties.

Naast deeltijdstudent BMG, is mede-onderzoeker Peter van der Wel directeur van een verpleeghuis in Sommelsdijk. In zijn functie als directeur ziet hij zich gesteld voor de opdracht zijn intramurale verpleeghuis te verbouwen om het mogelijk te maken kleinschalige zorg te verlenen aan de bewoners met dementie.

Deze opdracht sluit aan op de vraag vanuit de Kenniskring en samen hebben zij de directe aanleiding gevormd tot het doen van het onderzoek naar de verschillende aspecten van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

## 1.2 Vraagstelling van het onderzoek

Het totale afstudeerproject bestaat uit een gezamenlijk uitgevoerd vooronderzoek en twee individueel uitgevoerde vervolgonderzoeken.

### Het vooronderzoek

Het vooronderzoek is uitgevoerd om een beeld te krijgen van hoe het kleinschalig wonen er in de praktijk uit ziet, hoe het wordt vormgegeven en welke factoren invloed hebben op de vormgeving. Doelstelling van het vooronderzoek was inzicht verwerven in de diversiteit die bestaat in de organisatie en vormgeving van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Het vertrekpunt van het vooronderzoek was een overzicht van kenmerken van kleinschaligheid, zoals geformuleerd door het Trimbos-instituut (hier wordt nader op ingegaan in hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.2).

De vraagstelling van het vooronderzoek luidde:

*“Komen de kenmerken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, zoals geformuleerd door het Trimbos-instituut, overeen met de praktijk en welke factoren beïnvloeden de wijze waarop het kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt vormgegeven in de praktijk?”*

De uitvoering en verslaglegging van het vooronderzoek is een gezamenlijk project geweest.

### Het vervolgonderzoek

De beide vervolgonderzoeken gaan dieper in op specifieke aspecten van de kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie. De uitvoering en verslaglegging van de vervolgonderzoeken zijn individueel uitgevoerd.

Het vervolgonderzoek van Peter van der Wel behandelt de vraag wat de toekomst is van kleinschalige woonvoorzieningen en het verpleeghuis. Dat onderzoek heeft als doel te komen tot een toekomstschets over de aard en invulling van de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

In dit vervolgonderzoek ga ik dieper in op de vraag welke verschillen en overeenkomsten er bestaan tussen twee specifieke typen van kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie. Ik kijk daarbij naar een kleinschalige woonvorm en een afdeling binnen een grootschalig intramuraal verpleeghuis waar men kleinschalige zorg levert.

Er bestaan in Nederland op dit moment minstens 50 projecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie (Aedes Arcades 2003). Er zijn grote verschillen in organisatie en inrichting van de verschillende projecten. Enerzijds zijn er managers die hun verpleeghuis omvormen tot kleinschalige woningen. Anderzijds zijn er managers die het verpleeghuis verbouwen tot een modern verpleeghuis dat kleinschalige zorg levert.

Er bestaat geen wetenschappelijk onderzoek naar de vraag of binnen de verschillende vormen van kleinschaligheid ook verschillende wijzen van zorgverlening worden toegepast.

Aangenomen wordt dat binnen het kleinschalig wonen altijd kleinschalige zorg wordt verleend. Het verlenen van kleinschalige zorg hoeft echter niet voorbehouden te zijn aan kleinschalige woonvormen, maar zou ook in grootschaliger woonvormen kunnen worden verleend.

Dit vervolgonderzoek heeft als doel antwoord te geven op de vraag of moderne grootschalige verpleeghuizen kleinschalige zorg kunnen verlenen die vergelijkbaar is met de zorg die wordt verleend in kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met dementie.

De vraagstelling van dit vervolgonderzoek luidt:

*Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er tussen de zorgverlening in een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en kleinschalige zorgverlening op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis?*

Een viertal deelvragen zijn geformuleerd:

1. Hoe ziet het kleinschalig wonen voor mensen met dementie eruit in de theorie?
2. Hoe ziet het kleinschalig wonen voor mensen met dementie eruit in de praktijk?
3. Welke aspecten van kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie worden onderscheiden in de literatuur?
4. Welke invloed heeft de woonomgeving op de zorgverlening in de dagelijkse praktijk in een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis?

De eerste deelvraag wordt beantwoord door een verkenning van de literatuur over het kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

Deelvraag twee wordt beantwoord door het vooronderzoek in het veld van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

Bij de derde deelvraag gaat het niet om de fysieke vormgeving van de kleinschalige woonvoorziening, maar om de zorg die er wordt verleend; wat zijn de specifieke aspecten die de zorgverlening kleinschalig maken? Deelvraag drie wordt beantwoord door een verkenning van de literatuur over zorgverlening voor mensen met dementie.

De vierde en laatste deelvraag gaat ook over de zorg die wordt verleend in een kleinschalige woonvoorziening. Nu niet zoals beschreven in de literatuur, maar de werkelijke praktijk. Deelvraag vier wordt beantwoord door een onderzoek in het veld van de kleinschalige zorgverlening voor mensen met dementie. Door een participerende observatie binnen een kleinschalige woning voor mensen met dementie en op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis, is gericht gezocht naar overeenkomsten en verschillen in de zorgverlening.

### 1.3 Leeswijzer

Het eerste hoofdstuk is de inleiding, waarin de aanleiding van het onderzoek, de vraagstelling en de deelvragen staan beschreven.

In het tweede en derde hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van de verkenning van de literatuur.

Hoofdstuk 2 beschrijft wat dementie is, hoe de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is ingericht door de jaren heen en welke plek kleinschaligheid inneemt.

Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens meer specifiek de kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie.

Hoofdstuk vier beschrijft de methoden en resultaten van het vooronderzoek, dat is uitgevoerd als onderdeel van het totale afstudeeronderzoek. Dit hoofdstuk is hetzelfde als hoofdstuk 4 in het rapport van Peter van der Wel en kan dus eventueel worden overgeslagen wanneer dat rapport al is gelezen.

Vanuit de resultaten van literatuurverkenning (H2 en H3) en de resultaten van het vooronderzoek (H4) is het conceptueel model ontstaan. Het conceptueel model is beschreven in hoofdstuk 5. In het conceptueel model staan de factoren beschreven die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid.

In het zesde hoofdstuk wordt de methodologie van het vervolgonderzoekonderzoek uiteengezet.

De resultaten van het vervolgonderzoek staan beschreven in de hoofdstukken 7, 8 en 9. In drie hoofdstukken wordt antwoord gegeven op de vraag hoe de zorgverlening eruit ziet in de dagelijkse praktijk in een project van kleinschalig wonen en op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis.

Hoofdstuk 7 beschrijft de invloed van de fysieke woonomgeving op de invulling van de kernwaarden van kleinschaligheid. Per kernwaarde worden de verschillen en overeenkomsten tussen de beide onderzochte projecten weergegeven.

Hoofdstuk 8 beschrijft de overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen wat betreft de aard van de zorgverlening; taakgericht versus integrale zorg en aanbodgestuurde versus vraaggestuurde zorg.

Hoofdstuk 9 beschrijft de overeenkomsten en verschillen in attitude van de medewerkers in de beide onderzochte woongroepen.

Samen vormen de drie hoofdstukken de resultaten van het vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 10 sluit de resultaten van het vervolgonderzoek af met de discussie. In dit hoofdstuk worden zowel de methoden en technieken als de resultaten en conclusies van het onderzoek kritisch besproken.

Het verslag wordt afgesloten met hoofdstuk 11, de conclusie. In dit hoofdstuk wordt teruggekomen op het eerder geformuleerde conceptuele model en de veronderstelling die daaruit voortgekomen is. Ook wordt antwoord gegeven op de vraagstelling van het onderzoek. Het hoofdstuk eindigt met de implicaties van het gedane onderzoek voor de praktijk.



## 2 Zorgverlening voor mensen met dementie

De komende twee hoofdstukken geven een beschrijving van de verkenning van de literatuur over de zorgverlening voor mensen met dementie. Dit hoofdstuk beschrijft wat dementie is, hoe de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie is ingericht door de jaren heen en welke plek kleinschaligheid inneemt.

Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens meer specifiek het begrip kleinschaligheid zelf.

### 2.1 Dementie

Dementie is een complex van symptomen. De DSM-IV hanteert als kerncriterium ‘de ontwikkeling van multiplele cognitieve stoornissen’. Het gaat om geheugenstoornissen in combinatie met één of meer specifieke cognitieve stoornissen. De geheugenstoornissen kenmerken zich door een verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren. De specifieke cognitieve stoornissen zijn: zich niet goed meer kunnen uitdrukken in woord of schrift en/of gesproken of geschreven taal niet goed meer begrijpen, geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren, geen objecten meer kunnen herkennen en stoornissen in uitvoerende functies: niet meer kunnen abstraheren, logische gevolgtrekkingen maken, organiseren, plannen maken, doelgericht handelen (RIVM 2004).

Dementie is een chronisch, progressief ontwrichtend proces. Het aantal klachten bij dementie neemt in de loop van het ziekteproces toe, evenals de ernst ervan. Aanvulling, ondersteuning en overname vanuit de omgeving is toenemend nodig (Arcare 2004). In de DSM-IV worden drie stadia van dementie onderscheiden (RIVM 2004):

- \* eerste stadium (lichte dementie): perioden van apathie, soms afgewisseld met perioden van geprikkeldheid. Werk en sociale activiteiten zijn belemmerd. Persoonlijke hygiëne en de oordeelsvorming zijn voldoende om zelfstandig te kunnen blijven wonen;
- \* tweede stadium (matige dementie): stoornissen van verschillende functies (geheugen, besef van tijd en plaats, praktische en intellectuele vaardigheden, taal en gedrag). Zelfstandig wonen wordt riskant. Toezicht is noodzakelijk;
- \* derde stadium (ernstige dementie): de patiënt kan dagelijkse bezigheden zoals minimale persoonlijke hygiëne niet meer uitvoeren. De patiënt is volledig hulpbehoevend en herkent vaak zijn familie en omgeving niet meer.

Tijdens het proces van dementeren gaat de feitelijke en volgordelijke werkelijkheid (de dag, de datum, het weer, het seizoen, de namen van mensen, van dingen) verloren, maar blijft de gevoelsmatige en associatieve werkelijkheid (persoonlijke gevoelens, gedachten, herinneringen, aspiraties, frustraties, fantasieën) nog lang bestaan. De tijd speelt geen rol als ordenend of onderscheidend principe, gevoelens bepalen de connecties. Heden en verleden

vermengen zich op alle mogelijke manieren met elkaar tot een nieuwe realiteit. En daarbij doet het er niet toe wat waar is en wat niet. Aan 'waarheid' ligt geen overeenkomst, geen afspraak meer ten grondslag (Van der Kooij 2002).

Angst en boosheid over de ziekte zijn veel voorkomende ervaringen bij mensen met dementie. Ook paniek wanneer men de weg niet meer weet en frustratie over dagelijkse dingen die niet meer lukken zijn terugkerende ervaringen. Dementie kan mede hierdoor gepaard gaan met een ontregeling van emotie en gedrag; persoonlijkheidsveranderingen, episodes van angst, achterdochtigheid, neerslachtigheid, boosheid, rusteloosheid of lusteloosheid. Ook zwerfgedrag en verstoringen van het waakslaapritme komen voor (Gezondheidsraad 2002).

Leeftijd is de belangrijkste 'risicofactor' voor dementie. Van alle 65 jarigen heeft circa 1% dementie. Boven de 80 jaar heeft meer dan 20% dementie en bij de 90 jarigen is dit al 40% (Gezondheidsraad 2002).

Dementie zelf is niet te behandelen. De behandeling van dementie is tot nu toe vooral gericht op de nevensymptomen als wanen, depressieve stemming en gedragsstoornissen.

Interventiemogelijkheden bij mensen met dementie zijn erop gericht symptomen te verlichten en aanpassing aan en omgang met de ziekte te vergemakkelijken (RIVM 2004).

De interventies in de zorgverlening voor mensen met dementie zijn gericht op (Gezondheidsraad 2002):

- benutting van de functionele mogelijkheden en compensatie van beperkingen
- behoud van autonomie, eigenheid en waardigheid
- beperking van de gevolgen van bijkomende somatische aandoeningen, gedragsontregelingen en psychiatrische verschijnselen
- versterking van de communicatiemogelijkheden en behoud van sociaal contact
- versterking van een gevoel van veiligheid
- benutting van de mogelijkheden om te genieten
- acceptatie van de ziekte en steun bij het zoeken naar manieren om ermee om te gaan

## **2.2 Zorgverlening voor mensen met dementie**

### **2.2.1 Zorgverlening door de jaren heen**

In de zorg voor mensen met dementie is in de afgelopen decennia veel veranderd. Gedurende het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw overheerste de opvatting dat dementie synoniem was met verval, aftakeling, ontluistering, isolement.

Dit sloeg in de jaren zestig om. De introductie van nieuwe psychofarmaca leidde tot therapeutisch optimisme en tot grote resocialisatieprogramma's waarin ook mensen met dementie werden betrokken. Psychiaters en psychologen meenden dat dementie zo al niet behandelbaar, dan toch tenminste beïnvloedbaar was, en meldden positieve resultaten. Het trainen van denkvermogen en geheugenfunctie, zowel individueel als in groepsverband, de

zogenoemde realiteitsoriëntatietraining, zou ongebruikte hersencellen en zenuwbanen activeren (Van der Kooij 2002).

Begin jaren tachtig van de vorige eeuw kwam er kritiek op deze benadering. Men raakte geïnteresseerd in achtergronden van het gedrag van mensen met dementie en in de beleving van de mensen. Er werd benadrukt dat mensen met dementie heel gevoelig waren voor invloeden uit hun omgeving. Mensen met dementie hadden behoefte aan een warme, liefdevolle leefsituatie, aan communicatie, nabijheid en contact, en aan een op hun persoonlijkheid toegesneden omgang. Aansluitend hieraan ontstonden nieuwe vormen van zorg, die samen te vatten zijn onder de noemer 'belevingsgerichte zorg' (Van der Kooij 2002, De Lange 2004).

Tussen 1985 en 1995 is een stroom van belevingsgerichte benaderingswijzen op gang gekomen: sociotherapeutische realiteitsoriëntatie, warme zorg, validation, passiviteiten van het dagelijks leven, psychomotorische therapie, snoezelen, aromatherapie, therapeutic touch en reminiscentie. Allerlei methoden en modellen die allen één ding gemeen hebben: de intentie om positieve invloed uit te oefenen op het welbevinden van mensen met dementie. Kenmerkend voor een belevingsgerichte benadering is de bereidheid aansluiting te zoeken bij de beleving van de individuele dementerende (Kruyver & Kerkstra 1996, Van der Kooij 2002, De Lange 2004).

De benaderingen werden aanvankelijk strikt gescheiden toegepast in de Nederlandse verpleeghuispraktijk (Kruyver & Kerkstra, 1996). Men specialiseerde zich in snoezelen of in warme zorg, in reminiscentie of in de validationbenadering. Niet elke aanpak bleek echter geschikt voor iedereen. De behoefte ontstond om elementen uit de ene benadering te combineren met elementen uit de andere. In Nederland ontwikkelde Van der Kooij daarom geïntegreerde belevingsgerichte zorg: "het op de individuele dementerende verpleeghuisbewoner afgestemde geïntegreerde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, rekening houdend met zijn gevoelens, behoeften en lichamelijke en psychische beperkingen, met het doel dat de bewoner zo veel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en de verpleeghuisopname dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden." (Van der Kooij 2002:24). Toepassing van geïntegreerde belevingsgerichte zorg lijkt een belangrijke stap vooruit in het verlenen van kwaliteitszorg: zorg die niet alleen voldoet aan wettelijke eisen en professionele kaders, maar bovendien aansluit bij de mogelijkheden en de behoeften van mensen met dementie (Dröes et al 2002).

### 2.2.2 Huidige verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Ondanks alle ontwikkelingen naar belevingsgerichte benaderingen, is de basis voor het handelen van de huidige verpleeghuiszorg in Nederland nog steeds CSLM; de zorg is Continu, Systematisch, Langdurig en Multidisciplinair. Het gaat hier om een sterk taak- en aanbodgericht model, waarbij gehecht wordt aan het werken met standaarden, protocollen en methodieken. De zorg staat centraal. De overige taken zijn verdeeld over verschillende functies. Het dagritme ligt vast en wordt vooral bepaald door de keuzen van de instelling en de activiteiten verlopen volgens een vast programma (Den Hollander 2001, Ettema 2001).

Deze traditionele verpleeghuiszorg is de afgelopen jaren regelmatig negatief in de media geweest. Er worden daarbij veel kanttekeningen geplaatst bij de kwaliteit van leven in het verpleeghuis en de kwaliteit van de zorgverlening. Een belangrijk kritiekpunt is bijvoorbeeld dat door de bijna exclusieve aandacht voor de zorgcomponent de factoren Wonen en Welzijn vaak onderbelicht worden (Kennedie 2005). Uit een onderzoek van de Stichting Cliënt en Kwaliteit (2002) onder bewoners van verpleeghuizen en hun contactpersonen blijkt een veel gehoord punt van kritiek dat men het vervelend vindt zich te moeten aanpassen aan het ritme van de instelling, bijvoorbeeld als het gaat om het tijdstip van verzorging of schoonmaak. Bewoners geven bovendien aan weinig invloed te hebben op de inhoud van de te verlenen zorg. Ook laat de privacy in verpleeghuizen te wensen over. Bewoners moeten vaak de woon- of slaapkamer delen met andere bewoners en hebben weinig mogelijkheid om zich terug te trekken, alleen of met bezoek. Bovenal voelen mensen zich niet thuis in het verpleeghuis.

Het is duidelijk dat de traditionele inrichting van de verpleeghuiszorg niet meer overeenstemt met zowel de veranderende benaderingen van zorgverlening als de wensen van de zorgvragers. Ook vanuit de politiek komen signalen dat de traditionele verpleeghuiszorg op een andere wijze ingericht zal moeten worden: “Bij langdurige zorg moet de zorg ondersteunend zijn aan het normale leven van de cliënt. In het verpleeghuis woont de cliënt. Hij is thuis. Hij is geen gast, maar gastheer. Hij doet zoveel mogelijk wat en wanneer hij wil. Het belangrijkste in de zorg is de bejegening door de hulpverleners. Een vriendelijke en liefdevolle bejegening en oprechte aandacht voor de cliënt en zijn omgeving zijn de basis voor een goede zorgverlening. Werken in de zorg is zwaar maar ook erg waardevol. De benodigde vakkennis om in de zorg te werken wordt onderschat. In sommige verpleeghuizen is een attitudewijziging nodig. Het moet niet langer alleen gaan om een medische maar ook om een menselijke benadering. Een ja- in plaats van een nee-cultuur, ‘ondersteuning waar nodig’ in plaats van ‘handen aan het bed’ en kwaliteit van leven in plaats van kwaliteit van zorg.” (CDA 2005).

Eén van de reacties op het traditionele model is de kleinschalige zorg voor mensen met dementie.

### 2.2.3 Kleinschalige zorg voor mensen met dementie

In Nederland is de eerste kleinschalige woning voor mensen met dementie ontstaan in 1986. Eind 2003 bestonden er 57 projecten met in totaal 1346 plaatsen. Het kleinschalig wonen zit met name de laatste jaren in de lift. Het overgrote deel van de projecten is in de afgelopen 5 jaar ontstaan. Eind 2007 zullen er naar verwachting in Nederland 103 projecten zijn voor 2837 bewoners. In Nederland verbleven in 2003 ruim 33.000 mensen met dementie in een verpleeghuis. Hoewel steeds meer zorgaanbieders overtuigd zijn van de kwaliteiten van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie, groeit het kleinschalig wonen niet ten opzichte van de groei van de traditionele verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. 15% van de groei in 2002 betrof kleinschalige projecten, de overige 85% betrof grootschalig georganiseerde plaatsen (Wijnties 2003).

Kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie heeft zijn oorsprong in de belevingsgerichte benadering van de warme zorg (Kruyver & Kerkstra 1996, De Lange 2004, Nouws 2003). Het is ontstaan uit onvrede met bestaande voorzieningen en patronen en vormt voor een belangrijk deel een reactie op het traditionele aanbod. Kleinschaligheid is onder andere een reactie op het medische model zoals dat gehanteerd wordt in het traditionele verpleeghuis. Uitgangspunt in dat model is het genezen van de patiënt. Kleinschaligheid legt het accent veel meer op de kwaliteit van leven (Nouws 2003). Kleinschaligheid is ook een reactie op het sterk gereguleerde aanbodmodel in de zorg zoals wij dat in Nederland kennen. Tegenover dit aanbodmodel heeft kleinschalig wonen meer oog voor de zorgvrager. Een belangrijk onderdeel van de kleinschaligheid is vraaggerichtheid. Niet alleen met betrekking tot de woonomgeving; eigen meubels, maar ook met betrekking tot de zorgverlening; opstaan, naar bed gaan en naar het toilet gaan wanneer de bewoner zelf wil, zelf invulling geven aan de dag.

Het fundament van kleinschaligheid ligt in het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan mensen met dementie in de laatste jaren van hun leven. Als mensen een deel van hun gezondheid, vertrouwde routines en referentiepunten kwijt raken, verliezen ze houvast. Die onzekerheid maakt mensen kwetsbaar en veroorzaakt stress. Mensen met dementie hebben voortdurend te maken met dergelijke transitie die hun leven ontwrichten en om aanpassing vragen (De Lange & van Staa 2003). Daarom hebben juist deze mensen behoefte aan herkenning, vertrouwen en steun. Kleinschaligheid in de zorg voor mensen met dementie vergroot de overzichtelijkheid, bevordert de rust en maakt dat zorg op maat geboden kan worden, elementen die voor mensen met dementie van belang zijn om controle te houden op hun omgeving (Gezondheidsraad 2002).

### **2.3 De verpleeghuizen worden kleinschaliger**

De fysieke woonomgeving in het verpleeghuis is de afgelopen jaren ten gevolge van veranderende regelgeving aan verandering onderhevig geweest. De afgelopen drie decennia was het gewoon dat bewoners in een verpleeghuis met vier of zelfs zes personen op een slaapkamer verbleven. Een verpleeghuis had meestal vier tot zes afdelingen en huiskamers met een groepsgrootte van tien tot soms wel twintig plaatsen. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) hanteerde lange tijd een maatstaf van 30 bewoners op één afdeling. De verpleeghuissector transformeert langzaam van dergelijke grote instituten met verpleegafdelingen naar meer kleinschalige woonzorgvoorzieningen. Langzaam maar zeker maakt de traditionele verpleeghuiszorg plaats voor kleinschaligheid in wonen en zorg. Tegenwoordig zijn in alle verpleeghuizen één- en tweepersoonskamers de norm. Moderne verpleeghuizen richten daarnaast ook hun zorg kleinschalig in.

Grote instellingen zullen in de toekomst steeds meer kleinschalig gaan werken in bouw en opzet van de zorgorganisatie, dit proces is al in gang gezet. Het CBZ roept managers met nieuwbouw plannen op zoveel mogelijk rekening te houden met de kleinschalige zorgorganisatie. En ook de recente wijziging in de AWBZ maakt meer mogelijk door de

scheiding van wonen en zorg in de regelgeving (Arcares 2002, Fahrenfort 2003). In de visie van Arcares verdwijnen de verpleeghuizen zoals we die nu kennen zelfs volledig. Het grootste gedeelte van de zorg die nu in verpleeghuizen wordt verleend zal dan verhuizen naar lokale kleinschalige woonprojecten. Voor de groep mensen die meer complexe verzorging en verpleging nodig hebben zal een geriatrisch expertisecentrum moeten bestaan (Arcares november 2002).

## **2.4 Kleinschaligheid in andere sectoren van de gezondheidszorg**

Het omvormen van grootschalige instellingen tot kleinschalige woonvoorzieningen past binnen de trend van vermaatschappelijking en deinstitutionalisering die zich de afgelopen twee decennia in een groot deel van de Nederlandse gezondheidszorg heeft ontwikkeld.

Het idee van het omvormen van capaciteit in grootschalige instellingen tot kleinschalige woonvormen in wijken en dorpen is vanaf de jaren negentig op grote schaal toegepast in de verstandelijk gehandicaptensector. De trend naar de community care hing samen met het emancipatie streven van gehandicapten; het feit dat iemand zorg nodig heeft, mag niet met zich meebrengen dat iemand buiten de samenleving komt te staan. De experimenten met het Persoonsgebonden Budget hebben bijgedragen aan de groei van initiatieven door gehandicapten zelf of door hun ouders (Aedes Arcares 2003).

Toch blijft ook het wonen op het vertrouwde instellingsterrein voor een aantal cliënten aantrekkelijk. In de gehandicaptenzorg zijn het vooral de ouders die nogal eens aarzeling hebben om hun kind middenin de samenleving te laten wonen. Die vinden zij te bedreigend. Op het instellingsterrein zou de cliënt meer vrijheid hebben om te gaan en te staan waar hij wil (Krijger 2003).

In de lichamelijke gehandicaptensector zijn vanuit het idee 'gehandicapten moeten gewoon kunnen wonen maar wel een beroep kunnen doen op de assistentie die ze nodig hebben' de Fokusprojecten ontwikkeld. Een Fokusproject bestaat uit 12 tot 15 woningen gecombineerd met een ADL-post. Vanuit de ADL-post is 24 uur per dag op afroep assistentie beschikbaar (ibid.).

Voor somatische cliënten in het verpleeghuis zijn tot nog toe weinig speciale woonprojecten ontwikkeld. Wel wordt steeds meer verpleeghuiszorg buiten de muren van de instelling geleverd (ibid.).

## **2.5 Kleinschalig wonen in de landen om ons heen**

De Scandinavische landen, met name Zweden en Denemarken, hebben een lange geschiedenis wat betreft kleinschalige zorg voor mensen met dementie. Van ongeveer 1993 tot 2000 is er een netwerk van Kleinschalig woonvormen, de Salmon Group, actief geweest in Europa. Organisaties uit Engeland, Frankrijk, Spanje, België en Duitsland waren actief in deze groep.

In Duitsland is het kleinschalig wonen eind jaren tachtig ontstaan als initiatief van groepen verpleegkundigen die ontevreden waren over grootschalige tehuizen. Het zijn kleinschalige projecten waar de zorg veelal ambulante wordt geleverd. In Nederland kennen we dit fenomeen niet of nauwelijks. Pas in de laatste drie jaar zijn er ook projecten ontstaan als initiatief van verpleeghuizen. Hoeveel kleinschalige projecten er in Duitsland bestaan is niet duidelijk, wel is bekend dat vooral het type kleinschalige woongroepen die gesitueerd zijn binnen het verpleeghuis in ontwikkeling is. De ontwikkeling van de ambulante projecten lijkt te stagneren (Nouws 2003-II).

Zweedse kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie lijken veel op de Duitse (Singelenberg 2002). Het kleinschalig groepswonen in Zweden en Duitsland is radicaler dan in Nederland, het zet zich sterker af tegen het intramuraal model. In de Nederlandse projecten ligt meer de nadruk op de professionaliteit van de verpleging en op een professioneel en activerend aanbod van activiteiten. In Duitsland en in Zweden is men van mening dat 'gewoon wonen in een gewone straat', met alle dagelijkse sleur die daarbij hoort, heilzamer is dan activerende en professionele zorg (Singelenberg 2002).

Kleinschalige woonvormen in België zijn wat betreft vormgeving en ideologie vergelijkbaar met de projecten in Nederland. Het aantal kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie in België is echter op één hand te tellen. Belangrijkste oorzaak hiervan is de regelgeving en financiering van de zorgverlening in België, die het momenteel zeer moeilijk maken vorm te geven aan kleinschaligheid. Het kleinschalig wonen wordt momenteel niet gezien als volwaardig alternatief voor traditionele verpleeghuiszorg, maar als aanvullend op het bestaande aanbod, als schakel tussen het zelfstandig wonen en het wonen in een regulier verpleeghuis (van den Heuvel 2003).

In met name Engeland en Frankrijk zijn de kleinschalige voorzieningen niet speciaal bedoeld voor mensen met dementie, maar voor ouderen met dementie, psychosociale, lichamelijke en/of psychiatrische problemen.

Na een algemene beschrijving van de zorgverlening voor mensen met dementie en de plaats die kleinschaligheid daarbij inneemt, wordt in het volgende hoofdstuk een beschrijving gegeven van wat de literatuur zegt over het begrip kleinschaligheid zelf; wat houdt kleinschaligheid in?

### **3 Kleinschaligheid**

Omdat kleinschaligheid is ontstaan vanuit de ‘warme zorg’, vertonen de twee veel gelijkenissen. Daarom wordt allereerst een beschrijving gegeven van de ‘warme zorg’. Vervolgens worden de kernwaarden van kleinschaligheid beschreven en de aard van de kleinschalige zorg. Tot slot iets over de verschillende verschijningsvormen van kleinschaligheid.

#### **3.1 Het ontstaan van kleinschaligheid**

Bedenker van de eerste speciaal gebouwde kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie in Nederland, het Anton Pieckhofje, was de verpleeghuisarts Houweling (Kruyver & Kerkstra 1996). Een studiereis naar Engeland bracht Houweling in contact met de gehechtheidstheorie van de kinderpsychiater John Bowlby. In Nederland deed in diezelfde periode de psychogerontoloog Miessen onderzoek naar gehechtheid en dementie. Onafhankelijk van elkaar ontwikkelden Houweling en Miessen eenzelfde visie.

Houweling en Miessen ontdekten dat de gehechtheidstheorie van Bowlby aanknopingspunten biedt voor de omgang met ouderen met dementie. Bij dementie brokkelt het geheugen af waarbij het laatst geleerde het eerst verdwijnt. Op den duur leidt afbraak van het geheugen tot handelingsonbekwaamheid: de vaardigheden die aangeleerd zijn gedurende de groei naar volwassenheid gaan verloren. Dit leidt tot een situatie van afhankelijkheid, die vergelijkbaar is met de situatie van een jong kind die nog vele vaardigheden en handelingen moet aanleren. Dit verschijnsel, in combinatie met de permanente conditie van dreiging, angst en onveiligheid die dementie scheidt, zorgt ervoor dat het gehechtheidsgedrag weer geactiveerd wordt. Ten gevolge hiervan gaat de dementerende op zoek naar een veilige basis en warmte (Houweling 1987 in Kruyver & Kerkstra 1996).

Samen ontwikkelden Miessen en Houweling het concept ‘warme zorg’.

##### **3.1.1 Warme zorg**

Het doel van warme zorg is een sfeer te scheppen waarin gedesoriënteerde mensen zich veilig voelen waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen. Van belang bij warme zorg is het scheppen van een veilig en warm leefklimaat. Belangrijk voor het gevoel van geborgenheid en veiligheid is een kleinschalige setting (Houweling 1987 in Van der Kooij 2002, Nouws 2003). Met betrekking tot de inhoud van de methodiek noemt Houweling (1987 in Kruyver & Kerkstra 1996) een aantal aandachtspunten:

##### Nabijheid:

Voor de dementerende is het van belang dat de hulpverlener weinig afstand neemt en niet bang is voor lichamelijke contact, zoals een knuffel. Tevens is het van belang dat de hulpverlener mee kan gaan in de wereld van de dementerende en wezenlijke interesse toont.



#### Herkenbaarheid:

De omgeving van de dementerende dient vertrouwd en rustgevend te zijn. Om een vertrouwde sfeer te creëren zijn ziekenhuismeubels zo veel mogelijk vervangen door meubels die de bewoners van huis uit gewend zijn, zoals fauteuils, kleedjes, kastjes en vaste vloerbedekking. Ook is het van belang dat de verzorgenden geen uniform dragen maar eigen kleding. Ten slotte is het van belang dat er kleine zorgteams zijn rond een vaste groep bewoners. Menselijk contact gaat beter in een kleine groep, je hebt er veel meer tijd voor het gewone; kletsen, niks, naar de groenteboer lopen (Houweling in Nouws 2003).

#### Huiselijkheid:

Op een psychogeriatrische afdeling dient zo weinig mogelijk verboden te worden en dienen er zo weinig mogelijk regels te zijn. Dagelijks wordt er een herkenbare dagindeling gemaakt. Dat hoeft niet persé elke dag hetzelfde te zijn. Een voorbeeld is het gezamenlijk ontbijt 's ochtends in de huiskamer aan tafel, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt zijn boterhammen zelf klaar te maken. Bij deze activiteiten is het van belang dat de bewoner de ruimte krijgt om zijn eigen tempo te bepalen.

#### Vrijheid:

Voor mobiele bewoners is het van belang dat ze vrijheid ervaren door te kunnen rondlopen. Voor dit doeleinde is een loopcircuit het meest ideaal. Er dienen zo min mogelijk gesloten deuren te zijn.

#### Familie:

Familie speelt een belangrijke rol bij het contact van de patiënt met de werkelijkheid. Er is dan ook alle ruimte voor contact tussen de patiënt en familie en er zijn geen vaste bezoektijden. Voor de familie is het van belang dat er gelegenheid is om mee te helpen bij de verzorging, dat een familielid mee kan eten en als het gewenst is kan blijven slapen.

#### Attitude van de zorgverlener:

Warme zorg vereist van het team van hulpverleners een niet-medische, warme en patiëntgerichte attitude. Ook vereist deze benadering nabijheid, respect en wezenlijke interesse van de zorgverlener in iedere individuele bewoner, om de bewoner een veilig leefklimaat te kunnen bieden (Plaisier et al 1992).

### 3.1.2 De kenmerken van kleinschaligheid

Kleinschaligheid in de zorg voor mensen met dementie vertoont veel overeenkomsten met de beschrijving van de 'warme zorg'. In Nederland heeft het Trimbos-instituut middels de methode concept mapping als eerste een aanvang gemaakt met het expliciet maken van de kenmerken van kleinschalig wonen. De tien belangrijkste kenmerken die het Trimbos-instituut heeft gevonden zijn, in volgorde van belangrijkheid (Boekhorst e.a. 2003):

1. Er is sprake van een vast team medewerkers, waardoor medewerkers en bewoners elkaar goed kennen.
2. Er wordt zelf gekookt.
3. Je kunt opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer je zelf wilt.
4. Je mag er blijven wonen tot aan de dood.
5. De inrichting van de woning is van jezelf.
6. Bewoners, familie en het team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken.
7. Personeel loopt niet in uniform.
8. Er ligt een visie aan ten grondslag die uitgaat van de behoefte van mensen met dementie.
9. De zorg is georganiseerd conform een huishouden.
10. Het team is in staat een huiselijke sfeer te creëren.

## **3.2 Wat is kleinschaligheid?**

Er zijn een aantal factoren die in de literatuur over kleinschaligheid steeds terugkeren: in de eerste plaats moet op een kleinschalige manier vormgegeven worden aan de woon- en leefomgeving. Minstens even belangrijk is daarnaast de aard van de zorg. Vervolgens vraagt de kleinschalige werkomgeving een medewerker die invulling kan geven aan de kleinschalige aard van de zorg (Ettema 2001, Fahrenfort 2003, Krijger 2004, Ludwig 1997, Nouws 2003, Stoelinga & Talma 2004).

De drie elementen worden achtereenvolgens besproken.

### **3.2.1 De kleinschalige woon- en leefomgeving**

Er bestaat consensus over de kernwaarden van kleinschaligheid. Kernwaarden van kleinschaligheid zijn (Ettema 2001, Fahrenfort 2003, Krijger 2004, Ludwig 1997, Nouws 2003, Stoelinga & Talma 2004):

- huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving,
- herkenbaarheid,
- overzichtelijkheid,
- eigen ervaringswereld,
- zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen.

De woon- en leefomgeving moet op een zodanige wijze worden vormgegeven dat kan worden voldaan aan de kernwaarden van de kleinschaligheid.

#### **\* Huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving**

Bij het kleinschalig wonen probeert men het 'oerhuis', het huis waar mensen van kinds af aan een voorstelling van hebben, zo veel mogelijk te benaderen voor mensen van wie de belevingswereld steeds kleiner wordt (Stoelinga & Talma 2004).

Een aantal factoren zijn van invloed op de huiselijkheid van de woning:

- Het gebouw:  
Huiselijkheid kan men bereiken door het gebouw bouwkundig te laten lijken op een normaal huis (Nouws 2003).
- De indeling van de woning:  
Naast het gebouw is ook de indeling van de woning van belang voor de huiselijkheid; kom je een huis binnen met een woonkamer, een keuken, slaapkamers en een badkamer, of kom je een afdeling binnen met een recreatieruimte waaromheen zich slaapzalen bevinden?
- De inrichting van de woning:  
In de derde plaats is de inrichting van de woning van invloed op de huiselijkheid; Het gaat daarbij om basale dingen. In ieder huis een eigen telefoon, eigen thermostaat, eigen elektriciteitsmeter en eigen meubels, niet namaak oude meubels (Houweling in Nouws 2003). Eigen meubels zeggen iets over de betrokkene, over zijn identiteit, over zijn levensverhaal. Het herinnert een bewoner aan wie hij of zij is en het biedt daardoor een zekere vertrouwdheid, een huiselijke sfeer (Plaisier et al. 1992). Personeel respecteert dat de woning van de bewoners is en maakt er dan ook geen kantooromgeving van, waar dienstlijsten op het prikbord hangen en waar een zusterpost is om overleg tussen medewerkers te voeren (Fahrenfort 2003, Krijger 2004).

Een huiselijke, herkenbare bouw en inrichting zijn voorwaarden voor het bieden van een veilige en vertrouwde omgeving. Een woning met huiselijke meubels, herkenbare patronen en een huiselijke sfeer biedt een zekere vertrouwdheid. Het doel is de mensen met dementie het gevoel te geven 'dit is een thuis', misschien zelfs 'dit is mijn thuis'.

#### \* Herkenbaarheid

Door de woning op een herkenbare, huiselijke manier vorm te geven en in te richten wordt de bewoners herkenbare prikkels geboden. Een huiskamer met fauteuils, een salontafel en een bank nodigt uit om na het eten even op de stoel neer te ploffen. Een keuken in de woning waar de koffie vers wordt gezet, prikkelt bewoners die op de geur afkomen. En een keuken, waar de groepsbegeleider de kopjes afwast, nodigt de bewoners uit mee te helpen met de afwas.

Een huiselijke en stabiele omgeving zorgt ervoor dat mensen met dementie beter kunnen functioneren. Ook al is de woning voor de bewoners feitelijk nieuw en onbekend, door het huiselijke aspect is de inrichting herkenbaar. Mensen weten bijvoorbeeld niet in welke lade in de keuken het bestek ligt, maar zij zullen wel weten dat het bestek in één van de lades zal zitten, net zoals dit bij hun thuis het geval was (Schiff 1990 in Taam et al 2004).

Herkenning ligt niet alleen in de tastbare fysieke omgeving. Ook de manier waarop activiteiten als het eten en de koffie zijn ingericht, biedt de bewoners herkenbare, natuurlijke prikkels. Bijvoorbeeld doordat de tafel voor het ontbijt of de lunch gedekt is, pakken bewoners uit zichzelf hun boterhammen en gaan eten. Ook het koken in de woning biedt

herkenbare prikkels. Er klinkt gerinkel van potten en pannen en je ruikt dat er gekookt wordt. De gezamenlijke huishouding geeft structuur aan het dagelijks leven, bepaalt het ritme van de dag (Ludwig 1997, Plaisier et al., 1992). De activiteiten moeten daarbij wel op een huiselijke manier worden vormgegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het koken en eten van de maaltijd. Vanuit een vergelijking met de hotellerie stelt Kennedie (2005) dat het eten zelf slechts 25% van de kwaliteit van de beleving uitmaakt, de rest is ambiance en emotie. Als de ambiance, bediening, beleving en/of emotie niet in orde zijn kan dit nooit volledig door de voeding zelf worden gecompenseerd.

\* **Overzichtelijkheid**

Bij overzichtelijkheid gaat het om twee zaken: in de eerste plaats om het overzicht dat de bewoner kan houden over het geheel; waar ben ik, wie zijn de mensen om mij heen, wat gebeurt er allemaal om mij heen. In de tweede plaats is het de medewerker die overzicht moet kunnen hebben over de activiteiten van de groep bewoners.

De factor die het meest invloed heeft op de overzichtelijkheid in een woongroep is het aantal bewoners. Hoewel de meningen over de optimale groepsgrootte zijn verdeeld, zijn velen het erover eens dat een grootte van zes optimaal is voor één persoon om goed overzicht te kunnen houden over de activiteiten van de groep. Ook als bewoner heb je dan nog overzicht over het geheel. Bij acht bewoners ligt dat al anders, dan moet je zoeken naar groepsgenoten en heeft de groep minder het karakter van een huishouding maar meer iets afdelingsachtigs. Het is met name uit efficiency overwegingen dat er mensen pleiten voor acht of zelfs tien bewoners in één groep. De meerwaarde van een groep van vijf boven zes bewoners is beperkt en daarom uit efficiency overwegingen minder aanbevelenswaardig (Fahrenfort 2003, Krijger 2004, Nouws 2003, Plaisier et al 1992).

\* **Een eigen ervaringswereld**

Van belang bij een eigen ervaringswereld is de intentie om de oudere met dementie zo veel mogelijk het eigen leven voort te laten zetten door het bieden van een huiselijke, vertrouwde omgeving met nadruk op het bieden van ondersteuning bij het dagelijks leven (Stoelinga & Talma 2004). In plaats van de traditioneel gegroeide en organisatorisch bepaalde dagindeling wordt het dagritme in overeenstemming gebracht met een natuurlijk leefritme (Lankreijer 2002). Om de oudere met dementie zoveel mogelijk in zijn waarde te laten binnen zijn eigen ervaringswereld moet hij worden aanvaard en erkend als persoon, hoe die er ook aan toe is of zich gedraagt (Timmerman 2005).

\* **Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen**

Het gewone menselijke contact, een praatje maken, een kopje koffie drinken, gewoon even niks doen, is waar het in de kern om draait bij het nabootsen van zoveel mogelijk een normale situatie. De fysieke woonomgeving is van belang om de 'normale situatie' goed vorm te kunnen geven: de bel gaat voordat er visite komt, een bewoner trekt de jas aan als hij naar de kapper gaat, er wordt gekookt voordat er kan worden gegeten. Belangrijk voor de bewoners is ook, dat de verzorgende gewoon een praatje komt maken (Kerkstra et al 1999).

In een zo normaal mogelijke situatie staat niet de zorg, maar het wonen centraal. De omgang tussen de begeleiders en de bewoners is niet meer in hoofdzaak rond de lichamelijke zorg gecentreerd en doordat alle huishoudelijke activiteiten in de woongroep zelf plaatsvinden, is het niet langer nodig om een activiteitenaanbod van buitenaf aan te reiken (Stoelinga en Talma 2003). Dat betekent niet dat alle georganiseerde activiteiten kunnen vervallen, het betekent dat de bewoner nu meer keuze heeft; blijf ik thuis om de was op te vouwen of ga ik naar de dansavond.

### 3.2.2 De aard van de kleinschalige zorg

Naast het op een kleinschalige manier inrichten van de woon- en leefomgeving, is het van belang om de zorgverlening zodanig in te vullen dat er sprake is van kleinschaligheid. Twee factoren spelen daarbij een rol: de zorg moet zodanig worden ingericht dat er sprake is van integrale en vraaggestuurde zorg.

#### \* Integrale zorg

Integrale zorg is een belangrijk onderdeel van kleinschaligheid. Integrale zorg betekent dat de zorg is georganiseerd conform een huishouden; alle lichamelijke zorg, huishoudelijke activiteiten en ondersteuning gebeurt in de groep, door de begeleiders. Begeleiders zijn niet onderverdeeld in functieniveaus waar de één verpleegkundige handelingen doet, de ander bezighheidsactiviteiten en een derde alleen huishoudelijk werk. De functies van verzorgende, activiteitenbegeleider, huishoudelijk medewerker en kok komen in dezelfde persoon terug. De groepsbegeleider heeft daarmee een breed takenpakket waar zowel huishoudelijke en verzorgende taken onder vallen als het begeleiden van activiteiten (Den Hollander 2001, Krijger 2004, Nouws 2003, Stoelinga & Talma 2003).

Niet de zorg maar het wonen staat centraal. De bewoners leven hun leven met ondersteuning van verzorgenden, waarbij een beroep gedaan wordt op de vaardigheden die de bewoners op huishoudelijk en sociaal gebied nog bezitten (Den Hollander 2001).

In een huiselijke omgeving ligt het voor de hand dat medebewoners ook helpen met huishoudelijke werkjes. De omgeving alleen is echter niet genoeg. Mensen met dementie hebben begeleiding nodig bij bezigheden. Zij kunnen bezigheden vaak niet meer organiseren of nemen geen initiatief. De activiteiten worden uitgevoerd door de groepsbegeleiders, zo veel mogelijk in samenwerking met de bewoners. Bewoners kunnen op allerlei manieren betrokken worden bij bezigheden, passend bij hun individuele wensen en mogelijkheden. Bijvoorbeeld rondom eten en drinken: laten zien, ruiken, meehelpen, uitdelen, opeten, er nog wat over napraten, en weer opruimen. Bezigheden houden de mensen bij de tijd, geven voldoening of bieden afleiding. Bezigheden die aansluiten bij het verleden bevestigen de identiteit en bieden continuïteit. Bezigheden die aansluiten bij de dagelijkse gang van zaken, zoals aankleden, maaltijden, huishoudelijke werkjes, verhogen de binding met de realiteit en bieden afleiding (Van 't Leven et al. 2004).

### \* Vraaggestuurde zorg

Bij kleinschalige woonvoorzieningen wordt vaak gesproken over zorg op maat. Hiermee wordt bedoeld dat de zorg tegemoet moet komen aan de behoefte van de mensen in plaats van dat de hulpverlener het moment en de inhoud van de geleverde hulp bepaalt (Ludwig 1997). Het dagritme wordt bepaald door het leefritme van de bewoners. De vraag van de bewoner en zijn woonsituatie vormen het uitgangspunt voor het handelen van de medewerker. Samen met de bewoner maakt de groepsbegeleider keuzes op basis van de wensen van de bewoner. Dit gebeurt op zoveel mogelijk aspecten van het wonen en de zorgverlening; opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer de bewoner dit zelf wil, welke kleding aantrekken, wanneer ontbijten, wat ontbijten, wel of niet meedoen aan activiteiten en geen beperkingen in de bewegingsruimte (Krijger 2004).

### 3.2.3 De kleinschalig medewerker

Een kleinschalige woon- en leefomgeving en een kleinschalig ingerichte aard van de zorgverlening vragen om een medewerker die invulling kan geven aan de kleinschaligheid. Van de medewerkers wordt een andere werkwijze verwacht dan in het traditionele verpleeghuis; van zorgen naar dienstverleners. Ook vergt het werken in een kleinschalige woonvoorziening meer vaardigheden die aansluiten bij het dagelijks leven en een meer integrale benadering (Stoelinga & Talma 2003).

Voor de medewerker betekent het werken in een kleinschalige woonvoorziening grote veranderingen. Een ingrijpende verandering is bijvoorbeeld dat begeleiders in een kleinschalige woonvoorziening veelal alleen werken. Intervisie, bewonersoverleg en intercollegiale toetsing zijn belangrijk om te leren van elkaar.

De opleidingseisen van de medewerkers veranderen. Men is het erover eens dat alleen het hebben van een opleiding in de zorg niet volstaat voor kleinschaligheid. Aanvullende opleiding is nodig om de sociale vaardigheden eigen te maken. Er zijn zorgaanbieders die zeggen dat de medewerker niet meer persé een zorgachtergrond hoeft te hebben, levenservaring is net zo belangrijk. Er zijn zelfs zorgaanbieders die zo ver gaan om te zeggen dat 'huismoeders' uitstekende begeleiders van dementerenden zijn (Krijger 2002). Anderen zijn van mening dat juist scholing van groot belang is voor het succesvol invoeren van de nieuwe werkwijzen (Stoelinga & Talma 2003). Door het gebrek aan een competentieprofiel, vult elke organisatie deze behoefte aan (bij)scholing nu nog op eigen wijze in (Krijger 2002). Een belangrijk onderdeel van de opleiding zou de attitude van de medewerker moeten zijn. De attitude van de medewerker is een belangrijk onderdeel van de zorgverlening. Juist in de kleinschalige setting heeft de medewerker veel invloed op het gedrag van bewoners. De normen van de medewerker bepalen voor een belangrijk deel de dagelijkse praktijk van de zorgverlening in de kleinschalige woonvoorziening (Stoelinga & Talma 2003).

De Lange (2004) heeft in haar onderzoek naar het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op de adaptatie en coping van mensen met dementie onder andere geobserveerd naar de interactie tussen bewoners en verzorgenden.

Analyse van deze gegevens bracht haar tot een indeling van verschillende attitudes van verzorgenden op een continuüm van persoonsgericht naar taakgericht:

- I Persoonsgericht: persoonlijk, sensitief, aandacht voor levensloop  
Verzorgenden zijn niet alleen vriendelijk vanuit zichzelf. Zij staan vooral ook open voor wat de bewoner zegt of doet en reageert hierop. Zij nemen daar de tijd voor. Zij passen zich aan bij wat de bewoner aangeeft.
  
- II Relatiegericht:
  - 2.1 Gezellig, sfeermakend, vrolijk  
Deze verzorgenden proberen een prettige sfeer te creëren door grapjes te maken of een praatje dat aansluit bij de interesse van de bewoner. Onderwijl voeren zij de taak uit.
  - 2.2 Warm, non-verbaal, liefdevol  
Verzorgenden trekken de aandacht van de bewoners voordat ze iets gaan doen. Ze komen dichtbij en maken ook non-verbaal contact. Ze zeggen iets aardigs tegen bewoners. Vaak geven ze hen een zoen als ze klaar zijn. Ze praten met een zachte stem.
  
- III Taakgericht: op tijd, netjes, vriendelijk  
Verzorgenden willen de bewoners op tijd helpen, en ervoor zorgen dat ze er schoon en goed verzorgd uitzien. Ze geven steeds aan wat er gaat gebeuren en vragen of de taak goed verricht was. Ze betrekken de bewoner bij de handeling, door hem of haar gedeelten zelf te laten verrichten, maar hun tempo ligt doorgaans hoger dan dat van de bewoner, zodat dat voor de bewoner moeilijk is. Ze zijn vriendelijk en beleefd, maar besteden geen aandacht aan sfeer. Ze gaan niet of nauwelijks in op wat een bewoner zelf aangeeft en spreken de bewoner niet persoonlijk aan. De communicatie blijft doorgaans beperkt tot de te verrichten taak.
  
- IV Afstandelijk: routineus, objectiverend  
De aandacht van deze verzorgenden is voornamelijk gericht op het volgens een vast stramien uitvoeren van de taak (routineus). Zij gaan nauwelijks in op wat bewoners zeggen, negeren hun protesten, maken geen persoonlijk contact en praten over de bewoners heen (objectiverend). Vragen of wensen van de bewoners interpreteren zij als moeilijk of lastig gedrag. Ze houden bewoners verantwoordelijk voor hun doen en laten, ook voor dingen die ze vanwege hun dementie niet goed weten of kunnen.

### **3.3 Verschillende verschijningsvormen van kleinschaligheid**

Ondanks de consensus die er in de literatuur bestaat over de kernwaarden van kleinschaligheid, blijkt er in de praktijk een grote diversiteit in de vormgeving en inrichting van de verschillende projecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie te bestaan.

Er zijn vele verschillen in visie, uitgangspunten, omvang, budget, bouwkundige mogelijkheden en uitwerking van de organisatorische aspecten. De locaties van kleinschalige woonvoorzieningen variëren bijvoorbeeld van een woonhuis in de wijk tot een kleinschalige woongroep als ruimtelijk onderdeel van de grotere instelling. De groepsgrootte in de verschillende woonvoorzieningen varieert van vijf tot elf bewoners. In sommige projecten is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg en komt alleen op afspraak, in andere projecten doet de verpleeghuisarts zijn dagelijkse ronde. Er zijn woningen die volledig zijn ingericht met meubilair van de bewoners zelf en er zijn woningen waar al het meubilair is geleverd door de instelling (Fahrenfort 2003). Dit is slechts een kleine greep uit het grote aantal verschillen.

De meningen over de waarde van de verschillende verschijningsvormen zijn verdeeld. Omdat de termen 'kleinschalige zorg' en 'kleinschalig wonen' consequent door elkaar worden gebruikt, zou je kunnen concluderen dat de kleinschalige zorg die wordt verleend in grootschaliger settings te vergelijken is met de kleinschalige zorg die wordt verleend in kleinschalige woonvoorzieningen (Ettema 2001). Ook volgens de Gezondheidsraad maakt het niet uit of de zorg verleend wordt in aparte kleinschalige woningen of in kleine eenheden als onderdeel van een grotere setting (Gezondheidsraad 2002). Als bestaand verpleeghuis dat zijn tijd nog niet heeft uitgediend zou je dus kunnen rooveren tot een verzameling van groepswoningen, om zodoende op relatief korte termijn het doel te realiseren meer kwaliteit te bieden aan de cliënten (Nouws 2003).

Er worden echter ook kanttekeningen gezet bij de waarde van kleinschalige zorgverlening binnen een grootschalige setting. Stoelinga en Talma (2003, 2004) beweren dat met alleen het vervangen van het grootschalige instituut door kleinschaligheid je niet de kern van de zaak te pakken hebt. In feite zit de kern van kleinschaligheid niet zozeer in de schaalgrootte, alswel in het type aandacht, namelijk aandacht voor de bewoner als persoon en niet enkel als patiënt, en is de fysieke omgeving daar ondersteunend bij. Gedrag van bewoners kan veroorzaakt worden door de bouw, maar zeker ook door de normen van de verzorgenden. Verzorgenden hebben vaak meer invloed op het gedrag van bewoners dan ze zelf denken. En een mogelijke valkuil bij kleinschalige woonvormen binnen de muren van een grotere instelling is volgens Fahrenfort (2003) het risico van het ontstaan van een 'instellings sfeer', waarin verzorgenden geneigd zijn 'instellingsoplossingen' te gebruiken.

Alle gedachten en meningen over de verschillende vormen van kleinschaligheid zijn meningen van betrokken personen. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de invloed van de fysieke omgeving op de zorg die wordt verleend. Ook is geen onderzoek gedaan naar overeenkomsten en verschillen in de zorgverlening tussen de verschillende vormen van kleinschaligheid.



Vanuit de literatuurverkenning zijn een aantal zaken duidelijk geworden. In de eerste plaats is duidelijk geworden dat wanneer het gaat om de vormgeving van de kleinschalige woonvoorziening er geen consensus bestaat. Hierdoor bestaat een grote diversiteit in de verschijningsvormen van de woonvoorzieningen.

In de tweede plaats is duidelijk geworden dat er geen onderzoek is gedaan naar de invloed van de verschillende verschijningsvormen op de zorg die wordt verleend. Sommige auteurs gaan er van uit dat kleinschalige zorg overal gelijk is, ongeacht de fysieke omgeving. Andere auteurs zijn van mening dat kleinschalige zorg is voorbehouden aan een kleinschalige woning.

In het afstudeeronderzoek wordt hier nader naar gekeken. Het onderzoek geeft antwoord op de vraag welke overeenkomsten en verschillen er bestaan tussen de zorgverlening in een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en kleinschalige zorgverlening op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis.

Om een beeld te krijgen van wat het kleinschalig wonen in de praktijk inhoudt en welke factoren invloed hebben op de vormgeving van de woning, is eerst een vooronderzoek uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk wordt een uitgebreide samenvatting van het vooronderzoek beschreven.

## 4 Het vooronderzoek

### 4.1 Vraagstelling

Vanuit de literatuurverkenning is duidelijk geworden dat er geen consensus bestaat over hoe een kleinschalige woning eruit dient te zien. Bij het ontwerpen en inrichten van kleinschalige woonvoorzieningen worden veel aannames gedaan, die niet gebaseerd zijn op onderzoek. Dit leidt tot een grote diversiteit in de vormgeving en inrichting van de verschillende bestaande projecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Nederland.

Doelstelling van het vooronderzoek was inzicht verwerven in de diversiteit die bestaat in de organisatie en vormgeving van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

De vraagstelling van het vooronderzoek luidde:

*“Komen de kenmerken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, zoals geformuleerd door het Trimbos-instituut, overeen met de praktijk en welke factoren beïnvloeden de wijze waarop het kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt vormgegeven in de praktijk?”*

### 4.2 Methodes

#### Type onderzoek

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling is ervoor gekozen een kwalitatief onderzoek uit te voeren met de case studie als grondvorm van het onderzoek. Er zijn casestudies uitgevoerd bij 8 verschillende projecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

#### Selectie

Bij de selectie van de 8 projecten zijn twee selectiecriteria aangehouden die naar verwachting van invloed zijn op de manier waarop de woning vormgegeven wordt. In de eerste plaats zouden er ten gevolge van veranderende regelgeving en ten gevolge van leereffecten verschillen kunnen bestaan tussen oude en nieuwe projecten. Daarnaast is gekeken of een project uit ideologische of uit pragmatische overwegingen is gestart. Ideologische motieven zijn persoonlijke overtuigingen van individuen. Pragmatische motieven zijn bijvoorbeeld het inspelen op veranderende regelgeving of het volgen van trends. Deze selectie is gemaakt naar aanleiding van vooraf verkregen informatie vanuit folders, internet en mondelinge informatie van derden.

De selectie van de projecten is gedaan door gebruik te maken van de sneeuwbalmethode. Omdat het doel was inzicht te krijgen in de diversiteit die er bestaat in de vormgeving van

projecten van kleinschalig wonen, is in de selectie van de projecten bewust op zoek gegaan naar afwijkende projecten.

Het onderzoek is gestart bij een project dat bekend staat als één van de pioniers van het kleinschalig wonen. Aan de geïnterviewde is vervolgens gevraagd naar projecten die naar zijn mening een goed voorbeeld vormen van hoe kleinschalig wonen eruit zou moeten zien en naar projecten die in zijn ogen minder geslaagde voorbeelden van kleinschalig wonen vormen.

De bedoeling van het vooronderzoek was om binnen de gehele bandbreedte van kleinschalig wonen te onderzoeken, om zodoende inzicht te krijgen in de spreiding die bestaat binnen de huidige beweging van kleinschalig wonen. Door niet alleen de goede maar ook de minder goede voorbeelden van kleinschalig wonen in het onderzoek te betrekken, worden de validiteit en generaliseerbaarheid van de resultaten gunstig beïnvloed.

Om vergelijking mogelijk te maken zijn evenveel ‘oude’ als ‘nieuwe’ projecten en evenveel ‘ideologische’ als ‘pragmatische’ projecten geselecteerd.

Zo zijn we gekomen tot 8 projecten van kleinschalig wonen<sup>2</sup> (zie tabel 4.1).

	<b>Ideologisch</b>	<b>Pragmatisch</b>
<b>Oud</b>	<i>Project A</i> <i>Project H</i>	<i>Project E</i> <i>Project G</i>
<b>Nieuw</b>	<i>Project F</i> <i>Project D</i>	<i>Project C</i> <i>Project B</i>

Tabel 4.1

De 8 geselecteerde projecten van kleinschalig wonen;  
geselecteerd naar hoe lang een project bestaat (oud/nieuw)  
en de motivatie van waaruit het project is gestart (ideologisch/pragmatisch)

## Dataverzameling

Per project bestond de gegevensverzameling bij het vooronderzoek uit een interview met een directeur of manager en, waar mogelijk, een rondleiding door de woning.

Er is gekozen voor het interview en niet voor een enquête omdat we niet alleen op zoek waren naar keuzes maar ook naar de motivaties achter deze keuzes. Bovendien kun je tijdens een interview op onderwerpen stuiten die van tevoren niet bekend zijn. Het interview geeft de mogelijkheid door te kunnen vragen, waar een enquête dat niet kan.

Er is bij het interview gebruik gemaakt van het halfgestructureerde interview, waarbij de vragen van tevoren niet vast liggen maar de onderwerpen wel<sup>3</sup>. Door de vragen niet van tevoren vast te leggen behoud je de mogelijkheid in te gaan op keuzes en motivaties die niet al eerder bekend zijn bijvoorbeeld vanuit de literatuur (Maso & Smaling 1998). Door vaste onderwerpen te behandelen, behoud je de mogelijkheid tot vergelijking tussen de verschillende projecten.

<sup>2</sup> Zie bijlage 1 voor een beschrijving van de geselecteerde projecten.

<sup>3</sup> Zie bijlage 2 voor de topiclijst van de interviews.

De interviews zijn gedaan met de directeur of manager van het project, omdat zij betrokken zijn geweest bij de opzet van het project en dus inzicht kunnen geven in de motivaties van de keuzes die zijn gemaakt bij de vormgeving.

Een rondleiding door de woning biedt daarnaast de mogelijkheid iets van de sfeer en de huiselijkheid te kunnen ervaren.

## Analyse

De verzameling van de gegevens en de analyse verliep in een cyclisch proces, waarbij de voorlopige analyse de dataverzameling heeft gestuurd. De interviews zijn op de memorecorder opgenomen en na het bezoeken van een project direct letterlijk uitgetypt. Tijdens het uittypen van de interviews is, daar waar een rondleiding mogelijk was, een aantal observatiepunten toegevoegd. Vervolgens hebben we de gegevens doorgelezen en gebrainstormd over wat ons opviel. Nieuwe informatie over de vormgeving van de woning is vervolgens meegenomen in het bezoek aan het volgende project. Dit is na elk bezoek gedaan zodat zoveel mogelijk overeenkomsten en verschillen in keuzes en motivaties betrokken konden worden in het onderzoek.

Bij de analyse is gebruik gemaakt van de methode van constante vergelijking. Deze methodiek is bedoeld om hypothesen en theorieën te vormen, vanuit een abductieve redeneerwijze. Daarbij zijn de onderzoekers gericht op het vormen van hypothesen of theorieën door het leggen van creatieve verbindingen (Maso en Smaling 1998).

Het onderzoek van het Trimbos-instituut is het eerste en enige onderzoek in Nederland dat een aanvang heeft gemaakt met het expliciet maken van de kenmerken van kleinschalig wonen. De resultaten van dat onderzoek hebben daarom een belangrijke rol gespeeld in de analyse van de gegevens.

Tijdens het analyseren van de gegevens zijn waarden toegekend aan de verschillende projecten per kenmerk van kleinschalig wonen. Vervolgens zijn de 10 kenmerken zelf geanalyseerd; zijn alle kenmerken onderscheidend? Wegen alle kenmerken even zwaar? Ontbreken er kenmerken?

Op basis van de analyse zijn we nagegaan of onze vooraf genoemde verwachting betreffende ideologische en pragmatische projecten overeenstemt met de gevonden gegevens in de praktijk. Ook hebben we gekeken naar oude en jonge projecten en de verschillen die daartussen bestaan.

## Member-check

Om de kwaliteit van de resultaten te waarborgen is een member-check uitgevoerd. De gevonden resultaten zijn vastgelegd in een rapport en toegestuurd aan de onderzochten met de vraag te reageren op de inhoud van het rapport.

De respons was groot; 7 van de 8 onderzochten hebben schriftelijk gereageerd. Alleen het project dat aan de meeste kenmerken van kleinschaligheid voldoet, heeft niet gereageerd. De reacties waren over het algemeen bevestigend van aard. De kritiekpunten betroffen uitsluitend de kenmerken waar het project naar onze mening niet aan zou voldoen. De reacties hebben echter geen verandering gebracht in de uiteindelijke resultaten en conclusies van het vooronderzoek.

Daarnaast is het rapport met de resultaten van het vooronderzoek toegestuurd aan Mw S te Boekhorst, één van de onderzoekers die heeft meegewerkt aan het onderzoek van het Trimbos-instituut naar de kenmerken van kleinschaligheid. Zij had geen kritiek op de door het onderzoek aangepaste lijst met kenmerken van kleinschaligheid. Zij wil het onderzoeksrapport noemen in het artikel dat zij momenteel schrijft over de Concept Map.

### **4.3 De kenmerken van kleinschaligheid**

Bij aanvang van de analyse zijn waarden toegekend aan de 8 onderzochte projecten. Per kenmerk van kleinschaligheid is gekeken of een project daar al dan niet aan voldoet. Het bleek niet altijd mogelijk te zeggen dat een kenmerk volledig wel of juist volledig niet te herkennen is in een project. Bepaalde aspecten maken dat een project in meer of mindere mate aan een kenmerk voldoet. We hebben daarom de scores ++, +, - en -- toegekend.

De resultaten van deze analyse staan in tabel 4.2 (zie volgende pagina).

	Project A	Project B	Project C	Project D	Project E	Project F	Project G	Project H	+	-
Vast team	+	+	-	+	-	-	+	+	5	3
Zelf koken	+	-	+	+	++	--	--	+	5	3
Opstaan, naar toilet gaan, naar bed gaan	+	+	+	+	-	+	--	+	6	2
Tot aan de dood	++	-	+	-	--	+	+	-	4	4
Eigen inrichting	+	+	+	+	-	-	--	+	5	3
Bewoners, familie en team bepalen dagelijkse gang van zaken	+	+	+	+	+	+	--	+	7	1
Geen uniform	+	+	+	+	+	+	+	+	8	0
Visie	+	++	-	+	-	++	--	++	5	3
Zorg conform een huishouden	+	+	+	+	++	-	-	++	6	2
Huiselijke sfeer	+	+	-	-	-	+	-	+	4	4
Aantal +	10	8	7	8	4	6	3	9		

Tabel 4.2

Scores van de bezochte projecten op de kenmerken van kleinschalig wonen.

Er is geen literatuur die reflecteert op de door het Trimbos-instituut geformuleerde kenmerken van kleinschaligheid. De kenmerken zijn een eerste aanvang tot het beschrijven van kleinschalig wonen. De kenmerken vormen geen harde definitie en men geeft aan dat ze wellicht verdere aanvulling behoeven (Wijnties 2004). In de analyse van het vooronderzoek is de lijst met kenmerken nader beschouwd: Zijn de kenmerken onderscheidend genoeg? Ontbreken er kenmerken? Wegen alle kenmerken even zwaar?

#### 4.3.1 Zijn alle kenmerken onderscheidend?

Met onderscheidend wordt het onderscheid bedoeld tussen reguliere verpleeghuiszorg en kleinschalige zorg. Hoe meer een project aan een kenmerk voldoet, hoe meer je mag spreken over kleinschaligheid. Hoe minder een project aan het kenmerk voldoet, hoe dichterbij de reguliere verpleeghuiszorg komt.

*Kenmerk 1 Er is sprake van een vast team medewerkers, waardoor medewerkers en bewoners elkaar goed kennen*

In de reguliere verpleeghuiszorg werkt men ook met vaste teams, maar daar zijn de teams en de bewonersgroepen groter, waardoor elke bewoner te maken heeft met veel verschillende medewerkers. Bovendien werken de teams in de reguliere verpleeghuiszorg vaak taakgericht, waardoor de bewoner voor verschillende handelingen verschillende verzorgenden ziet. Dit kenmerk is daarom wel degelijk onderscheidend.

Hoewel alle bezochte projecten streven naar een vast team van medewerkers, lukt dat bij het ene project beter dan bij het andere. Het blijkt bij geen van de projecten mogelijk om echt te werken met alleen één medewerker op een groep. Praktische omstandigheden worden genoemd als argument voor de noodzaak te werken met medewerkers die enkele uren bijspringen op een groep of die tussen verschillende groepen rouleren. De medewerker die vast op de groep staat, is verantwoordelijk voor de totale zorgverlening. Medewerkers die ‘bijspringen’ werken meer taakgericht, zij komen helpen met een specifiek deel van de zorgverlening.

*Kenmerk 2 Er wordt zelf gekookt*

In de reguliere verpleeghuiszorg wordt in de regel niet zelf gekookt. De maaltijden worden veelal geleverd door een centrale keuken. Dit kenmerk is dan ook in grote mate onderscheidend.

Met het koken op de woning gaan de verschillende projecten heel verschillend om. Bij Project G wordt helemaal niet gekookt en worden de maaltijden door de centrale keuken aangeleverd. Bij Project B is men ook niet van plan alle dagen de maaltijden op de groep te bereiden en heeft de centrale keuken ook nog een grote functie. Bij alle overige bezochte projecten wordt wel in de woning zelf gekookt. De mate waarin het koken gebeurt door de bewoners zelf varieert. Dit is afhankelijk van de vaardigheden die de bewoners daartoe nog beschikken. Bij Project E, waar alleen bewoners wonen met een lichte mate van dementie, wordt het koken volledig gedaan door de bewoners zelf. In de overige projecten zijn het de medewerkers die het meeste doen. Een betere formulering van het kenmerk zou daarom wellicht zijn: “*het voorbereiden en koken van de maaltijd gebeurt, eventueel met hulp van de bewoner(s), in de woning*”.

*Kenmerk 3 Je kunt opstaan, naar toilet gaan en naar bed gaan wanneer je zelf wilt*

Ook dit criterium is in grote mate onderscheidend. In de reguliere verpleeghuiszorg, moeten bewoners zich vaak nog aanpassen aan het ritme van de instelling.

Met uitzondering van Project G, waar volgens de geïnterviewde zelf het ritme wordt bepaald door de kok, zijn alle projecten het erover eens dat het dagritme moet worden bepaald door

het leefritme van de bewoner. Een veelgehoorde opmerking daarbij is, dat wanneer je bekende vaste punten aanhoudt, het ritme van de bewoner vanzelf aansluit op het ritme van de groep.

*Kenmerk 4 Je mag er blijven wonen tot aan de dood*

Ook in de reguliere verpleeghuizen mag men blijven “tot aan de dood”, dit kenmerk is dan ook onvoldoende discriminerend.

Met uitzondering van Project E streven alle bezochte projecten ernaar de bewoners te laten verblijven tot de dood. Zowel Project A als Project C en Project F stellen dat zij onder geen enkele voorwaarde een bewoner zullen overplaatsen naar een regulier verpleeghuis. De overige projecten streven ernaar de bewoner tot de dood in het project te laten verblijven, maar hebben wel “voor de zekerheid” contacten met reguliere verpleeghuizen voor het geval dat het toch nodig mocht blijken. In geen van de projecten hanteren ze daarbij strikte criteria die ergens beschreven staan. Het gaat altijd om het inschatten van de individuele situatie.

*Kenmerk 5 De inrichting van de woning is van jezelf*

Dit kenmerk is in grote mate onderscheidend. In de reguliere verpleeghuiszorg is het voor een bewoner doorgaans niet of slechts in geringe mate mogelijk eigen meubels mee te nemen.

Bij de inrichting van de woningen zijn grote verschillen te zien. Bij Project G is het enige dat de bewoner van zichzelf kan meenemen een klein kastje en eventueel een stoel. Bij Project A zijn zowel de individuele slaapkamers als de gezamenlijke huiskamer ingericht met spullen van de bewoners zelf. Zelfs het behang, schilderwerk, gordijnen en vloerbedekking is allemaal van de bewoners zelf, ook in de huiskamer. Tussen Project G en Project A zitten nog tal van variaties waarin meer of mindere mate de inrichting van de bewoner zelf is.

*Kenmerk 6 Bewoners, familie en team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken*

Dit kenmerk onderscheidt kleinschalige zorg van de reguliere verpleeghuiszorg. In de reguliere verpleeghuiszorg is de invloed van het ritme van de instelling vaak in grote mate bepalend voor de invulling van de dag. Er zijn bijvoorbeeld vaste tijden waarop de maaltijden worden geserveerd, er zijn vaste tijden waarop de activiteitenbegeleiding langs komt en er zijn vaste tijden waarop de verpleeghuisarts zijn of haar visiteronde loopt.

In de meeste van de bezochte kleinschalige projecten worden de maaltijden bereid door of met medewerking van de bewoners zelf, is er geen activiteitenbegeleiding meer en komt de (verpleeg)huisarts alleen wanneer daarom wordt gevraagd. Op die manier wordt ernaar gestreefd de bewoners zoveel mogelijk invloed te laten uitoefenen op de invulling van de dag.



*Kenmerk 7 Het personeel loopt niet in uniform*

Alle projecten voldoen aan dit kenmerk en ook in veel reguliere verpleeghuizen werkt het personeel niet in uniform. Dit kenmerk is dan ook niet onderscheidend. Toch is het wel een noodzakelijk kenmerk. Het dragen van een uniform doet afbreuk aan de huiselijkheid die juist zo van belang is bij kleinschaligheid.

*Kenmerk 8 Er ligt een visie aan ten grondslag die uitgaat van de behoefte van mensen met dementie*

Een visie die uitgaat van de behoefte van mensen met dementie is een kenmerk dat niet onderscheidend is. In de eerste plaats mag je aannemen dat zowel kleinschalige woonvormen als reguliere verpleeghuizen tegemoet willen komen aan de behoeften van mensen met dementie. In de tweede plaats staat nergens beschreven wat de behoeften van mensen met dementie nu werkelijk zijn. Het bieden van structuur, houvast en herkenning zijn wel veelgehoorde termen.

Toch is de visie van een project wel van groot belang. Hoewel alle bezochte projecten streven naar herkenbaarheid, veiligheid en vertrouwdheid, is er wel degelijk onderscheid in de mate waarin dit wordt behaald. De visie lijkt in grote mate bepalend voor de invulling van het begrip kleinschaligheid. De visie heeft bijvoorbeeld invloed op de fysieke inrichting van de woning, op de organisatie van de zorgverlening en op de waarde die wordt gehecht aan wet- en regelgeving.

De visie onderscheidt niet kleinschalige van reguliere verpleeghuiszorg, maar onderscheidt wel de verschillende kleinschalige woonvormen van elkaar. Het gaat er dan wellicht niet persé om of de visie ‘uitgaat van de behoefte van mensen met dementie’, maar of de visie doordrongen is in de hele organisatie met haar medewerkers.

*Kenmerk 9 De zorg is georganiseerd conform een huishouden*

Dit kenmerk is in grote mate onderscheidend. In de reguliere verpleeghuiszorg is de zorgverlening over het algemeen in belangrijke mate georganiseerd rond de lichamelijke verzorging van de bewoners. De medewerkers zijn ook vaak uitsluitend geschoold in verzorging.

Bij de bezochte projecten zijn verschillen in de mate waarin de zorg is georganiseerd conform een huishouden. Bij Project G worden alle huishoudelijke zaken, net als in de reguliere verpleeghuiszorg, centraal geregeld. Bij het Project H worden alle huishoudelijke zaken in de woning gedaan door de medewerkers en, waar mogelijk, door de bewoners. De overige bezochte projecten doen allerlei huishoudelijke taken deels in de woning en deels wordt het centraal geregeld.

### *Kenmerk 10 Het team is in staat een huiselijke sfeer te creëren*

De mate van huiselijkheid lijkt in belangrijke mate samen te hangen met de mate waarin de inrichting van de woningen van de bewoners zelf is. Ook medewerkers die eigen kleding aan hebben in plaats van een uniform, dragen bij tot een huiselijke sfeer. Wanneer je stelt dat de mate van huiselijke sfeer afhankelijk is van de mate waarin de inrichting van de woningen van de bewoners zelf is, volgt daaruit dat dit kenmerk onderscheidend is ten opzichte van de reguliere verpleeghuiszorg, waar immers veel van de inrichting van de instelling zelf afkomstig is.

De variatie in huiselijkheid verschilt tussen de bezochte projecten. Bij Project A, waar zowel de huiskamer als de slaapkamers zijn ingericht met spullen van de bewoners zelf, heerst een huiselijke sfeer. Bij Project E is de benedenverdieping erg huiselijk. De bovenverdieping, die volledig is ingericht met instellingsmeubilair, staat daarmee in groot contrast.

#### 4.3.2 Ontbreken er kenmerken?

Uit het onderzoek zijn een tweetal kenmerken gekomen die kunnen worden toegevoegd aan de lijst van kenmerken van kleinschalig wonen:

- **De groep is fysiek gescheiden van andere groepen bewoners, waardoor er optimale privacy voor de groep is;**

In de eerste plaats is ons opgevallen, dat hoe meer de omstandigheden het toelaten de woningen te betreden, hoe meer dit ook wordt gedaan. Wanneer een voordeur van een woning geen bel heeft en van buitenaf is te openen, lopen medewerkers en bezoekers gemakkelijk in en uit de woning. Een nooddeur die twee huiskamers met elkaar verbindt, wordt zowel door bewoners als door medewerkers gebruikt als gewone doorgang. Deze zaken doen afbreuk aan het concept van kleinschaligheid, waarin vertrouwde en huiselijke belangrijke waarden zijn.

- **De privé vertrekken van de bewoners zijn zodanig ingericht dat de bewoner een reële keuze heeft te verblijven in zijn eigen ruimte of in de groepsruimte;**

Bij Project B biedt men de bewoners de grootste privé ruimte van alle bezochte projecten, 33 vierkante meter. De visie hierachter is dat men de bewoners niet wil verplichten om altijd deel te nemen aan het 'groepsgebeuren'. Thuis woon je immers ook niet met 6 tot 10 bewoners in één ruimte. De eigen kamer van de bewoner is meer dan alleen een slaapkamer en kan als een persoonlijke woonruimte worden benut. Deze visie werd door verschillende geïnterviewden ondersteund. Vaak wordt daarbij aangegeven dat de wil er wel is de privé ruimten groter te maken, maar dat de mogelijkheden er daartoe niet zijn, bouwkundig, financieel of door regelgeving.

### 4.3.3 Wegen alle kenmerken even zwaar?

Bij de analyse naar het aantal kenmerken van kleinschaligheid waaraan een project voldoet, is geen rekening gehouden met verschillende zwaarte van de kenmerken. Er is alleen gekeken naar de hoeveelheid kenmerken waar een project aan voldoet.

De kenmerken van kleinschaligheid zijn door het Trimbos-instituut wel degelijk gerangschikt naar zwaarte. Na het bezoeken van de verschillende projecten komen wij echter tot een andere conclusie over deze rangorde.

De visie die een project hanteert (kenmerk 8) is in grote mate bepalend voor de invulling van de overige kenmerken van kleinschaligheid en weegt dan ook het zwaarst. Zoals eerder gezegd gaat het daarbij niet om een visie die 'uitgaat van de behoefte van mensen met dementie', maar om de formulering van de visie op zich en de mate waarin de visie is doorgedrongen in de gehele organisatie.

Een huiselijke sfeer, kunnen opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer je zelf wilt en het hebben van een reële keuze de dag alleen door te brengen of in het gezelschap van de groep (kenmerk 10 en 3), zijn kenmerken die niet alleen reguliere zorg van kleinschalige zorg onderscheiden, maar ook invloed hebben op de mate van kleinschaligheid. Het zijn daarom belangrijke kenmerken.

Het hebben van een vast team medewerkers (kenmerk 1) lijkt, in tegenstelling tot de rangorde van het Trimbos-instituut, van minder groot belang dan veel van de overige kenmerken. Het werken met een vast team medewerkers is in de gehele zorgverlening rond ouderen gebruikelijk en is daarmee niet een specifiek kenmerk van kleinschaligheid.

Ook de garantie dat een bewoner in de woning kan blijven wonen tot de dood (kenmerk 4) onderscheidt kleinschalige zorg niet van reguliere verpleeghuiszorg.

Daarnaast kunnen een aantal van de kenmerken worden samengevoegd. De inrichting van de woning (kenmerk 5) en het niet dragen van een uniform (kenmerk 7) zijn kenmerken die in grote mate bepalen of de sfeer in de woning huiselijk is (kenmerk 10). Daarnaast is het kenmerk dat er zelf wordt gekookt medebepalend in welke mate de zorg is georganiseerd conform een huishouden (kenmerk 9).

### 4.3.4 Conclusie

Uit de analyse is duidelijk geworden dat de kenmerken van kleinschalig wonen die zijn geformuleerd door het Trimbos-instituut met enige toevoegingen geschikt zijn om te gebruiken in de discussie over wat kleinschalig wonen is en wat niet. De lijst met kenmerken geeft een handvat aan instellingen die kleinschalig wonen willen ontwikkelen.

Wanneer de vanuit het vooronderzoek toegevoegde kenmerken, de verschillende zwaartes en de nieuwe formulering van de kenmerken worden meegenomen, komt de lijst er als volgt uit te zien:

- 1 Er ligt een visie aan ten grondslag die invulling geeft aan kleinschaligheid.
- 2 Het team is in staat een huiselijke sfeer te creëren.
  - De inrichting van de woning is van jezelf
  - Het personeel loopt niet in uniform
  - De groep is fysiek gescheiden van andere groepen bewoners, waardoor er optimale privacy voor de groep is
- 3 De autonomie van de bewoner wordt gewaarborgd; de bewoner kan opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer hij zelf wil.
- 4 De privé vertrekken van de bewoners zijn zodanig ingericht dat de bewoner een reële keuze heeft te verblijven in zijn eigen ruimte of in de groepsruimte.
- 5 De zorg is georganiseerd conform een huishouden.
  - Het voorbereiden en koken van de maaltijd gebeurt, met hulp van de bewoner(s), in de woning
- 6 De autonomie van de groep wordt gewaarborgd; bewoners, familie en het team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken.
- 7 Er is sprake van een vast team medewerkers, die bewonergericht werken, waardoor medewerkers en bewoners elkaar goed kennen.
- 8 Je mag er blijven wonen tot aan je dood.

#### **4.4 De projecten nogmaals bekeken**

In de eerste analyse is geen onderscheid gemaakt in zwaarte van de 10 kenmerken van kleinschaligheid. Het project dat aan de meeste kenmerken voldoet wordt beschouwd als 'meest kleinschalig' en het project dat aan de minste kenmerken voldoet als 'minst kleinschalig'.

Naar aanleiding van de resultaten uit de eerste analyse, zijn de projecten opnieuw geanalyseerd. Ditmaal is gekeken naar het aantal kenmerken van de aangepaste lijst met kenmerken van kleinschaligheid waaraan het project voldoet. Tevens zijn de kenmerken voorzien van een waarde van 1 tot en met 8, waarbij het belangrijkste kenmerk, de visie, 8 punten heeft en het minst zware kenmerk, het wonen tot de dood, 1 punt.

Deze analyse bevestigt het beeld dat is ontstaan in de eerdere analyse (zie tabel 4.3); de drie hoogst scorende projecten blijven hoog scoren en de drie laagst scorende projecten blijven laag scoren. De verschillen zijn nu echter wel duidelijker.

	Project A	Project B	Project C	Project D	Project E	Project F	Project G	Project H
Visie	8	8	0	8	0	8	0	8
Huiselijke sfeer	7	7	0	0	0	0	0	7
Autonomie van de bewoner	6	6	6	6	0	6	0	6
Privé ruimte bewoners	5	5	5	5	0	5	5	5
Zorg conform huishouden	4	4	4	4	4	0	0	4
Groeps-autonomie	3	3	3	3	3	3	0	3
Vast team medewerkers	2	2	0	2	0	0	2	2
Tot aan de dood	1	0	1	0	0	1	1	0
<b>Aantal punten</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>35</b>
<b>Aantal “+” in originele kenmerkenlijst</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

Tabel 4.3

Scores van de bezochte projecten op de aangepaste lijst met kenmerken van kleinschalig wonen inclusief toekenning van verschillende waarden per kenmerk.

## 4.5 Factoren die een rol spelen bij het ontwerp en de inrichting van kleinschalig wonen voor mensen met dementie

### 4.5.1 Leeftijd en motivatie

Bij aanvang van het onderzoek zijn we ervan uitgegaan dat het ontwerp en de inrichting van een kleinschalige woonvoorziening wordt beïnvloed door enerzijds de leeftijd van het project en anderzijds de motieven van waaruit het project is gestart.

De resultaten van het vooronderzoek laten zien, dat er een duidelijk verschil bestaat tussen ideologisch en pragmatisch gemotiveerde projecten. Ideologisch gemotiveerde projecten voldoen in grotere mate aan de kenmerken van kleinschaligheid dan pragmatisch gemotiveerde projecten. Hoe lang een project bestaat is niet van grote invloed op de mate waarin een project voldoet aan de kenmerken van kleinschaligheid (zie tabel 4.4-A).

Wanneer de beide criteria worden samengevoegd, wordt duidelijk dat ideologisch gemotiveerde projecten die langer dan 5 jaar bestaan in de grootste mate voldoen aan de kenmerken van kleinschaligheid.

	<b>Ideologisch</b>		<b>Pragmatisch</b>		<b>Totaal</b>
<b>Oud</b>	Project A	10	Project E	4	26
	Project H	9	Project G	3	
	totaal	<b>19</b>	totaal	<b>7</b>	
<b>Nieuw</b>	Project F	6	Project C	7	29
	Project D	8	Project B	8	
	totaal	<b>14</b>	totaal	<b>15</b>	
<b>Totaal</b>	33		22		

Tabel 4.4-A  
Projecten met hun scores op kleinschaligheid,  
ingedeeld naar hoe lang een project bestaat (oud/nieuw)  
en de motivatie van waaruit het project is gestart (ideologisch/pragmatisch)

Het invullen van de matrix met de gegevens uit tabel 4.3 van de tweede analyse versterkt de indruk dat ideologisch gemotiveerde projecten beter scoren wat betreft de mate van kleinschaligheid dan pragmatisch gemotiveerde projecten (zie tabel 4.4-B).

	<b>Ideologisch</b>		<b>Pragmatisch</b>		<b>Totaal</b>
<b>Oud</b>	Project A	36	Project E	7	86
	Project H	35	Project G	8	
	totaal	<b>71</b>	totaal	<b>15</b>	
<b>Nieuw</b>	Project F	30	Project C	19	112
	Project D	28	Project B	35	
	totaal	<b>58</b>	totaal	<b>54</b>	
<b>Totaal</b>	129		69		

Tabel 4.4-B  
Projecten met hun scores op kleinschaligheid inclusief waardetoekenning,  
ingedeeld naar hoe lang een project bestaat (oud/nieuw)  
en de motivatie van waaruit het project is gestart (ideologisch/pragmatisch)

Naar aanleiding van het vooronderzoek is gebleken dat hoewel er verschillen zijn tussen ideologisch en pragmatisch gemotiveerde projecten en tussen oude en nieuwe projecten, deze factoren zelf niet de beïnvloedende factoren zijn geweest wanneer het gaat om ontwerp en inrichting van de woonvoorziening. Andere factoren verklaren waarom er verschillen zijn tussen oude en nieuwe projecten en tussen ideologisch en pragmatisch gemotiveerde projecten. Deze factoren worden beschreven in de volgende paragraaf.

## 4.5.2 Beïnvloedende factoren

De factoren die verklaren waarom er verschillen zijn tussen oude en nieuwe projecten en tussen ideologisch en pragmatisch gemotiveerde projecten kunnen worden onderverdeeld in drie hoofdfactoren:

### **I Regulering en financiering;**

De regels van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) zijn van groot belang bij het maken van plannen voor het ontwerp en de inrichting van de woonvoorziening. De eisen en regulering van het College Bouw zijn in de loop van de jaren aan verandering onderhevig geweest. Dit heeft mede bijgedragen aan de diversiteit die er bestaat in de verschillende woonvoorzieningen.

Naast regulering vanuit het College Bouw is ook van invloed of een project gekenmerkt wordt als intramurale of als extramurale voorziening. Extramurale projecten lijken in grotere mate te voldoen aan de kenmerken van kleinschaligheid dan intramurale projecten

In de praktijk blijkt verder dat intramuraal opgezette projecten veel meer gehouden zijn aan regels dan een extramurale voorziening. Er worden bijvoorbeeld allerlei eisen gesteld t.a.v. brandweervoorschriften, zoals brandwerende gordijnen, dekbedden en matrassen. Bij projecten waar de cliënt zelf huurder is, zijn deze eisen minder streng. Daarnaast is de financiering van overhead bij extramurale voorzieningen zeer beperkt.

### **II Omgevingsfactoren;**

Wat een rol speelt bij zowel ontwerp als inrichting van de woonvoorziening zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden die de omgeving biedt. Wanneer een project bijvoorbeeld vanuit een bestaande setting wordt omgebouwd tot kleinschalig wonen is men beperkter in haar keuzes ten opzichte van een project dat geheel nieuw gebouwd wordt. Dit hoeft echter niet persé nadelig te zijn. De mogelijkheden uit de omgeving kunnen echter ook nadelige effecten hebben, zoals bij Project E. De woningen van Project E hebben een boven- en een benedenverdieping met 1 kleine lift voor 4 woningen. Het gevolg is dat wanneer een bewoner rolstoelafhankelijk wordt het niet mogelijk is voor deze bewoner om te blijven wonen in Project E.

### **III Persoonlijke overtuiging;**

Persoonlijke overtuigingen van oprichters en leidinggevenden van kleinschalig woonprojecten, zijn met name van invloed op de meer immateriële aspecten; de zorgvisie, de inrichting van de zorgverlening, de waarde die wordt gehecht aan wet- en regelgeving, specifieke keuzes in de bouw en inrichting van de projecten die het project een eigen karakter geven. Persoonlijke overtuiging is van groot belang, want het is een factor die een rol speelt bij hoe mensen omgaan met regelgeving en met omgevingsfactoren.

Opvallend is dat geen van de geïnterviewde personen zich bij het ontwerp en inrichten van de woonvoorziening zegt te hebben gebaseerd op literatuur. Verschillende geïnterviewde personen geven aan in hun voorbereiding op de ontwikkeling naar kleinschalig wonen

bestaande projecten te hebben bezocht en daar ideeën te hebben meegenomen in hun eigen plannen.

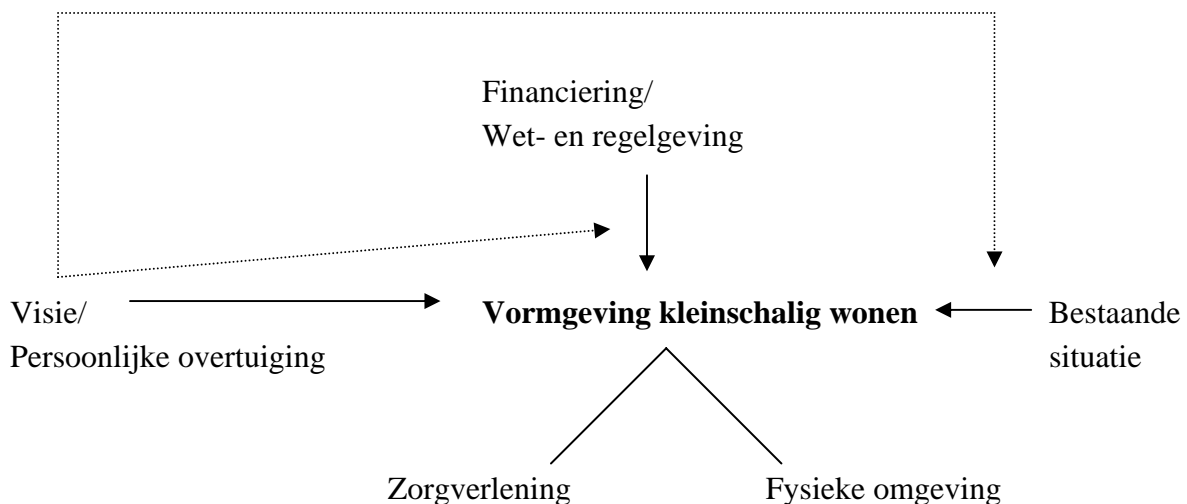
### 4.5.3 Conclusie

Veranderende regelgeving, financiering en verschillende omgevingsfactoren zijn belangrijke beïnvloedende factoren wanneer het gaat om de vormgeving van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie.

Persoonlijke overtuigingen van oprichters en leidinggevendenden van kleinschalig woonprojecten zijn daarbij van invloed op de manier waarop wordt omgegaan met de regulering en de omgevingsfactoren. Dit leidt ertoe dat geen enkel project van kleinschalig wonen gelijk is aan een ander. Ieder project is anders van bouw en opzet en in iedere woonvoorziening heerst een heel eigen sfeer.

## 4.6 Conclusie

Vanuit het vooronderzoek is duidelijk geworden dat de vormgeving van het kleinschalig wonen wordt beïnvloed door een aantal factoren, beschreven in onderstaand model:





#### 4.6.1 Factoren die de vormgeving beïnvloeden

De vormgeving van de kleinschalige woonvoorziening wordt beïnvloed door drie factoren:

- de bestaande situatie van waaruit het project opgericht wordt,
- de financiering en de geldende wet- en regelgeving,
- de persoonlijke overtuiging van de mensen die bij het project betrokken zijn en de uitdrukking van deze overtuiging in de visie.

Van de drie factoren komt de persoonlijke overtuiging naar voren als de belangrijkste beïnvloedende factor. De persoonlijke overtuiging van de mensen die bij het project betrokken zijn, de visie van waaruit zij werken en de ideologische motivatie van waaruit zij werken hebben een belangrijke invloed op de vormgeving van het kleinschalig wonen.

Het belang van de persoonlijke overtuiging komt zowel uit de analyse van de lijst met kenmerken van kleinschaligheid, als uit de analyse van de factoren die invloed hebben op de vormgeving van de kleinschaligheid.

In de aangepaste lijst met kenmerken van kleinschaligheid neemt de visie van het project de belangrijkste plaats in. De visie van een project van kleinschalig wonen komt voor een belangrijk deel voort uit de persoonlijke overtuigingen van de mensen die betrokken zijn bij het project.

De persoonlijke overtuiging beïnvloedt de omgang met de wet- en regelgeving en de omgang met de bestaande situatie en is daarmee de belangrijkste van de drie beïnvloedende factoren.

#### 4.6.2 Elementen van de vormgeving van het kleinschalig wonen

Vanuit het vooronderzoek kan worden geconcludeerd dat de vormgeving van kleinschalig wonen uit twee elementen bestaat; de fysieke inrichting van de woning en de inrichting van de zorgverlening.

Uit de resultaten van het vooronderzoek lijkt de inrichting van de zorgverlening een belangrijker plaats in te nemen boven de fysieke inrichting van de woning.

In de aangepaste lijst met kenmerken van kleinschaligheid gaat alleen kenmerk 4 geheel over de fysieke inrichting van de woning. De kenmerken 1, 3, 5, 6 en 7 gaan geheel over de inrichting van de zorgverlening. Kenmerk 2 gaat over beide aspecten. Dat laat zien dat de zorgverlening het zwaarst naar voren komt.

Deze conclusie komt niet overeen met de literatuur over kleinschalig wonen. In de literatuur ligt de nadruk op de fysieke inrichting van de woonvoorziening. Bij de literatuur over het kleinschalig wonen gaat het vaak alleen over de woning zelf, alsof de inrichting van de woning er alles toe doet.

Wat we vanuit het vooronderzoek stellen is dat het niet zozeer de fysieke inrichting is die de mate van kleinschaligheid bepaalt; of er nu tapijt op de vloer ligt of marmoleum lijkt niet van wezenlijk belang. En of de bank waarop je zit nu van jezelf is, door de buurvrouw meegenomen of door de instelling gekocht, zal ook geen cruciale factor zijn. Wat het ene project meer kleinschalig dan het andere maakt, heeft het meest te maken met de inrichting van de zorgverlening en de sfeer die in de woning heerst.

Het gaat dus meer om kleinschaligheid in zorgverlening dan om de kleinschaligheid in de woonvoorziening. Echter, om kleinschaligheid in zorgverlening optimaal te kunnen realiseren, is kleinschaligheid in de woonvoorziening wellicht wèl een voorwaarde.

In het vervolgonderzoek is deze veronderstelling onderzocht.

In het vooronderzoek ging het vooral om de vormgeving van de kleinschalige woonvoorziening en de factoren die hierop van invloed zijn.

Het vervolgonderzoek gaat dieper in op de praktijk van de zorgverlening in de kleinschalige woonvoorzieningen en het belang van de attitude van de medewerkers. Aan het vervolgonderzoek ligt een conceptueel model ten grondslag dat tot stand is gekomen vanuit de literatuurverkenning en vanuit de resultaten van het vooronderzoek.

In het volgende hoofdstuk staat het conceptueel model beschreven.

## 5 Conceptueel model

Ter afsluiting van het literatuurgedeelte wordt in dit hoofdstuk het conceptueel model uiteengezet. Bij het maken van het conceptueel model is gebruik gemaakt van zowel de bevindingen vanuit het vooronderzoek, beschreven in hoofdstuk 4, als de bevindingen uit de literatuur over kleinschalige zorgverlening voor mensen met dementie, beschreven in hoofdstuk 2 en 3.

In het conceptueel model staan de factoren beschreven die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid.

### Factoren die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid

Vanuit de bevindingen van het vooronderzoek kan worden gesteld dat kleinschaligheid geen zwart-wit begrip is. De mate van kleinschaligheid van de zorgverlening kan verschillen. Vanuit de theorie en de praktijk van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie zijn er drie belangrijke aspecten te onderscheiden die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid.

1. **De inrichting van de fysieke woonomgeving en de invloed die daarvan uitgaat op de kernwaarden van kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie** (begrippen zijn uitgewerkt in hoofdstuk 3, § 3.2.1):
  - huiselijkheid, een veilige en vertrouwde omgeving
  - herkenbaarheid
  - overzichtelijkheid
  - een eigen ervaringswereld
  - zoveel mogelijk een ‘normale’ situatie nabootsen
2. **De aard van de zorgverlening** (begrippen zijn uitgewerkt in hoofdstuk 3, § 3.2.2):
  - integrale zorg
  - vraaggestuurde zorg
3. **De attitude van de medewerkers** (begrippen zijn uitgewerkt in hoofdstuk 3, § 3.2.3):
  - Persoonsgericht: persoonlijk, sensitief, aandacht voor levensloop
  - Relatiegericht:
    - Gezellig, sfeermakend, vrolijk
    - Warm, non-verbaal, liefdevol
  - Taakgericht: op tijd, netjes, vriendelijk
  - Afstandelijk: routineus, objectiverend

## De invloed op kleinschaligheid

Vanuit het vooronderzoek is de veronderstelling geformuleerd dat wat het ene project meer dan het andere kleinschalig maakt het meest te maken heeft met de inrichting van de zorgverlening en de sfeer die in de woning heerst en minder met de fysieke inrichting van de woning. Vanuit de literatuur is een derde element van kleinschaligheid gekomen: de attitude van de medewerker.

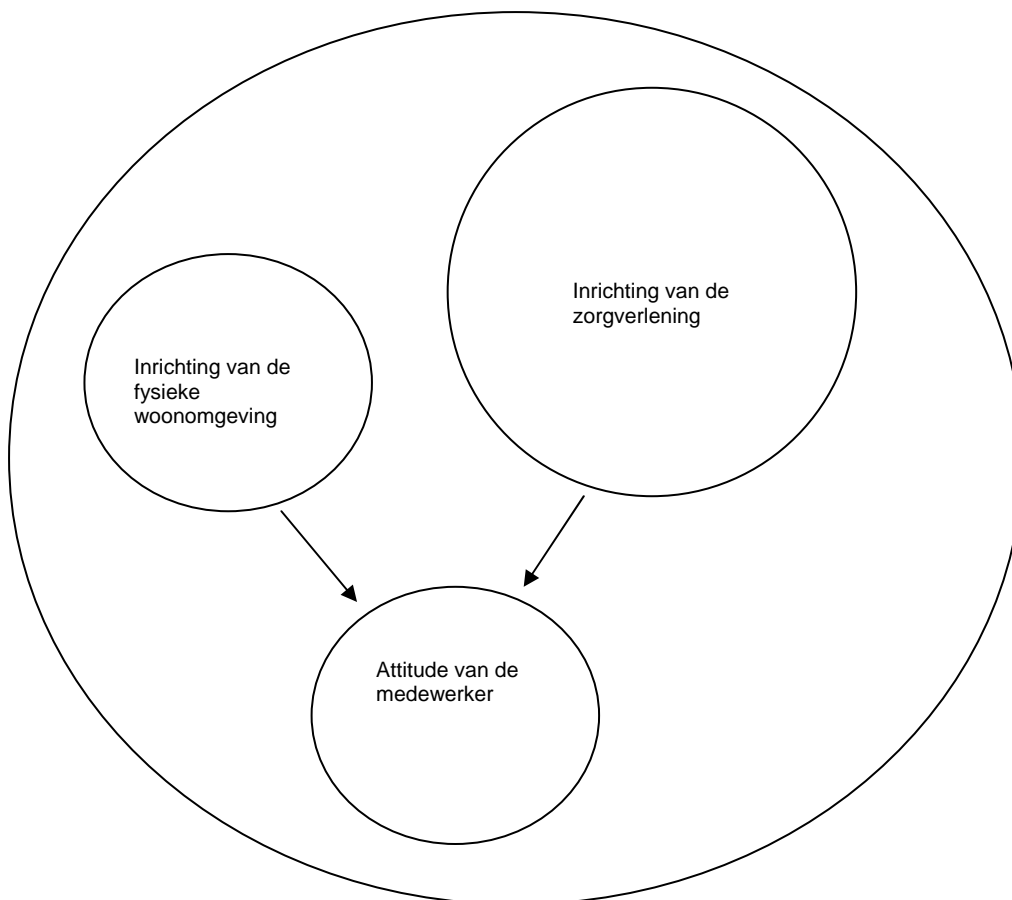
De invloed op de mate van kleinschaligheid ziet er nu als volgt uit:

De fysieke inrichting van de woning moet zodanig worden vormgegeven dat kan worden voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid.

Daarnaast moet de aard van de zorgverlening zodanig zijn vormgegeven dat er sprake is van kleinschalige zorg; integrale en vraaggestuurde zorg. De kleinschaligheid in de zorgverlening is daarbij van grotere invloed dan kleinschaligheid in de fysieke woonomgeving.

Een kleinschalige omgeving die voldoet aan de kernwaarden van kleinschaligheid en een kleinschalige inrichting van de zorgverlening stimuleert de medewerker vervolgens om op een kleinschalige manier invulling te geven aan de zorgverlening;

### Mate van kleinschaligheid



## 5.1 Veronderstelling

Op basis van de gegevens uit het vooronderzoek en de gegevens uit de literatuurverkenning veronderstel ik dat kleinschaligheid in zorgverlening een grotere invloed heeft op de mate van kleinschaligheid dan de kleinschaligheid in de woonvoorziening.

Het verschil in de mate van kleinschaligheid tussen een kleinschalige woning en een grootschaliger setting wordt in mindere mate veroorzaakt doordat de grootschaliger setting in mindere mate kan voldoen aan de kernwaarden van kleinschaligheid. Wat het ene project meer dan het andere kleinschalig maakt heeft het meest te maken met de inrichting van de zorgverlening en de sfeer die in de woning heerst en minder met de fysieke inrichting van de woning. De inrichting van de zorgverlening is niet afhankelijk van de fysieke omgeving.

Daarom veronderstel ik dat er geen verschil is tussen de zorgverlening in een kleinschalige woning en de kleinschalige zorgverlening in een grootschaliger setting.

In het vervolgonderzoek wordt deze veronderstelling onderzocht.

In het volgende hoofdstuk worden de methoden van het vervolgonderzoek beschreven.

## **6 Onderzoeksmethodologie**

### **6.1 Type onderzoek**

Om antwoord te geven op de vraagstelling van het vervolgonderzoek is, net als voor het vooronderzoek, gekozen voor een kwalitatief onderzoek met de case studie als grondvorm van het onderzoek.

Het vervolgonderzoek betreft het zoeken naar overeenkomsten en verschillen in zorgverlening en de rol die de woonomgeving daarbij speelt. Dergelijk onderzoek is het beste te doen in de natuurlijke omgeving. De case studie is met name geschikt bij onderzoek in de natuurlijke omgeving (Swanborn 2002). Het onderwerp van het onderzoek betreft menselijk gedrag, namelijk de manier waarop de medewerkers zorg verlenen. Bij een case studie richt de onderzoeker zich vooral op het beschrijven en verklaren van sociale processen die zich afspelen tussen personen die in het proces participeren, met hun waarden, verwachtingen, opinies, percepties, controversen, beslissingen, onderlinge relaties en gedragingen (Swanborn 2002).

### **6.2 Selectie van de onderzoekseenheden**

Het selecteren van de te onderzoeken case(s) is bij kwalitatief onderzoek zelden statistisch gebaseerd. Veeleer wordt de case bewust gekozen, purpose sampling (Mays & Pope 1996). Ook in dit onderzoek zijn de cases bewust gekozen. Er is bij het vervolgonderzoek bewust op zoek gegaan naar twee cases die zoveel mogelijk overeenkomsten hebben op het gebied van de kenmerken van kleinschaligheid die zijn voortgekomen uit het vooronderzoek. De geselecteerde projecten zijn zoveel mogelijk gelijk, behalve op het criterium dat onderzocht moet worden; de fysieke woonomgeving. Dit komt de kwaliteit van de vergelijking op zorgverlening en de invloed die de woonomgeving heeft op de zorgverlening ten goede.

Er zijn twee onderzoekseenheden geselecteerd: een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis waar men kleinschalige zorg verleent. Voor de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de gegevens zou het beter zijn om meerdere projecten te onderzoeken, dit zou echter een te grote tijdsinvestering vereisen. Uit praktische overwegingen is er daarom voor gekozen niet meer dan twee projecten met elkaar te vergelijken.

Het ene onderzochte project, de kleinschalige woning voor mensen met dementie, is bezocht voor het vooronderzoek. Er is gekozen voor dit project omdat het een kleinschalige woning is en omdat het project als enige van de onderzochte projecten voldoet aan alle kenmerken van kleinschaligheid. Het gaat om de Naber in Rotterdam.

Bij de selectie van het verpleeghuis dat kleinschalige zorg verleent, is gezocht naar een project dat zoveel mogelijk overeenkomsten heeft met de Naber, zodat de fysieke woonomgeving het belangrijkste verschil zou zijn. Het andere onderzochte project, een modern intramuraal verpleeghuis waar men kleinschalige zorg verleent, staat naast het gebouw van De Naber en heeft dezelfde moederorganisatie. Het gaat om De Hofstee in Rotterdam.

### 6.2.1 De cases van het vervolgonderzoek

	<b>DE NABER</b>	<b>DE HOFSTEE</b>
<b>OVEREENKOMSTEN</b>		
Organisatie	NZR	NZR
Directie en management	De Naber en De Hofstee hebben één directie en management	
Visie	De visie van De Hofstee is ontstaan vanuit de visie van De Naber	
Scholing medewerkers	De medewerkers van De Naber en De Hofstee krijgen dezelfde, interne opleiding	
<b>VERSCHILLEN</b>		
Organisatie	Extramurale kleinschalige woonvorm voor mensen met dementie	Kleinschalige zorg binnen een modern intramuraal verpleeghuis voor mensen met dementie
Hoe lang bestaat het project?	10 jaar	2 jaar
Gebouwd als kleinschalig of verbouwd tot kleinschalig?	Gebouwd als kleinschalig	Verbouwd tot kleinschalig (Verpleeghuis De Hofstee bestaat dit jaar 25 jaar)

Tabel 6.1

De overeenkomsten en verschillen tussen De Naber en De Hofstee als organisatie.

De Naber is een extramuraal project met vijf kleinschalige woningen voor 30 mensen met dementie. Elke woning heeft plaats voor 6 bewoners. Het project bestaat dit jaar 10 jaar. De Naber scoort goed op de lijst van kenmerken van kleinschalig wonen.

De Hofstee is een intramuraal verpleeghuis dat dit jaar 25 jaar bestaat en twee jaar geleden is verbouwd om het mogelijk te maken kleinschalige zorg te leveren aan mensen met dementie. De Hofstee kent 17 afdelingen met woongroepen waar 8 of 9 bewoners wonen.

De Naber en de Hofstee behoren tot dezelfde organisatie, hebben dezelfde directeur en liggen op dezelfde locatie. De twee gebouwen zijn ondanks de gelijke locatie wel volledig van elkaar gescheiden. Er is geen gang die de twee gebouwen met elkaar verbindt en de groepsbegeleiders van de Naber werken niet in de Hofstee en andersom. De directie en het management zijn gelijk voor de twee projecten, de groepsbegeleiders werken strikt gescheiden, overige functies als verpleeghuisarts, fysiotherapie en activiteitenbegeleiding werken minder strikt gescheiden.

In het vooronderzoek is duidelijk geworden dat de visie een belangrijke invloed heeft op de invulling van de zorgverlening. Bij de formulering van de visie van de Hofstee is gebruik gemaakt van de visie van de Naber:

De Naber: Het woonkarakter staat in de Naber centraal en verpleeghuiszorg wordt gegarandeerd; een optimaal huiselijke situatie met een aanbod van individueel gerichte, professionele verpleeghuiszorg, gericht op kwaliteit van leven. Kenmerk van het verzorgd wonen is dat zo veel mogelijk privacy geboden wordt in een huiselijke situatie. Geborgenheid en vertrouwen, flexibiliteit in de mogelijkheden voor zorg, de vrijheid om zelf keuzes te maken en om in te spelen op de individuele behoefte en wensen van de bewoner.

De Hofstee: Wij bieden een beschermde omgeving waar mensen met een psychogeriatrische aandoening in huiselijke kring wonen en zorg ontvangen. Deze woon- en zorgomgeving wordt gekenmerkt door veiligheid, vertrouwdheid en geborgenheid, waarbij van bewoners de eigen belevingswereld en het daarbij behorende (inadequate) gedrag wordt geaccepteerd. De zorg wordt gekenmerkt door: vertrouwen, aandacht en empathie.

Beide visies vertonen veel overeenkomsten; huiselijkheid, geborgenheid, vertrouwen, vrijheid, wonen staat centraal. Door twee projecten met een zo gelijk mogelijke visie te selecteren wordt de kwaliteit van de vergelijking op zorgverlening en de invloed die de woonomgeving heeft op de zorgverlening bevorderd. Dit komt de validiteit van het onderzoek ten goede.

De scholing en opleiding van de individuele medewerkers hebben ook een belangrijke invloed op de manier waarop de zorgverlening wordt ingevuld (De Lange 2004). Het komt de validiteit van het onderzoek daarom ten goede dat de medewerkers in de beide projecten allen dezelfde interne opleiding gekregen hebben. Mensen die al in de instelling werkzaam waren ten tijde van de overgang naar kleinschaligheid hebben een verkorte interne opleiding gehad. Nieuwe medewerkers worden door de instelling zelf, in samenwerking met het ROC-albeda, opgeleid. De instelling biedt een driejarige opleiding die een combinatie is van VIG (verzorgende individuele gezondheidszorg) en SPW (sociaal pedagogisch werk). Daarnaast hebben de medewerkers van De Hofstee bij hun overgang naar kleinschaligheid stage gelopen in De Naber, waar toen al 8 jaar kleinschalige zorg werd geleverd.

Een belangrijk verschil tussen de twee projecten is het aantal jaren dat de projecten bestaan. Zoals eerder vermeld bestaat de Naber dit jaar 10 jaar en is de Hofstee sinds 2 jaar overgegaan naar kleinschaligheid in zorgverlening.

Een ander verschil is dat de Naber destijds is opgezet als kleinschalig wonen en dat de Hofstee vanuit een bestaande organisatie is overgegaan naar kleinschaligheid.



## 6.2.2 De Woongroepen

	<b>DE NABER</b>	<b>DE HOFSTEE</b>
<b>OVEREENKOMSTEN</b>		
<b>Ernst van de dementie van de bewoners:</b>		
* licht	0%	0%
* matig	17% (1 van de 6 bewoners)	22% (2 van de 9 bewoners)
* matig tot ernstig	66% (4 van de 6 bewoners)	56% (5 van de 9 bewoners)
* ernstig	17% (1 van de 6 bewoners)	22% (2 van de 9 bewoners)
<b>Mate van onrust van bewoners:</b>	2 bewoners die, met name tijdens de verzorging onrustig en agressief kunnen zijn.	2 bewoners die, met name tijdens de verzorging onrustig en agressief kunnen zijn.
<b>Lichamelijke zorgzwaarte van bewoners:</b>		
* begeleidingsbehoefstig	17% (1 van de 6 bewoners)	22% (2 van de 9 bewoners)
* verzorgingsbehoefstig	66% (4 van de 6 bewoners)	56% (5 van de 9 bewoners)
* verplegingsbehoefstig	17% (1 van de 6 bewoners)	22% (2 van de 9 bewoners)
<b>VERSCHILLEN</b>		
<b>Aantal bewoners op de groep</b>	6	9
<b>Teamsamenstelling</b>	Een vast team van 4 groepsbegeleiders, die sinds het begin van De Naber 10 jaar geleden, met elkaar samenwerken.	Een vast team van 4 groepsbegeleiders, die sinds de start van de kleinschaligheid 2 jaar geleden, met elkaar samenwerken.

Tabel 6.2

De overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen van De Naber en De Hofstee.

Om de kwaliteit van de vergelijking op zorgverlening zo eerlijk mogelijk te maken is er ook bij de selectie van de woongroepen op gelet dat de bewoners van de te vergelijken woongroepen overeenkomsten vertonen op aspecten die invloed hebben op de zorgverlening (zie tabel 6.2). Bij de selectie van de woongroepen heb ik hulp gehad van de zorgcoördinatoren van de Naber en de Hofstee. Zij beschreven op basis van hun praktijkervaring een drietal aspecten die invloed hebben op de zorgverlening: de ernst van de dementie, de mate van onrust en de lichamelijke zorgzwaarte. Vervolgens hebben de zorgcoördinatoren twee woongroepen geselecteerd die de meeste overeenkomsten vertonen op de genoemde aspecten. Bij de selectie hebben de zorgcoördinatoren uitsluitend gebruik gemaakt van hun praktijkervaring en van hun kennis over de woongroepen.

Een verschil tussen de geselecteerde woongroepen, dat van invloed is op de zorgverlening, is het aantal bewoners van de groep. De woongroep in de Naber bestaat uit 6 bewoners, de woongroep in de Hofstee heeft 9 bewoners.

Een ander verschil is de samenstelling van het team. De groepsbegeleiders van de Naber werken al 10 jaar met elkaar samen. De groepsbegeleiders van de Hofstee werken pas sinds 2 jaar met elkaar als team. Ook hebben zij pas 2 jaar ervaring met het verlenen van kleinschalige zorg.

### **6.3 Generaliseerbaarheid**

Het gaat bij selectie door purpose sampling niet persé om generaliseerbaarheid naar de gehele populatie (Swanborn 2002). Het vervolgonderzoek heeft ook niet het doel om te generaliseren, het doel is wel dat er zaken uit naar voren komen die anderen herkennen en dat er conclusies uit naar voren komen die een verdere reikwijdte hebben dan alleen de twee onderzochte projecten. Door uit beide populaties één doorsnee case te selecteren en deze case heel grondig te onderzoeken, gaat de reikwijdte van de conclusies verder dan wanneer een heel speciale case onderzocht zou worden. In het meest sterke geval kan één enkele case wel een aantal zaken opleveren die gelden voor een groot aantal andere settings (Mays & Pope 1996, Swanborn 2002).

### **6.4 Participerende observatie**

Voor het vervolgonderzoek is gekozen voor de methode van de participerende observatie. Participerende observatie is onderzoek dat draait om sociale interactie tussen de onderzoeker en de onderzochten in het milieu van de onderzochten, terwijl gegevens systematisch en onopvallend wordt verzameld (Taylor & Bogdan 1984).

Participerende observatie betekent het bestuderen 'van binnen uit', het betekent observeren en tegelijkertijd deelnemen aan het dagelijks leven van de bestudeerde groep (Maso & Smaling 1998, Swanborn 2002). Methoden van observatie zijn bijzonder geschikt om onderzoek te doen naar de werking van organisaties en hoe de mensen daarin hun rollen vervullen (Mays & Pope 1996).

De participatie bestond uit het verlenen van hand- en spandiensten in de zorgverlening, zoals het helpen van de groepsbegeleider tijdens de werkzaamheden rond de maaltijden, bewoners helpen met het eten en drinken en het helpen van de groepsbegeleider bij de lichamelijke verzorging van de bewoners.

Participerende observatie biedt de mogelijkheid gegevens te verzamelen waar het van belang is menselijk gedrag te beschouwen binnen de natuurlijke context op verschillende momenten en vanuit verschillende perspectieven (Glaser 1996 in Paterson et al 2003). Voordeel van participerende observatie is dat naast iemands opvattingen en ervaringen ook zijn feitelijk gedrag bestudeerd wordt en geplaatst kan worden binnen de context. Participerende observatie voegt iets toe aan de selectieve perceptie van de onderzochten. De validiteit van de gegevens is daardoor hoog (De Lange et al. 1999).

Een nadeel van de methode van participerende observatie is de sterke afhankelijkheid van de onderzoeker. Bij participerende observatie is de onderzoeker zijn of haar eigen instrument. Ieder kijkt met zijn eigen blik en hoort met zijn eigen oren. Gebeurtenissen kunnen bij de ene onderzoeker iets anders oproepen dan bij de andere. In kwalitatief onderzoek is het onmogelijk deze verschillen te elimineren (De Lange 2004).

Een methode die de betrouwbaarheid van de resultaten ten goed komt is de member check; het voorleggen van de interpretaties en verklaringen aan degenen van wie het gedrag is onderzocht (Swanborn 2002). Ook in dit onderzoek is een member check uitgevoerd (zie paragraaf 6.8).

In een woongroep van 6 of 9 bewoners met 1 groepsbegeleider is het nauwelijks mogelijk een verborgen observatie uit te voeren. De aanwezigheid van een vreemde binnen de kleine, gesloten groep is daarvoor te opvallend. Het nadeel van een ‘openlijke observator’ is dat het reacties kan veroorzaken bij de te observeren personen die daarmee dus ander gedrag vertonen dan wanneer zij niet geobserveerd worden. Door te participeren kun je de invloed van de observator op het gedrag van de onderzochten verminderen (Mays & Pope 1996).

## 6.5 Observatieperiode

Hoe lang een observatieperiode moet duren is moeilijk te zeggen. Volgens Glaser en Strauss (in Taylor & Bogdan 1984) is het tijd om het veld te verlaten wanneer er geen nieuwe gegevens meer gevonden worden en er geen nieuwe inzichten ontstaan, als het ‘verzadigingspunt’ is bereikt. Taylor en Bogdan (1984) beweren echter dat participierend observatoren nagenoeg nooit een punt bereiken waarop zij het idee hebben dat hun studie compleet is; er is altijd nog wel iets om nader te bekijken.

In dit afstudeeronderzoek zijn om praktische redenen scherpere grenzen gegeven aan de duur van de observatieperiode. De Lange (2004) stelt dat in ieder geval altijd diverse observatiedagen nodig zijn, liefst verspreid over verscheidene weken om variaties in gedrag en in interacties met de omgeving te kunnen waarnemen. In dit onderzoek is in totaal 20 dagdelen geobserveerd, verspreid over een periode van 3 maanden (zie tabel 6.3).

Week	De Naber	De Hofstee
1	2 dagdelen van 7.30 tot 14.00	
2	2 dagdelen van 7.30 tot 14.00	
3		2 dagdelen van 7.30 tot 14.00
4		2 dagdelen van 7.30 tot 14.00
5	<b>Eerste tussentijdse analyse</b>	
6	2 dagdelen van 14.00 tot 19.00	
7		2 dagdelen van 14.00 tot 19.00
8	1 dagdeel van 14.00 tot 19.00	
9		1 dagdeel van 14.00 tot 19.00
10	1 dagdeel van 19.00 tot 23.00	
11		1 dagdeel van 19.00 tot 23.00
12	<b>Tweede tussentijdse analyse</b>	
13	2 dagdelen van 19.00 tot 23.00	
14		2 dagdelen van 19.00 tot 23.00
<b>Totaal</b>	10 dagdelen, 53 uur	10 dagdelen, 53 uur

Tabel 6.3  
Het observatierooster

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het totaal van de zorgverlening is in elk van de woongroepen verschillende dagdelen doorgebracht. Om de twee woongroepen daarbij optimaal te kunnen vergelijken zijn zoveel mogelijk vaste gebeurtenissen geobserveerd; de ochtendverzorging, het ontbijt, de ochtendbesteding, de middagmaaltijd, de middagbesteding, de avondmaaltijd, de avondbesteding en de avondverzorging.

Om de gevonden gegevens zo min mogelijk van toeval afhankelijk te laten zijn is op verschillende werkdagen geobserveerd en is over een langere tijdsperiode geobserveerd. Op weekend- en feestdagen is niet geobserveerd omdat deze dagen doorgaans een ander beeld geven dan werkdagen en het de betrouwbaarheid van de observatie ten goede komt zoveel mogelijk gelijke omstandigheden te observeren.

## **6.6 Procedure van de dataverzameling**

Een succesvol resultaat van een participerende observatie hangt samen met het maken van betrouwbare en uitgebreide veldnotities. Een schema dat leidend is voor de observatie kan daarbij behulpzaam zijn. Om gericht te kunnen observeren naar informatie die van belang zou zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ervoor gekozen om een observatieschema te ontwikkelen (Bogdan & Knopp Biklen 2003, Miles & Huberman 1994). Het conceptueel model, dat is ontwikkeld naar aanleiding van zowel de uitkomst van de literatuurverkenning als van de resultaten van het vooronderzoek, heeft als start voor het observatieschema gediend.

Het observatieschema staat beschreven in bijlage 3.

## **6.7 De analyse**

Dataverzameling en data-analyse hebben elkaar afgewisseld. Nadat de eerste gegevens waren verzameld, heeft de eerste, tussentijdse analyse plaatsgevonden. De uitkomsten van de tussentijdse analyse hebben geholpen bij het richting geven aan de vraag welke gegevens nog verzameld moeten worden. In een nieuwe ronde van dataverzameling is vervolgens meer gericht gegevens verzameld, die ook weer is geanalyseerd in een tweede tussentijdse analyse (Boeije 2005). Nadat alle gegevens waren verzameld, is begonnen met de verdere analyse.

Als analysemethode is gebruik gemaakt van de constante vergelijking. De constante vergelijking vormt een belangrijke pijler van het kwalitatieve onderzoek dat als doel heeft de inhoudelijke variatie van een verschijnsel, in dit geval de kleinschaligheid van zorgverlening, te beschrijven (Boeije 2005).

Ik heb ervoor gekozen te beginnen met twee grove codeersessies, omdat ik vanuit de literatuur al een idee had wat er in de data te vinden zou zijn (Evers 2004). Bij het analyseren van de data heb ik ervoor gekozen niet te starten met het open coderen, maar gebruik te maken van een vooraf gemaakte lijst met codes, coding by list (Miles & Huberman 1994). Het doel van het open coderen is de ontwikkeling van een begrippenkader dat het onderzoeksmateriaal dekt. Dat is met name van belang als de onderzoeker nog niet weet wat hij gaat tegenkomen en wat wel en niet belangrijk zal blijken te zijn (Boeije 2005). Op basis van het conceptueel model was ik in staat vooraf een lijst met codes te maken (zie bijlage 4).

Een nadeel van een vooraf gemaakte lijst met codes is dat dit erg sturend kan zijn en niet echt codes uit de onderzoeksdata bevat. Omdat de lijst met codes is gebaseerd op het conceptueel model, dat deels gebaseerd is op de literatuur en deels op de gegevens uit het vooronderzoek, zijn de codes wel degelijk ook voortgekomen uit de data.

Daarnaast is tijdens het coderen de lijst met codes niet als uitputtend beschouwd, maar was er ruimte voor eventuele nieuwe codes. Tijdens de eerste analyse is een nieuwe code ontwikkeld, die is meegenomen in de verdere analyse.

Ook zijn de gebruikte codes verder uitgekristalliseerd door verder te coderen met codes die puur uit de data zijn voortgekomen.

Na twee grove codeersessies heb ik een fijnmaziger codeersessie uitgevoerd door de vooraf opgestelde codes uit te diepen. Daarbij heb ik gebruik gemaakt van het axiaal coderen (Wester 1995 in Boeije 2005). Axiaal coderen staat voor het coderen rond een as ofwel rond een enkele categorie. De onderzoeker zet fragmenten bij elkaar die gecodeerd zijn met hetzelfde begrip. Door de fragmenten te vergelijken probeert hij de kern van de betreffende categorie te vatten. Vergelijken, toetsen en interpreteren zijn in deze fase belangrijke activiteiten van de onderzoeker.

Vervolgens heb ik gezocht naar het kernbegrip en de relaties van dit begrip met andere begrippen. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van het selectief ordenen (Boeije 2005). In de fase van de selectieve ordening ligt de nadruk op integratie en het leggen van verbanden tussen de categorieën. Het vindt plaats aan het einde van het onderzoek. De onderzoeker gaat op zoek naar de kerncategorie en legt relaties tussen het kernbegrip en de andere begrippen (Boeije 2005). De resultaten hiervan staan in hoofdstuk 11, de conclusie.

### Computerondersteuning

Bij het analyseren van de data van het vervolgonderzoek is gebruik gemaakt van het computerprogramma Atlas.ti. Dit maakt het mogelijk makkelijk de data te doorzoeken, te coderen, stukken gecodeerde tekst op te vragen en memo's te schrijven over het analyseproces. Het programma houdt het codeerproces bij, geeft additionele informatie en helpt op die manier de validiteit van de data en de betrouwbaarheid van het project te verhogen (Evers 2004).

## 6.8 Member-check

Om de kwaliteit van de resultaten te waarborgen wordt aanbevolen interpretaties en verklaringen voor te leggen aan degenen van wie het gedrag wordt onderzocht, een member-check (Swanborn 2002). Om die reden heeft aan het eind van het vervolgonderzoek een membercheck plaatsgevonden.

Vanuit de verschillende observaties heb ik twee compilaties gemaakt; ‘een dag uit het leven in de Naber’ en ‘een dag uit het leven in de Hofstee’ (zie hoofdstuk 7). In de beschrijvingen heb ik de kern van de kleinschaligheid in de beide woongroepen weergegeven.

Vervolgens heb ik de compilatie van de Naber aan de medewerkers van de Naber voorgelegd en de compilatie van de Hofstee aan de medewerkers van de Hofstee. Om iedereen een kans te geven te reageren heb ik de tekst twee weken bij de medewerkers achtergelaten. Aan het eind van de twee weken bleken de formulieren in de Hofstee echter verdwenen. In de Naber waren de formulieren er nog wel, maar was er nauwelijks tot geen reactie op gekomen. Ik heb dan ook niets van de member-check kunnen verwerken.

De komende hoofdstukken 7, 8 en 9 beschrijven de resultaten van het vervolgonderzoek. Deze hoofdstukken worden afgesloten met een discussie, hoofdstuk 10, en tenslotte de conclusie van de analyse in hoofdstuk 11.

## 7 De zorgverlening in de onderzochte projecten

In de komende drie hoofdstukken worden de resultaten van het vervolgonderzoek weergegeven. Dit hoofdstuk behandelt de bevindingen met betrekking tot de kernwaarden van kleinschaligheid. Per kernwaarde worden de verschillen en overeenkomsten tussen de beide onderzochte projecten weergegeven.

Hoofdstuk 8 beschrijft de overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen wat betreft de aard van de zorgverlening; taakgericht versus integrale zorg en aanbodgestuurde versus vraaggestuurde zorg.

In hoofdstuk 9 worden de overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen beschreven wat betreft de attitude van de medewerker.

Samen vormen de drie hoofdstukken de resultaten van het vervolgonderzoek.

Ter illustratie eerst twee casusbeschrijvingen vanuit de onderzochte woongroepen. Het gaat daarbij om een compilatie van verschillende observatiemomenten. De genoemde bewoners hebben willekeurig de initialen A tot en met O gekregen.

### **Een dag uit het leven in de Hofstee**

8.00 uur. De deur van de woning staat open. Het is stil in de woning. Om 8.15 start de groepsbegeleider met de verzorging. Ze loopt de gang op en kijkt op de slaapkamers van de bewoners. Iedereen slaapt nog. Vervolgens gaat ze naar de andere gang. Daar blijkt bewoner C wakker. Groepsbegeleider: *“goedemorgen ..., u bent al wakker zie ik”*. Bewoner C glimlacht breed. Groepsbegeleider: *“Wilt u er al uit? Zal ik u even helpen?”* De bewoner mompelt, glimlacht en loopt met de groepsbegeleider mee naar de badkamer.

Om 8.35 komt de zorgassistent de woning binnen. Zij is om 8.00 begonnen, heeft eerst een bewoner van een aangrenzende woongroep verzorgd en zal de rest van de ochtend op deze woongroep helpen. Ze werkt tot 12.30 uur. De zorgassistent loopt de linkergang op en begint één voor één de bewoners te wassen en aan te kleden. Zij kijkt daarbij niet of een bewoner al dan niet wakker is. Bewoners die niet wakker zijn, worden wakker gemaakt voor de verzorging.

9.00 uur. De groepsbegeleider heeft thee gezet en de tafel gedekt voor het ontbijt. Het is stil in de woonkamer. Bewoner H en bewoner N zitten aan de gedekte tafel en eten hun door de verzorgenden klaargemaakte boterham. Zij spreken niet met elkaar. De twee verzorgenden lopen geregeld door de woonkamer heen, van de ene naar de andere gang. In het voorbijgaan geven zij bewoner H regelmatig een stukje brood in haar mond. Bewoner F komt de huiskamer binnen, zelfstandig. Ze gaat aan tafel zitten. Ze fleurt op wanneer ze ziet dat er krentenbollen zijn: *“oh, ik zou het eigenlijk niet zo moeten laten zien, maar oh, lekker zeg met boter en suiker”*. Een medewerker van een aangrenzende woongroep komt de woning binnen, pakt de tillift en loopt hiermee de woning weer uit zonder iets tegen iemand te zeggen. De groepsbegeleider en de zorgassistent helpen de bewoners met het wassen en aankleden en helpen ze vervolgens aan tafel voor het ontbijt. De bewoners eten zo één voor één hun ontbijt. Ze zitten daarbij met z'n allen rond de tafel. Ondertussen dweilt de huishoudelijk medewerker de vloer. Om 9.10 komt een zorgassistent van een aangrenzende woongroep de woning binnen. Ze loopt naar de groepsbegeleider, maakt een praatje met haar en loopt weer terug de woning uit. Om 9.15 komt de zorgcoördinator de woning binnen. De zorgcoördinator vertelt de

groepsbegeleider over een nieuwe collega die volgende week zal starten op de woongroep. Zij zetten hun gesprek in de gang, buiten de woning, voort.

Om 9.30 wordt bewoner A door de zorgassistent naar de kamer, aan tafel geholpen. De zorgassistent loopt direct weer door. De groepsbegeleider komt de kamer in en geeft Bewoner A haar medicijnen. Ze heeft de medicatie vermalen en gemengd door een kopje vla. Bewoner A: *“wat is dat nou allemaal?”* Groepsbegeleider: *“dat is ascal, voor de bloedverdunding, dat heeft u nodig zegt de dokter.”* Bewoner A neemt haar medicijnen in.

De zorgassistent helpt bewoner K aan tafel, loopt vervolgens naar de keuken en zet koffie. De bewoners in de huiskamer zitten allemaal aan de tafel. Enkel en eten hun ontbijt, anderen zijn klaar met eten. De verzorgenden zijn de overige bewoners aan het helpen met wassen. De koffie pruttelt op de achtergrond. Zo loopt het ontbijt langzaam over in de koffie.

10.15 De bewoners hebben koffie ingeschonken gekregen. De groepsbegeleider en de zorgassistent drinken zelf hun koffie in de huiskamer, aan tafel bij de bewoners. Ze praten met elkaar, betrekken geen bewoners in hun gesprek.

Het is rustig in de huiskamer. De deur naar de ‘buitengang’ staat open. De pedicure komt binnen. Zij heeft een afspraak met bewoner F. De groepsbegeleider doet de deur van de huiskamer dicht en zet muziek aan, een cd met klassieke muziek. Ze legt uit dat er ’s morgens bewust rustige muziek gedraaid wordt en ’s middags meer activerende muziek, zoals meezingliedjes. De zorgassistent ruimt de ontbijtboel op en zet de vaat in de vaatwasser. Er komt een medewerker van de schoonmaak binnen met een kar waarop een trap en een stofzuiger liggen. Hij komt de roosters in het plafond schoonmaken. Om 11.00 komt de huishoudelijk medewerker de kamer binnen en vraagt bewoner F of zij het leuk zou vinden haar te helpen met het wassen van de ramen. Bewoner F: *“tuurlijk help ik, maar als het me niet bevalt schei ik eruit hoor”* Ze lopen samen de woning uit.

11.15 De boodschappen worden afgeleverd. Een medewerker van albert.nl komt de woning binnen zonder zich aan te kondigen, zet zes kratten met boodschappen in de keuken en loopt zonder iets te zeggen weer weg.

Een groepsbegeleider van een aangrenzende woongroep komt binnen en gaat aan tafel zitten. Ze zegt tegen de groepsbegeleider dat ze laat is vandaag: *“het loopt vandaag niet lekker, hier een troepje, daar een troepje, da’s niks voor mij”*. De groepsbegeleider antwoordt dat ook hier nog twee mensen verzorgd moeten worden. *“oh, dus jullie lopen ook wat achter, dat heb je wel eens van die dagen”*. De groepsbegeleider gaat weer weg.

11.30 Het is rustig in de huiskamer. De muziek is afgelopen. Bewoner N is naar haar kamer gelopen en zit daar wat te dutten. De overige bewoners zitten aan de tafel. Een man komt de woning binnen: *“ik kom de vriezer controleren, kan iemand de deur van het kantoor open doen?”* De man controleert de temperatuur van de vriezer en verlaat de woning. De deur staat open.

12.00 De psycholoog komt binnen en maakt een praatje met een aantal bewoners. De groepsbegeleider gaat de woning af om te lunchen.

De huishoudelijk medewerker en bewoner F dekken samen de tafel voor de lunch. De medewerkster bedankt bewoner F voor het dekken van de tafel. Zij antwoordt: *“ja, ze motten nou niet blijven kommen hoor, ik heb al genoeg gewerkt in mijn leven.”* De medewerker moet lachen.

Om 12.30 komt de groepsbegeleider terug de woning in. Ze gaat bij de bewoners aan tafel zitten en helpt bewoner K met het eten van de pap. De groepsbegeleider maakt een praatje waarbij ze steeds verschillende bewoners betreft. Groepsbegeleider: *“bewoner K geniet van haar pap, lust u ook graag pap in de ochtend bewoner C?”* Bewoner C glimlacht. Groepsbegeleider: *“en u bewoner F, eet u graag pap?”* Bewoner F: *“nou ik ben niet zo papperig”* Bewoner N lacht hardop. Groepsbegeleider: *“bewoner A wat eet u graag?”* Bewoner A zwijgt. Bewoner F: *“ik heb ook een zus die niet kan praten”* Groepsbegeleider: *“oh ja? en hoe heet die zus die niet kan praten?”* Bewoner F: *“de Jong, Marie de Jong, net als ik, ik heet ook de Jong van mijn meisjesnaam”* Groepsbegeleider: *“bewoner A, wat is uw voornaam?”* Bewoner A: *“wat, wat, wat moet ik nou?”* Groepsbegeleider: *“wat is uw voornaam? Uw buurvrouw heet .., zij heet .., zij heet .., zij heet .., hij heet .. en hij heet ..”* Bewoner A: *“dat is zo iets*



van het zit net voor je lippen hè” Bewoner N articuleert duidelijk en praat langzaam: “*wat is uw naam, uw voornaam*” Groepsbegeleider: “*heeft u ook kinderen bewoner A?*” Bewoner A: “*ja zeker*” Groepsbegeleider: “*hoeveel kinderen heeft u?*” Bewoner A: “*ja, hoeveel precies weet ik niet, maar ze zijn allemaal wel heel goed*” Groepsbegeleider: “*dat geloof ik graag ja*” Wanneer iedereen klaar is met eten ruimt de groepsbegeleider de tafel af en zet de vaatwasser aan.

14.00 Een zorgassistent van de avonddienst komt de woning in. De fysiotherapeut komt binnen voor bewoner F. Even later komen de echtgenote en zoon van bewoner C de woning binnen, zij nemen de bewoner mee de woning uit.

Bewoner F en bewoner L gaan samen bij het zitje aan het raam zitten. De overige bewoners zitten aan de tafel. De koffie pruttelt. Het is rustig in de woonkamer. Er staat geen muziek aan. De groepsbegeleider en de zorgassistent zitten aan een tafeltje in de woonkamer. Ze zijn boodschappen aan het doen via albert.nl [in een kastje aan de muur hangt een computer]. De groepsbegeleider van de avonddienst komt de woning binnen samen met een oud-medewerker. Ze worden hartelijk onthaald door de groepsbegeleider. Ze praten met z’n allen en lachen, ze zijn wat luidruchtig. Bewoner A: “*goeie grutten, weer één, kijk eens*”.

De groepsbegeleider heeft een cd aan gezet en gaat strijken. Ze doet dit in de huiskamer, bij de bewoners. Ondertussen praat ze wat met de bewoners. Het lied ‘daar is de orgelman’ is te horen. Groepsbegeleider: “*een koperen centenbakje ... zo één hebben wij er vroeger ook gehad, mijn ouders gebruikten hem als asbak ... die zag je vroeger veel hè, centenbakjes?*”. Bewoner F kijkt, glimlacht en knikt. Bewoner L vertelt een lange anekdote over een centenbakje. Bewoner K zegt: “*centen, centen*”.

16.00 Groepsbegeleider: “*ik zie dat we veel aardappels hebben, als u ons wil helpen met schillen dan kunnen we puree maken van echte aardappels*”. Bewoner L: “*nou geef mij de aardappelen maar, ik zal ze wel schillen*”. De groepsbegeleider geeft een teil met aardappels, een mesje en een pan aan bewoner L, die direct aan het schillen gaat. Bewoner L: “*wat eten we voor groente?*” Groepsbegeleider: “*we eten aardappelpuree met worteltjes en vissticks*” Bewoner L: “*oh lekkerrrrrr*”. Bewoner L en de groepsbegeleider lachen.

16.20 De zorgassistent begint met koken. Ze betreft geen enkele bewoner bij het koken. Je ruikt in de kamer dat er gekookt wordt, je hoort dat er gebakken wordt, je hoort dat de aardappels gestampt worden. Bewoner L merkt op: “*het ruikt al goed hoor*”.

Een man en een vrouw komen de woning binnen. Ze vragen de groepsbegeleider met hen mee door de woning te lopen voor een risico-inventarisatie. De deur staat open. De televisie staat aan, niemand kijkt ernaar. Het is vrij rumoerig in de kamer. Er zijn op dit moment 16 mensen in de kamer; 8 bewoners, 3 familieleden, 2 medewerkers, 2 mensen van de risico-inventarisatie en de observator. Een groepsbegeleider van een aangrenzende woongroep komt de woning binnen. Zij overlegt in de keuken met de medewerkers over de aflos met het eten. De groepsbegeleider neemt nu haar pauze en gaat van de woning af. De zorgassistent gaat verder met koken.

17.15 Het eten is klaar. De zorgassistent schept de borden vol in de keuken. Ze pakt een bord met gepureerde wortels, aardappelpuree en vissticks, zet het op tafel en zegt tegen bewoner C: “*kijk eens, lekker eten*”. Bewoner I zit in de rolstoel in de keuken. De zorgassistent heeft zijn bord gepureerd eten in de keuken op het aanrecht staan. Ze zegt: “*kom maar, gaan we lekker eten*”. Vervolgens geeft de zorgassistent ook de andere bewoners één voor één een bord eten. De zorgassistent zet de televisie uit. Bewoners F, H, N, A, L en C zitten aan de tafel en eten. Bewoner I zit in de rolstoel in de keuken. Hij krijgt zo nu en dan een hap eten van de zorgassistent. Bewoner K zit in de rolstoel voor de televisie (die uit staat), heeft nog geen eten. Bewoner O is in haar kamer. De zorgassistent loopt continu heen en weer tussen de tafel en de keuken. Geeft in het voorbij gaan bewoner H en bewoner I een hap eten en ruimt ondertussen potten en pannen in de keuken op.

17.30 De zorgcoördinator komt de woning binnen. De deur stond open. “*hallo, hoe gaat het hier?*” Zorgassistent: “*goed hoor, als er gegeten wordt is het altijd rustig hè*” Zorgcoördinator: “*hou het rustig vanavond hè, dag*”. De zorgcoördinator verlaat de woning. Ze doet de deur dicht.

De groepsbegeleider komt terug de huiskamer in. Ze schept een bord eten vol en gaat daarmee naar bewoner K. Groepsbegeleider: *“mevrouw K, ik heb hier wat eten voor u, het is aardappelpuree met worteltjes en gebakken vis, vindt u dat lekker?”* Bewoner K glimlacht. Groepsbegeleider: *“ik zal u even naar de tafel helpen”* Ze rijdt bewoner K aan de tafel bij de rest van de bewoners en gaat naast haar op een kruk zitten. De groepsbegeleider helpt bewoner K met het eten. Als de bewoners allemaal klaar zijn met eten ruimt de groepsbegeleider de tafel af, ruimt de vaatwasser in en zet de koffie aan.

19.00 De tafel is afgeruimd. De deur van de woning staat open. De televisie en de muziek zijn uit. De zorgassistent geeft de bewoners koffie. De zorgassistent en de groepsbegeleider drinken ook koffie. Ze zitten aan tafel bij de bewoners en praten voornamelijk met elkaar. Ze bespreken hoe ze de verzorging vanavond zullen aanpakken. Groepsbegeleider: *“ik wil eerst bewoner O maar doen en dan bewoner K en bewoner I ... eerst de zware mensen, de rest lukt me wel alleen”* [de zorgassistent werkt tot 21.00 uur]

Bewoner L vraagt de krant van bewoner N. Groepsbegeleider: *“lees maar wat voor voor de rest, mevrouw L”* Bewoner L: *“nou, ik kan niet tegen die inkt hoor, ik wilde alleen de voorkant even bekijken”* Groepsbegeleider: *“zal ik het voorlezen dan?”* De groepsbegeleider leest de bewoners voor uit de krant. Ze leest korte stukjes, praat rustig en duidelijk en gaat in op de reacties van de bewoners.

20.10 De groepsbegeleider en de zorgassistent lopen samen naar de kamer van bewoner O. Bewoner N: *“en als ik nou naar bedje wil?”* Niemand reageert. Bewoners K, F, A, H, N en C zitten aan tafel. Er wordt nauwelijks gesproken door de bewoners. Het is stil. Er is geen muziek aan en geen televisie. Bewoners N en H hebben de ogen dicht.

20.25 De groepsbegeleider en de zorgassistent komen vanuit de bewonersgang de huiskamer ingelopen. De zorgassistent loopt in de richting van bewoner K, die in de rolstoel zit met de rug naar haar toe. Terwijl ze tegen de groepsbegeleider praat, rijdt ze de rolstoel van bewoner K achteruit en de gang in, richting de badkamer. Dit alles doet ze zonder iets tegen de bewoner zelf te zeggen.

Om 21.10 gaat de zorgassistent naar huis. De groepsbegeleider schenkt voor de bewoners in de huiskamer glaasjes advocaat met slagroom in en geeft dit aan hen. Ze helpt bewoner H met het eten van haar advocaatje en maakt een praatje met de bewoners. De groepsbegeleider vraagt daarna of er mensen zijn die naar bed willen en helpt de bewoners die dit willen naar bed.

22.30 Bewoners F en L zitten samen aan tafel in de kamer. Ze kletsen met elkaar. Bewoner L geeuwt en zegt: *“ik ben versleten, ik denk dat ik naar bedje ga”*. Ook bewoner L staat op en loopt naar haar kamer. Alle bewoners zijn nu op hun kamer. De groepsbegeleider ruimt op en dweilt de vloer van de woning.

Om 23.00 uur begint de nachtdienst. Er is 1 nachtdienstmedewerker voor twee verdiepingen. De nachtdienst komt alleen de woning in wanneer dat nodig is, bijvoorbeeld als er een bewegingsalarm af gaat.

### **Een dag uit het leven in de Naber**

Het is 7.45, de groepsbegeleider loopt vanuit het kantoor door de omloop richting de woning. Ze ziet bewoner M in de gang op haar rollator zitten en loopt naar haar toe. Bewoner M: *“niemand wil me helpen, ik sta er nog verbaasd van dat ik zo ver ben gekomen en niemand helpt me”* Groepsbegeleider: *“goedemorgen mevrouw M, ik kom je helpen, wat scheelt eraan?”* Bewoner M: *“kijk ik heb hier een hele prop, een nat gedoe”* bewoner M wijst naar een grote bobbel onder haar ochtendjas ter hoogte van haar kruis. Groepsbegeleider: *“ik zie het ja, ik zal u er wel mee helpen”* Bewoner M: *“maar het lopen lukt niet meer”* Groepsbegeleider: *“hoe komt dat, willen de benen niet meer, of zit die prop in de weg?”* Bewoner M: *“ik denk dat het de prop is”* Groepsbegeleider: *“dat denk ik ook ja, uw benen doen het over het algemeen nog best aardig”* Bewoner M: *“ja”*. De groepsbegeleider begeleidt bewoner M naar de woning, de badkamer in. Bewoner M zit op haar rollator en de groepsbegeleider rijdt haar voort.

Nadat de groepsbegeleider bewoner M heeft verzorgd, wordt zij naar de huiskamer geholpen, waar ze plaats neemt in de zwart leren fauteuil tussen de keuken en de achterdeur.

Inmiddels is ook bewoner B wakker, zij loopt een aantal keer heen en weer tussen haar slaapkamer en de badkamer, die recht tegenover haar slaapkamer is. De groepsbegeleider vraagt of de bewoner geholpen wil worden met wassen. Bewoner B stemt toe. Samen lopen ze naar de badkamer. De groepsbegeleider helpt bewoner B met douchen.

8.30 De groepsbegeleider zet thee en dekt de tafel voor het ontbijt. Ze vraagt bewoner B of ze wil helpen de tafel te dekken. Bewoner B pakt messen en vorken, legt bij ieder bord een mes en daarna verdeelt ze de vorken, ze blijft hierbij vorken neerleggen en terug pakken. De groepsbegeleider helpt haar: *“als u hier nog een vork legt en hier nog één, zijn we compleet”*. Hierna loopt bewoner B terug naar de keuken, kijkt even rond, trekt wat kastjes open en dicht en pakt vervolgens opnieuw bestek uit de la. Groepsbegeleider: *“er ligt al bestek, wilt u overal een kopje neerzetten, ik heb thee gezet”*.

Bewoner M en B eten hun ontbijt, terwijl de groepsbegeleider een derde bewoner helpt met de verzorging.

9.30 Een zorgassistent komt de woning binnen via de achterdeur. Ze komt binnen zonder te kloppen. Ze groet de bewoners die in de huiskamer zijn ieder apart. De groepsbegeleider vraagt of de zorgassistent bewoner J wil helpen met de verzorging. De zorgassistent loopt de kamer van bewoner J in en zegt: *“goedemorgen vriendin, heeft u lekker geslapen? Bent u naar de kapper geweest?”* Bewoner J: *“ja”* Zorgassistent: *“ik zag het al, wat mooi. Ik wil u graag even helpen met wassen en aankleden als u het goed vindt”* Bewoner J: *“ja hoor”* Zorgassistent: *“kom maar overeind”* De zorgassistent helpt bewoner J naar de badkamer. Nadat bewoner J is verzorgd, helpt de zorgassistent haar naar de huiskamer en smeert een boterham voor haar. Vervolgens verlaat de zorgassistent de woning om elders te helpen.

10.30 De groepsbegeleider helpt bewoner D naar de huiskamer en maakt haar ontbijt klaar. Bewoners D en J zitten aan tafel en eten hun ontbijt. Bewoner M is klaar met eten en zit in de fauteuil bij de achterdeur. Ook bewoner B is klaar met eten, zij is terug gegaan naar haar kamer. Bewoner G loopt continu rond tussen de huiskamer en de slaapkamers, ze heeft gegeten. Bewoner E ligt nog op bed. Ze is wakker en heeft al een aantal keer drinken gehad van de groepsbegeleider. Het is rustig in de woonkamer. De bewoners praten niet of nauwelijks. De achterdeur is dicht. De groepsbegeleider vraagt of er liefhebbers zijn voor koffie. Bewoner M kijkt op en zegt: *“koffie? Lekker”*. De groepsbegeleider ruimt de tafel af, legt een gehaakt wit kleedje op tafel en zet daarop een vaas met verse bloemen. Ze zet koffie en gaat vervolgens naar bewoner E om haar te helpen met de verzorging. Twee huishoudelijk medewerkers komen de woning via de achterdeur binnen, kloppen eerst aan. Ze vegen en dweilen de vloer. Praten hierbij met de bewoners.

11.00 De zorgcoördinator klopt op de achterdeur en komt binnen. De groepsbegeleider staat in de keuken en drinkt een glaasje fris. De zorgcoördinator blijft in de deuropening staan en vraagt of alles oké is. De groepsbegeleider zegt dat alles goed gaat, dat iedereen verzorgd is en nu aan de koffie gaat. De zorgcoördinator vertrekt weer en doet de deur dicht. De koffie is klaar. De groepsbegeleider loopt naar de kamer van bewoner B en vraagt of zij de koffie op haar kamer wil, of in de woonkamer. Bewoner B komt naar de woonkamer en gaat aan tafel zitten. Alle bewoners zitten nu aan tafel. Bewoner M neuriet. Bewoner B begint dezelfde deun mee te zingen, zachtjes. De groepsbegeleider zingt de tekst van het lied, waarop bewoners M en B ook hardop beginnen te zingen. Bewoner D begint nu ook te zingen, ondanks dat zij de juiste woorden niet weet. De groepsbegeleider loopt naar de cd-speler en zet muziek op; een cd met hetzelfde lied.

De groepsbegeleider geeft elke bewoner een kop en schotel en schenkt vervolgens de koffie in. Ze geeft Bewoner G het melkkannetje en vraagt of de bewoner zelf melk in de koffie wil doen. Dit herhaalt zich bij bewoners D en B. De groepsbegeleider doet de melk in de koffie van bewoners J en E, die dit niet zelf kunnen. Bewoner E plukt aan het tafellaken. De groepsbegeleider geeft haar een katoenen servet en ze laat het tafellaken nu met rust. De groepsbegeleider zucht. Bewoner B: *“zo, ...”* Groepsbegeleider: *“ze zeggen wel eens, een zucht geeft lucht, aan ...”* Groepsbegeleider en bewoner

B in koor: "... een hart vol smart" De groepsbegeleider en bewoner B lachen. Bewoner D kijkt de groepsbegeleider aan en begint hard te lachen.

De groepsbegeleider helpt bewoner E met het drinken van de koffie en praat ondertussen met de bewoners. Groepsbegeleider: "*hoe heet u ook al weer met uw voornaam, bewoner B?*" Bewoner B: "*dat weet jij wel*" Groepsbegeleider: "*het was iets met een 'j' dacht ik*" Bewoner B: "*er zit wel een j in ja*" Bewoner B kijkt lachend. Groepsbegeleider: "*u moet me even helpen*" Bewoner B noemt haar voornamen. Groepsbegeleider: "*en u, mevrouw G, wat is uw voornaam*" Bewoner G zet grote ogen op. Groepsbegeleider: "*u heet ... , toch?*" Bewoner G: "*ja*" Groepsbegeleider: "*en u heet ... en u heet ... en u heet ...*" [ze noemt de voornaam van elke bewoner aan tafel].

Als iedereen de koffie op heeft, ruimt de groepsbegeleider de tafel af en wast de kopjes af. Bewoner B komt op eigen initiatief helpen met afdrogen.

12.30 De achterdeur staat open. De bel van de hoofdingang gaat, iemand anders in het gebouw doet de deur open. Het is de bezorger van albert.nl, die even later de woning binnenstapt met een steekwagen waarop een aantal kratten met boodschappen staan. De bezorger groet in het algemeen "*goedemiddag*", zet de kratten in de kamer en vertrekt weer. De groepsbegeleider zet een aantal boodschappen in de koelkast en schuift de rest van de kratten naar het 'kantoor'. Ze doet de achterdeur dicht.

Om 13.00 dekt de groepsbegeleider de tafel voor de lunch. Ze vraagt aan de bewoners of ze aan tafel komen zitten en schenkt thee in voor hen. De groepsbegeleider smeert een boterham voor bewoner E en voor bewoner J en begeleidt de andere bewoners hiermee. De wasmachine piept. De groepsbegeleider zegt dat ze even bij de wasmachine gaat kijken, "*ik ben zo terug*". De groepsbegeleider komt even later terug en gaat bij de bewoners aan tafel zitten. Ze praat wat met de bewoners. De huishoudelijk medewerker klopt aan en komt de woning binnen. De huishoudelijk medewerker gaat bij de bewoners aan tafel zitten en de groepsbegeleider gaat de woning uit om te lunchen. De huishoudelijk medewerker kletst wat met de bewoners en helpt bewoners E en J met het eten. Als de groepsbegeleider terug komt van de lunch, zijn de bewoners klaar met eten. De groepsbegeleider geeft de bewoners hun medicatie. Ze gaat daarbij naar de bewoner toe, drukt de pillen uit het stripje bij de bewoner en geeft vervolgens de tabletten in de hand van de bewoner.

De klok slaat twee keer. De klok hangt in de huiskamer aan de muur, naast de tafel. Er wordt gebeld vanuit de hoofdingang. De groepsbegeleider doet de deur open. Even later komt de fysiotherapeut de woning binnen. Hij komt voor bewoner E.

Het is stil in de kamer. Bewoners D, E, en J zitten aan de keukentafel, ze doen niets. Bewoner B is op haar kamer. Bewoner G loopt door de woning. De achterdeur staat open. Bewoner G loopt de woning uit, de gang op, ze draait zich om, komt terug en zegt tegen bewoner E: "*er is niks te doen*". De groepsbegeleider is in het kantoor. Ze is daar bezig met het bestellen van de boodschappen. [boodschappen worden via de computer besteld bij albert.nl]

De voordeurbel gaat. Vanuit de kamer is te zien dat er iemand voor de deur staat. Bewoner J: "*d'r staat er één bij de deur ... die moet eruit hoor*". De groepsbegeleider doet de deur open en de avonddienst komt binnen. Ze groet de bewoners en loopt direct naar het kantoor. Daar dragen de groepsbegeleiders kort over. De ene groepsbegeleider gaat daarna verder met de bestelling, de andere blijft in het kantoor. Ze praten wat met elkaar.

Om 16.00 verlaat de groepsbegeleider de woning. De groepsbegeleider van de avonddienst zet koffie. Vervolgens pakt ze een wasmand vol schone was en gaat ermee op de bank in de kamer zitten. Ze vouwt zelf de was op en ruimt het op. Hierna schenkt ze in de keuken koffie in voor de bewoners en geeft elke bewoner een kop koffie. De telefoon gaat. Groepsbegeleider: "*ja ... ja ... ik zat even binnen, ik kom hoor*". Ze zegt: "*ik ga even naar mijn collega, ben zo terug hoor*." De groepsbegeleider loopt de woning uit en gaat zitten op een bank in de binnentuin, waar ook een groepsbegeleider van een andere woongroep zit. Het is stil in de kamer. De muziek is uit. De bewoners praten niet of nauwelijks. De achterdeur staat open. Even later komt de groepsbegeleider terug de woning in. Groepsbegeleider: "*zo, ik zal eerst even de tafel dekken, dan ga ik straks koken*." De

groepsbegeleider dekt de tafel en loopt daarna naar de keuken en pakt de aardappels. Ze tilt de aardappels op en zegt: *"mevrouw B..."* Bewoner B lacht: *"oh ja, kom maar op ... waar is het mesje?"* Bewoner schilt de aardappels in de keuken. De groepsbegeleider is in het kantoor. De overige bewoners zitten aan tafel.

17.00 de voordeurbel gaat en de groepsbegeleider doet open. De dochter van bewoner D komt de woning binnen. Ze zet poffertjes in de koelkast, zet een plantje op de keukentafel, pakt een pot uit het wandmeubel, legt een stapel tijdschriften op de keukentafel, pakt een kop thee voor zichzelf en gaat bij haar moeder zitten. Bewoner D zit in een fauteuil bij het raam. Haar dochter zit naast haar op de bank, ze kletsen samen. De dochter verricht wat naaiwerk aan een rok van haar moeder.

Ondertussen is de groepsbegeleider gaan koken.

18.00 het eten is klaar. De groepsbegeleider helpt bewoner D aan tafel en vraagt ook bewoner G te komen zitten. De groepsbegeleider zet vervolgens schalen met aardappels, witlof en kip op tafel en gaat zitten: *"Zullen we eerst even bidden?"*, alle bewoners zijn stil. Groepsbegeleider: *"eet smakelijk"* De groepsbegeleider verdeelt de aardappels, groente en vlees over de bewoners. Ze vraagt daarbij steeds aan de bewoners wat ze willen: *"zal ik u opscheppen? Ik ben vandaag de grote opschepper ... als u straks nog wat meer lust, dan trekt u maar gewoon aan de bel ... ik heb een lekker sausje gemaakt"* Bewoner D: *"heerlijk"* Bewoner E wil het vlees met haar handen pakken, groepsbegeleider: *"oh voorzichtig, dat is heet"* en de bewoner bedenkt zich. De groepsbegeleider eet zelf ook mee. Ze zit tussen bewoners E en J in en helpt hen één voor één met het eten. Zo nu en dan helpt ze ook bewoner D, die soms wat zit te rommelen met het eten. Het is rustig in de kamer. De bewoners eten rustig hun eten. De groepsbegeleider houdt het gesprek op gang. Als de bewoners klaar zijn met eten ruimt de groepsbegeleider de tafel af en spoelt de vaat om in de keuken. Vervolgens geeft ze de bewoners ieder een kom met vla. Als de bewoners ook de vla op hebben zegt de groepsbegeleider: *"zullen we dan nog even eindigen?"* De bewoners zijn stil. Groepsbegeleider: *"dat het u bekomen mag"*. De groepsbegeleider ruimt de tafel af en wast af. Bewoner B komt haar helpen. Hierna zet de groepsbegeleider koffie.

In de keuken schenkt de groepsbegeleider koffie in voor de bewoners en neemt deze op een dienblad mee de huiskamer in. Ze geeft de bewoners die in de huiskamer zijn een kop koffie en helpt bewoner E met het drinken van haar koffie. Vervolgens pakt de groepsbegeleider haar eigen koffie en gaat buiten de woning, in de gang, zitten en drinkt wat. Ze kletst met de zorgassistent en met een bewoner van een andere woongroep die langsloopt. In de woning is het rustig. De televisie staat aan, niemand kijkt. Bewoners D, E, J en M zitten aan tafel. Bewoner B is op haar kamer en bewoner G loopt rond door de woning.

Rond 19.30 komt de zorgassistent de woning binnen. Ze vraagt aan de groepsbegeleider of zij hulp nodig heeft vanavond. Groepsbegeleider: *"alleen met mevrouw E ... wanneer kom je?"* Zorgassistent: *"zeg jij het maar ... uur of acht?"* Groepsbegeleider: *"acht uur is prima ja ... de rest lukt wel alleen"*.

Bewoner J staat op van haar stoel en loopt rond. Groepsbegeleider: *"bent u moe mevrouw J?"*

Bewoner J: *"jaha"* Groepsbegeleider: *"wilt u naar bed?"* Bewoner J mompelt iets onverstaanbaars. Groepsbegeleider: *"ik zal u zo gelijk helpen, even dit afmaken"* De groepsbegeleider maakt af waar ze mee bezig is in de keuken en helpt vervolgens bewoner J naar bed.

21.20 De groepsbegeleider kijkt in de tv-gids en zegt: *"tot hoe laat duurt dit? Oh half tien, da's mooi"*. De groepsbegeleider zegt tegen bewoner D: *"zometeen als het programma is afgelopen breng ik u naar bed ... om half tien ... is dat goed?... ja he"* Bewoner D lacht en zegt: *"ja...da's...ja"*

21.30 Het televisieprogramma is afgelopen. Groepsbegeleider: *"zo, dan gaan we nu naar bed ... de avond is weer om ... gaat u mee mevrouw D?"* Bewoner D: *"ja"* Bewoner B: *"mijn bed roept me"* Bewoner B loopt naar haar slaapkamer. De groepsbegeleider loopt met bewoner D mee naar haar slaapkamer. Bewoner G loopt nog rond door de woning. De overige bewoners liggen op bed.

Om 23.00 uur begint de nachtdienst. Er is 1 nachtdienstmedewerker voor de 5 woningen. De nachtdienst komt alleen de woning in wanneer dat nodig is, bijvoorbeeld als er een bewegingsalarm af gaat.

## 7.1 Kernwaarden van kleinschaligheid geanalyseerd

Tijdens de participerende observatie is geobserveerd naar de inrichting van de fysieke woonomgeving en de invloed die hiervan uitgaat op de kernwaarden van kleinschaligheid; huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, een eigen ervaringswereld, zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen.

In deze paragraaf worden de overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen beschreven aan de hand van de kernwaarden van kleinschaligheid die in de literatuur zijn benoemd. Citaten uit de observaties illustreren de beschreven overeenkomsten en verschillen.

### 7.1.1 Huiselijkheid, Veilige en vertrouwde omgeving

Beide onderzochte woongroepen zijn opgezet als een woning, met een keuken, woonkamer, slaapkamers en badkamers. Ondanks de overeenkomsten in de opzet kennen de woningen grote verschillen in vormgeving.

De huiselijke bouw en inrichting van de Naber (zie beschrijving hieronder) biedt de bewoners een huiselijke omgeving. Een huiselijke, herkenbare bouw en inrichting zijn voorwaarden voor het bieden van een veilige en vertrouwde omgeving. Een woning met huiselijke meubels, herkenbare patronen en een huiselijke sfeer biedt een zekere vertrouwdheid. De bewoners wonen in een woning.

De instellingsachtige bouw en inrichting van de Hofstee (zie beschrijving hieronder) biedt een minder huiselijke omgeving. De bewoners wonen meer in een instelling dan in een woning.

#### **De Hofstee**

De woongroep bevindt zich op de derde etage van een verpleeghuis. Het gebouw is een verpleeghuis en oogt ook als zodanig. De kapper, de kerkdienst, het verenigingsleven, alles vindt plaats in hetzelfde gebouw. De bewoner hoeft de deur niet uit.

Wanneer je uit de lift stapt op de derde etage arriveer je bij een 'bushalte'. Op de derde etage bevinden zich nog twee andere woongroepen, een logeerkamer, het kantoor van de zorgcoördinator en een 'Grand Café', een gezellig ogend bruin café waar bewoners op bepaalde avonden een drankje kunnen drinken. In de gang staat verder een 'groentestalletje' uitgestald, de groenten zijn van plastic. De muren van de gang zijn in een rood/terra kleur geschilderd. Op de vloer ligt een grijsgekleurd marmoleum. Opvallend aan de gang is de grote hoeveelheid ramen en deuren. Het kantoor van de zorgcoördinator is volledig met ramen omringd, de deuren naar de woongroepen bevatten grote ramen en de wanden van de woningen bestaan ook voor een groot deel uit ramen.

Vanuit de gang kom je door een typische instellingsdeur; een brede, dubbele deur, donkergeel van kleur, met een groot raam in het midden, de woning binnen aan de zijde van de keuken. In één grote ruimte bevinden zich de keuken en de woonkamer. Aan weerszijden van de huiskamer liggen twee gangen met slaapkamers van de bewoners, badkamers, toiletten, het washok en een voorraadkast. De woning heeft één tweepersoonsslaapkamer, zes eenpersoonsslaapkamers en één logeerkamer op de 'buitengang'. Sommige slaapkamers zijn huiselijk ingericht met meubels van de bewoners zelf. Andere kamers hebben uitsluitend een bed, nachtkastje en kledingkast van de instelling zelf.

De gehele achterwand van de woning is één groot raamwerk dat uitkijkt op de 'buitengang'. De wand ertegenover is ook één groot raamwerk, dat uitzicht geeft naar buiten. Op de vloer van de hele woning

ligt een grijs-geel kleurig marmoleum. De wanden zijn behangen met een lichtgrijs behang en er hangen veel schilderijtjes en een ouderwetse klok. De inrichting van de woning is instellingsachtig met huiselijke accenten. Het meubilair is allemaal van de instelling. Wel is het huiselijk aangekleed met bijzettafeltjes, kleedjes, en planten. De huiskamer van de woning wordt bijna volledig in beslag genomen door de grote ovale keukentafel waar plaats is voor 8 á 10 mensen. De tafel staat midden in de kamer. Tegen de muur staan twee fauteuils, drie tafeltjes, een dressoir met plantjes en de telefoon en een dressoir met de televisie en de stereo. De bloemen en planten die in de woning staan, zijn allemaal kunst. Er staan mooie stukken bij en er staan bloemstukken tussen die bijna kaalgeplukt zijn en geen vaas meer hebben. Er hangt een groot whiteboard in de kamer, direct naast de deur. Daar staat bijvoorbeeld opgeschreven wie er werken en welke datum het is.

### **De Naber**

Het gebouw bestaat uit twee verdiepingen. Op de tweede verdieping zijn seniorenwoningen. Op de begane grond zijn vijf woningen voor verzorgd en verpleegd wonen voor dementerende ouderen en één woning voor verstandelijk gehandicapte mensen. Aan de buitenkant van het gebouw is geen verschil te zien tussen de beneden en bovenverdieping. Het gebouw heeft een hoofdingang voor de seniorenwoningen op de eerste verdieping en een hoofdingang voor de woningen op de begane grond. Deze ingang is alleen binnen te komen door aan te bellen. Iedere woning van de benedenverdieping heeft daarnaast aan de buitenkant van het gebouw een eigen voordeur, met bel, brievenbus en kijkgaatje. De achterdeuren van de woningen grenzen aan een gezamenlijke glazen omloop, die toegang geeft tot de centraal gelegen binnentuin. Aan de zuidkant van het gebouw bevindt zich een gemeenschappelijke recreatieruimte. Daarnaast is het kantoor van de zorgcoördinator.

De woning heeft een huiskamer met open keuken. In de woonkamer, direct links naast de achterdeur is het 'kantoor', een hokje waar de opslag van materiaal ligt en waar de computer staat boven een klein tafeltje met twee stoelen. Vanuit de huiskamer kom je in de gang, waar rechts de kapstok hangt en de voordeur is en waar links de slaapkamers van de bewoners zijn en twee badkamers. In één van de badkamers staan de wasmachine en de droger.

De slaapkamers zijn gezellig ingericht. Iedere slaapkamer heeft zijn eigen meubels en zijn eigen sfeer. Wanneer een bewoner in de woning komt wonen, wordt de slaapkamer kaal opgeleverd. De bewoner moet zelf meubels meenemen, zelf de vloer bekleden, de muur bekleden en gordijnen ophangen. Zij zijn hierbij vrij in hun keuzes.

Ook de inrichting van de woning is huiselijk. De muren zijn door familie van de bewoners behangen met gelig behang. Op de muren hangen schilderijen, een klok, een spiegel en een scheurkalender die in grote letters en cijfers aangeeft welke dag en datum het is. In de woonkamer staan divers meubels; een buffetkast met servies en een stereotoren, een kastje met de televisie erop, een salontafel waarop een kleedje ligt waar een bloemstuk op staat, vier fauteuils die allemaal anders zijn; leer en stof, vijf verschillende bijzettafeltjes, een bruin leren bankstel, een dressoir waarop onder andere een vissenkomp met een goudvis en foto's en kaarten staan. De meeste meubels zijn van donker eiken. Alle meubels zijn (ooit) door bewoners zelf van thuis uit meegenomen. Er staan veel bloemen en plantjes, waarvan enkele kunst zijn en enkele echt. Op alle tafeltjes liggen kleedjes.

### **7.1.2 Herkenbaarheid**

De huiselijke activiteiten als het koken, het wassen en de afwas bieden herkenbare, natuurlijke prikkels. Dat is in beide woongroepen het geval. De huiselijke omgeving van de Naber heeft daarnaast een meerwaarde omdat ook dit de bewoners herkenbare prikkels geeft, bijvoorbeeld om na het eten van tafel op te staan en even op de bank te gaan zitten.

### **De Hofstee**

Het is vijf uur in de middag. De groepsbegeleider is in de keuken aan het koken. Er klinkt gerinkel van potten en pannen vanuit de keuken en de afzuigkap zoemt. Er komen langzaam maar zeker geuren van het koken de kamer in. Je ruikt dat er gekookt wordt, je hoort dat er gebakken wordt, je hoort dat de aardappels gestampt worden. Bewoner L merkt op: *“het ruikt al goed hoor”*.

### **De Naber**

De bewoners zijn klaar met eten. Bewoner D staat op van tafel, loopt wat rond in de huiskamer en gaat zitten op de fauteuil bij het raam. Ze bladert door een tijdschrift, de Margriet. Ook bewoner H is klaar met eten en loopt van de tafel naar de fauteuil bij de achterdeur en gaat daar zitten. Ze neuriet. Bewoner B ruimt de tafel af en wast de borden en kop en schotels af. Zij doet dit op eigen initiatief.

## 7.1.3 Overzichtelijkheid

Met betrekking tot de overzichtelijkheid in de woongroep zijn er duidelijke verschillen waarneembaar. Die verschillen zijn terug te voeren op twee zaken: het aantal bewoners in de woongroep en de manier waarop de zorgverlening is georganiseerd.

In de Naber wonen zes bewoners en werken vier groepsbegeleiders vast op de woongroep. In de woning werkte gedurende mijn observaties steeds één vaste groepsbegeleider een hele dag- of avonddienst. Zij werd bij de verzorging van één a twee bewoners geassisteerd door één zorgassistent. Dit heeft tot gevolg dat er op één woongroep een beperkt aantal vaste gezichten te zien is. Totaal gedurende de tien observatiedagen werkten er in de woning 8 verschillende medewerkers; 4 vaste groepsbegeleiders en 4 verschillende zorgassistenten.

In de Hofstee wonen ten tijde van de observatie negen bewoners. Er werkte gedurende mijn observaties ofwel een vaste groepsbegeleider, ofwel een groepsbegeleider van een aangrenzende woongroep ofwel een poolkrachtmedewerker in de woning. De groepsbegeleider werd daarbij in de ochtend, middag en avond geassisteerd door één zorgassistent. De lengte van de diensten varieert. Dit alles heeft tot gevolg dat er op één woongroep vele verschillende gezichten te zien zijn. Totaal gedurende de tien observatiedagen werkten er op de woongroep 16 verschillende medewerkers; 5 vaste groepsbegeleiders, 2 groepsbegeleiders van een aangrenzende woongroep, 6 zorgassistenten en 3 poolkracht medewerkers.

Met 9 bewoners, 2 medewerkers en daarbij familie, activiteitenbegeleiders, huishoudelijk medewerkers en andere diensten die de woning in en uit lopen, is er regelmatig veel bedrijvigheid in de woonkamer van de woning. Bovendien geeft het moeten verzorgen van 9 bewoners een grotere nadruk voor de groepsbegeleider op de lichamelijke aspecten van de zorgverlening. Dit kan ten koste gaan van kleinschalige aspecten. Een groepsbegeleider verwoordde dit als volgt: *“ik vind het wel druk, dat kleinschalige, zeker als er iemand ziek is, dan ben je toch de hele ochtend aan het wassen en heb je verder ook geen tijd om echt aandacht te geven aan de mensen ... Ze weten het leuk op papier te zetten, maar de praktijk is toch wel eens anders.”*



De overzichtelijkheid voor de bewoners wordt voor een belangrijk deel beïnvloed door de manier waarop de instelling de zorgverlening organiseert. Het werken met vaste groepsbegeleiders is overzichtelijk; de bewoners zien regelmatig dezelfde gezichten. Wanneer groepsbegeleiders rouleren over meerdere woongroepen, doet dat afbreuk aan de overzichtelijkheid. In de eerste plaats betekent het voor de bewoners meer verschillende en dus minder bekende gezichten en in de tweede plaats heeft de groepsbegeleider minder kennis van de vaste gewoonten en gebruiken van de groep.

Ook het werken met zorgassistenten die rouleren over verschillende woongroepen werkt ten nadele van de overzichtelijkheid. Het zijn weer meer verschillende gezichten voor de bewoners. Bovendien hebben zorgverleners die geen vaste woongroep hebben meer een eigen manier van werken die ze toepassen waar ze ook werken, en minder een manier van werken die is aangepast aan de betreffende woongroep.

#### **De Hofstee**

In de huiskamer zijn op dit moment 12 personen; 2 groepsbegeleiders, de psycholoog, 8 bewoners en de observator. De televisie staat aan. Het is onrustig in de woonkamer; Bewoner O roept hard “hè, hè, hè, hè, hellup, hellup, hellup”. Bewoner I trekt een plant uit de kast. Bewoner F zegt: “laat dat nou toch eens, stop daarmee en kom zitten”. Bewoner N: “zijn we hier met z'n allen om gek te worden ofzo?”. Bewoner A zegt meermaals: “verdomme”. De deur naar de gang staat open. Er is veel bedrijvigheid op de buitengang. Mensen lopen af en aan; medewerkers van de verschillende woongroepen, mannen met karren, de schoonmaakster, bewoners.

#### **De Naber**

Het is druk en rommelig in de huiskamer. Er zijn 10 mensen in de huiskamer; 2 schoonmakers, 1 groepsbegeleider, 6 bewoners en de observator. De vier medewerkers lopen af en aan. De achterdeur staat open. Bewoner G staat op van tafel en loopt de huiskamer uit, richting de slaapkamers. Bewoner D staat ook op en loopt de woning uit. De medewerkers van de schoonmaak zijn klaar met hun werk en verlaten de woning. De groepsbegeleider doet de deur achter hen dicht. Het is weer rustig in de kamer. De groepsbegeleider zet muziek op en gaat in de keuken koffie zetten.

### **7.1.4 Een eigen ervaringswereld**

De overeenkomsten en verschillen die er bestaan tussen de twee onderzochte woongroepen met betrekking tot de eigen ervaringswereld hebben niet zo zeer te maken met de fysieke omgeving als wel met de attitude van de medewerkers. In hoeverre de bewoner binnen zijn eigen ervaringswereld in zijn waarde wordt gelaten, is afhankelijk van de manier waarop de medewerker daarmee omgaat. Laat de groepsbegeleider de bewoner in de gewone kleding slapen als deze te kennen geeft dit te willen, of wordt toch al dan niet met zachte dwang getracht een pyjama aan te trekken. En neemt de zorgassistent de taak van de bewoner over als zij ziet dat deze het bestek in de verkeerde la terug legt of laat zij de bewoner zijn gang gaan? Het is aan de medewerker om hiermee om te gaan en om een balans te vinden tussen wat nog wel acceptabel gedrag is en wat niet. Want, zo vertelde een groepsbegeleider: “uitslapen mag, natuurlijk, maar het zijn wel demente mensen en als je sommigen geen prikkel geeft, blijven ze gewoon de hele dag op bed liggen, elke dag.”

### **De Hofstee**

De groepsbegeleider zit aan tafel met drie bewoners. Ze vouwen samen de was op. Bewoner A rommelt wat met een hemd en legt hem wat verfrommeld op de stapel. Er is een gezellige actie aan tafel. De bewoners lachen veel. Bewoner A lacht en laat steeds zien wat ze heeft gedaan, zegt daarbij: *"ik heb veel gedaan ... ik heb hard gewerkt"*. De zorgassistent komt aan tafel staan. Ze ziet dat het hemd 'niet goed' is opgevouwen en wil het overdoen. De groepsbegeleider zegt *"laat maar joh"*. De groepsbegeleider legt mij uit: *"Het gaat er niet om hoe het gebeurt, dat moet je loslaten. Kijk, als je de ramen zeemt, moet het dan streeploos schoon? Van wie moet dat? Van de bewoner of van jou zelf? Dat moet je loslaten. Het alternatief is om het allemaal zelf te doen en de bewoners de hele dag te laten knikkebollen aan tafel."*

### **De Naber**

Half tien 's ochtends. Bewoner B en bewoner D zitten aan tafel en eten hun ontbijt. Bewoner M komt de huiskamer binnengelopen. Ze heeft haar nachtopon aan en schoenen. Bewoner M: *"gaan jullie eten?"*. De groepsbegeleider antwoordt: *"ja, de tafel is al gedekt voor het ontbijt. Deze dames zijn gewassen en gekleed"*. Bewoner M: *"en dat ben ik niet"*. Groepsbegeleider: *"nee. Wat wilt u, eerst ontbijten, of eerst wassen?"*. Bewoner M: *"eerst ontbijten"*. De bewoner neemt plaats aan de tafel.

## 7.1.5 Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen

De verschillen tussen de twee woningen op het gebied van het nabootsen van een 'normale' situatie hebben voor een belangrijk deel te maken met de opzet van het gebouw waar zij wonen en met de grootte van de groep bewoners. De Naber heeft een voordeur waar bezoekers moeten aanbellen. Als de bewoner naar de tandarts gaat, trekt hij eerst zijn jas aan. Als het lekker weer buiten is, gaat er een raam open of loopt de bewoner even de tuin in.

De Hofstee bevindt zich in een verpleeghuis; bezoek loopt de woning zo in en uit, als de bewoner naar de tandarts gaat, moet hij twee verdiepingen lager zijn en als het lekker weer buiten is, kan de bewoner alleen naar buiten als er een vrijwilliger of familielid tijd heeft met hem mee te gaan.

Dit zijn voorbeelden van mogelijkheden en onmogelijkheden die de fysieke omgeving biedt.

Daarnaast zijn niet-fysieke aspecten van belang bij het nabootsen van een normale situatie. Het gaat daarbij om de manier waarop de medewerker invulling geeft aan de activiteiten. De groepsbegeleider kan bijvoorbeeld koffie drinken met de bewoners en hen betrekken bij een gesprek; of de groepsbegeleider kan de bewoners betrekken bij het lezen van de krant.

Vanuit de observaties lijkt het te zijn dat de niet-fysieke aspecten, de manier waarop de medewerker vorm geeft aan haar activiteiten, van grotere invloed is dan de fysieke aspecten. Zo kan het voorkomen dat het op momenten in de Naber, met de 'meer normale woonomgeving', het er toch minder 'normaal' aan toe gaat dan in de Hofstee, waar de groepsbegeleider op dat moment haar best doet invulling te geven aan de kleinschaligheid.

### **De Hofstee**

De groepsbegeleider zet muziek op en vraagt de bewoners of ze zin in koffie hebben. De groepsbegeleider schenkt de bewoners die dit willen een kop koffie in. Vervolgens gaat ze bij de bewoners aan tafel zitten en helpt bewoner K met het drinken van de koffie. Ondertussen maakt ze een praatje met de bewoners aan tafel.

### **De Naber**

De groepsbegeleider heeft in de keuken koffie ingeschonken en zet bij elke bewoner een kop koffie neer. Vervolgens pakt de groepsbegeleider haar eigen koffie en gaat ermee naar het kantoor. In de huiskamer is het stil. Er staat geen muziek aan. De bewoners zeggen en doen niets.

#### **7.1.6 Optimale privacy van de woongroep**

Bij de analyse van de resultaten bleek nog een kernwaarde van kleinschaligheid een belangrijke rol te spelen: de privacy van de woongroep. Om goed vorm te kunnen geven aan kernwaarden als huiselijkheid, een veilige en vertrouwde omgeving, overzichtelijkheid en zoveel mogelijk een normale situatie nabootsen, is het van belang dat de woongroep voldoende privacy geniet.

Een opvallend verschil tussen de woongroepen is het aantal mensen dat op de dag de woning in en uit komt lopen en het gemak waarmee dat gepaard gaat. Op het meest drukke dagdeel liepen er in de Naber 12 verschillende mensen verschillende keren de woning in en uit. Op de meest rustige dag waren het 4 verschillende mensen die verschillende keren de woning in en uit liepen. Op een druk dagdeel in de Hofstee liepen er 26 verschillende mensen de woning in en uit, van wie sommigen meer dan één keer. Op de meest rustige dag waren het 12 verschillende mensen die verschillende keren in en uit de woning liepen. Het gaat daarbij met name om groepsbegeleiders en zorgassistenten van andere woongroepen, maar ook om de huishoudelijk medewerker, de fysiotherapeut, de zorgcoördinator, de verpleeghuisarts, vrijwilligers, de activiteitenbegeleider, de boodschappenbezorger en familie van bewoners.

In de Hofstee lopen niet alleen veel meer mensen de woning in en uit, zij doen dat ook met een groter gemak dan in de Naber. Dit wordt veroorzaakt door twee factoren. In de eerste plaats zet de opzet en inrichting van het gebouw de mensen hiertoe aan. De drie woongroepen van derde etage in de Hofstee vormen als het ware één geheel; 'wij van de derde etage'. Dat maakt het de groepsbegeleiders en zorgassistenten gemakkelijk even bij elkaar langs lopen. De woning is bovendien fysiek gemakkelijk toegankelijk. Iedereen die zich in het gebouw bevindt, kan de woning gemakkelijk in en uit lopen. In de derde plaats is het zo dat de medewerkers met grote regelmaat de deuren van de woningen open laten staan.

De kleinschalige woning is fysiek moeilijker te betreden. De woning is alleen te betreden door eerst aan te bellen. Ook de verpleeghuisarts, de fysiotherapeut en de directeur moeten aanbellen voordat ze de woningen kunnen betreden. Eenmaal in de glazen omloop kun je wel zo iedere woning via de achterdeur binnenkomen. Daarnaast is het zo dat iedere woning echt een eigen, aparte woning is; 'wij van woongroep ...'. Het gaat niet zozeer om een fysieke maar meer om een psychologische grens. Groepsbegeleiders van andere woongroepen lopen bovendien minder vaak bij elkaar naar binnen, omdat dat betekent dat zij hun woongroep dan alleen moeten laten. In de Hofstee is er altijd wel een zorgassistent die de woongroep in de gaten kan houden. De medewerkers in de kleinschalige woning houden vaak de deur van de woning gesloten.

Een woongroep hoort voldoende privacy te genieten. Daar staat tegenover dat wanneer een woning moeilijk binnen te komen is door derden, het gevaar bestaat dat het te rustig en te stil is in de woning. Bezoek biedt immers ook afleiding. Wanneer het stil is in een woning kan het voorkomen dat de bewoners klagen over een gebrek aan activiteiten (uit casus de Naber, pagina 64): Het is stil in de kamer. Bewoners D, E, en J zitten aan de keukentafel, ze doen niets. Bewoner B is op haar kamer. Bewoner G loopt door de woning. De achterdeur staat open. Bewoner G loopt de woning uit, de gang op, ze draait zich om, komt terug en zegt tegen bewoner E: “*er is niks te doen*”. De groepsbegeleider is in het kantoor.

## 7.2 Conclusie

De fysieke omgeving biedt op verschillende manieren mogelijkheden om aan de kernwaarden van kleinschaligheid te kunnen voldoen. Een huiselijk gebouwde woning met huiselijke meubels en herkenbare patronen biedt een zekere vertrouwdheid, het gevoel in een thuis te zijn, waar mensen zo normaal mogelijk wonen. Door niet meer dan zes bewoners in de woongroep te laten wonen en een kleine groep medewerkers vast op de woning te laten werken, blijft de situatie overzichtelijk zowel voor de bewoner als voor de medewerker. En door de woning een afgesloten unit te laten zijn, waar mensen niet met een groot fysiek en psychologisch gemak in en uit lopen, blijft de privacy van de woongroep gegarandeerd.

Dit zijn voorbeelden van mogelijkheden die de fysieke omgeving biedt. Daarnaast is een belangrijke taak weggelegd voor de medewerkers om invulling te geven aan de mogelijkheden:

- \* Huiselijkheid is naast een fysiek gegeven, ook een sfeer die wordt gecreëerd in de woning. Een huiselijke inrichting alleen is niet genoeg wanneer de medewerker geen huiselijke sfeer weet te creëren. De huiselijke sfeer kan worden gecreëerd door het opzetten van muziek, door de tafel aan te kleden met kleedjes en bloemen of door samen met de bewoners koffie te drinken en hierbij een praatje te maken met de bewoners.
- \* Ook herkenbaarheid bereik je niet alleen door de fysieke omgeving huiselijk en herkenbaar in te richten. Het is de medewerker die invulling geeft aan de herkenbaarheid door de bewoners herkenbare prikkels aan te reiken. Bijvoorbeeld door voor het ontbijt de tafel te dekken geeft de medewerker de bewoners een prikkel uit zichzelf hun boterhammen te pakken en te gaan eten.
- \* De privacy van de woongroep wordt bewerkstelligd door de fysieke omgeving. De woning moet een afgesloten unit zijn waarin niet allerlei mensen zo maar in en uit lopen. Hoe makkelijker het mensen wordt gemaakt om een woning te betreden, hoe vaker dit ook gebeurt. Woningen die met elkaar verbonden zijn via een omloop, worden door de mensen die zich in die omloop bevinden gemakkelijk binnengegaan. De aanwezigheid van een deur om vanuit de omloop de woning te betreden remt daarbij niet voldoende af.

Naast de fysieke omgeving is echter de attitude van de medewerker van belang om de privacy van de groep te waarborgen. Want hoewel eerder gesteld is dat het hebben van een deur niet afremt om een woning te betreden, als de deur dicht is, worden mensen wel geprikkeld eerst aan te kloppen voordat de woning wordt binnengegaan.

De attitude van de medewerker speelt ook een rol bij het vinden van de balans tussen het bewaken van de privacy van de woongroep en het aanbieden van prikkels aan de bewoners; te veel privacy kan resulteren in te weinig activiteiten voor bewoners, die zich vervolgens kunnen vervelen.

In hoofdstuk 9 worden de resultaten van de analyse over de attitude van de medewerkers verder uitgewerkt.

Eerst volgt in hoofdstuk 8 een beschrijving van de analyse van de resultaten over de aard van de zorgverlening in beide onderzochte projecten.

## 8 De aard van de zorgverlening

Naast de kernwaarden van kleinschaligheid is tijdens de participerende observatie aandacht besteed aan de aard van de zorgverlening. Daarbij is specifiek geobserveerd naar factoren die maken dat de zorgverlening integraal en vraaggestuurd zijn ingericht. Er is gekeken naar aspecten van de zorgverlening op de dimensie van taakgericht naar integraal en op de dimensie van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd.

Het gaat in dit hoofdstuk om de manier waarop de zorgverlening is ingericht door de instelling. De uitvoering van de zorgverlening zelf komt aan bod in hoofdstuk 9, waar de attitude van de medewerker wordt beschreven.

### 8.1 Taakgerichte versus Integrale zorgverlening

#### Taakgerichte zorgverlening

Met een taakgerichte wijze van zorg verlenen wordt enerzijds bedoeld dat verschillende functies worden uitgevoerd door verschillende medewerkers; de kok kookt, de verzorgende helpt de bewoner met het eten en de schoonmaakster dweilt de vloer.

Anderzijds wordt met een taakgerichte wijze van zorg verlenen bedoeld dat medewerkers overleggen wie welke taken wanneer uit zal voeren. Een dergelijke wijze van zorg verlenen ontstaat vooral wanneer er meer dan één medewerker in een woning werkt. Wanneer er maar één medewerker aan het werk, is deze verantwoordelijk voor alle taken. Wanneer er meer dan één medewerker in de woning werkt, bestaat de kans dat allerlei taken worden verdeeld tussen de medewerkers.

#### Integrale zorgverlening

Met een integrale wijze van zorg verlenen wordt enerzijds bedoeld dat verschillende functies worden uitgevoerd in de woning zelf en dat deze functies worden uitgevoerd door dezelfde persoon; de groepsbegeleider kookt, helpt de bewoners met het eten en dweilt de vloer. Ook het koffiezetten, het doen van de boodschappen, de afwas, de was, de strijk en het schoonmaken van de woning gebeurt door de groepsbegeleider zelf.

Anderzijds wordt met een integrale wijze van zorg verlenen bedoeld dat de groepsbegeleider de bewoners betreft bij het uitvoeren van taken als het koken, het doen van de boodschappen, de afwas, de was, de strijk en het schoonmaken van de woning. Dit aspect komt aan de orde in hoofdstuk 9, de attitude van de medewerker.

#### Overeenkomsten en verschillen tussen de woongroepen

In beide onderzochte woongroepen is de zorgverlening integraal georganiseerd. Het koken, het wassen en het strijken gebeurt in de woning, door de medewerkers. De boodschappen worden besteld via albert.nl. Zowel in de Naber als in de Hofstee worden bij het bestellen van

de boodschappen niet of nauwelijks bewoners betrokken. In de Naber wordt groente en fruit vers gekocht bij de groenteboer die aan huis komt. Ook hierbij zijn gedurende de observaties niet of nauwelijks bewoners betrokken geweest. Het schoonhouden van de woning gebeurt zowel in de Naber als in de Hofstee door vaste medewerkers van de schoonmaakdienst.

Het wonen staat centraal, de zorg wordt daarnaast gegarandeerd. Dat staat zowel in de visie van de Naber als in de visie van de Hofstee. Wat daarbij wel opgemerkt moet worden is dat de zorgzwaarte in de loop van de jaren is toegenomen. Tegenwoordig blijven de mensen met allerlei vormen van hulp steeds langer thuis wonen, waardoor de mensen die worden opgenomen vaak al in een ver gevorderd stadium van de dementie zijn. Dit verzwaart de aandacht die uitgaat op het lichamelijke aspect van de zorgverlening.

Het meest opvallende verschil tussen de twee onderzochte woongroepen op het gebied van de taakgerichte zorgverlening is het aantal medewerkers dat op de groep werkt. In de Naber is een groot gedeelte van de dag en avond maar één groepsbegeleider in de woning, die af en toe wordt geassisteerd door een zorgassistent. In de Hofstee zijn het grootste gedeelte van de dag en avond zowel een groepsbegeleider als een zorgassistent in de woning aanwezig.

In de woongroep van de Hofstee verblijven bovendien 9 bewoners, wat de aandacht op de lichamelijke zorgverlening verzwaart met name in de ochtend en avonden.

## 8.2 Aanbodgestuurde versus Vraaggestuurde zorgverlening

### Aanbodgestuurde zorgverlening

Een aspect dat de zorgverlening duidelijk aanbodgestuurd maakt, is de afhankelijkheid van zorgassistenten in de zorgverlening die rouleren tussen verschillende woongroepen. Het tijdstip van komst van de zorgassistent bepaalt in grote mate hoe de zorgverlening eruit ziet, met name de volgorde waarin de bewoners 's ochtends uit bed komen en 's avonds naar bed gaan.

Om 20.00 drinken de zorgassistent en de groepsbegeleider koffie. Ze zitten hierbij aan tafel bij de bewoners. Ze praten uitsluitend met elkaar en betrekken de bewoners niet in hun gesprek. Ze bespreken hoe ze de verzorging vanavond zullen aanpakken. De groepsbegeleider: *"ik wil eerst bewoner O maar doen en dan bewoner K, bewoner N en bewoner I ... eerst de zware mensen, de rest lukt me wel alleen"* [de zorgassistent werkt tot 21.00 uur] **[de Hofstee]**

Rond 19.30 komt de zorgassistent de woning binnen. Ze vraagt aan de groepsbegeleider of zij hulp nodig heeft vanavond. Groepsbegeleider: *"alleen met bewoner E ... wanneer kom je?"* Zorgassistent: *"zeg jij het maar ... uur of acht?"* Groepsbegeleider: *"acht uur is prima ja ... de rest lukt wel alleen"*. **[de Naber]**

## Vraaggestuurde zorgverlening

De zorgverlening is vraaggestuurd ingericht wanneer de tijdstippen van de (zorggerelateerde) activiteiten niet afhankelijk zijn van tijden van de instelling, zoals het tijdstip waarop de lunch wordt geserveerd of het tijdstip waarop er voldoende medewerkers zijn om de zorg te verlenen. Tijdstippen van activiteiten moeten kunnen variëren naar hoe de dag verloopt.

Groepsbegeleider: *“De ene keer eet je vroeg, de andere dag eet je wat later, dat is maar net hoe het uitkomt. Gisteren wilden de dames naar een muziekavond, toen aten we wat vroeger.”* [de Naber]

## Overeenkomsten en verschillen tussen de woongroepen

In beide woongroepen is de zorgverlening vraaggestuurd van aard. Er zijn geen vaste tijden voor ontbijt, lunch of diner. Er zijn geen vaste bedtijden en geen vaste toiletrondes. Het ritme van de dag wordt bepaald door natuur (de biologische klok) en cultuur (etenstijden).

Omdat de zorgverlening in de Hofstee, door de hoeveelheid bewoners, in grotere mate afhankelijk is van de hulp van zorgassistenten, ziet de zorgverlening er daar op sommige momenten meer aanbodgestuurd uit dan in de Naber het geval is.

## 8.3 Conclusie

In de beide woongroepen is de zorgverlening integraal en vraaggestuurd ingericht. Toch kan worden waargenomen dat de woongroep in de Hofstee meer aspecten van taakgestuurde en aanbodgestuurde zorg vertonen. Dat heeft voor het grootste deel te maken met het aantal bewoners dat woont in de woning. In de Hofstee wonen 9 bewoners. Dat maakt het onmogelijk voor één groepsbegeleider de zorg te verlenen. De afhankelijkheid van zorgassistenten is daardoor groot, ongeveer 8 uur per dag.

In de Naber wonen 6 bewoners. Dat maakt de afhankelijkheid van hulp van zorgassistenten minder groot, 2 a 3 uur per dag.

Naast de kernwaarden van kleinschaligheid en de aard van de zorgverlening is tijdens de participerende observatie aandacht besteed aan de attitude van de medewerkers. De uitkomst van de analyse naar de attitude van de medewerkers staat beschreven in het volgende hoofdstuk.



## 9 De attitude van de medewerkers

Met betrekking tot de attitude van de medewerker is geobserveerd naar een aantal verschillende attitudes: in de eerste plaats is gekeken naar de algemene attitudes van de medewerkers op het continuüm van afstandelijke, via taakgerichte, relatiegerichte naar persoonsgerichte attitude. Hierbij is gekeken naar het handelen van de medewerker in alle situaties van de kleinschalige zorgverlening.

Daarnaast is tijdens de analyse duidelijk geworden dat ook specifiek gekeken moet worden naar de vraaggestuurde en integrale attitude van de medewerkers. Met name bij de integrale attitude is gekeken naar alleen het handelen van de medewerker in situaties die betrekking hebben op kleinschalige aspecten van de zorgverlening; het uitvoeren van taken als de was, de strijk en het koken.

### 9.1 Afstandelijke, taakgerichte, relatiegerichte en persoonsgerichte attitude

#### 9.1.1 Afstandelijke attitude

Medewerkers vertonen op momenten gedrag dat past bij de omschrijving van een afstandelijke attitude. Ze tonen geen aandacht aan wat de bewoner aangeeft, gaan volkomen hun eigen gang en bepalen zelf het ritme in de woongroep. Op sommige momenten kun je zelfs stellen dat er geen respect wordt getoond voor de bewoner.

#### **De Hofstee**

De (poolkracht)medewerker en de zorgassistent lopen naar bewoner I, die in de rolstoel tegen het dressoir aan zit. De zorgassistent zegt: “zo ..., je gaat naar bed”. De zorgassistent wil bewoner I vooruit duwen. De rolstoel staat echter met de handgrepen klem op het dressoir (dit heeft de zorgassistent zelf gedaan vertelt ze, “zodat de bewoner niet de hele tijd overal tegenaan rijdt”. Als de zorgassistent de rolstoel van de bewoner wil duwen, zet de bewoner de voeten schrap op de vloer, waardoor de rolstoel niet vooruit kan. De zorgassistent trekt daarop de rolstoel achteruit naar de kamer van de bewoner. Ondertussen praat de zorgassistent verder met de (poolkracht)medewerker.

#### **De Naber**

19.30 De groepsbegeleider zegt tegen mij: “ik breng bewoner J zo naar bed ... die is de hele dag al zo moe”. Ze loopt naar bewoner J en zegt tegen haar: “ik ga even met je meelopen, dan gaan we naar bed”. Bewoner J: “nee”. De groepsbegeleider trekt de stoel van de bewoner van de tafel af, probeert haar omhoog te trekken en zegt: “kom maar staan ... ik neem u mee hoor”. De bewoner gilt luid en slaat om zich heen. Groepsbegeleider: “nee, we gaan niet slaan ... kom maar gewoon staan ... zo ja ... kom maar”. De groepsbegeleider helpt de bewoner uit de stoel en samen lopen ze in de richting van de slaapkamers. Vanuit de badkamer klinkt luid geschreeuw.

### 9.1.2 Taakgerichte attitude

Een taakgerichte attitude heeft een medewerker die het belangrijk vindt snel en efficiënt te werken. Om dit te bereiken is de medewerker van mening dat zij of haar collega de taak zelf moet uitvoeren. De medewerker heeft tijdens het uitvoeren van de (zorggerelateerde)taak geen aandacht voor de bewoner zelf. Bewoners worden niet betrokken bij de uitvoering van de taak.

#### **De Hofstee**

Ik vraag of ik kan helpen bij de verzorging. De (poolkracht)medewerker zegt dat ik bewoner C kan helpen met douchen. Als ik vraag welke verzorging de bewoner nodig heeft, kiest de medewerker er toch voor hem zelf te douchen en vraagt mij of ik de andere (poolkracht)medewerker kan helpen met de verzorging van bewoner K; *“Dat is minder ingewikkeld, dan gaat het sneller.”*

#### **De Naber**

17.15 De groepsbegeleider loopt de kamer in: *“zou u voor mij de tafel willen dekken mevrouw B?”* Bewoner B: *“tuurlijk”*. De groepsbegeleider verdeelt zeven borden over de tafel en zegt tegen bewoner B: *“ik heb het bestek op tafel gelegd”*. De groepsbegeleider gaat in de keuken verder met koken en bewoner B is druk in de weer met het bestek. Ze verschuift en verplaatst het bestek continu en mompelt *“hopeloos ... ja ... deze en die ... oh die heeft er al twee ... oh waardeloos ...”*. De groepsbegeleider loopt de kamer in en neemt het bestek over van bewoner B: *“kom maar, ik doe het wel even, we gaan zo eten”*. De groepsbegeleider verdeelt het bestek over de borden.

### 9.1.3 Relatiegerichte attitude

Een relatiegerichte attitude heeft een medewerker die de tijd neemt om sfeer te maken voor de bewoners, terwijl zij een zorggerelateerde taak uitvoert. Ook maakt zij non-verbaal contact.

#### **De Hofstee**

Het is half acht in de ochtend. De groepsbegeleider hoort dat bewoner N wakker is en klopt aan haar kamerdeur: *“goedemorgen, u bent er weer vroeg bij ... zal ik u helpen met wassen en aankleden?”* Bewoner N: *“nou graag”*. De groepsbegeleider doet de deur van de slaapkamer dicht. Het gesprek is daardoor niet meer te verstaan. Wel is er continu gezellig geklets hoorbaar. Er wordt regelmatig hartelijk gelachen, zowel door de bewoner als door de groepsbegeleider.

#### **De Naber**

Bij de verzorging benadert de medewerker bewoner G heel rustig. Ze vertelt per handeling wat ze gaat doen en waarom. De bewoner laat het rustig gebeuren, moppert zo nu en dan wat.

Groepsbegeleider: *“ik doe nu de broek (= incontinentiemateriaal) uit, hij is helemaal nat.”* De groepsbegeleider doet de broek uit en gooit hem in de prullenbak. De bewoner reageert boos: *“niet weggooien, da’s ... dat is ...”*. De groepsbegeleider zegt: *“u heeft gelijk, dat is zonde, de jeugd van tegenwoordig hè”*. De groepsbegeleider pakt de ‘broek’ uit de prullenbak, legt hem in de hoek en zegt: *“die wassen we straks wel uit”*. Bewoner: *“ja”*.

De groepsbegeleider heeft een pleister gehaald voor een open plekje op de teen van de bewoner. Bewoner: *“dat was niet de afspraak”*. Groepsbegeleider: *“de afspraak was dat ik u rustig zou helpen en niet weg zou gaan, maar ik had geen pleister bij me en toen moest ik toch weg. Dat was overmacht. Maar u heeft gelijk, het was niet de afspraak.”*

#### 9.1.4 Persoonsgerichte attitude

Een persoonsgerichte attitude heeft een medewerker die de tijd neemt voor de bewoners. Niet alleen tijdens de zorggerelateerde activiteiten, maar ook daarbuiten. De medewerker gaat even naast de bewoner zitten en maakt een praatje met de bewoner. Medewerkers met een persoonsgerichte attitude hebben aandacht voor de levensloop van de bewoners. De medewerker heeft aandacht voor wat de bewoner aangeeft, verbaal en non-verbaal, en reageert hier op.

##### **De Hofstee**

Bewoner N zit aan tafel en roept: *"moeder ... waar blijf je nou ... moeder... je had beloofd te komen".*

De groepsbegeleider gaat aan tafel bij de bewoner zitten: *"waar is uw moeder dan denkt u?"*

Bewoner N: *"leeft ze nog?"*

Groepsbegeleider: *"of is uw moeder al overleden? ... u heeft wel een dochter die vaak komt hè?"*

Bewoner N kijkt vragend.

Groepsbegeleider: *"Anna"*

Bewoner N: *"ja, Anna, da's een lieve meid"*

Groepsbegeleider: *"die doet veel voor u geloof ik"*

Bewoner N: *"als je dan geen moeder meer hebt, dan ... dan ..."*

Groepsbegeleider: *"ja, als je geen moeder meer hebt, dan is het leuk als je zo'n fijne dochter hebt"*

##### **De Naber**

De groepsbegeleider komt terug de kamer in en zegt tegen mij dat bewoner J naar de kapper mag, maar dat zij daar waarschijnlijk geen energie voor heeft. Groepsbegeleider: *"Vorige week is mevrouw J ziek geweest en ze is nu nog erg moe ... vandaag kwam ze ook pas om twaalf uur uit bed."* De groepsbegeleider gaat naast bewoner J aan tafel zitten: *"mevrouw J, wilt u naar de kapper? ... of blijft u liever even zitten?"* Bewoner J kijkt op en mompelt: *"liever liever even te te ..."*. Groepsbegeleider: *"liever blijven zitten?"* Bewoner J: *"ja"*. De groepsbegeleider blijft nog een poosje kletsen met bewoner J.

#### 9.1.5 Overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen

Er kan niet gesproken worden van dé persoonsgerichte medewerker, of dé afstandelijke medewerker. Iedere medewerker vertoont op bepaalde momenten bepaalde aspecten van de verschillende attitudes. Wel kun je zeggen dat bepaalde personen vaker bepaalde attitudes aannemen. Wat tijdens de observatie opgevallen is, is dat vaste groepsbegeleiders over het algemeen een meer relatiegerichte en persoongerichte attitude hebben en roulerende zorgassistenten en poolkrachtmedewerkers een meer taakgerichte en afstandelijke attitude. Dat kan verschillende oorzaken hebben. De poolkrachtmedewerker zal wellicht minder verbondenheid voelen met de bewoners en hun omgeving. Ook kan het te maken hebben met de opleiding van de poolkrachtmedewerker, die wellicht niet gericht is geweest op kleinschalige aspecten van de zorgverlening.

Omdat ten tijde van de observatie in de Hofstee meer gebruik werd gemaakt van poolkrachtmedewerkers en daar meer zorgassistenten worden ingezet, was de taakgerichte en afstandelijke attitude in de Hofstee in grotere mate aanwezig dan in de Naber.

## 9.2 Vraaggestuurde en integrale attitude

### 9.2.1 Vraaggestuurde attitude

De kleinschaligheid in de zorgverlening heeft alles te maken met een vraaggestuurde attitude van de medewerker. Met een vraaggestuurde attitude wordt bedoeld dat de medewerker bij het uitvoeren van de activiteiten uitgaat van de behoeften van de bewoner. Het uitgaan van de behoeften van bewoners kan op verschillende niveau's gebeuren:

#### I. Aanbodgestuurd:

De medewerker heeft haar eigen plan van aanpak en wijkt hier niet vanaf .

De (poolkracht)medewerker leest in de bewonersdossiers welke verzorging de bewoners nodig hebben en gaat één voor één de bewoners wassen en aankleden. Zij kijkt daarbij niet of een bewoner al dan niet wakker is. Bewoners die niet wakker zijn, worden wakker gemaakt voor de verzorging. **[de Hofstee]**

#### II. Medewerker vraagt bewoner:

De medewerker vraagt de bewoner voordat zij een handeling gaat verrichten.

Het is kwart voor negen. De groepsbegeleider komt de huiskamer in en zegt: "*wie wil er naar bed? ... mevrouw N, wil u al naar bed?*" Bewoner N: "*naar bed? Hoe laat is het dan?*" Groepsbegeleider: "*kwart voor negen*". Bewoner: "*dat is kinderbedtijd*". Groepsbegeleider: "*het hoeft ook niet, ik vraag het alleen maar, meestal wilt u graag op tijd op bed vandaar ... mevrouw H wil wel naar bed denk ik ... wilt u lekker naar bed?*" Bewoner H: "*ja*". **[de Hofstee]**

#### III. Medewerker geeft de bewoner keuzes:

De medewerker geeft de bewoner keuzemogelijkheden bij zoveel mogelijk aangelegenheden.

De groepsbegeleider deelt thee aan de bewoners. Ze vraagt iedere bewoner of hij of zij thee wil. Ook bewoner K, met wie communicatie bemoeilijkt is. Groepsbegeleider: "*mevrouw K, wilt u een kopje thee?*" Bewoner K mompelt iets onverstaanbaars. Groepsbegeleider: "*of wilt u liever koffie?*" Bewoner K mompelt weer en schudt haar hoofd. Groepsbegeleider: "*nee? Geen koffie? Liever thee?*" Bewoner K: "*thee*". Begeleider: "*goed, haal ik een kopje thee voor u*". **[de Hofstee]**

#### IV. Vraaggestuurd:

De medewerker heeft aandacht voor de vragen van bewoners, die de bewoner op verbale of non-verbale wijze uit.

Het is half acht. Bewoner C staat op van tafel, loopt rond, strekt zijn arm uit naar de groepsbegeleider en mompelt wat. Groepsbegeleider: "*ja ik kom je zo helpen, als de koffie van bewoner I op is*". Bewoner C glimlacht en gaat weer zitten. De groepsbegeleider helpt bewoner I met het drinken van de koffie en helpt daarna bewoner C naar bed. **[de Hofstee]**

### 9.2.2 Integrale attitude

Bij de voorgaande attitudes is geobserveerd naar de houding van de medewerkers in allerlei aspecten van de zorgverlening. Bij de integrale attitude is specifiek gekeken naar de houding van de medewerkers bij het uitvoeren van aspecten die te maken hebben met de kleinschaligheid.

Naast een vraaggestuurde attitude van de medewerker vereist kleinschaligheid in de zorgverlening een integrale attitude van de medewerker. Met een integrale attitude wordt bedoeld dat de medewerker aandacht schenkt aan het invulling geven van de mogelijkheden die de omgeving biedt om kleinschalige zorg te verlenen. De bewoners moeten worden betrokken bij de activiteiten die de zorgverlening kleinschalig maken. Dat er wordt gewassen op de woning zelf, betekent niets voor de bewoner als de was, het drogen, opvouwen en strijken gebeurt in een apart washok zonder dat de bewoners daarbij worden betrokken. Het betrekken van bewoners bij de activiteiten gebeurt op verschillende niveau's:

#### I. Niet integraal:

De medewerker verricht de activiteit volledig zelfstandig en betreft de bewoners op geen enkele wijze bij de uitvoering.

De zorgassistent gaat de was opvouwen en strijken. Ze doet dit in het washok achter in de gang. Vanuit de huiskamer kun je niet zien wat zij aan het doen is. Geen van de bewoners wordt betrokken bij de werkzaamheden. **[de Hofstee]**

#### II. Taakgericht:

De medewerker laat de bewoner een activiteit uitvoeren en gaat zelf iets anders doen. Het gaat de medewerker dan niet zo zeer om het belang van kleinschaligheid, maar meer om het uitvoeren van de taken die moeten worden verricht.

De zorgassistent komt de woning binnen. Ze zegt niets, loopt naar de keuken en pakt aardappels. De groepsbegeleider zegt tegen haar: "*misschien wil bewoner L de aardappels wel schillen*". De zorgassistent loopt naar het zitje bij het raam waar bewoner L zit en zegt: "*wie van de dames wil aardappels schillen?*". Bewoner L kijkt op en zegt: "*geef maar hier*". De zorgassistent loopt hierna het kantoor in en schrijft de rapportage. **[de Hofstee]**

#### III. Integraal:

De medewerker verricht de activiteit bij de bewoners, met de bewoners of betrokken met de bewoners. De verschillende vormen zijn niet perse meer of minder integraal, afhankelijk van de wensen en vermogens van de bewoners zal de medewerker moeten kiezen in hoeverre zij een bewoner betreft bij de uitvoering van de activiteit.

##### A. Bij de bewoners:

De medewerker voert een activiteit uit in de nabijheid van de bewoners, maar betreft hen niet bij de uitvoering ervan. De bewoners ervaren wel de natuurlijke prikkel die uitgaat van de huiselijke activiteit.

De groepsbegeleider is in de keuken aan het koken. Er klinkt gerinkel van potten en pannen vanuit de keuken en de afzuigkap zoemt. Er komen langzaam maar zeker geuren van het koken de kamer in. De groepsbegeleider betreft geen van de bewoners bij het koken. **[de Naber]**

B. Met de bewoners:

De medewerker voert een activiteit uit in de nabijheid van de bewoners en betreft hen hier passief bij, bijvoorbeeld door met de bewoners te praten over de activiteit.

De groepsbegeleider zet in de huiskamer de strijplank op en gaat strijken. Ondertussen praat ze wat met de bewoners. Bewoner A wijst naar de jurk die de groepsbegeleider strijkt: *“die is toch veel te groot ... daar moet ik zeker in kennen ... brrr”*. De groepsbegeleider: *“deze? Nee, deze jurk is van bewoner H, daar kan u wel twee keer in”*. Bewoner A: *“nou, brrr”*. De bewoner en de groepsbegeleider lachen hardop. De sfeer is gezellig; de groepsbegeleider en de bewoners kletsen, zingen en lachen. **[de Hofstee]**

C. Betrokken met de bewoners:

De medewerker voert een activiteit uit en betreft de bewoners bij de activiteit door samen met hen de handeling uit te voeren.

De groepsbegeleider zet thee en dekt de tafel voor het ontbijt. De groepsbegeleider vraagt bewoner B of zij wil helpen de tafel te dekken. De bewoner helpt met het dekken van de tafel. Hierbij moet de groepsbegeleider handeling voor handeling zeggen wat de bewoner moet doen. De bewoner pakt messen en vorken en legt bij ieder bord een mes en daarna verdeelt ze de vorken, ze blijft hierbij vorken neerleggen en terug pakken. Groepsbegeleider: *“als u hier nog een vork legt en hier nog één, zijn we compleet”*. Vervolgens loopt de bewoner terug naar de keuken. Daar kijkt ze even rond, trekt wat kastjes open en dicht en pakt vervolgens weer bestek uit de la. Groepsbegeleider: *“er ligt al bestek geloof ik, zou u overal een kopje willen neerzetten, ik heb thee gezet”*. **[de Naber]**

### 9.2.3 Overeenkomsten en verschillen tussen de onderzochte woongroepen

Zowel in de kleinschalige woning als in de woongroep in het verpleeghuis vind je aspecten van alle verschillende houdingen terug. De fysieke omgeving lijkt geen directe invloed te hebben op de attitude van de medewerker.

Tijdens de observaties bleken wel verschillen waarneembaar tussen de verschillende soorten medewerkers. Zo lijkt het te zijn dat vaste groepsbegeleiders de meeste persoonsgerichte, relatiegerichte, vraaggestuurde en integrale aspecten in hun attitudes vertonen. Zorgassistenten die rouleren over verschillende woongroepen lijken over het algemeen meer taakgerichte aspecten in hun attitude te vertonen. Poolkrachtmedewerkers lijken het meest afstandelijke, aanbodgestuurde, niet-integrale aspecten in hun attitude te vertonen.

Omdat in de woongroep in het verpleeghuis meer wordt gewerkt met zorgassistenten en poolkrachtmedewerkers, komen aspecten van een afstandelijke, taakgerichte en aanbodgestuurde attitude vaker voor in de woongroep van het verpleeghuis.

### 9.3 Conclusie

De attitude van de medewerker heeft een grote invloed op de mate van kleinschaligheid in de zorgverlening. De fysieke omgeving kan zo worden ingericht dat aan alle kenmerken van kleinschaligheid wordt voldaan en de aard van de zorgverlening kan integraal en vraaggestuurd zijn georganiseerd, maar het is uiteindelijk de medewerker die invulling geeft aan de mogelijkheden die de omgeving biedt.

Kleinschaligheid komt het beste tot zijn recht in de zorgverlening wanneer de medewerker een integrale, vraaggestuurde attitude, persoons- of relatiegerichte attitude heeft. De voor de kleinschaligheid ideale medewerker heeft aandacht voor de vragen van bewoners, die de bewoner op verbale of non-verbale wijze uit. De medewerker gaat het maken van non-verbale contacten met de bewoners niet uit de weg. De medewerker heeft aandacht voor de levensloop van de bewoners. De medewerker betreft bij de uitvoering van kleinschalige activiteiten de bewoners bij de activiteit door, actief of passief, samen met hen de handeling uit te voeren. De medewerker neemt verder bij het uitvoeren van (zorggerelateerde) taken tijd om sfeer te maken voor de bewoners. Ook buiten het uitvoeren van taken neemt de medewerker de tijd om aandacht te schenken aan de bewoners. De ideale medewerker laat zich in haar attitude niet beïnvloeden door de fysieke omgeving waarin de zorg wordt verleend.

De waargenomen verschillen in attitudes tussen de medewerkers van de woongroepen zijn niet het gevolg van de fysieke omgeving. De verschillen komen voornamelijk voort uit de verschillende typen medewerkers. Vaste groepsbegeleiders lijken medewerkers te zijn met de meest vraaggestuurde, integrale en relatiegerichte attitude. Poolkrachtmedewerkers lijken de medewerkers met de minst vraaggestuurde en integrale attitude en de meest taakgerichte of zelfs afstandelijke attitude te zijn. Om de kleinschaligheid in de zorgverlening het best tot zijn recht te laten komen is het dus zaak de medewerkers, zowel groepsbegeleiders als zorgassistenten, zo vast mogelijk op één woongroep te laten werken.

Nadat de resultaten van de analyse het onderzoek zijn beschreven, is het gepast kritisch te reflecteren op de methoden van het onderzoek en op de resultaten zelf. Deze discussie staat beschreven in het volgende hoofdstuk.

## 10 Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch gereflecteerd op verschillende aspecten van het onderzoek; de literatuur, de resultaten van het onderzoek, het onderzoeksproces en de gebruikte methoden van onderzoek worden achtereenvolgens kritisch besproken.

### 10.1 Reflectie op de resultaten

#### De literatuur

De hoofdstukken 2 en 3 beschrijven de resultaten van de verkenning van de literatuur over het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Wat daarbij opgemerkt dient te worden is dat, met name bij de uitwerking van de kernwaarden van kleinschaligheid, het hier om een beschrijving van verschillende meningen gaat. Er is, naast het vooronderzoek, geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de aspecten van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. De verschillende artikelen zijn het wel eens over de kernwaarden, maar de omschrijving ervan is gebaseerd op meningen en niet op wetenschappelijk onderzoek.

Bij de beschrijvingen van de kernwaarden van kleinschaligheid wordt veel ingevuld voor de mensen met dementie, zonder dat daar wetenschappelijk onderzoek aan vooraf is gegaan. Zo wordt bijvoorbeeld in alle literatuur beweerd dat een noodzakelijk onderdeel van het kleinschalig wonen is dat de huishoudelijke activiteiten in de groep zelf plaatsvinden. Deze natuurlijke activiteiten zouden het aanbieden van activiteiten van buitenaf bovendien overbodig maken. Maar wie zegt dat het de wens van de bewoner is om de dag te vullen met huishoudelijke klussen als het schillen van de aardappels en het wassen van de vaat. Wellicht heeft de bewoner helemaal geen zin in huishoudelijke klusjes en vindt hij dat hij al genoeg heeft gewerkt in zijn leven. Misschien wil de bewoner juist wel liever naar activiteiten als bloemschikken, volksdansen en bingo. Bovendien geeft het huishoudelijk werk wellicht juist weinig prikkels, weinig “nieuwe” uitdagingen. Daar is geen onderzoek naar gedaan.

De literatuur over het kleinschalig wonen is vrij ideologisch. Het kleinschalig wonen en de kleinschalige zorg worden beschreven zonder veel kritische aantekeningen en men is het erover eens dat de kleinschaligheid momenteel een veel te kleine plaats inneemt binnen de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

Weinig wordt bijvoorbeeld ingegaan op de winst die valt te behalen binnen de reguliere verpleeghuiszorg. Bijvoorbeeld door de toepassing van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Wellicht is het zo dat een grootschalige instelling als het verpleeghuis, met een uitgebreid assortiment aan activiteiten, de mogelijkheid tot een multidisciplinaire behandeling en een belevingsgerichte benadering, een bewoner met dementie juist veel meer te bieden heeft dan de kleinschalige woningen. Ook daar is geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan.



In de literatuur van het kleinschalig wonen wordt weinig ingegaan op de benaderingswijze door de medewerkers. In de literatuur ligt de nadruk op de fysieke woonomgeving. Het belangrijkste is dat de woning op de juiste wijze wordt ingericht. Weinig wordt ingegaan op de invloed die de medewerker heeft op de invulling van de kleinschaligheid. Weinig wordt ook geschreven over de benaderingswijze die de medewerker kan toepassen.

Wat blijft er binnen de kleinschaligheid bijvoorbeeld over van de verschillende belevingsgerichte benaderingen, is daar binnen de kleinschaligheid nog wel plaats voor? Wellicht levert het een meerwaarde op om belevingsgerichte benaderingen toe te passen binnen de kleinschalige setting. Daar is geen onderzoek naar gedaan. Daar lijkt echter, met name gezien de grote invloed van de attitude van de medewerker op de invulling van de zorgverlening, wel aanleiding toe te zijn.

## Het onderzoek

Eén van de conclusies in het hoofdstuk over de aard van de zorgverlening (hoofdstuk 8) is dat een woongroep in de meest ideale situatie verzorgd kan worden door één medewerker. Een team dat bestaat uit één medewerker is echter ook kwetsbaar. Het maakt de bewoners kwetsbaar; medewerkers corrigeren elkaar niet meer, er is geen uitwisseling van ervaring en er is geen sprake meer van voorbeeldgedrag. Dat maakt het belang van activiteiten als intervisie, bewonersoverleg en intercollegiale toetsing groot.

In de conclusie van het hoofdstuk over de attitude van de medewerker (hoofdstuk 9) zijn uitspraken gedaan over de verschillen in attitude tussen de verschillende soorten medewerkers; bijvoorbeeld vaste medewerkers zijn relatiegericht en persoonsgericht poolkrachtmedewerker afstandelijk. Deze uitspraken zijn gebaseerd op de gedane observaties. Het aantal observaties is echter te weinig geweest om betrouwbare conclusies hierover te maken. Om de veronderstelling te toetsen zou intensiever onderzoek nodig zijn, specifiek gericht naar de attitudes van verschillende typen medewerkers.

In de conclusie van het onderzoek zijn uitspraken gedaan over de elementen waar een project aan moet voldoen om optimale kleinschaligheid te behalen. Daarmee wil ik geenszins beweren dat ieder project dat kleinschalige zorg levert aan mensen met dementie er volgens een bepaalde lijst van kenmerken uit zou moeten zien. Het streven naar een lijst met kenmerken van een kleinschalige woonvorm zou mijns inziens niet tot doel moeten hebben alle projecten gelijk te laten zijn aan elkaar. Bij het nabootsen van een zo normaal mogelijke situatie hoort immers ook diversiteit. Kleinschalige voorzieningen kunnen wat betreft bouw en inrichting variëren zoals ook de bouw en inrichting van de woningen in Nederland niet allen gelijk zijn aan elkaar.

Er is een grote diversiteit in de vormgeving en inrichting van de ruim 50 verschillende kleinschalige projecten die in Nederland bestaan. De participerende observatie is uitgevoerd in twee van deze projecten. De resultaten van het onderzoek zijn dan ook niet generaliseerbaar naar alle projecten met kleinschalige zorg voor mensen met dementie. Wel zal het zo zijn dat de resultaten en conclusies van het onderzoek herkenbaar zijn voor veel actoren in het veld van de kleinschalige zorg.

## 10.2 Reflectie op de methoden

Het uitvoeren van het vooronderzoek bleek een grote tijdsinvestering. Desondanks was de opbrengst dermate zinvol dat het zeker de moeite waard is geweest. Het vooronderzoek heeft een eerlijk beeld gegeven van hoe het kleinschalig wonen er in de praktijk uitziet. Het bleek dat in zeker niet alle projecten de kleinschaligheid zo ideaal is vormgegeven als in de literatuur wordt beschreven.

Ook leverde het vooronderzoek informatie op die heeft geholpen de vraagstelling van het vervolgonderzoek zo helder mogelijk te formuleren.

De methode van het vervolgonderzoek, de participerende observatie, is geschikt gebleken in het onderzoek naar de verschillen in de zorgverlening tussen een kleinschalige woning en een kleinschalige afdeling binnen het verpleeghuis. De observatie heeft meer informatie opgeleverd over de attitude van de medewerker dan bijvoorbeeld enquêtes of interviews zouden opleveren. Het participeren in het proces van zorgverlening maakte niet alleen de medewerkers meer vertrouwd met mij, maar ook de bewoners zelf.

Daarbij moet wel worden vermeld dat ik met name in de kleinschalige woning van de Naber ervoor moest waken niet te veel te participeren. Wanneer je in een groep met 6 bewoners en 1 medewerker komt helpen met de zorgverlening, dan ziet de zorgverlening er al snel anders uit dan wanneer er geen tweede persoon helpt in de zorgverlening.

Het werken met een observatieschema en het coderen aan de hand van codes uit dit observatieschema heeft voordelen, maar heeft ook als nadeel dat het de onderzoeker kan beperken in de mate waarin hij open staat voor nieuwe informatie. Het zou daarom mogelijk kunnen zijn dat, wanneer ik open had geobserveerd, zonder observatieschema, en open had gecodeerd, zonder codelijst, ik meer informatie had kunnen vinden.

In de analyse ben ik er, net als in de literatuur vermeld staat, vanuit gegaan dat het goed is wanneer de dagbesteding van de bewoners wordt ingevuld met de dagelijkse, huishoudelijke activiteiten. Er is echter geen onderzoek gedaan naar de wensen van de bewoners. Het is ook aannemelijk te denken dat de bewoner juist veel liever activiteiten doet als zang en dans en wellicht helemaal geen zin heeft in huishoudelijke karweitjes. In de analyse van de resultaten is geen aandacht besteed aan de wensen van bewoners.

In de analyse van de resultaten is geen specifieke aandacht besteed aan het voorkomen van onrust in de woning, of de afwezigheid daarvan. Dit is wel een onderwerp dat een belangrijke plaats inneemt binnen de kleinschalige zorg voor mensen met dementie. Het gaat daarbij echter met name om de bewering dat de onrust binnen de kleinschalig zorgverlening minder is dan in de reguliere verpleeghuiszorg. Omdat dit onderzoek de reguliere verpleeghuiszorg buiten beschouwing heeft gelaten, is ook geen specifieke aandacht besteed aan de rust en onrust van bewoners.

De schriftelijke membercheck van het vooronderzoek heeft een grote respons opgeleverd. De schriftelijke membercheck van het vervolgonderzoek heeft daarentegen niets opgeleverd. Het zou beter zijn geweest de resultaten van het vervolgonderzoek niet schriftelijk maar mondeling voor te leggen aan de medewerkers van de onderzochte woongroepen. Bij participerende observatie is de onderzoeker zijn of haar eigen instrument. Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek zou het beter zijn geweest in aanvulling op de participerende observatie gesprekken te voeren met de medewerkers om de motieven en betekenissen van het geobserveerde gedrag inzichtelijk te maken.

Het afstudeerproject is een gezamenlijk project geweest, iets wat niet gebruikelijk is binnen de BMG. De samenwerking met Peter is mij goed bevallen. Door samen een onderwerp te onderzoeken kunnen meer aspecten beter worden onderzocht. Het kleinschalig wonen voor mensen met dementie is een zo veelzijdig onderwerp dat dit bij uitstek geschikt is gebleken om samen te verkennen.

Daarnaast werkt het samenwerken bij tijden stimulerend en motiverend. Iets wat in een afstudeerproject een welkom aspect is.

## 11 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt teruggekomen op het conceptueel model, dat is opgesteld naar aanleiding van de resultaten uit het vooronderzoek en de literatuurverkenning. Ook wordt teruggekomen op de eerder gedane veronderstelling, die aan het conceptueel model ten grondslag lag. Tot slot wordt antwoord gegeven op de vraagstelling van het onderzoek.

### 11.1 Het conceptueel model verbeterd

Op basis van de participerende observatie kan worden gesteld dat de elementen genoemd in het conceptueel model, beschreven in hoofdstuk 5, inderdaad elementen zijn die van invloed zijn op de mate van kleinschaligheid van een project.

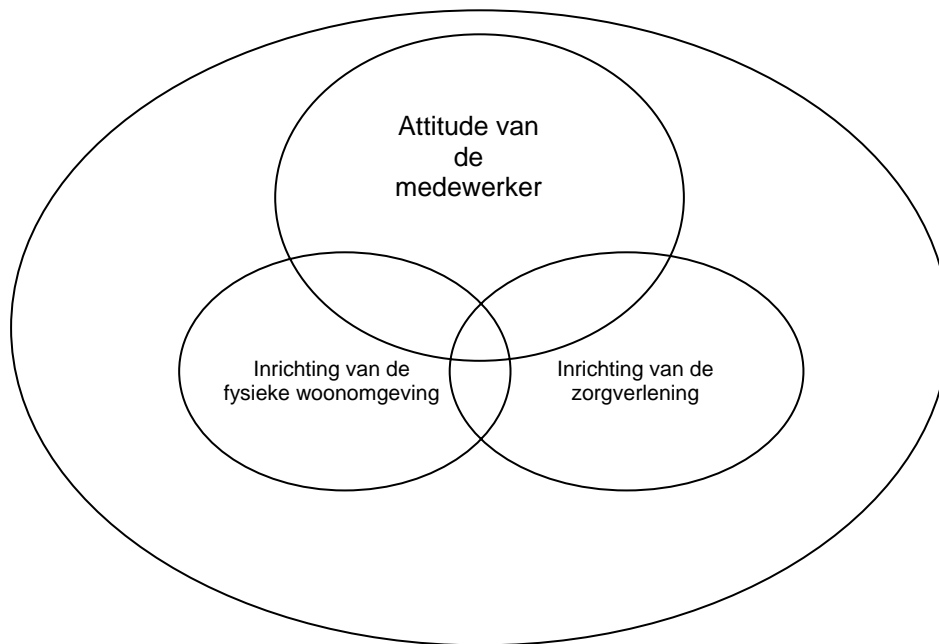
Er is sprake van optimale kleinschaligheid wanneer een project alle elementen kleinschalig inricht:

- De fysieke woonomgeving is op zodanige wijze vormgegeven dat wordt voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid;
  - huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving
  - herkenbaarheid
  - overzichtelijkheid
  - eigen ervaringswereld
  - nabootsen van een normale situatie
  - optimale privacy voor de woongroep
- De aard van de zorgverlening is op zodanige wijze vormgegeven dat sprake is van vraaggestuurde en integrale zorgverlening
- De ‘kleinschalig medewerker’ heeft een integrale, vraaggestuurde en relatiegerichte attitude.

Wat duidelijk is geworden in de analyse van het vervolgonderzoek, is dat de elementen een andere zwaarte hebben dan in het conceptueel model is verondersteld. Verondersteld werd dat de aard van de zorgverlening de belangrijkste beïnvloedende factor zou zijn wanneer het gaat om de mate van kleinschaligheid van een project. Vanuit de analyse van de participerende observatie kan gesteld worden dat de fysieke woonomgeving en de aard van de zorgverlening randvoorwaarden zijn en dat de attitude van de medewerker moet worden gezien als kernvoorwaarde.

Het verbeterde model met elementen die invloed hebben op de mate van kleinschaligheid van een project komt er als volgt uit te zien (zie volgende pagina):

## Mate van kleinschaligheid:



De drie elementen hebben ieder afzonderlijk hun eigen invloed op de mate van kleinschaligheid.

De attitude van de medewerker is het kernelement met de grootste invloed. De manier waarop de medewerker invulling geeft aan de zorgverlening maakt dat de zorg echt kleinschalig is of juist niet. Een medewerker met een integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte attitude is in staat kleinschalige zorg te verlenen, ook in een minder huiselijke setting. Een medewerker met een taakgerichte, aanbodgestuurde en afstandelijke attitude is in staat in een perfect huiselijke omgeving volkomen instituutachtige zorg te verlenen.

De inrichting van de fysieke woonomgeving en de inrichting van de zorgverlening zijn elementen die moeten worden gezien als randvoorwaarden; een project dat de fysieke omgeving zodanig heeft ingericht dat wordt voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid en de zorgverlening zodanig heeft vormgegeven dat er sprake is van integrale en vraaggestuurde zorg, maakt het gemakkelijker voor de medewerker om invulling te geven aan de kleinschaligheid in de zorgverlening.

## 11.2 De veronderstelling geanalyseerd

Op basis van de gegevens uit het vooronderzoek en de gegevens uit het literatuuronderzoek heb ik eerder verondersteld dat er geen verschil is tussen de zorgverlening in een kleinschalige woning en de kleinschalige zorgverlening in een grootschaliger setting (zie paragraaf 5.1). Wat het ene project meer dan het andere kleinschalig maakt zou het meest te maken hebben met de inrichting van de zorgverlening en de sfeer die in de woning heerst en minder met de fysieke inrichting van de woning.

Op basis van het vervolgonderzoek kan worden geconcludeerd dat verschillen in kleinschaligheid van zorgverlening tussen projecten niet in de meeste plaats beïnvloed worden door de fysieke inrichting en ook niet door de inrichting van de zorgverlening. De belangrijkste beïnvloedende factor van de mate van kleinschaligheid in zorgverlening is de attitude van de medewerker. Het is ook de attitude van de medewerker die voor een belangrijk gedeelte de sfeer in de woning bepaald.

Wel vergt de grootschalige verpleeghuissetting een grotere inspanning om de omgeving en de zorgverlening zodanig in te richten dat de juiste sfeer en attitude wordt bereikt. De grootschalige setting biedt meer ruimte voor de medewerker om gedrag te vertonen die de mate van kleinschaligheid negatief beïnvloeden.

## 11.3 Beantwoording van de onderzoeksvraag

*Welke overeenkomsten en verschillen bestaan er tussen de zorgverlening in een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en kleinschalige zorgverlening op een psychogeriatrische afdeling van een modern intramuraal verpleeghuis?*

De twee onderzochte projecten vertonen veel overeenkomsten. De bewoners wonen in een woning met een keuken, woonkamer en slaapkamers. Naast de zorgverlening wordt er door de groepsbegeleiders ook zorggedragen voor de huishouding; wassen, strijken, koken en boodschappen doen. Beide projecten hebben een visie waarin vraaggestuurde en integrale zorgverlening belangrijke aspecten zijn.

Naast overeenkomsten vertonen de projecten een aantal belangrijke verschillen:

- in de woongroep van de kleinschalige woning wonen 6 bewoners, in de woongroep in het verpleeghuis wonen 9 bewoners;
- in de kleinschalige woning werkten gedurende de observaties 8 verschillende medewerkers, in het verpleeghuis werkten gedurende de observaties 16 verschillende medewerkers;
- in de kleinschalige woning werkte gedurende de observaties altijd 1 van de 4 vaste medewerkers in de woning, in het verpleeghuis werkte 1 van de 10

- observatiedagen een poolkrachtmedewerker in de woning en 2 van de 10 observatiedagen een groepsbegeleider van een aangrenzende woongroep;
- het aantal verschillende personen dat de woning in en uit liep tijdens een observatiedag verschilde tussen de twee woningen; in de kleinschalige woning liepen er tussen de 4 en de 12 verschillende mensen de woning in en uit, in het verpleeghuis liepen er tussen de 12 en de 26 verschillende mensen de woning in en uit tijdens één observatiedag;
  - De kleinschalige woning is huiselijk ingericht en heeft een woonkamer waarin ruimte is voor een woongedeelte met een bank, fauteuils, een salontafel en een wandmeubel; de afdeling in het verpleeghuis is minder huiselijk ingericht met meubels van de instelling en heeft een woonkamer die bijna volledig in beslag wordt genomen door de grote keukentafel.

De zorgverlening is in de beide woongroepen integraal en vraaggestuurd georganiseerd. De grotere afhankelijkheid van roulerende zorgassistenten in de Hofstee maakt dat de zorgverlening daar op momenten echter meer aanbodgestuurd is dan in de Naber.

Iedere setting, grootschalig of kleinschalig, kan de woning zodanig inrichten dat kan worden voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid. Een belangrijke voorwaarde om te kunnen voldoen aan de kernwaarden van kleinschaligheid is het beperken van het aantal bewoners op één groep. Een woning waar 6 mensen wonen kan worden ingericht met een 'normale' keukentafel en met een woongedeelte met een bank en fauteuils waar plaats is voor iedereen. Zo blijft de ruimte een herkenbaar huis. In een ruimte waar 9 mensen wonen en 2 zorgverleners werken is het sneller rumoerig en onoverzichtelijk dan in een ruimte waar 6 mensen wonen en één zorgverlener werkt.

Behalve het vormgeven aan de kernwaarden van kleinschaligheid kan ook iedere setting, grootschalig of kleinschalig, de zorgverlening zodanig organiseren dat er sprake is van integrale en vraaggestuurde zorg.

Een belangrijke voorwaarde om vorm te geven aan integrale en vraaggestuurde zorg, is het aantal medewerkers dat werkt op de groep te beperken tot 1 en zo weinig mogelijk afhankelijk te zijn van roulerende medewerkers. Wanneer er twee zorgverleners op een groep werken, bestaat de kans dat taken efficiënt worden verdeeld, dat de één niet langzamer wil zijn dan de ander en dat de koffie samen wordt gedronken. Zo vertelde een geïnterviewde directeur in het vooronderzoek: "*zusters praten met zusters en niet met bewoners*".

Wanneer medewerkers rouleren over meerdere woongroepen bestaat het gevaar zij een meer taakgerichte, aanbodgestuurde en afstandelijke attitude aannemen. Medewerkers die rouleren over meerdere woningen zijn bovendien meer geneigd hun eigen manier van werken toe te passen op de verschillende woningen in plaats van zich aan te passen aan de groep bewoners, wat ten koste gaat van aspecten als de huiselijkheid, herkenbaarheid en de veilige en vertrouwde omgeving.

Het aantal bewoners in de groep bepaalt hoeveel medewerkers er moeten werken op de woning. Vanuit het onderzoek kan worden gesteld dat een groep met 6 bewoners voldoende heeft aan één vaste begeleider, die op momenten wordt bijgestaan door een zorgassistent. In een groep van 9 bewoners is de zorgzwaarte dusdanig hoog dat het grootste gedeelte van de dag en avond zowel een groepsbegeleider als een zorgassistent nodig zijn.

Op basis van het vervolgonderzoek kan worden geconcludeerd dat het helemaal niet zoveel verschil uitmaakt of een woongroep in een grootschalige of in een kleinschalige setting is gelegen; mits de setting voldoet aan alle kernwaarden van kleinschaligheid en de zorgverlening integraal en vraaggestuurd is georganiseerd, is het belangrijkste verschil de attitude van de zorgverleners. Elke kernwaarde waar een setting niet aan voldoet en elke factor die maakt dat de zorgverlening minder integraal en minder vraaggestuurd is, geeft de zorgverleners meer ruimte de zorg minder kleinschalig in te vullen.

#### **11.4 Implicaties voor de praktijk**

Vanuit het onderzoek komen een aantal aanbevelingen voor mensen die een project van kleinschalig wonen voor mensen met dementie willen opzetten of hun bestaande project willen verbeteren:

- De fysieke woonomgeving van de woonvoorziening moet zodanig worden ingericht dat wordt voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid. Een aantal aspecten zijn daarbij van belang:
  - Voor de huiselijkheid en herkenbaarheid is het van belang dat de woning is ingericht als een woning; naast een keuken en een keukentafel dient er ook voldoende leefruimte te zijn voor de woonkamer.
  - Voor de overzichtelijkheid is het van belang dat het aantal bewoners in de woongroep beperkt blijft tot 6, waardoor ook het aantal medewerkers dat in de woning werkt beperkt kan blijven tot 1 per dienst.
  - Om de privacy van de woongroep te optimaliseren is het van belang de woning fysiek moeilijk toegankelijk te maken. Een omloop waaraan meerdere huizen grenzen, tussendeuren tussen verschillende woningen, deuren die open staan maken het allemaal gemakkelijk de woning te betreden. Hoe gemakkelijker een woning is te betreden hoe meer de kans bestaat dat dit ook veelvuldig wordt gedaan, waardoor de bewoners te maken hebben met mensen die de woning in en uitlopen maar niet komen voor de bewoners maar veeleer voor de medewerker.



- De zorgverlening moet zodanig worden vormgegeven dat sprake is van vraaggestuurde en integrale zorgverlening. Een belangrijke voorwaarde om vorm te geven aan integrale en vraaggestuurde zorg, is om zo weinig mogelijk afhankelijk te zijn van roulerende medewerkers. Ook hierbij is een belangrijke voorwaarde het aantal bewoners in de woongroep te beperken tot 6 om daarmee de afhankelijkheid van zorgassistenten die rouleren over verschillende afdelingen te beperken.
- De rol van de medewerker is cruciaal. De medewerker moet immers invulling geven aan de kleinschalige mogelijkheden die de omgeving biedt. Het is daarom van groot belang aandacht te besteden aan scholing en bijscholing van de medewerkers. Daarnaast is het aan te bevelen de medewerkers regelmatig met elkaar te laten overleggen over de zorgverlening. Omdat medewerkers veel alleen werken, is de kans aanwezig dat zij een eigen manier van werken aannemen en zijn er geen gelegenheden te leren van elkaar.
- Als de fysieke woonomgeving zodanig is ingericht dat wordt voldaan aan de kernwaarden van kleinschaligheid en als de zorg zodanig is vormgegeven dat er sprake is van vraaggestuurde en integrale zorgverlening, dan maakt het niet uit of de woning een kleinschalige woning is of onderdeel uitmaakt van een grootschalig verband.

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Het verdient aanbeveling wetenschappelijk onderzoek te doen naar verschillende aspecten van kleinschaligheid, bijvoorbeeld:

- onderzoek naar de wensen van mensen met dementie; willen ze hun tijd vullen met huishoudelijke taken of willen ze eigenlijk liever naar de bingo?
- onderzoek naar de afzonderlijke kernwaarden van kleinschaligheid en de effecten hiervan op de beleving van mensen met dementie.
- onderzoek naar de opleiding van de medewerkers werkzaam in de kleinschalige zorg, de verschillen in opleiding en de effecten hiervan op de zorgverlening.
- onderzoek naar de tevredenheid van de medewerkers; hoe ervaren zij de kleinschalige manier van werken, het alleen werken?
- onderzoek naar activiteiten/passiviteiten van bewoners in de kleinschalige setting.
- onderzoek naar de rol van de familie en andere mantelzorgers in de kleinschalige setting.

## Literatuurlijst

Aedes Arcares. 2003. *Kleinschalig wonen* [internet]. Aedes Arcares Kenniscentrum wonenzorg, 2003 [aangehaald 18-02-04]. Bereikbaar op <http://kenniscentrumwonzorg.nl/kleinschaligwonen>.

Arcares. 2002. *Handreiking Zorg en Huisvesting*. Utrecht.

Arcares. 2002. *Nota Zorg en Huisvesting*. Utrecht.

Arcares. 2004. *Slagvaardig beleid voor dementie*. Advies uitgebracht door de bestuurscommissie 'Wijs beleid voor dementie' aan het bestuur van Arcares. Utrecht.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 1997. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Leiden: Stenfert Kroese.

Boeijs, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Uitgeverij Boom.

Boekhorst, S. te, M. Depla & J. de Lange. 2003. *Kleinschalig wonen in kaart gebracht*. Trimbos-instituut. Utrecht. Niet gepubliceerde presentatie.

Bogdan, R.C. & S. Knopp Biklen. 2003. *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods*. Boston: Allyn and Bacon.

CDA. 2005. *Leven met zorg: actieplan verpleeghuiszorg*. Den Haag. CDA Tweede-Kamerfractie.

Dröes, R.M. & E. Finnema. 2001. Belevingsgerichte zorg bij dementie (1); Theorie en dagelijkse zorg. *Denkbeeld Tijdschrift voor psychogeriatric*. 13 (4):6-10.

Dröes, R. M., J. de Lange, E. Finnema & C. van der Kooij. 2002. Belevingsgerichte zorg bij dementie (5); Aanbevelingen voor de toekomst. *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 14 (3):8-11.

Ettema, T. 2001. Kleinschaligheid, waarom eigenlijk? Pleidooi voor een visie achter het beleid. *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 13 (4): 2-5.

Evers, J.C. 2004. *Cursushandleiding Introductie Atlas.ti 5.0*. Kwalon, Platform voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland en België.

- Fahrenfort, M. 2003. Roeien met de riemen die je hebt: Variatie kenmerkend voor kleinschalig wonen. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 15 (5):12-16.
- Fahrenfort, M. & O. Reuchlin. 2002. *Kleinschalig wonen voor dementerenden; handreiking voor de organisatie*. Rotterdam/Utrecht. NIZW/Innovatieprogramma wonen en zorg.
- Gezondheidsraad. 2002. *Advies 'Dementie'*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Heuvel, B. van den. 2003. *Kleinschalige woon- en zorgvormen voor personen met dementie in België*. Utrecht. Arcares. Lezing op het congres Groot(s) in kleinschaligheid.
- Hollander, L. den. 2001. Een pleidooi voor kleinschaligheid; soms stel ik mij voor.... *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 13 (10): 2-5.
- Kennedie, H.W.R. 2005. *Waarde, Waardering, Waardigheid: Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg*. Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts.
- Kerkstra, A., P.M.A. van Bilsen, D.D. Otten, I.M. de Gruijter en M.G. Weide. 1999. *Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis*. Utrecht: NIVEL.
- Kooij, C., van der. 2002. *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht: uitgeverij LEMMA BV.
- Kruyver, I. & A. Kerkstra. 1996. *Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatriche verpleeghuisbewoners: een overzicht*. Utrecht: NIVEL.
- Krijger, E. 2002. *Receptuur voor kleinschaligheid*. Rotterdam/Utrecht. NIZW/Innovatieprogramma Wonen en Zorg.
- Krijger, E. 2003. Kleinschalig wonen in andere sectoren: Leren van elkaar? *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 15 (5): 8-11.
- Krijger, E. 2004. *Handleiding kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie, inhoudelijke en praktische adviezen*. Rotterdam/Utrecht. NIZW/Innovatieprogramma Wonen en Zorg.
- Lange, J. de. 2004. *Omgaan met dementie: het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Timbos-instituut: Utrecht.
- Lange, J. de, M. Pronk & A. Smaling. 1999. 'Participerende observatie in verpleegkundig onderzoek.' *Verpleegkunde* 1999-14 (4):226-236.

- Lange, J. de & A. van Staa. 2003. *Transities in ziekte en zorg: op zoek naar een nieuw evenwicht*. Rotterdam. Hogeschool Rotterdam.
- Lankreijer, J. 2002. Minder onrust door langer dutten; Dagritme en sundowning-syndroom in het verpleeghuis. *Denkbeeld, Tijdschrift voor Psychogeriatric*. 14 (3):2-6.
- Leven, N. van 't, J. de Lange en C. Klingeman. 2004. *Kleinschalige zorg voor mensen met dementie: een onderzoek naar de overgang naar een nieuwe woonomgeving en hoe verzorgenden mensen met dementie daarbij ondersteunen*. Rotterdam: Kenniskring Transities in Zorg, Hogeschool Rotterdam.
- Ludwig, A.J. 1997. *Een nieuwe woonvorm voor dementerende ouderen: vergeet het maar? Een onderzoek naar De Naber; een kleinschalige woonvoorziening voor psychogeriatric ouderen*. Doctoraalscriptie. Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Uitgeverij Boom: Amsterdam.
- Mays, N. & C. Pope. 1996. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group.
- Miles, M. B. & A.M. Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications.
- Mulhall, A. 2003. 'In the field: notes on observation in qualitative research.' *Journal of Advanced Nursing* 2003 Vol. 41 Issue 3:306-313.
- Nouws, H. 2001. *Huiselijk en vertrouwd; handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden*. Utrecht: NIZW.
- Nouws, H. 2003. 'Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie.' *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric* 15 (5): 4-7.
- Nouws, H. 2003-II. *Kleinschalig Groepswonen in Duitsland*. Amersfoort. Ruimte voor zorg. Studiereisverslag.
- Oort, M. Van. 2002. *Grenzen aan zelfstandigheid: een onderzoek naar verpleegunits voor psychogeriatric cliënten*. Rotterdam. Afstudeerscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg.

Paterson, B.L., J.L. Bottorff & R. Hewat. 2003. Blending Observational Methods: Possibilities, Strategies and Challenges. *International Journal of Qualitative Methods*. 2 (1) p.1-19.

Plaisier, A.J., A.T. Douma, M. Fahrenfort en G.J.F. Leene. 1992. *Het Anton Pieck-hofje ; een woonzorgvoorziening voor dementerende ouderen*. Utrecht: NZI.

RIVM. 2004. *Dementie* [Internet]. RIVM, 26-02-2004 [aangehaald 10-04-2004]. Bereikbaar op <http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/dementie>.

RIVM/SCP. 2004. *Ouderen nu en in de toekomst; gezondheid, verpleging en verzorging 2000 – 2020*. Rapport RIVM en SCP. Bilthoven.

Singelenberg, J.P.J. 2002. *Kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen in Duitsland*. Utrecht. Aedes-Arcades kenniscentrum Wonen-Zorg.

Stichting Cliënt en Kwaliteit. 2002. *Rapport Alles naar wens? Kwaliteitsonderzoek in verpleging en verzorging*. Utrecht.

Stichting Wonen met Dementie. 2003. *Geen tehuis, maar een thuis* [internet]. Stichting Wonen met Dementie, oktober 2003 [aangehaald 21-01-04]. Bereikbaar op <http://wonenmetdementie.nl>

Stoelinga, B. & M. Talma. 2003. 'Wat betekent kleinschalige zorg voor de medewerkers? Van zuster naar begeleider.' *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric* 15 (5):18-22.

Stoelinga, B. & M. Talma. 2004. *Leren van veranderen; kleinschalige zorg voor mensen met dementie*. Utrecht: NIZW.

Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vierde geheel herziene druk. Amsterdam: Boom. [1991]

Taam, S., I. Tomberg & E. Troost. 2004. *Een thuis, meer dan een dak en 4 muren... Literatuuronderzoek gericht op het woningontwerp van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Hogeschool van Amsterdam.

Taylor, S.J. & R. Bogdan. 1984. *Introduction to qualitative research methods; the search for meaning*. New York: Wiley & Sons, 2<sup>nd</sup> Edition.

Timmerman, M. 2005. 'Wat rest een naaste als een dementerende zichzelf verliest: omgaan met dementie en de presentiebenadering'. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* jaargang 15 nummer 2: 45-48.

Visiedocument De Hofstee; *een psychogeriatrisch verpleeghuis waar de bewoner dement mag zijn*.

Visiedocument De Naber; *Psychogeriatrische Kleinschalige Verpleeghuiszorg*.

Wijnties, M. 2003. *Wordt kleinschalige zorg groot?* [internet]. Aedes Arcares, december 2003 [aangehaald 06-01-04]. Bereikbaar op <http://kenniscentrumwonzorg.nl>

Wijnties, M. 2004. Hoe maken we kleinschalige zorg groot? *ZorgManagement* 3\2004: 23-25.

## **Bijlage 1**

### **De geselecteerde projecten van het vooronderzoek**

In verband met de privacy van de onderzochte projecten is de beschrijving hiervan verwijderd.

## Bijlage 2

### Topic lijst interviews vooronderzoek

#### Algemeen

- Wat is de visie van de organisatie?
- Wat is de kern van kleinschalig wonen; waar draait het om, wat is het belangrijkste ingrediënt?
- Zijn er ook nadelen aan het kleinschalig wonen?

#### Medewerkers

- vereiste competenties/opleiding
- hoeveel medewerkers op hoeveel bewoners
- vaste medewerkers op een groep of rouleren

#### Behandelaar

- wie is behandelaar verpleeghuisarts of huisarts
- hoe werkt de arts; vaste (visite)rondes of op afspraak
- andere disciplines: fysiotherapie, ergotherapie, activiteitenbegeleiding, etc., hoe is dat geregeld

#### Bewoners

- groepsgrootte + waarom
- groepssamenstelling; wel of geen in- en exclusiecriteria

#### Woning

- inrichting; soort vloerbedekking, wel of geen eigen meubels
- inrichting en omvang van de privé ruimtes van bewoners + waarom
- wel of geen zusterpost, waar ligt het zorgdossier + waarom
- wel of geen personeelstoilet + waarom

#### Handelingen

- wie bepaalt het dagritme?
- wordt er op de groep gekookt?
- boodschappen, wassen, strijken, huishouden; wie doet wat?
- hoe loopt de postroute?



## Bijlage 3

### Het observatieschema

#### De inrichting van de fysieke woonomgeving

#### De kernwaarden van kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie

- huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving
- herkenbaarheid
- overzichtelijkheid
- een eigen ervaringswereld
- zoveel mogelijk een ‘normale’ situatie nabootsen

#### De aard van de zorgverlening

- integrale zorg – taakgerichte zorg
- vraaggestuurde zorg – aanbodgestuurde zorg

#### De attitude van de medewerkers

- persoonsgericht: persoonlijk, sensitief, aandacht voor levensloop
- relatiegericht:
  - gezellig, sfeermakend, vrolijk
  - warm, non-verbaal, liefdevol
- taakgericht: op tijd, netjes, vriendelijk
- afstandelijk: routineus, objectiverend

#### Invulling van de dag:

dagstructuur	wie bepaalt het dagritme?
de ochtendverzorging	welke structuur is te herkennen?
ontbijt	hoe verloopt het ontbijt?
ochtendbesteding	worden er specifieke activiteiten ontplooit door de verzorging?
lunch	hoe verloopt de lunch?
middagbesteding	worden er specifieke activiteiten ontplooit door de verzorging?
avondeten	hoe verloopt het avondeten? wie bepaalt wat er wordt gegeten? wie kookt?
avondbesteding	worden er specifieke activiteiten ontplooit door de verzorging?
avondverzorging	welke structuur is te herkennen? wie bepaalt wanneer een bewoner naar bed wordt geholpen?

## Bijlage 4

### Lijst met codes

#### Eerste ronde “grove codeersessie”

(codes afkomstig vanuit het conceptueel model):

- 1 Woonomgeving
- 2 Zorgverlening
- 3 Attitude van de medewerkers

#### Tweede ronde “grove codeersessie”

(codes afkomstig vanuit het conceptueel model):

- 1 Woonomgeving**
  - huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving
  - herkenbaarheid
  - overzichtelijkheid
  - eigen ervaringswereld
  - normale situatie
- 2 Zorgverlening**
  - integrale zorg
  - vraaggestuurde zorg
  - taakgerichte zorg
  - aanbodgestuurde zorg
- 3 Attitude van de medewerkers**
  - persoonsgerichte attitude
  - relatiegerichte attitude
  - taakgerichte attitude
  - afstandelijke attitude

In deze ronde zijn een aantal nieuwe codes toegevoegd:

bij ‘woonomgeving’:

- optimale privacy van de woongroep

bij ‘attitude van de medewerkers’:

- vraaggestuurde attitude
- integrale attitude

## Derde ronde “fijnmazige codeersessie”

(codes afkomstig vanuit de data):

### 1 Woonomgeving

- huiselijkheid, veilige en vertrouwde omgeving
  - o fysieke woonomgeving;
    - ... huiselijk, zoals thuis
    - ... instellingsachtig
  - o handelen van de medewerker
    - ... huiselijk, zoals thuis
    - ... instellingsachtig
  - o handelen van de bewoner
    - ... vertrouwdheid met de omgeving
- herkenbaarheid
  - o fysieke woonomgeving
    - ... herkenbare huiselijke geluiden
    - ... herkenbare huiselijke geuren
    - ... herkenbare omgeving
  - o handelen van de medewerker
- overzichtelijkheid
  - o fysieke woonomgeving
    - ... rust/onrust
    - ... aantal medewerkers, aantal personen in de woning
  - o handelen van de medewerker
- eigen ervaringswereld
  - o handelen van de medewerker
    - ... corrigeren van bewoners
    - ... inspelen op ervaringswereld van de bewoner op dat moment
- normale situatie
  - o fysieke woonomgeving
    - ... normale, huiselijke aspecten
    - ... instellingsachtige aspecten
  - o handelen van de medewerker
- optimale privacy van de woongroep
  - o fysieke woonomgeving
    - ... gemak waarmee een woning kan worden betreden
    - ... rust/onrust
  - o handelen van de medewerker
    - ... gemak waarmee een woning wordt binnengegaan
    - ... bewaken van de privacy

## **2 Zorgverlening**

- integrale zorg
  - o ontbijt, lunch, koffie, avondeten
  - o boodschappen, afwas, de was, strijken
  - o andere activiteiten
- vraaggestuurde zorg
  - o geen vaste tijden
- taakgerichte zorg
  - o werken met poolkrachten
  - o werken met zorgassistenten
  - o taken verdeeld over medewerkers
- aanbodgestuurde zorg
  - o aanbod afhankelijk van roulerende zorgassistent
  - o instelling bepaalt wie er werkt
  - o aantal medewerkers bepaalt de werkverdeling
  - o instelling bepaalt tijdstip activiteiten

## **3 Attitude van de medewerkers**

- persoonsgerichte attitude
  - o medewerker neemt de tijd voor de bewoners
  - o medewerker heeft aandacht voor de levensloop van de bewoner
  - o medewerker reageert op wat de bewoner aangeeft
- relatiegerichte attitude
  - o medewerker maakt sfeer terwijl ze de taak uitvoert
  - o medewerker maakt non-verbaal contact
- taakgerichte attitude
  - o medewerkers overleggen wie te verzorgen
  - o snel en efficiënt werken
  - o geen tijd nemen voor de bewoner
  - o geen aandacht voor de bewoner, alleen voor de taak
- afstandelijke attitude
  - o geen aandacht voor wat de bewoner aangeeft
  - o geen respect voor de bewoner
  - o medewerker gaat volkomen eigen gang, geen aandacht voor de bewoner
  - o medewerker gaat 'functioneel' met bewoner om
- vraaggestuurde attitude
  - o medewerker vraagt bewoner
  - o medewerker geeft bewoner keuzes
  - o bewoner vraagt medewerker
  - o aanbodgestuurd
- integrale attitude
  - o taakgericht
  - o bij de bewoners
  - o met de bewoners
  - o betrokken met de bewoners
  - o niet integraal