

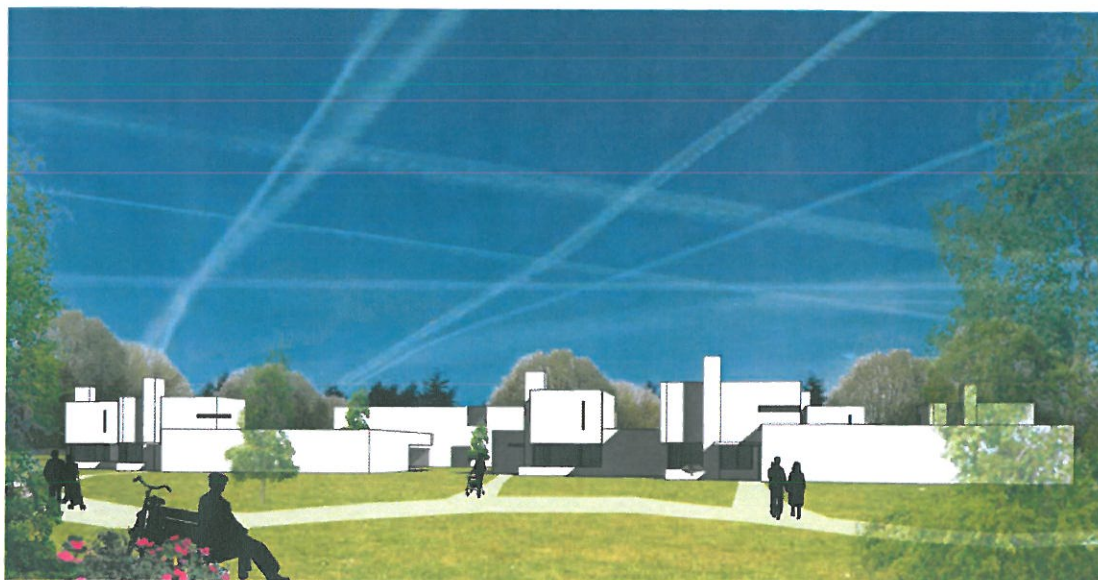
# Noorderpoort

GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN  
GRONINGEN

ZORGOPLEIDINGEN NIV. 3

READER ZGK

DE OPMARS VAN KLEINSCHALIGE WOONVORMEN  
EN DE TOEPASSING HIERIN VAN  
ACTIVITEITENBEGELEIDING, DOMOTICA EN  
PALLIATIEVE ZORG



## Inhoudsopgave

De opmars van kleinschalige woonvormen

Palliatieve zorg in kleinschalige woonvormen

Domotica in woonvormen

### Links:

Artikel: "Zonder geheugen de wijde wereld in"

<http://www.nrc.nl/handelsblad/2016/02/06/zonder-geheugen-de-wijde-wereld-in-1585568>

Artikel: "Goede zorg in verpleeghuis, maar verveling ligt op de loer

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/4237218/2016/02/03/Goede-zorg-in-verpleeghuis-maar-verveling-ligt-op-de-loer.dhtml>

*Het aantal kleinschalige woonvoorzieningen voor dementerende ouderen groeit snel. Het is er prettig voor de bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Kleinschaligheid vraagt bovendien niet om meer personeel. Maar er is ook een schaduwzijde. De voor- en nadelen op een rij.*

### Introductie kleinschalig wonen

# De opmars van kleinschalige woonvormen

#### SAMENVATTING DOSSIER

- Kleinschalig wonen bevordert het welbevinden van (dementerende) ouderen.
- Verzorgenden in kleinschalige woonvormen ervaren minder werkdruk, meer autonomie en zijn tevredener met hun werk.
- Kleinschalige zorg hoeft niet te leiden tot hogere personele kosten.
- Zorgverleners in kleinschalige woonvormen moeten beter worden toegerust om verantwoorde palliatieve zorg te kunnen bieden.
- Domotica zijn goed toepasbaar in kleinschalige woonvormen.
- Een trainer/coach ouderenpsychiatrie geeft uitleg aan welke voorwaarden een project kleinschalig wonen moet voldoen.

Joop Rosier

Als je niet meer weet welke dag het is, niet weet waar je je bevindt en hoe je daar gekomen bent, word je onzeker en bang. Iemand die dementeert, ervaart dit voortdurend. Die angst en onzekerheid zijn te verminderen door een dementerende oudere te laten ervaren dat hij in een veilige, beschermde omgeving is. Een huiselijke omgeving, een herkenbare dagindeling, vaste gezichten en de mogelijkheid om vrij te kunnen rondlopen

het bieden van een vertrouwde, huiselijke omgeving (Houweling, 1987). Samen met anderen stichtte Houweling daarom in 1989 in Haarlem het Anton Pieckhofje, de eerste kleinschalige woonvorm voor dementerenden in Nederland.

#### Enorme vlucht

Momenteel neemt kleinschalig wonen een enorme vlucht: in 2005 was 10% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg in

***'In 2005 was 10% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg kleinschalig georganiseerd, in 2010 is dat al 25%'***

helpen daarbij. Verpleeghuisarts Hans Houweling kwam ruim twintig jaar geleden tot dit inzicht. Hij constateerde ook dat de toenmalige psychogeriatrische verpleeghuiszorg niet was ingesteld op

Nederland kleinschalig georganiseerd, in 2010 is dat al uitgegroeid tot 25% verspreid over zo'n vierhonderd locaties. Met de groei van het kleinschalig wonen neemt ook de variatie in woonvormen

toe. Sommige woonvoorzieningen bestaan uit slechts een bewonersgroep, andere huisvesten vele bewonersgroepen. Sommige woonvoorzieningen liggen bij een grootschalig verpleeg- of verzorgingshuis, andere staan op zichzelf. Het aantal bewoners dat samen een huiskamer deelt, loopt uiteen van vier tot dertien. Uit de *Monitor Woonvormen Dementie* van het Trimbos-instituut, een dit jaar gepubliceerde inventarisatie onder 136 grootschalige en kleinschalige woonvoorzieningen, blijkt dat de meeste kleinschalige woonvoorzieningen zes tot acht bewoners per huiskamer hebben (Pot e.a., 2010).

Tegelijkertijd nemen de traditionele verpleeghuizen elementen van kleinschalig wonen over. Zo sluit het dagritme steeds vaker aan bij de individuele bewoners, verdwijnen de toiletrondes, worden grote afdelingen opgesplitst in kleinere huiskamers en hebben bewoners in grootschalige huizen ook vaak een eigen kamer. Wat wordt er bij zoveel variatie verstaan onder kleinschalig wonen? Een groep experts heeft zes kenmerken benoemd die aanwezig moeten zijn bij het gezamenlijk voeren van de huishouding door bewoners en verzorgenden (zie kader).

### Voor- en nadelen

Kleinschalig wonen heeft een heilzame werking op het welbevinden van bewoners. Om die reden heeft voormalig staatssecretaris Bussemaker vorig jaar 80 miljoen euro beschikbaar gesteld om het kleinschalig wonen verder te stimuleren. In een toelichtende brief aan de Tweede Kamer baseert ze zich op onderzoek van het Trimbos-instituut en VUmc/EMGO uit 2006 en 2007. Ze wijst erop dat bewoners in kleinschalige woonvormen ook zelfstandiger zijn tij-



Zorginbeeld/Frank Muller

*Verzorgenden in kleinschalige woonvormen voor dementerenden ervaren minder werkdruk, meer autonomie en zijn tevredener met hun werk.*

dens hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en meer sociaal betrokken. Mantelzorgers ervaren meer aandacht voor de achtergrond en beleveningswereld van de bewoner, meer contact met de verzorgenden en aandacht

schalige verpleeghuizen ruimer en gevarieerder is. Het gevaar bestaat dat juist in kleinschalige woonvormen bewoners in een sociaal isolement raken als zij niet genoeg bij de alledaagse activiteiten worden betrokken. Dat zullen veelal be-

### **'In kleinschalige woonvoorzieningen hebben verzorgenden een breder takenpakket en meer zelfstandigheid'**

voor de eigen gevoelens. De gezondheid van de mantelzorgers verbetert en zij voelen zich competenter in het zelf aanbieden van zorg. Verzorgenden hebben een intensiever contact met bewoners en meer verantwoordelijkheid; ze zijn daar positief over.

Toch moet het ook mogelijk blijven om te kiezen voor een grootschalig verpleeghuis, benadrukt Bussemaker. Kleinschalig wonen is bijvoorbeeld niet geschikt voor mensen met ernstig probleemgedrag of mensen die veel somatische zorg nodig hebben. Ook mensen die graag alleen zijn, zijn waarschijnlijk beter op hun plek in een grootschalige instelling. De *Monitor* bevestigt het beeld dat Bussemaker schetst (Pot e.a., 2010). Wel wijst de monitor op nog een mogelijk nadeel. De activiteiten voor bewoners in een kleinschalige woonvorm zijn vaak beperkt tot huishoudelijke activiteiten, terwijl het activiteitenaanbod in groot-

woners zijn met gedragsproblemen of beperkingen in de ADL. Mannen lopen wat dit betreft een extra risico.

### **Personele consequenties**

In de *Monitor* is ook gekeken naar de personele consequenties van kleinschaligheid. Volgens de onderzoekers zijn veel managers nog bang dat de kosten bij kleinschaligheid hoger uitpakken, omdat er meer medewerkers in de directe zorg nodig zijn. Die angst blijkt ongegrond. Er is bij kleinschaligheid weliswaar meer direct verzorgend personeel nodig, maar de kosten worden gecompenseerd doordat er in ondersteunende diensten minder mensen nodig zijn. Verzorgenden in kleinschalige woonvoorzieningen nemen immers de huishoudelijke taken op zich. Wel moet worden gekozen voor een efficiënte vorm van kleinschaligheid. Bij de ideale vorm die de pioniers van klein-

schalig wonen voor ogen hadden, telt een woonvoorziening maximaal 24 bewoners. Daarnaast dient de woonvoorziening binnen een wijk op zichzelf te staan, dus los van een grote zorginstelling. Dit ideale type is echter niet efficiënt: er is meer personeel nodig dan bij grootschalige zorg, omdat de bezetting in de nachtdienst relatief hoog is. Maar als kleinschalige zorg wordt gerealiseerd in woonvoorzieningen met ten minste 48 bewoners, kan de nachtdienst efficiënter worden georganiseerd. Dan is er niet meer personeel nodig dan bij grootschalige zorg.

### Werken in kleinschalige woonvorm

In kleinschalige woonvoorzieningen hebben verzorgenden een breder takenpakket en meer zelfstandigheid. Bovendien werken ze vaker alleen. Naast zorgtaken krijgen ze ook huishoudelijke taken. Verzorgenden hebben meer contact met bewoners en hun familie, zodat de nadruk steeds meer op communicatieve vaardigheden komt te liggen. Uit de *Monitor* blijkt dat kleinschalig werken een positieve uitwerking heeft op verzorgenden. Ze ervaren minder werkdruk, waarderen hun autonomie en zijn tevredener met hun werk. Ook het ziekteverzuim ligt lager.

Een studie gebaseerd op interviews met managers en verzorgenden in acht kleinschalige projecten in Noord-Holland, geeft een vergelijkbaar positief beeld. De studie brengt echter ook mogelijke knelpunten aan het licht. Verzorgenden vinden dat ze solistisch werken. Ze krijgen minder hulp van en geven minder hulp aan collega's. Sommigen vinden het werk daardoor minder gezellig. Daarnaast zien managers dat door de grotere betrokkenheid van



*Angst en onzekerheid verminderen als een dementerende oudere zich in een huiselijke omgeving bevindt met vaste gezichten.*

verzorgenden bij bewoners en familieleden frictie kan ontstaan tussen professionaliteit en persoonlijke betrokkenheid, bijvoorbeeld als verzorgenden te openhartig over hun eigen leven of dat van anderen vertellen. De geïnterviewden

wijzen er ook op dat veel verzorgenden gewend zijn geraakt aan hun traditionele rol waarin verpleegtechnisch handelen een van de belangrijkste vaardigheden was. Het trainen en coachen van medewerkers noemen zij dan ook van we-

### KENMERKEN KLEINSCHALIG WONEN

Wanneer is er sprake van kleinschalig wonen? Onderzoekers van het Trimbos-instituut en VUmc/EMGO hebben in 2003 een groep deskundigen op het gebied van kleinschalig wonen bijeen laten komen om het begrip helder te krijgen. Er namen zeventien mensen deel aan de begripsbepaling: twee architecten, één verpleegkundige, één verzorgende, tien managers/directeuren, één medewerker kenniscentrum, één medewerker landelijke koepelorganisatie en één directeur adviesbureau. De onderzoekers concluderen dat kleinschalig wonen 'niet zozeer wordt bepaald door fysieke kenmerken, maar vooral door de organisatie van het individuele leven van de bewoner en het gezamenlijke huishouden van bewoners en personeel.' Volgens de deskundigen mogen de volgende elementen niet ontbreken (in volgorde van belangrijkheid):

1. Een bewoner mag in de woonvoorziening blijven wonen tot aan zijn dood, ook al krijgt hij bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen. Bij kleinschalig wonen staat immers voorop dat mensen het gevoel hebben ergens 'thuis' te zijn.
2. Er wordt een gewoon huishouden gevoerd: er wordt onder meer zelf gekookt en gezamenlijk gegeten.
3. De bewoner heeft de regie over zijn eigen leven. Hij bepaalt bijvoorbeeld zelf wanneer hij naar het toilet gaat, uit bed komt, naar welke kapper hij gaat en of hij ruzie wil maken.
4. De verzorgenden helpen mee in het huishouden.
5. Bewoners vormen met elkaar een groep. Ze leven als in een gezinssituatie, waar bezoek van familie welkom is.
6. Een kleinschalige woonvorm is gevestigd in een archetypisch huis, denk aan een voordeur aan de straat, een kapstok in de gang en een eettafel in de kamer, maar ook aan het mogen meebrengen van eigen spullen, zoals een eigen stoel, kast en bed (Boekhorst e.a., 2007).

zenlijk belang bij het omschakelen naar kleinschaligheid. Ook is het belangrijk dat verzorgenden zichzelf kwetsbaar durven op te stellen in het leerproces en op hun eigen handelen kunnen reflecteren. Ondanks de geïnterviewden toch vooral positieve ervaringen (Boon e.a., 2007). ■

#### Referenties

Boekhorst S te, Depla MFIA, Lange J de, Eefsting JA (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, nr. 38, p. 17-26.

Boon CAE, Linders WJC (2007). Eindrapport onderzoek 'Kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Noord-Holland'. Bestuur & Management Consultants.

Houweling H. (1987). Warme zorg. Een visie op psychogeriatrische zorgverlening. BKZ tijdschrift voor bejaarden- kraam- en ziekenverzorging, nr. 2, februari 1987, p. 39-42. (Te downloaden via [www.warmthuis.nl](http://www.warmthuis.nl).)

Pot AM, Lange J de (2010). Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Utrecht: Trimbos-instituut.

#### SAMENVATTING

- Kleinschalig wonen bevordert het welbevinden van dementerende ouderen.
- Toch zullen er ook altijd dementerende ouderen zijn die beter af zijn in een grootschalig verpleeghuis.
- Verzorgenden in kleinschalige woonvormen voor dementerenden ervaren minder werkdruk, meer autonomie en zijn tevredener met hun werk.
- Kleinschalige zorg hoeft niet te leiden tot hogere personele kosten.

## Van A naar Beter

# Palliatieve zorg

**De wens van veel bewoners in kleinschalige woonvormen is om in hun eigen woon- en zorgomgeving te mogen leven en sterven. Dit vergt aanpassingen van zorgverleners en management op het gebied van palliatieve zorg. Over hoe je aan deze wens tegemoet komt, hield verpleegkundige Paul Vogelaar op 30 september in Ede een lezing tijdens het congres 'Kleinschalig wonen voor ouderen: kansen en mogelijkheden' van Elsevier Gezondheidszorg. Zijn lezing dient als basis voor dit artikel.**

Paul Vogelaar

Sterven is een eenmalige levenservaring waarop het leven ons niet voorbereidt. Het is afscheid nemen van het eigen bestaan en de dierbaren om je heen. Als de diagnose een levensbedreigende aandoening is, zoals progressieve COPD, terminaal hartfalen, dementie of de meeste vormen van kanker, kondigt het sterven zich vroegtijdig aan. De zieke komt uiteindelijk aan deze aandoening of de gevolgen ervan te overlijden. De zorg voor mensen met ongeneeslijke aandoeningen wordt palliatieve zorg genoemd (zie kader).

Kleinschalig wonen is bedoeld om bewoners in staat te stellen een zo normaal

geving, maar vooral de aanwezigheid van familie en vrienden, biedt de stervende steun. Ook de aanwezigheid van bekende zorgverleners, zoals de eigen huisarts en verzorgenden, geeft vertrouwen en vergroot de mogelijkheid op een waardig sterven. Bewoners van een kleinschalige woonvorm beschouwen dat als hun thuis. Medebewoners zijn vaak naasten geworden.

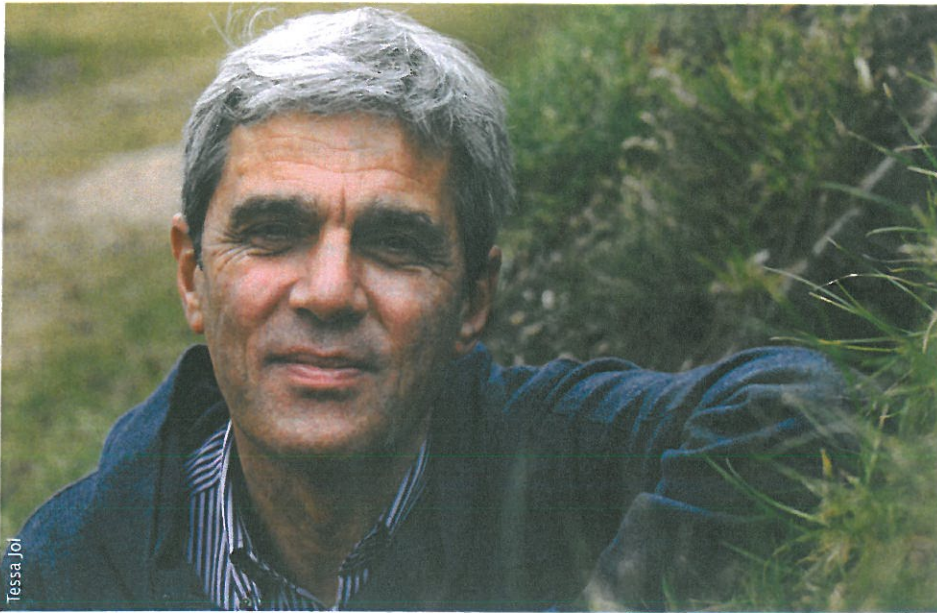
#### Begin palliatieve fase

Palliatieve zorg heeft in de eerste plaats te maken met een *benadering* van zorg: de houding van zorgverleners ten opzichte van ernstig zieken en hun naas-

**'De eigen vertrouwde omgeving, maar vooral de aanwezigheid van familie en vrienden, biedt de stervende steun'**

ten. Palliatieve zorg richt zich op het verbeteren of tenminste zo lang mogelijk in stand houden van kwaliteit van leven. Daarbij hoort de zorg voor een menswaardig sterven. Toch kan kwaliteit van leven alleen door de mens zelf worden ingevuld. Zorgverleners zijn

mogelijk leven te leiden in een omgeving waar wonen en zorg hand in hand gaan. Veel bewoners van kleinschalige woonvormen lijden aan een ongeneeslijke aandoening en ontvangen palliatieve zorg. De meeste mensen willen het liefst thuis sterven. De eigen vertrouwde om-



Paul Vogelaar is verpleegkundig expert palliatieve zorg.

slechts in staat om ruimte te maken voor ervaringen van kwaliteit en geluk waar ieder mens naar verlangt. Zij hebben ook de opdracht om ruimte te maken voor de persoonlijke stervenservaring als onderdeel van het leven. Deze ruimte voor kwaliteit van leven en sterven kan worden geboden door het *voorkomen en verlichten van lijden*. Palliatieve zorg begint op het moment dat genezing niet of niet meer mogelijk blijkt. Voor sommige ziekten, zoals demantie, begint de palliatieve fase op het moment dat de diagnose wordt gesteld. Voor andere aandoeningen, zoals de meeste vormen van kanker, wordt direct na de diagnose nog zoveel mogelijk ge-

daan om genezing te bereiken: de curatieve fase. De palliatieve fase begint dan als blijkt dat genezing niet haalbaar is. De palliatieve fase kan dus jaren duren, maar soms slechts enkele weken.

### Ziekte- en symptoomgerichte palliatie

In de eerste fase van het palliatieve traject wordt de behandeling gericht op het in toom houden van de ziekte zelf: de ziektegerichte palliatie. Doel is in de eerste plaats verbetering van kwaliteit van leven, behoud van autonomie en de participatie in het sociale netwerk. Maar ook kan de verlenging van levensduur worden nagestreefd als onderdeel van levens-

kwaliteit. Tegelijkertijd wordt getracht de symptomen die het gevolg zijn van de ziekte, of de behandeling ervan, te voorkomen of te behandelen: de symptoomgerichte palliatie. Ziekte- en symptoomgerichte palliatie worden tegelijk aan het begin van het palliatieve traject ingezet; ze gaan als het ware hand in hand. Zo wordt radiotherapie ingezet als ziektegerichte behandeling bij uitzaaiingen van kanker in de botten, tegelijkertijd krijgt de behandeling van pijn en bescherming van de bestraalde huid aandacht. Bij voortschrijdende ziekte wordt de nadruk verlegd van ziektegerichte naar symptoomgerichte behandeling en zorg. Vervolgens breekt de stervensfase aan, waarbij de zorg voor menswaardig sterven en afscheid nemen centraal staan. Gedurende het gehele palliatieve traject is de begeleiding van de naasten en aandacht voor de mantelzorgers een belangrijk onderdeel van zorg. Deze zorg strekt zich uit tot na het overlijden en staat bekend als nazorg of rouwzorg. De combinatie van ziekteprogressie, toenemend zelfzorgtekort en cognitieve achteruitgang zijn in de meeste gevallen redenen om gedurende het palliatieve traject te worden opgenomen in bijvoorbeeld een kleinschalige woonvorm (zie figuur 1).

### Van A naar Beter

Palliatieve zorg richt zich niet uitsluitend op ziekte en symptomen. Het betreft immers mensen die geconfronteerd worden met ongeneeslijke ziekte. Door deze diagnose krijgt de levensweg een andere en onverwachte richting. De nieuwe route voert over secundaire en soms onbegaanbare wegen, ver van de vertrouwde snelweg van A naar Beter. Bij voortschrijdende ziekte en in het

Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met de gevolgen van een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en het verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere symptomen of andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

Wereld Gezondheidsorganisatie WHO, 2002

perspectief van het levenseinde krijgen mensen veranderingen te verwerken die soms het uiterste vergen van hun psychische, sociale en spirituele aanpassingsvermogen. Zo kunnen gevoelens van angst en machteloosheid op de voorgrond treden, worden sociale rol-

### Palliatieve zorg in kleinschalige woonvormen

Er bestaan kleinschalige woonvormen voor verschillende doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke of somatische beperking. Kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie staan

traject, de terminale zorg. Opname in een hospice is in de meeste gevallen noodzakelijk als er sprake is van onvoldoende draagkracht van de mantelzorg thuis, ondanks thuiszorg en inzet van vrijwilligers. Ook kan er sprake zijn van complexe medische problemen op dat moment of in de nabije toekomst. Vaak gaat het om een combinatie van beide.

### 'Door een ongeneeslijke ziekte krijgt de levensweg een andere en onverwachte richting, ver van de vertrouwde snelweg van A naar Beter'

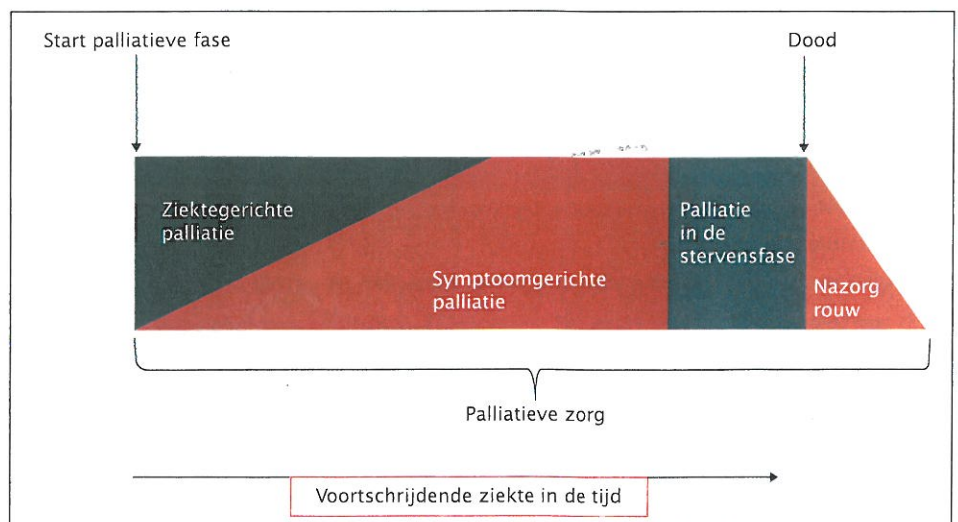
len en posities verstoord en komen levensbeschouwelijke zekerheden op losse schroeven te staan. Veel mensen tonen zich in staat om, ondersteund door hun naasten, een begaanbare weg te vinden in het nieuwe levensverhaal. Bij anderen blijken copingstrategieën niet of onvoldoende te werken. Dan is psychosociale of geestelijke zorg nodig om de weg terug te vinden naar ervaring van kwaliteit van leven en, waarom niet, soms zelfs geluk. Palliatieve zorg vraagt dus nadrukkelijk om aandacht voor emotionele en sociale problemen en de omgang met levensvragen. Van zorgverleners in kleinschalige woonvormen wordt dan ook veel gevraagd op het gebied van het signaleren, beoordelen en behandelen van symptomen en problemen van de zieke, medebewoners en naasten. Daarnaast wordt van deze zorgverleners verwacht dat zij goed zijn toegerust om ethisch verantwoorde beslissingen te nemen rond het levenseinde, bijvoorbeeld over zinvol medisch handelen en de toediening van vocht. Voor het bieden van deze complexe zorg zijn veel zorgverleners nog niet voldoende voorbereid door eigen levenservaring en professionele opleiding.

volop in de belangstelling. Dat is te verklaren door de verwachte toename van het aantal dementerenden in de komende jaren. Deze verschillende doelgroepen hebben met elkaar gemeen dat zij blijvend zijn aangewezen op leven in een kleinschalige woonvoorziening. In het streven naar het bieden van zorg die is gericht op verbetering en behoud van kwaliteit van het bestaan, behoort de beste palliatieve zorg daarvan onderdeel te zijn. Een vreemde eend in de bijt van kleinschalige woonvormen is het hospice. Hospices zijn woonzorgvoorzieningen voor mensen in de laatste fase van het palliatieve zorg-

### Palliatieve richtlijn dementie

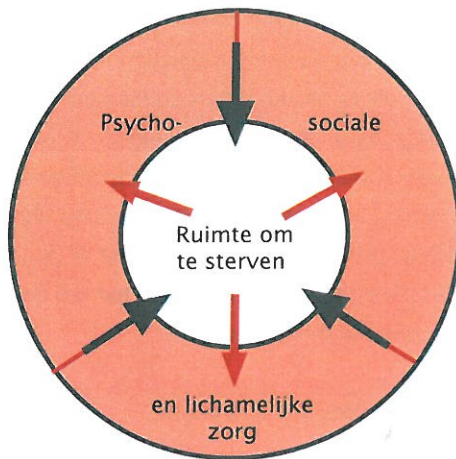
De *Richtlijn dementie* (Koopmans e.a., 2010), geeft een aantal steekhoudende argumenten waarom mensen met dementie vanaf diagnose een palliatief traject ingaan. Dementie kent een progressief onomkeerbaar beloop. De prognose is afhankelijk van de oorzaak van dementie. In alle gevallen is sprake van een beperkte levensverwachting van gemiddeld 3-9 jaar. De meeste mensen met dementie overlijden aan (aspiratie) pneumonie, cardiovasculaire complicatie of aan de gevolgen van dehydratie of cachexie.

Er bestaat geen classificatiesysteem voor 'palliatieve aandoeningen', zoals



Figuur 1. Fasen in het palliatieve traject (Wanrooij e.a., 2010).





Figuur 2. Ruimte om te sterven neemt toe door goede symptoomgerichte zorg (Leget, 2003).

het classificatiesysteem van persoonlijkheidsstoornissen (DSM IV TR) bij dementie. De indeling van ziekten als palliatieve aandoeningen vraagt om nader onderzoek en internationale afspraken. Toch wordt dementie nu over het algemeen beschouwd als palliatieve ziekte op basis van het ongeneeslijke karakter van dementie. Mensen met dementie zijn ongetwijfeld gebaat bij palliatieve zorg als een benadering die de kwaliteit van leven verbetert door het voorkomen en verlichten van lijden. Geriatrie

en palliatieve zorg mogen worden beschouwd als complementair en overlappen elkaar deels. Ouderenzorg en palliatieve zorg staan volop in de belangstelling, zoals tijdens het Nationaal Congres Palliatieve Zorg (22-24 september, Lunteren). Ouderenzorg en palliatieve zorg hebben te maken met de gevolgen van de vergrijzende samenleving en de toename van de levensverwachting door betere gezondheid en levensverlengende behandelingen. Bovendien stelt de steeds meer geïndividualiseerde

teit en (financiële) creativiteit verwacht om de beste zorg mogelijk te maken. Het sterven van een medebewoner kan een enorme impact hebben op de andere bewoners en hun naasten. Doel van palliatieve zorg is onder meer het behoud van autonomie als belangrijke criterium voor levenskwaliteit. Tot dat domein behoort de ruimte voor mensen om zorg te geven of te tonen, om zorg te ontvangen, om vreugde en verdriet te ervaren, om te rouwen om het verlies van een medebewoner. De afscherming

**'Bijscholing en intervisie zijn nodig om zorgverleners in staat te stellen de beste, verantwoorde palliatieve zorg te geven'**

samenleving de organisatie van zorg voor nieuwe uitdagingen.

**Integratie van palliatieve zorg**

De zorg voor bewoners van kleinschalige woonvormen in een palliatief traject vergt nieuwe kennis, vaardigheden en attitude van alle daar werkzame zorgverleners. Van managers wordt flexibili-

teit van medebewoners van wat er met hun huisgenoot aan de hand is, betekent een beperking van de ruimte voor een zo normaal mogelijk leven. Dit levert in de praktijk soms moeilijke situaties op. Bewoners krijgen in zijn kleinschalige woonvorm altijd de gelegenheid om afscheid te nemen van een overleden huisgenoot. Bij een medebewoner met dementie leidde dit tot langdurig verdriet en niet te corrigeren zoekgedrag. Bij de overige medebewoners en hun families en de zorgverleners leidde dit rouwgedrag tot heftige reacties en discussies. Daaruit blijkt dat het leven in kleinschalige woonvormen veel lijkt op het gewone leven in groepsverband, zoals het gezinsleven.

**Conclusie en aanbeveling**

Op onder andere de website van het Tijdschrift voor Verzorgenden ([www.TVOnline.nl](http://www.TVOnline.nl)) is door medewerkers in kleinschalige woonvormen al veel geschreven en gezegd over veranderingen in het werk. De verzorgende

**DOELN PALLIATIEVE ZORG VAN A NAAR BETER**

- Vermindering van klachten (direct comfort)
  - lichamelijke klachten
  - psychologische coping
  - sociale ontregeling
  - spirituele adaptatie
- Verkleinen van de kans op nieuwe problemen (proactief) als gevolg van
  - oorspronkelijke ziekte
  - gevolgen van ziekte en behandeling
- Aansturen op een acceptabel, menswaardig stervensproces (stervensscenario)

**van A naar Beter**

krijgt te maken met een andere bedrijfs-cultuur, een ander takenpakket en moet veel zelfstandiger gaan werken. In de waaier *Leren van verzorgenden* (Krijger e.a., 2006). wordt gesproken over een meer vraaggerichte en minder taakgerichte manier van werken. De *Monitor Woonvormen Dementie* van het Trimbos-instituut vermeldt dat medewerkers in kleinschalige zorg meer plezier in hun werk hebben (zie Dossier deel 1; Pot e.a., 2010).

Uit een inventarisatie van onderwijs in de palliatieve zorg blijkt dat palliatieve zorg in basis- en vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden weinig aandacht krijgt (Engels e.a., 2009). Het onderzoek concludeert dat deze aandacht nog te veel en te vaak afhankelijk is van individueel gedreven personen of tijdelijke constructies.

De vaststelling dat aan medewerkers in kleinschalig wonen een andere deskundigheid wordt gevraagd dan in traditionele woonvormen, en dat aan palliatieve zorg in opleidingen onvoldoende aandacht wordt besteed, doet vermoeden dat de competenties van deze medewerkers op het gebied van palliatieve zorg nog vaak te wensen overlaten.

Bijscholing en intervisie zijn nodig om die zorgverleners in staat te stellen de beste, verantwoorde palliatieve zorg te geven. Daarnaast is het wenselijk om zo nodig, net als bij palliatieve zorg in de thuissituatie, extra zorg in te schakelen. Deze zorg kan bestaan uit het inschakelen van deskundige gespecialiseerde verpleegkundigen (Verpleegkundig Thuiszorg Technologie teams (VTT-teams) met specifiek aanbod palliatieve zorg) tot het (telefonisch) consulteren van het lokale consultteam palliatieve

zorg. Het is belangrijk om hierover te spreken, bijvoorbeeld met andere zorgaanbieders in kleinschalige woonvormen in het Netwerk Palliatieve Zorg in de regio. ■

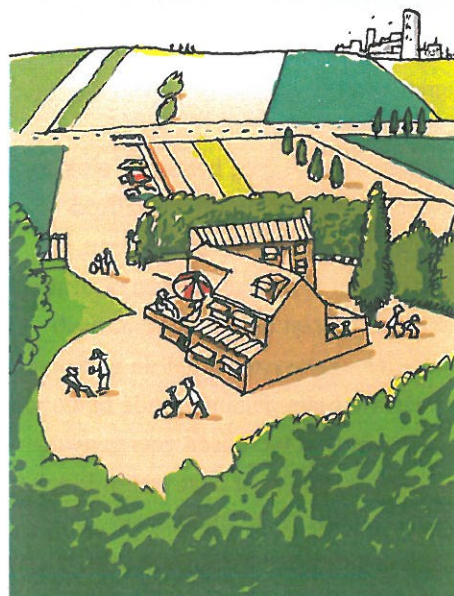
#### Referenties

- Engels Y, Fokke J, Groot M, Koppejan R, Vissers K (2009). *Inventarisatie van onderwijs in de palliatieve zorg, een signaleringsrapport*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) i.o.v. het ministerie van VWS.
- Graeff A de, Hesselman G, Krol R, Kuyper M, Verhagen E, Vollaard E (2006). *Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). Nieuwe herziene uitgave verschijnt in 2010.
- Hoe bespreek je vragen en problemen rond het levenseinde. Handreiking voor verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen* (2008). Uit de HOE-serie van V&VN. Utrecht: V&VN. [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl) of [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl).
- Koopmans R, Steen J van der, Zuidema S, Hobbelen J. Richtlijn dementie (concept 02/2010). In: *Palliatieve zorg, richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC). Publicatie definitieve richtlijn: december 2010. [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl).
- Krijger E, Huibers L (2006). Waaier *Leren van Verzorgenden*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Leget C (2003). *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo.
- Pot AM, Lange J de (2010). *Monitor Woonvormen Dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wanrooij B, Graeff A de, Koopmans R, Leget C, Prins J, Vissers K, Vrehen H, Zuurmond W (2010). *Palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

#### Auteur

Paul Vogelaar is verpleegkundig expert palliatieve zorg en werkzaam als coördinator van het Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe. Als zelfstandig verpleegkundig ondernemer (ZZP'er) combineert hij onder de naam 'Lux Nova, palliatieve zorg en training' verpleegkundige patiëntenzorg met onderwijs aan verpleegkundigen en verzorgenden.

Contact: [paul.vogelaar@luxnova.nl](mailto:paul.vogelaar@luxnova.nl).



#### SAMENVATTING

- Bewoners van kleinschalige woonvormen en hun naasten wensen in hun eigen leef- en zorgomgeving te mogen sterven.
- Verantwoorde palliatieve zorg geeft ruimte aan leven en sterven binnen de beperkingen die het gevolg zijn van ziekte en behandeling.
- Zorgverleners in kleinschalige woonvormen moeten beter worden toegerust om de beste, verantwoorde palliatieve zorg te kunnen bieden.

## Domotica in woonvormen

# Veiligheid, privacy en efficiëntie

**'Kleinschalig Wonen met Domotica' (KWmD) is een project van het ministerie van VWS en Syntens, een overheidsorganisatie die innovatie bevordert. Het project richt zich op domoticavoorzieningen – elektronische hulpmiddelen – voor ouderen in zorginstellingen. Nico van den Brink, innovatieadviseur bij Syntens, vertelt waarom domotica ook in kleinschalige woonvormen prima toepasbaar is.**

Sigrid Dekker

'Domotica in de zorg betekent: elektronische hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van mensen bevorderen. Daarbij kun je denken aan apparatuur die gordijnen en deuren automatisch opent, een gps-systeem dat de verzorger vertelt waar een dementerende bewoner zich bevindt of technisch zeer geavanceerde rolstoelen. Al deze hulpmiddelen bieden mensen niet alleen meer zelfstandigheid, maar vergemakkelijken ook het zorgproces: cliënten hebben minder hulp nodig.'

Een zoon over zijn dementerende vader die in een kleinschalige woonvorm woont:

'Het hele domotica-gebeuren is voor mij abracadabra. Wel is me duidelijk dat domotica voor het personeel van onschatbare waarde is, ook in de bewaking van de zorg. Het is een hele geruststelling dat bij een calamiteit de 'alarmbellen' op de juiste plek, bij de juiste persoon, gaan rinkelen. En ook als pa in een helder moment de deur naar buiten probeert te openen.'

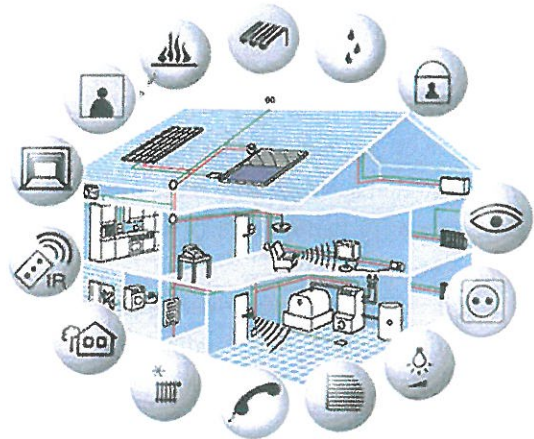
### Rendabel

'Zo valt onder domotica ook bewegingssensoren die aangeven wanneer een verwarde bewoner 's nachts uit bed komt. De nachtdienst hoeft dan geen standaard rondes meer te maken om te kijken of alles in orde is – en kan dus met minder mensen toe. Bovendien biedt dit bewoners meer rust en privacy. Domotica in kleinschalige woonvor-

men kan zeker rendabel zijn, vooral als zij op meerdere manieren wordt ingezet. Dus niet alleen noodoproepmogelijkheden installeren met de nieuw aangelegde glasvezelkabels, maar bijvoorbeeld ook beveiligde kooksystemen, een voordeurintercom en een brandalarm.'

### Draagvlak

'Voor veel mensen is domotica een nieuw begrip. Daarom adviseer ik altijd het programma van eisen ten aanzien van domotica op te stellen met



*Domotica zijn elektronische hulpmiddelen die in kleinschalige woonvormen prima toepasbaar zijn.*

alle betrokkenen. De invoering van domotica blijkt het best te werken als het een samenwerkingsproject is tussen managers, bewoners en zorgprofessionals. Managers moeten echt een draagvlak creëren, wil het domoticaproject

### **'Domotica biedt bewoners zelfredzaamheid en vereenvoudigt het zorgproces'**

slagen. Dat betekent samen bekijken wat er nodig is en iedereen bij de innovaties betrekken. Zo kan iedereen achter het project staan en straks optimaal gebruikmaken van de beschikbare domotica.'

### Toekomst

'Eigenlijk staat domotica nog in de kinderschoenen. In de toekomst gaan we de mogelijkheden steeds meer individualiseren. De ene bewoner heeft bijvoorbeeld behoefte aan een systeem waarmee hij constant in contact staat met de

## Hoogwaardige zorg bij dementie

# Kleinschalig wonen: kleinschalige zorg?

**Haast niemand ziet een dementerende dierbare graag in een groot verpleeghuis wonen. Toch gebeurt dit vaak. Voormalige staatssecretaris Bussemaker stelde daarom geld beschikbaar om deze snel groeiende groep mensen zorg in kleinschalige woningen te bieden. Inmiddels betreft 90% van de kleinschalige woonvormen dementerenden. Waaraan moeten deze vormen voldoen?**

Sigrid Dekker



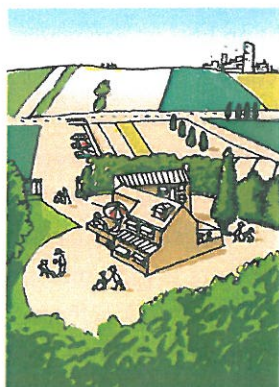
*Uit kostenoogpunt gaat bij gekoppelde woonkamers 's avonds meestal de tussendeur open, waardoor de kleinschaligheid teniet wordt gedaan.*

De minimale domoticavoorzieningen waaraan nieuwbouwprojecten voor zorg-behoevenden moeten voldoen, volgens het college Bouw Zorginstellingen:

- Alarmering: zoals passieve en actieve alarmering, zorgoproep, bewegingsmelders.
- Communicatie: bijvoorbeeld breedband of kabel geschikt maken voor *screen-to-screen*-contacten.
- Veiligheid: onder meer personeelsbeveiligingssysteem, loopverlichting, videofoon, beveiliging kooktoestel, voordeurintercom en -ontgrendeling.
- Brandveiligheid (brandalarm).
- Zelfstandigheid: apparatuur om de zelfstandigheid van cliënten te verbeteren of in stand te houden. Bijvoorbeeld zelf maaltijden en zorg op afroep kunnen regelen.
- Zorgadministratie: informatiesystemen voor de inzet van personeel, logistiek en administratie.

Bron: [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl).

verzorgende, de andere wil alleen indien nodig zelf een oproep kunnen regelen. De balans tussen veiligheid, privacy en efficiëntie zullen we steeds beter op het individu kunnen afstemmen. Een interessante en spannende uitdaging.' ■



Bob Verbraeck is senior trainer/coach ouderenpsychiatrie. Hij legt uit waarom kleinschalige woonvormen voor dementerenden aan kleinschalige, hoogwaardige zorg gekoppeld moeten zijn.

‘Toen de kleinschalige woonvormen net van start gingen – ongeveer tien jaar geleden – waren de groepen inderdaad klein. Maar het geld van staatssecretaris Bussemaker is bedoeld om woonvormen op te zetten, niet om de daadwerkelijke zorg te betalen; dat blijft een flinke kostenpost. Daarom zie je steeds vaker groepen van acht tot zelfs twaalf dementerenden met slechts één verzorgende. Of de woonkamers zijn gekoppeld, wat meestal wil zeggen dat ’s avonds een tussendeur open gaat en de groep opeens uit ongeveer vijftien personen bestaat. Een verzorgende kan in deze situatie natuurlijk geen kleinschalige zorg meer bieden. En zo ontstaat het reële gevaar dat een kleinschalige woonvorm toch weer traditionele zorg biedt waarin efficiëntie voorop staat. Hier moeten managers dus voor waken.’

### Visie en voorbeeldgedrag

‘Om een kleinschalige woonvorm een goede kans van slagen te geven, is het belangrijk dat managers oprecht ervan overtuigd zijn dat kleinschalige zorg



*Een kleinschalige woonvorm wil mensen met dementie houvast geven door een herkenbare en veilige omgeving te bieden.*

beter is dan traditionele zorg. Bovendien moeten ze in staat zijn om hun visie te vertalen naar het personeel. Dus niet alleen stellen: ‘Ieder mens is uniek, daarom geven we deze zorg’, maar ook duidelijk maken waarom het zo belangrijk is om iedereen zo te benaderen, geïllustreerd met praktijkvoorbeelden. Daarnaast is voorbeeldgedrag van de manager noodzakelijk. Wil je dat het personeel goed luistert naar de wensen

### Niveau

‘Natuurlijk moet er voldoende personeel zijn. En hoger opgeleid personeel. Dementie is een grillig, complex ziektebeeld dat vaak gepaard gaat met depressie en lichamelijke (ouderdoms)klachten. In een kleinschalige woonvorm staan verzorgenden er vaak alleen voor. Ze moeten regelmatig zonder overleg met collega’s ter plekke oplossingen bedenken of beslissingen nemen. Bijvoor-

**‘Dementie is een complex ziektebeeld dat zorg op hbo-niveau vereist – zeker in een kleinschalige woonvorm’**

van de cliënt? Flexibel is? Benader hen dan zelf ook op deze manier.’

beeld als een bewoner ineens besluit ‘naar huis’ te willen of plotseling duizelig wordt. Om de psychische en lichamelijke veranderingen te herkennen en er adequaat op te kunnen reageren – ook in acute situaties – is vaak kennis en inzicht op hbo-niveau vereist. Maar ook het contact met andere disciplines en familieleden van bewoners vraagt in veel gevallen om vaardigheden op hbo-niveau. Bijvoorbeeld om optimaal te kunnen overleggen, overtuigen, onderhandelen en om te gaan met een veeleisende familie die vaak zelf een rouwproces doormaakt. Daarom pleit ik voor

### VERDWENEN OCHTENDPIEK

Toen de Amsterdamse kleinschalige wonenvorm ‘Czaar Peterpunt’ van start ging, kwamen er zowel mensen uit traditionele verpleeghuizen als nieuw opgenomen cliënten wonen. Elke ochtend waren alle bewoners uit de verpleeghuizen onrustig. Rond 7 uur riepen ze dat ze uit bed wilden, geholpen wilden worden met douchen, enzovoort. De andere bewoners deden dit niet. Opmerkelijk genoeg stopten de mensen die uit de verpleeghuizen kwamen na een aantal weken ook met dit gedrag. Ze hadden ondervonden dat ze ook ’s avonds kunnen douchen en ook best in hun pyjama aan de ontbijttafel mogen zitten als ze daar zin in hadden. De ochtendpiek verdween – waarmee heel duidelijk werd dat de verpleeghuisregels de ochtendpiek veroorzaken, niet de dementerenden.

## AANBEVELINGEN IN HUISVESTING VOOR DEMENTERENDEN

Onderzoeks- en adviesbureau voor ruimtegebruik AKTA adviseert instellingen in de gezondheids- en welzijnszorg bij het afstemmen van accommodaties op de behoeften van specifieke gebruikersgroepen.



In samenwerking met Vilans (een kenniscentrum voor langdurende zorg) en de TU Delft deed AKTA evaluatieonderzoek naar de gebruikskwaliteit van kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie. Daar kwamen de volgende aanbevelingen uit voort.<sup>1</sup>

- Deel de woning zoveel mogelijk in als een 'gewone' woning.  
Resultaat: bewoners hebben meer contact met anderen, voelen zich meer thuis, en gaan er vaker 'op uit' (naar buiten, naar andere ruimten).
- Zorg voor een toegankelijke en gevarieerde buitenruimte waar de bewoners zelf gemakkelijk heen kunnen gaan. Bied meerdere zitplekken en een tuin waar wat te beleven valt. Bijvoorbeeld met looppaden, gevarieerde beplanting, wat dieren en een moestuin.  
Resultaat: bewoners gaan vaker naar buiten en krijgen meer daglicht en beweging. Dit leidt tot beter cognitief functioneren, vermindering van agitatie en agressie en een dag- en nachtritmeversterking.
- Bied een huiselijke en stimulerende inrichting. Dat betekent meerdere gezellige zit- en eetplekken die voor privacy en keuzevrijheid zorgen.  
Resultaat: afname van depressiviteit, bewoners voelen zich beter en hebben meer sociale contacten.
- Koppel woonkamers niet aan elkaar.  
Resultaat: bewoners voelen zich meer thuis en tevreden, depressiviteit neemt af.
- Zorg voor een huiselijke inrichting van zitslaapkamers. Met het meubilair, maar ook met bijvoorbeeld gordijnen, vloerbedekking en verlichting.  
Resultaat: bewoners zijn vrolijker, actiever en voelen zich meer thuis.

meer hoger opgeleide verzorgenden voor dementerenden, zeker in kleinschalige woonvormen.'

### Werkelijke interesse

'Dat brengt meteen een ander potentieel probleem aan het licht. Omdat verzorgenden in de kleinschalige woonvorm vaak alleen werken, kunnen ze het gevoel krijgen niet echt deel uit te maken van een team en soms ook haast

on(op)gemerkt de bewoners toch leefregels opleggen. Als manager is het dan ook belangrijk het personeel zo veel mogelijk het gevoel te geven in een groter verband te werken. Bijvoorbeeld door regelmatig casusbesprekingen te houden, vaak intervisie te geven en het personeel een gezamenlijk begin en einde van de werkdag te bieden. Ook is regelmatige bijscholing van belang om op de hoogte blijven van de laatste inzichten. Daar-

naast raad ik managers aan zo veel mogelijk coachend leiding te geven, zodat het personeel weet dat ze altijd bij je kunnen aankloppen, ook bij twijfels over het eigen functioneren. En loop eens wat vaker langs in een woongroep, wees beschikbaar en toon oprechte interesse. Want in feite gaat het daar om in de kleinschalige zorg: werkelijke interesse in en individuele zorg voor de mensen die je onder je hoede hebt.' ■

### Noot

1. Nieuwsgierig in hoeverre uw woningbouwproject hieraan voldoet? Kijk op [www.AKTA.nl](http://www.AKTA.nl)  
> projecten > ouderenzorg > vragenlijst.

### Referentie

Liempd H van, Hoekstra E, Jans J, Huibers L, Oel C van (2010). *Bouwen aan een thuis! Resultaten van een evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie*. Utrecht: Vilans en AKTA.



## SAMENVATTING

- Kleinschalige woonprojecten zijn vaak een goede samenlevingsvorm voor dementerenden.
- Het project moet dan wel aan een aantal voorwaarden voldoen.