

De gezondheidszorg verandert

I

Inleiding

De gezondheidszorg van de 21e eeuw is op veel terreinen veranderd ten opzichte van de 20e eeuw.

De vergrijzing, nieuwe wetten, mondiger cliënten, domotica en nieuwe zorgvoorzieningen hebben invloed op de gezondheidszorg. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van ontwikkelingen en veranderingen op verschillende gebieden. De invoering van het zorgleefplan is een van die ontwikkelingen. Een andere is de opmars van kleinschalige woonvormen. In dit hoofdstuk worden kenmerken en voor- en nadelen van kleinschalige woonvormen beschreven en wordt stilgestaan bij het begrip integrale zorg.

1.1 Welke demografische/sociaal-culturele ontwikkelingen hebben invloed op de gezondheidszorg?

VERGRIJZING

Je leest het dagelijks in de krant: Nederland maakt zich op om ‘de vergrijzing’ op te vangen.

Nederlanders worden ouder en dat zal resulteren in een toenemend aantal cliënten dat zorg nodig heeft. Tel daar de mensen bij die geboren zijn uit de geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog en je hebt de ingrediënten voor de zogenaamde ‘dubbele vergrijzing’: een toenemend aantal en steeds ouder wordende cliënten. De verwachting is daardoor een toename van het aantal chronisch zieken en cliënten met complexe ziektebeelden.

GESPECIALISEERDE ZORG

Ouder wordende mensen hebben een grotere behoefte aan gespecialiseerde zorg. Denk maar aan het toenemend aantal diabetici, mensen met mobiliteitsproblemen en psychogeriatrische cliënten. Afstemming met andere disciplines over de zorg aan de

cliënt zal een belangrijker onderdeel van het werk worden. De EVV-opleiding (Eerst Verantwoordelijk Verzorgende, 2004) en ook de nieuwe GVP-opleiding (Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric, 2009) voldoen aan de behoefte aan gespecialiseerde zorg.

KLEURRIJK VERZORGEN

Ook medelanders uit andere culturen worden oud. Inspelen op andere waarden en normen, samenlevingsvormen en de gevolgen daarvan voor de zorgverlening aan deze groep cliënten horen bij de competenties van de zorgverlener van de 21e eeuw.

MINDER HANDEN AAN HET BED

De verwachting is dat er de komende jaren een tekort aan verzorgenden zal ontstaan. Minder handen moeten dus meer werk doen. De financiële crisis van 2008 en later, en de werkloosheid die dat veroorzaakt heeft, kunnen een gunstiger effect laten zien: meer mensen zullen vanwege de grote kans op werk bereid zijn om in de zorg te gaan werken.

MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Cliënten en de mensen uit hun omgeving worden steeds mondig. Ook willen ze mee kunnen beslissen over de zorg. De overheid stimuleert de mondigheid en autonomie van de cliënt. Het verplicht werken met een zorgleefplan en het verplichte bestaan van een cliëntenraad zijn voorbeelden van deze stimulerende werking van de overheid.

CONCURRENTIE

Concurrentie in de zorg heeft zijn intrede gedaan. Er zijn meer aanbieders van zorg bij wie men zijn vraag kan neerleggen. Men kan wachtlijsten omzeilen, een 'second opinion' vragen en alle faciliteiten die daartussen liggen, om datgene te krijgen wat men wil en waarvoor men wil betalen.

Mondige en autonome cliënten vragen van de zorgverlener goede communicatieve vaardigheden met een flexibele, probleemoplossende instelling.

1.2 Welke veranderingen doen zich voor in de gezondheidszorg?

KWALITEITSNORMEN EN WETGEVING

Stond voorheen de zorg centraal, nu staat steeds meer de kwaliteit van leven centraal. Zorg is geen doel op zich, maar een van de manieren om te leven zoals de cliënt dit wil.

De zorg moet bekostigd worden en moet aan kwaliteitsnormen voldoen, vastgelegd in de Normen Verantwoorde Zorg (sinds 2005). Om ervoor te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft en de kwaliteit van de zorg getoetst wordt, is een aantal afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn verwerkt in wetten. Voorbeelden van nieuwe of onlangs vernieuwde wetten zijn onder andere het verplicht werken met een zorgleefplan, de zorgzwaartepakketten en de Wet BOPZ. In hoofdstuk 2 worden deze en andere wetten die van belang zijn voor het werk in de zorg uitgelegd.

VRAAGGERICHTE ZORG

De overgang van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte zorg wordt steeds zichtbaarder. Zorg die voorheen intramuraal plaatsvond, vindt steeds vaker thuis of in een kleinschalige, meer huiselijke, zorgvoorziening plaats. De cliënt kiest steeds vaker zelf waar, hoe en door wie hij verzorgd wil worden (dit is mogelijk door een persoonsgebonden budget).

Zorgverleners hebben vaardigheden nodig om in onderhandeling met de cliënt en familie de vraag en het aanbod bij elkaar te brengen. De normen voor verantwoorde zorg vragen van zorgverleners een nieuwe focus: werken aan kwaliteit doe je iedere dag.

INFORMATIEVOORZIENING

Meer en gemakkelijk bereikbare informatiebronnen geven de cliënt een goed beeld van wat hij mankeert, wat hij nodig heeft en wat hij wil en niet wil. De website www.kiesBeter.nl is een duidelijk voorbeeld van verbeterde informatie voor de cliënt. Hier kan de cliënt een groot aantal vergelijkingen doen: van zorgverzekeringen, zorgcentra, ziekenhuizen tot zorgverleners. Ook bevat de website toegankelijke informatie over medicijnen, patiëntenrechten, gezond leven en zelfs een complete medische encyclopedie.

TECHNOLOGIE

Technische hulpmiddelen (domotica en ICT) spelen een grotere rol in de zorgverlening. Technologie maakt de bereikbaarheid en de mogelijkheid van allerlei diensten mogelijk: elektronische sloten met afstandsbediening, automatische verlichting bij nachtelijk toiletbezoek, operaties via de satelliet, snelle ingrepen via particuliere behandelcentra, computergestuurd onderzoek en behandeling.

1.3 Welke zorgvernieuwingen/innovaties springen eruit?

Vernieuwingen, ook wel innovaties genoemd, zijn nauwelijks bij te houden. Innovatieve toepassingen in de zorg kunnen de zelfredzaamheid van mensen verhogen, werkprocessen slimmer maken en de kwaliteit verbeteren. De overheid stimuleert met subsidies via een Zorginnovatieplatform en een Zorginnovatie-Wijzer zorginstellingen om te innoveren.

Zorgvernieuwingen zijn belangrijk om:

- te kunnen voldoen aan de groeiende en veranderende vraag naar zorg;
- oplossingen te bieden voor de groeiende krapte op de arbeidsmarkt;
- ICT en technologie in de zorg beter te benutten.

ZORGINNOVATIEWIJZER

Een digitale zorginnovatiewijzer (www.zorginnovatiewijzer.nl) ondersteunt zorginstellingen bij het ontwikkelen van een vernieuwing tot en met de invoering met behulp van een stappenplan.

De stappen van het zorginnovatieproces:

Stap 1: Een idee? Hoe verder?

Stap 2: Vormgeven

Stap 3: Uitproberen of het werkt

Stap 4: Bewijzen dat het beter werkt

Stap 5: Verantwoorden

Stap 6: Invoeren

ZONMW

ZonMW is een Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMW werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financie-

ren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie (invoering). ZonMW helpt zorginstellingen om subsidies aan te vragen voor innovatieve projecten. Deze moeten, om voor subsidie in aanmerking te komen, voldoen aan een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden zijn recentelijk (in 2009) aangepast, ze zijn te vinden op de website van ZonMW (www.zonmw.nl). Op deze website zijn ook de zorgvernieuwingsprocessen te bekijken die de afgelopen jaren subsidie hebben ontvangen. ZonMW helpt met een methodische aanpak, goede voorbeelden en advies van experts. Ook geeft het ondersteuning bij het daadwerkelijk invoeren van de vernieuwing.

ZORG VOOR BETER

Een van de projecten waarover ZonMW de regie heeft is Zorg voor Beter. Dit project heeft een grote impuls gegeven aan de zorgvernieuwing in Nederland. Het project omvat vele deelprojecten zoals verbetertrajecten, ontwikkeltrajecten, invoeren van innovaties in de zorgsector en een landelijk dementieprogramma. Zorg voor Beter stimuleert organisaties in de langdurende zorg om te werken aan kwaliteitsverbetering en duurzaamheid van de zorg. Dit om iedereen nu én in de toekomst goede zorg te kunnen garanderen. Thema's van Zorg voor Beter zijn bijvoorbeeld valpreventie, medicatieveiligheid, arbeidsbesparende innovaties, zorg voor mensen met dementie, decubituspreventie, gedragsproblemen en eten en drinken.

Zorg voor Beter is een initiatief van het ministerie van VWS. Onder andere Vilans en TNO-Kwaliteit van Leven voeren projecten uit. Meer dan 700 zorgorganisaties doen hieraan mee. De website www.zorgvoorbeter.nl geeft een compleet beeld van het project.

Andere voorbeelden van verbeterprojecten zijn het Nationaal Programma Ouderenzorg (om de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren), Ondervoeding, ParkinsonNet en Revalidatie in beweging.

DOMOTICA

Domotica staat voor elektrische toepassing in een woning of woonomgeving ten dienste van bewoners en hulpverleners. Het woord domotica komt uit het Latijn en is een samenvoeging van de woorden domus (huis) en telematica (telecommunicatie en

informatica). In 1994 is het geïntroduceerd op de Nederlandse markt.

Domotica maakt zorgtaken, communicatie en huiselijke bezigheden door verscheidene elektrische apparaten en netwerken gemakkelijker. Bij domotica hebben we het over alle elektronische toepassingen in een woning of woonomgeving om functies te besturen (verwarmen, verlichten) en diensten te gebruiken (alarmeren, telefoneren, televisie kijken). Hierbij is de gebruiksvriendelijkheid van de bediening van groot belang.

De inzet van domotica maakt wonen comfortabeler en veiliger. Dat betekent dat opname in een verzorgingshuis bijvoorbeeld langer uitgesteld kan worden. Voorbeelden van domotica zijn centrale bediening van alle verlichting in huis, zonwering die automatisch op weersomstandigheden reageert, alarmsysteem ('persoonlijke panieknop'), kookplaatbeveiliger, deurcamera, verlichting alleen daar waar iemand loopt (handig voor 's nachts), maar ook het elektronisch cliëntendossier. De nieuwste ontwikkeling is de servicerobot. Deze robot is in staat om een aantal werkzaamheden (bijvoorbeeld huishoudelijke werkzaamheden) over te nemen.

1.4 Wat zijn de kenmerken van kleinschalige woonvoorzieningen?

Steeds meer organisaties gaan over tot het aanbieden van kleinschalige woonvormen. Een kleinschalige woonvorm is een woonvorm waar zorg geboden wordt aan zorgvragers in een veilige, herkenbare en huiselijke woonomgeving. Inmiddels hebben talloze verpleeghuizen en zorgcentra hun gebouwen heringericht in kleinschalige wooneenheden. De verwachting is dat in 2010 een kwart van alle dementerende verpleeghuisbewoners in een kleinschalige woonvorm woont (ActiZ, 2009). Steeds meer verpleeg- en verzorgingshuizen ontwikkelen ook kleinschalige woonvormen voor mensen met een andere aandoening dan dementie, bijvoorbeeld mensen met een somatische aandoening of met het syndroom van Korsakov.

De kwaliteit van leven van de oudere staat voorop. Er wordt gestreefd naar het zo veel mogelijk benaderen van het dagelijks leven in de normale thuissituatie. Deze visie vertaalt zich in de praktijk naar welzijn, wonen en zorg.

Door het ontstaan van kleinschalige woonvormen wordt de rol van de zorgverlener heel anders dan in een klassiek verpleeghuis of zorgcentrum. In een traditionele vorm ligt de nadruk vaak op medische en lichamelijke verzorging, er wordt gedacht vanuit het instituut, routine neemt een belangrijke plaats in en de verschillende disciplines zijn sterk gescheiden. Binnen kleinschalige woonvormen staat het welzijn van de cliënt centraal in het zorgleefplan en ligt de nadruk op de coördinerende en zelfstandige rol van de verzorgende of EVV.

Belangrijke voordelen voor bewoners bij kleinschalig wonen zijn onder meer de vertrouwdheid, veiligheid, structuur en de betere woonkwaliteit (vergeleken met een verpleeghuis). Positieve ervaringen zijn: samen koken, de familie komt vaker langs en kan mee-eten, er is meer aandacht voor bewoners, er is meer privacy. Ook is er sprake van een nauwere band met de medebewoners en meer inspraak.

Het wonen en leven in een kleinschalige setting wordt professioneel begeleid door activiteitenbegeleiders, verzorgenden en medewerkers maatschappelijke zorg, met ondersteuning van de verpleeghuisarts, de psycholoog, de maatschappelijk werker, de geestelijk verzorger en fysio- en ergotherapeuten. Het team is dus multidisciplinair.

Kleinschalige woonprojecten kenmerken zich door een specifieke manier van werken, namelijk:

- een optimale leefomgeving creëren die de bewoners een gevoel van geborgenheid geeft;
- contacten met medebewoners stimuleren;
- structuur bieden, met als gevolg een beter dag-/nachtritme;
- activiteiten aanbieden waaraan bewoners plezier beleven;
- activiteiten aanbieden gericht op de stimulering van lichamelijke, zintuiglijke en verstandelijke vermogens;
- ruimte bieden aan de deelnemers om gevoelens te uiten.

1.5 Welke variatie is er in de praktijk van kleinschalig wonen?

Er is zeer veel variatie in de praktijk van de kleinschalige woonvoorzieningen. Vrijwel geen enkel praktijkvoorbeeld voldoet aan alle kenmerken. Die verscheidenheid moet er misschien ook wel zijn, wil men recht doen aan het ‘normale’ leven (Fahrenfort, 2003).

WOONVORMEN VOOR MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kent al jaren kleinschalige woonvormen. Afhankelijk van waar de woning staat, maken deze mensen meer of minder deel uit van de samenleving. Staat de woning midden in een woonwijk, dan komen zij in contact met allerlei mensen, gaan naar de plaatselijke arts, sporten zo mogelijk bij lokale verenigingen, winkelen in de buurtsuper en nemen deel aan het verkeer. De begeleiders ondersteunen de cliënten bij hun deelname aan de samenleving door vaardigheden te oefenen en hen te begeleiden in (nieuwe) situaties buitenshuis.

Andere cliënten voelen zich beter thuis in een meer beschermde omgeving. Cliënten wonen alleen of in groepjes op het terrein van de instelling. Voordeel is dat in deze omgeving intensieve ondersteuning en aanvullende voorzieningen dichtbij zijn, zoals dagbesteding, sport, medische en paramedische diensten. Medewerkers in de winkels, zwembad en andere voorzieningen zijn gewend aan de omgang met mensen met een verstandelijke beperking.

THOMASHUIZEN

Thomashuizen zijn huizen voor mensen met een verstandelijke beperking, geleid door zelfstandige zorgondernemers (meestal een echtpaar). Het echtpaar woont ook in het huis en heeft een zogenaamd franchisecontract met de Stichting Thomashuizen Nederland. De woning is eigendom van een vastgoedmaatschappij of corporatie. Financieel/administratief gezien is er sprake van een scheiding van wonen en zorg. Op de website www.thomashuizen.nl is te zien waar deze huizen zich bevinden, wat hun doelstelling is en welke activiteiten zij ondernemen. In 2009 waren er al zo'n kleine zeventig Thomashuizen verspreid over heel Nederland.

WOONVORMEN VOOR MENSEN MET EEN LICHAAMELIJKE BEPERKING/ EEN CHRONISCHE ZIEKTE

De sector lichamelijk gehandicapten kent kleinschalige woonvormen in de wijk. Mensen met een lichamelijke beperking wonen in plaats van in een groepswoning vaak in een zelfstandige levensloopwoning met diensten en zorg thuis, zoals een Fokuswoning.

Door de goede ervaringen met kleinschalig wonen voor dementerenden, worden ook voor cliënten met een somatische, al dan niet chronische, aandoening kleinschalige woonprojecten ontwikkeld. Vaak zijn ze bestemd voor relatief jonge verpleeghuisbewoners. Cliënten hebben de diagnose MS, lijden aan de restverschijnselen van een CVA, hebben een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of het syndroom van Korsakov.

Het woon- en zorgarrangement bestaat uit 24 uur per dag zorg met de volgende elementen:

- ADL-hulp (persoonlijke verzorging en ondersteuning);
- HDL-hulp (huishoudelijke hulp);
- verzorgende / verpleegkundige hulp;
- begeleiding in de vorm van dagactiviteiten.

GROEPSWONEN VOOR MENSEN MET EEN PSYCHOGERIATRISCHE AANDOENING

De woonomgeving van dementerenden in een kleinschalige woonvoorziening lijkt zo veel mogelijk op een normale thuissituatie in een huiselijke en herkenbare omgeving. De groepswoning is het huis van de bewoners waarin zich ook de dagelijkse huishoudelijke taken afspelen. Er is een huiskamer, er wordt gekookt en gemeenschappelijk gegeten. Daarnaast hebben de bewoners een eigen kamer waarin zij zich terug kunnen trekken. Deze kamer is ingericht met eigen spullen volgens de eigen smaak.

DE HERBERGIER

Een Herbergier biedt wonen met zorg voor mensen met dementie via een vergelijkbare franchise-formule als de Thomashuizen. Elke Herbergier wordt geleid door twee zorgondernemers. Zij wonen zelf ook in het pand. Zij bieden 24 uur per dag zorg en ondersteuning. Bewoners betalen zelf de woon- en verblijfskosten. De zorg en ondersteuning wordt gefinancierd met een persoonsgebonden budget (PGB).

BINNEN OF BUITEN DE MUREN VAN DE INSTELLING

Wat is beter, een gewoon woonhuis in de wijk of een kleinschalige woonvorm als ruimtelijk onderdeel van een groter huis? Op deze vraag is geen algemeen antwoord mogelijk: te veel is afhankelijk van de specifieke situatie.

Een paar kanttekeningen:

- Als een gewoon woonhuis niet specifiek gebouwd is voor deze vorm van zorg, zullen er vaak aanpassingen nodig zijn, overplaatsing van een bewoner is niet altijd uit te sluiten.
- Goed aan te passen woonhuizen zijn gemakkelijker te vinden in nieuwbouwwijken. Een nadeel is dan vaak dat de omgeving minder vertrouwd is, de integratie in de buurt dikwijls moeilijker verloopt en er soms geen winkels in de nabijheid zijn.
- Integratie in de buurt lukt beter bij gewone woonhuizen, maar dat geldt alleen in dorpen. In steden komt dit ook bij deze variant niet of nauwelijks van de grond.
- Bij alleenstaande woonhuizen (zonder clustering) is de druk op het personeel groter. De zelfstandigheid van personeel is groter wanneer de voorziening niet te dicht in de buurt van het moederhuis is gelegen.
- Clustering van kleinschalige woongroepen (vier of zes bewoners heeft vanuit personeelsoverwegingen de voorkeur) maakt de zorg gemakkelijker te delen. In niet-geclusterde situaties in de wijk is met name de nachtzorg een probleem.
- Het is voor familieleden gemakkelijker zich ‘thuis’ te voelen - zoals de bedoeling is - wanneer het een gewoon woonhuis betreft dat niet in of naast een instelling is gebouwd.
- Kleinschalige woonvormen binnen de muren van een grotere instelling hebben organisatorische voordelen. Het risico dat er een ‘instellingssfeer’ ontstaat, is in dit geval echter wel groter.

De optimale vorm van kleinschalig wonen combineert een aantal kenmerken, namelijk:

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

GROEPSGROOTTE

De groeps grootte bepaalt hoe de woonvoorziening georganiseerd wordt. Bij een gemeenschappelijke huiskamer varieert de groeps grootte van vijf tot negen bewoners. In de praktijk be-

schouwt men groepen die groter zijn dan acht bewoners niet meer als ‘kleinschalig wonen’. Een belangrijke kwaliteitsmaatstaf voor de groeps grootte is vooral de ‘menselijke maat’: kun je samen aan tafel eten, lijkt de huiskamer nog op een huiskamer of is het eigenlijk een zaal? Bij negen, acht of zelfs zeven mensen in een huis blijkt in de praktijk dat men de bewoners vaak voor het eten in twee groepen splitst, dat mensen zich relatief vaker terugtrekken op de eigen kamer en dat er sneller een soort scheiding ontstaat tussen personeel en bewoners.

Een groeps grootte van zes wordt als ideaal beschouwd. Iedereen ervaart deze situatie als overzichtelijk. Velen voelen dit in de praktijk ‘instinctief’ zo aan, maar het wordt ook bevestigd door de organisatietheorie: voor één persoon is het goed mogelijk overzicht te houden over de activiteiten van een groep van zes mensen; een grotere groep wordt moeilijk.

OVERPLAATSING

Een nieuwe groep is bij aanvang van een project vaak vrij homogeen en nog tamelijk ‘goed’.

Dat maakt het mogelijk om in de activiteiten dicht bij het gewone leven te blijven: samen boodschappen doen of samen koken, gemeenschappelijke uitjes. In de loop van de tijd wordt de variatie binnen de groep groter: sommige bewoners gaan lichamelijk en geestelijk sterk achteruit, zodanig dat het niet meer gaat om op deze manier deel uit te maken van het gemeenschapsleven.

In een deel van de kleinschalige woonvormen is het regel dat mensen overgeplaatst worden als ze te ‘slecht’ worden. Dat geldt vooral voor de projecten die vallen onder de verantwoordelijkheid van een verzorgingshuis, of voor projecten in gewone huurwoningen waarin de ruimte beperkt is. De nadelen zijn echter groot. Voor familie, personeel en bewoners zelf is het een traumatische ervaring om het wonen in de groep te moeten opgeven voor opname in een verpleeghuis. Het is daarom goed om zo veel mogelijk te streven naar situaties waarin overplaatsing niet nodig is en mensen de zekerheid hebben dat ze tot hun dood kunnen blijven. Voor de noodzakelijke personeelsbezetting blijkt het niet uit te maken of er wel of niet wordt overgeplaatst.

MEDEWERKERS

In de meeste projecten vormen verzorgenden – al dan niet gediplomeerd – het grootste deel van het personeel. Er zijn woon-

voorzieningen waarin inmiddels ook gewerkt wordt met medewerkers maatschappelijke zorg, vanuit bijvoorbeeld de verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze blijken een zeer gewaardeerde aanvulling op het gangbare personeelsbestand, vooral omdat zij vanuit hun opleiding meer mogelijkheden hebben om de groep tot activiteit aan te zetten en om te gaan met ruzies en conflicten. Door wijzigingen in de AWBZ ontstaat er in nieuwe kleinschalige projecten wellicht meer 'kruisbestuiving' tussen doelgroepen uit verschillende zorgsectoren: ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ. Dit lijkt een gunstige ontwikkeling.

1.6 Welke competenties heeft een medewerker nodig binnen kleinschalig wonen?

Van medewerkers die werken in een kleinschalige woonvorm wordt een andere werkwijze verwacht: van zorgen naar dienstverlening, van afwachten naar ondernemen. Zij moeten beschikken over vaardigheden die aansluiten bij het dagelijks leven en een meer integrale benadering: combineren van zorg, wonen en welzijn (Stoelinga, 2003).

Competenties die van belang zijn in kleinschalige woonvormen:

- zelfstandigheid om alleen een groep te draaien;
- flexibiliteit als het gaat om taakinhoud en dienstrooster (door de ver doorgevoerde taakintegratie bestaat het werk niet alleen uit verzorgende, maar ook uit huishoudelijke, begeleidende en organisatorische taken);
- communicatief vaardig: in staat en bereid zijn tot overleg, onderhandelen en deskundigheidsbevordering;
- klantvriendelijke beroepshouding: de 'thuiszorgattitude', dat wil zeggen de medewerker is te gast bij de bewoner.

Werken in een kleinschalige woonvorm is inspannend vanwege de grote verantwoordelijkheid en het gevoel er alleen voor te staan. Het werk kan door actief ingestelde mensen als negatief worden ervaren, omdat het vaak niet gaat om iets doen, maar om er alleen te zijn. Daarnaast zijn er verzorgenden die het werken in een kleinschalige woonvorm ervaren als 'uitholling van hun beroep', ze hebben het gevoel alleen maar met huishoudelijke taken bezig te zijn.

TIPS:

- Communiceer. Zorg voor regelmatig werkoverleg waarin je met collega's kunt praten over taken en knelpunten. Blijf met elkaar in gesprek over bewoners. Rapporteer duidelijk, zodat je een goede overdracht hebt.
- Werk samen en leer van elkaar. Alleen werken betekent niet dat je ook alles alleen moet oplossen.
- Wissel ervaringen uit met collega's, ook met collega's van andere afdelingen, zodat je elkaar steunt en van elkaar leert. Betrek alle disciplines bij de zorg, verklein de afstand. Leer van anderen door zo nu en dan een stage bij een ander kleinschalig-wonenproject te organiseren. Haal de maatschappij naar binnen door naar buiten te gaan.
- Wees je bewust van je handelen. Jouw normen en waarden hebben invloed op het leven van de bewoners: als bij jou thuis het wasgoed keurig gestreken in de kast gaat, geldt dat dan voor iedereen? Evalueer structureel en blijf kritisch meedenken.
- Breng de zorgvisie in praktijk. Benader bewoners zoals je zelf benaderd zou willen worden. Stimuleer hen zo veel mogelijk zelf te doen en laat hen zelf dingen uitproberen. Neem niet alles vanzelfsprekend van hen over. Behandel bewoners – met hun beperkingen – als volwassenen en betuttel hen niet. Maak de visie duidelijk aan nieuwkomers en zet deze zwart op wit. Huishoudelijk werk is ook een zinvolle activiteit; het hoeft niet altijd iets bijzonders te zijn.
- Laat de bewoners niet opgaan in de groep. Houd rekening met ieders achtergrond, met hun voorkeuren en afkeuringen, persoonlijke wensen en behoeften. Neem klachten serieus en kom afspraken na. Laat bewoners zo veel mogelijk hun eigen spulletjes en meubels meenemen. Zorg voor een huiselijke sfeer en gezelligheid.
- Stel grenzen en relativeer. Probeer de humor te zien, ook in moeilijke situaties. Relativeer! Laat bewoners niet over je heen lopen, geef grenzen aan. Neem je werk niet mee naar huis. Besef dat de zorg een 24 urenbedrijf is. Zaken waar jij niet aan toekomt, worden overgenomen door een collega.



- Wees creatief en flexibel. Speel in op onverwachte zaken en zorg voor alternatieven als iets niet lukt.
- Betrek de familie bij de zorg. Spreek hen aan als er iets is en neem hen niet te veel uit handen. Maak duidelijke afspraken over ieders taken.
- Maak gebruik van de inzet van vrijwilligers.