

VOORBEELDEN

**KLEINSCHALIG WONEN VOOR
MENSEN MET DEMENTIE IN
NOORD-HOLLAND**

voor

Provincie Noord-Holland

auteur

Henk Nouws

Ruimte voor zorg bv

Research en advies in wonen en zorg
Postbus 2038, 3800 CA AMERSFOORT
tel 033 - 465 54 51
fax 033 - 465 34 81
www.ruimtevoorzorg.nl

Februari 2005

INHOUD

1	Inleiding	1
2	Kleinschalig groepswonen	2
2.1	Definitie	2
2.2	Visie	2
2.3	Opvattingen	3
2.4	Doelgroep.....	5
2.5	Leefstijlgroepen	6
2.6	Bouw	7
2.7	Van oud naar nieuw	8
2.8	Zorg en organisatie	9
2.9	Introductie van kleinschalige zorg in de organisatie.....	11
2.10	Stappenplan naar kleinschalig werken.....	13
2.11	Opleiding en bijscholing	14
2.12	Domotica.....	15
2.13	Financiering en regelgeving	16
3	Facts & Figures	19
3.1	Dementie in Nederland	19
3.2	Kleinschalig wonen in Nederland	21
3.3	Projecten in Noord-Holland.....	25
4	Vier vormen	27
4.1	Cluster	28
4.2	Kleinschaligheid in het groot.....	29
4.3	Plussen en minnen	29
5	Overzicht drie praktijkvoorbeelden	31
6	De Luwte	36
6.1	Algemeen	36
6.2	Het wonen	37
6.3	De zorg	39
6.4	Het huishouden	41
7	De Kade	42
7.1	Algemeen	42
7.2	Het wonen	43
7.3	De zorg	46
7.4	Het huishouden	47
8	De Oever.....	49
8.1	Algemeen	49
8.2	Het wonen	50
8.3	Zorg	51
8.4	Het huishouden	53
9	Literatuur	55

VOORWOORD

Een thuis voor mensen met dementie

Deze brochure is geschreven voor gemeenten en instellingen die de zorg voor mensen met dementie op een andere manier willen aanpakken: kleinschaliger, menselijker, meer zoals het thuis was.

Drie verschillende praktijkvoorbeelden worden belicht, elk met zijn eigen karakteristieken. Wat de projecten voor kleinschalig wonen bindt, is dat zij staan voor de menselijke maat, voor huiselijke zorg, voor een alternatief voor het verpleeghuis.

Kleinschalige woonvormen staan nog onvoldoende in de schijnwerpers. Toch bieden zij al aan een groeiend aantal mensen zorg. De bewoners, hun partner en hun familie voelen zich thuis in hun nieuwe omgeving. Een omgeving die aansluit bij wat de bewoners nog wél kunnen. Een omgeving die hen activeert en nog zo veel mogelijk laat deelnemen aan het dagelijks leven. Dankzij klein opgezette kleinschalige woonvormen kunnen mensen met dementie blijven wonen in hun eigen dorp, in hun eigen omgeving. Ze worden niet gedwongen te verhuizen naar het verpleeghuis in de naburige stad.

Uitbreiding van het aantal kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie is in de provincie Noord-Holland hard nodig. Vanuit het provinciaal bestuur willen wij hieraan bijdragen. In de komende jaren zullen we een groot aantal van deze projecten helpen ontwikkelen en hierin ook financieel bijdragen. Kleinschalige woonvormen passen binnen ons beleid voor Wonen, Welzijn en Zorg. De investeringen in de sociale infrastructuur sluiten aan bij onze activiteiten voor een beter leefklimaat in Noord-Holland.

Met deze brochure willen wij initiatiefnemers stimuleren en een handreiking geven om deze kleinschalige woonvormen te realiseren. De brochure is tevens bedoeld om verwijzers en andere betrokkenen bekend te maken met het gedachtegoed en met de concrete uitwerkingen van kleinschalige woonvormen.

Ik hoop dat wij hiermee een impuls geven aan de uitbreiding van het aantal kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie in onze provincie.

Woonvormen die bijdragen aan een menswaardige oude dag, waar ook het leven met dementie de moeite waard is om geleefd te worden.

Ik wens u hiermee veel succes,

Mw. Drs. R. Kruisinga,

Gedeputeerde voor Zorg, Welzijn, Cultuur en Europa

1 INLEIDING

Voor vernieuwers in de zorg voor mensen met dementie

Kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie is een hot issue. Het idee van een rustig, waardig levenseinde voor deze groep mensen die ernstig ziek zijn, spreekt iedereen aan.

Het lijkt zo eenvoudig: een gewone woning in een gewone wijk, medewerkers die zich inleven in wat de bewoners beweegt, een huishouding zoals achter iedere voordeur... Toch zijn er, bij nadere kennismaking met de praktijk, tal van hindernissen bij de realisatie van nieuwe kleinschalige projecten: de regelgeving, de financiering, de gewenste cultuuromslag bij de medewerkers, de noodzakelijke organisatieverandering en de bouw.

In deze brochure[JL1] proberen we de belangrijkste van deze thema's aan te snijden. Het doel is om de lezer die werkzaam is in de zorg of er zijdelings mee te maken heeft, met praktische tips en literatuurverwijzingen verder te helpen.

Verderop beschrijven we het project de Luwte als een van de drie voorbeelden. Het zorghoofd van De Luwte zei: "Je moet kleinschalige zorg zelf ontdekken en beleven; uit een boek kun je het niet leren." Dat is waar, en we hebben niet de pretentie om een uitputtende handleiding te bieden, noch om het laatste woord te hebben over de vele vraagstukken. Wat we vooral willen, is de lezer prikkelen, tot nadenken stemmen, ideeën aan de hand doen en enthousiasme overdragen. We hopen dat de brochure stimuleert tot en helpt bij het opzetten van nieuwe kleinschalige initiatieven.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk vindt u een potpourri aan ideeën. Wat is kleinschalig wonen? Welke opvattingen leven er bij de verschillende stakeholders? Waar moet je op letten bij de bouw? Hoe help je het personeel de verandering te maken? Wat betekent dit voor de organisatie? Welke mogelijkheden schept de regelgeving? Een praktisch hoofdstuk dus.

Daarna volgt een overzicht van enige feiten en cijfers rondom dementie en kleinschalige zorg in Nederland in het algemeen en de huidige projecten in Noord-Holland in het bijzonder. Het vierde hoofdstuk schetst een systematiek om projecten in te delen in vier typen. Vanaf hoofdstuk vijf belichten we drie voorbeeldprojecten uit Noord-Holland. In de bijlage is een beschrijving opgenomen van de stimuleringsregeling voor kleinschalig wonen van de provincie Noord-Holland.

2 KLEINSCHALIG GROEPSWONEN

2.1 DEFINITIE

Kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie is wonen in een huiselijke en herkenbare omgeving. Het doel is zorgen dat de dementerende bewoner zich op z'n gemak voelt en een naar omstandigheden plezierige oude dag heeft.

Kleinschalig wonen versus traditionele verpleeghuiszorg	
Traditioneel	Kleinschalig
Het medische model staat voorop.	Het woonmodel staat voorop.
Medewerkers zijn zorgtechnisch bezig.	Medewerkers zijn inlevend bezig.
Cliënten verblijven op een afdeling, variërend van 10 tot 30 personen.	Cliënten wonen in een gewone woning, meestal zes personen.
De afdeling is het domein van de zorg. Er zijn facilitaire ruimten voor het personeel.	De groepswoning is het domein van de bewoners. Er zijn geen personeelsruimten.
Weinig privacy.	Veel privacy.
Instituut, efficiënte inrichting, veel ruimten met specialistische functies.	Huiselijk, gezellige inrichting, gewoon, sfeervol.
Het dagritme wordt bepaald door een bepaalde taakverdeling en werkvolgorde van geplande zorgtaken. In de regel wordt hiervan niet afgeweken voor individuele bewoners.	Het dagritme is niet gebonden aan vaste geplande zorgtaken. Veel wordt overgelaten aan de wens van de individuele bewoner.
Met ver doorgevoerde taakverdeling streeft men efficiency na. Er wordt centraal gekookt, er is een aparte schoonmaakploeg, het eten wordt door daarvoor aangestelde medewerkers rondgebracht, activiteiten zijn in handen van daarvoor opgeleide personen, etc.	Integrale medewerkers doen zoveel mogelijk zorg- en huishoudelijke taken. Het huishouden is een belangrijk middel in de begeleiding. De besparingen op de facilitaire dienst komen ten goede aan de handen aan het bed.
Groot gebouw, staat duidelijk apart in de wijk, parkeerplaatsen en groenstroken rondom.	Klein of matig groot gebouw, gaat op in de wijk, leven rondom.

2.2 VISIE

De visie van kleinschalig groepswonen is eenvoudig:

Visie = Wonen

Kleinschalig wonen is dus erg gemakkelijk: verdiep je in het verleden en de voorkeuren van de bewoner, praat met de familie, probeer een beeld te krijgen van het leven van

vroeger, en probeer het leven in de nieuwe situatie aan te passen aan wat de bewoner vertrouwd is.

Maar dan komen de lastige vragen: hoe groot mag een groep zijn? Zes personen, zeggen veel mensen, want daarmee kan je nog gezamenlijk aan een eettafel zitten. Zeven of acht personen lukt ook prima en is beter te exploiteren, zeggen anderen. En hoe groot mag de voorziening als geheel (de cluster) zijn, hoeveel groepen? Liefst één of twee, zeggen sommigen, want dan kan je het best integreren in een gewone wijk. Vier tot zes, zeggen anderen, want anders krijgen we het financieel en organisatorisch niet rond. Nog meer, kleinschalige groepswoonings in een groot, verpleeghuisachtig gebouw, zeggen anderen weer, want dan kunnen we de bestaande terreinen goed benutten.

Er bestaat geen eenduidig antwoord op deze vragen. Gebruik het gezond verstand, blijf kritisch, denk zelf na, en redeneer vanuit het doel: wat is nog huiselijk, in welke situatie voelen de bewoners zich op hun gemak? Daarbij geldt: de ene persoon is de andere niet.

De zorg voor en ondersteuning van de bewoners is een belangrijk en ook lastig aandachtspunt. De deskundigen zijn wel duidelijk in hun opvatting: benader de bewoner als individu, ga mee in zijn of haar leven en beleving en pas de begeleiding aan op de individuele wensen en behoeften. In de praktijk botst deze doelstelling met het institutionele karakter van de traditionele zorgorganisatie en de cultuur die daar al sinds jaar en dag heerst. Die is meer gericht op de praktische kanten van de zorg en het efficiënt afwerken van een schema. Daarom is de uitdaging voor organisaties die kleinschalig willen gaan werken tweeledig: kleinschalige bouw én kleinschalige zorg.

Kortom, voor de zorg en huisvesting in kleinschalige groepswoonings gelden de volgende uitgangspunten:

1. Huiselijk en herkenbaar
2. Individu centraal
3. Vertrouwd

2.3 OPVATTINGEN

Kleinschalig groepswoon houdt velen bezig. Het betekent nogal wat, de omslag maken van traditioneel naar nieuw. Nu bestaan er rond kleinschalig wonen voor ouderen met dementie allerlei, soms tegenstrijdige opvattingen. Niet alleen over wat we er precies onder moeten verstaan en hoe een project er idealiter uitziet, maar ook welke kant we in Nederland op moeten met kleinschalig wonen.

Publiek

Omdat er nog maar weinig projecten zijn, is het publiek nauwelijks bekend met kleinschalig wonen. In 2003 vond de landelijke publiekscampagne Wonen met Dementie plaats, die tot doel had het kleinschalige alternatief breder bekend te maken.

De positie van het publiek is opvallend: men is niet erg gelukkig met het instituut verpleeghuis. De klacht is "dat niemand daar opgeborgen wil worden". Mensen verkeren dan ook in grote tweestrijd wanneer zij een dementerend familielid afstaan aan het verpleeg

huis. Thuishouden is onmogelijk. Het instituut "verpleeghuis" helpt echter ook niet echt de ziekte dementie te accepteren. Men wenst een humaner eind van het leven.

De Stichting Wonen met Dementie heeft TNS-NIPO onderzoek laten uitvoeren naar de opvatting van het publiek. Van de 1000 ondervraagden vond 56% het leven niet meer de moeite waard wanneer men dement zou zijn en niet meer voor zichzelf kan zorgen. Zorg bij dementie moet volgens de ondervraagden liefdevol en respectvol zijn, in een huiselijke sfeer en met vertrouwde dingen om je heen. Als die goede zorg er is, vindt nog maar 30% het leven niet waard geleefd te worden. Goede zorg doet er toe!

Onder familieleden die kleinschalige projecten kennen uit eigen ervaring, zijn veel positieve geluiden te horen. Toch hebben zij ook wel klachten, bijvoorbeeld over de inzet van het personeel: kleinschalig wonen is geen haarlemmerolie voor alles wat fout gaat in de zorg.

Overheid

Het ministerie van VWS is voorstander van kleinschalig wonen. Beleidsmatig vindt dat zijn vertaling in het geleidelijk wijzigen van regelgeving om ruimte te creëren voor kleinschaligheid. De modernisering van de AWBZ en de herziening van het bouwregime - waarover later meer - worden aangegrepen om ruimere mogelijkheden te scheppen voor kleinschalige projecten. Maar het is niet zo dat VWS de bouw van traditionele verpleeghuizen verbiedt.

Instellingen

Instellingen zijn niettemin sceptisch over de steun die zij van de overheid kunnen verwachten bij de overstap naar kleinschalig wonen. Het scheiden van wonen en zorg leek bijvoorbeeld een manier om in samenwerking met woningcorporaties snel hoogwaardige projecten te starten. Anno 2005 heeft deze scheiding nog maar weinig aanhangers, omdat de regels keer op keer wijzigen. Dat plaatst reeds gerealiseerde projecten voor problemen.

Instellingen houden steeds meer vast aan de reguliere financiering van de bouw, via de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De wet kent echter strikte procedures die vertragend werken. De bouwmaatstaven van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het zelfstandige bestuursorgaan dat de uitvoering van de WZV regelt, en de bijbehorende budgetten zijn "sober en doelmatig".

Maar ondanks de nadelen maken de bouwmaatstaven van het Bouwcollege kleinschalig wonen zonder meer mogelijk. Met inventiviteit is een goed project te realiseren. Instellingen kunnen dus kleinschalig bouwen als zij willen.

Velen houden desondanks vast aan de traditionele verpleeghuiszorg. Dat heeft voor een deel te maken met twijfel over de kleinschalige aanpak. En het heeft te maken met het gebrek aan goede kansen, of de moeite om goede kansen te "maken". Het is verder erg moeilijk om in de organisatie levende weerstanden tegen kleinschalige zorg te doorbreken. Medewerkers zijn de traditionele manier van werken gewend en kunnen zich geen voorstelling maken van iets anders. Tot slot hebben instellingen te maken met tal van organen zoals het CTG, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IVG) en zorgkantoren die beslag leggen op de voor beleid en vernieuwing beschikbare menskracht.

Vertegenwoordigers ouderen en cliënten

Ouderenbonden en Alzheimer Nederland zijn warm voorstander van kleinschalig wonen. Vaak voeren zij aan dat er ook wat te kiezen moet zijn. De grootste bedenking van ouderenbonden bij kleinschalig wonen is de misvatting dat dit duurder is dan het verpleeghuis, ook voor de cliënt zelf, en dat er wordt bezuinigd op de personele inzet.

Personeel

Het personeel in verpleeghuizen heeft moeite om zich de kleinschalige manier van werken eigen te maken. Soms is dat omdat ze de meerwaarde van kleinschalig wonen niet inzien. Als ze kennismaken met het idee en het omarmen, is het vaak nóg moeilijker om de consequenties te accepteren. Voor de individuele medewerker betekent kleinschalig werken meer zelfstandigheid, een breder takenpakket en meer eigen verantwoordelijkheid. De positie van sommige beroepsgroepen is ook in het geding. Zo is de rol van activiteitenbegeleiders maar ook die van verpleeghuisartsen anders dan in een traditionele setting. De keuken verdwijnt vaak en er is minder facilitair personeel nodig.

2.4 DOELGROEP

De discussie over de kern van kleinschalig wonen strekt zich ook uit tot de vraag voor welke doelgroep kleinschalig wonen geschikt is.

Een groot aantal kleinschalige projecten is bedoeld voor mensen met een beginnende dementie, die nog redelijk zelfstandig zijn in hun persoonlijke verzorging, maar die vooral begeleiding nodig hebben. Deze "begeleidwonenprojecten" – waarover verderop meer – zijn een goed alternatief voor mensen met dementie die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, maar voor wie de beschermde omgeving van het verpleeghuis niet direct noodzakelijk is.

Een vaak gehoorde uitdrukking is: de kleinschalige woonvorm moet meerwaarde hebben voor de cliënt. De meningen zijn verdeeld over waar die meerwaarde ophoudt. De begeleidwonenprojecten zien vooral meerwaarde voor redelijk zelfstandige cliënten. Andere projecten vinden dat de meerwaarde van een genormaliseerde omgeving niet ophoudt bij een bepaalde fase van dementie, maar altijd geldt. Een cliënt heeft altijd baat bij kleinschalig wonen, zelfs bij bedlegerigheid, omdat hij of zij de omgeving waarneemt, omdat ook familie profiteert van de nabijheid en menselijke maat van de voorziening.

Een uitzondering maakt men vaak voor cliënten met gedragsstoornissen. Voor hen is kleinschalig wonen minder geschikt omdat zij de leefsituatie van de andere bewoners te veel verstoren. Het gaat om een klein deel van de populatie. Precieze gegevens zijn er niet. De meeste kleinschalige projecten kunnen vertellen dat ze één of tweemaal tot uitplaatsing van een bewoner zijn overgegaan omdat de situatie niet houdbaar bleek.

Tot slot zijn er specifieke doelgroepen: cliënten met een bepaalde vorm van dementie die men bij elkaar plaatst in een groep. Bijvoorbeeld jong dementerenden of patiënten met het syndroom van Korsakov.

2.5 LEEFSTIJL GROEPEN

Verpleeghuis Hogewey te Weesp is vanaf 1992 in de oudbouw gestart met kleinschalig wonen. Zij verstaan daaronder vooral de zorg binnen een woongroep met nadruk op het sociaal-relatieve aspect. De bewoners kunnen hun leven en huishouding voortzetten volgens eigen normen en zingeving. De leefstijl van vóór de opname blijft zo veel mogelijk in stand. Interieur, huishouding en dagindeling worden op deze leefstijl afgestemd. Op basis van interviews met de familie worden alle bewoners ingedeeld in een bepaalde "leefstijlgroep". Voorbeelden van deze leefstijlgroepen:

- alternatief
- ambachtelijk
- Amsterdams
- cultureel belangstellend
- Goois
- huiselijk
- Indonesisch
- middenstand
- religieus

Al deze groepen hebben een eigen leefwijze. In de ene groep wordt gekookt, de andere groep laat het eten bezorgen, de derde groep gaat in het restaurant eten. Om het voorbeeld van de Amsterdamse leefstijlgroep te nemen¹:

"Foto's van Ajax hangen aan de muur en het interieur is 'Jordanees' te noemen: veel tierlantijntjes, gordijnen met uitbundige ruches en stoelen met kwastjes. De sfeer is gemeedelijk, de omgangsvormen joviaal en niet bepaald zonder humor. Het dagprogramma past hierbij: er wordt vroeg opgestaan en samen drinkt men koffie, thee en op z'n tijd een borreltje. De bewoners houden van draaiorgel- en accordeonmuziek en zingen graag een deuntje mee. Ook gaat men wel eens op stap: een café bezoeken, naar de markt of een keer een Ajax-wedstrijd zien."

Een goede vondst van Hogewey is ook het opzetten van verenigingen. In plaats van deel te nemen aan algemene activiteiten, zijn bewoners lid van een of meerdere verenigingen. Er zijn verenigingen voor van alles: sport en spel, creativiteit, muziek, recreatie en cultuur. De bijeenkomsten van de verenigingen vinden plaats buiten de woongroep. De verenigingsleiders zijn professionals en vrijwilligers. De begeleiders in de woongroep zorgen ervoor dat hun bewoners bijtijds naar de bijeenkomsten van de vereniging gaan en halen hen ook weer op.

De leefstijlgroepen en het verenigingsleven van Hogewey hebben zorgaanbieders in heel Nederland geïnspireerd hetzelfde te doen.

¹ Uit: W. Theunissen: *Andere Zorg voor dementerenden; van instelling naar zorgonderneming*. Uitgave Verpleeghuis Hogewey. Weesp.

2.6 Bouw

De bouw van kleinschalige woningen is niet moeilijk. Er zijn verschillende punten waaraan gedacht moet worden². Zie ook tabel 1 voor praktische suggesties voor de vormgeving.

Tips voor de bouw:

1. Streef naar gewoon wonen
2. Schep ruimte voor sociale bewegingsvrijheid
3. Bevorder zelfstandig en veilig verplaatsen
4. Schep mogelijkheden voor huiselijke bezigheden
5. Compenseer psychische beperkingen

Streef naar gewoon wonen

Bewoners voelen zich op hun gemak in een herkenbare omgeving. Bewoners hebben hun privé-kamer of appartement, met eigen of gedeeld sanitair. De huiskamer en de keuken worden gedeeld. Rondom de woning gebeurt wat: scholen, winkels, verkeer, mensen. Vanuit de huiskamer is de drukte op straat te zien.

Schep ruimte voor sociale bewegingsvrijheid

Voorkom dat bewoners de hele dag noodgedwongen op een kluitje zitten, zoals in veel huiskamerprojecten het geval is. Dit veroorzaakt stress en verveling. Vergroot de keuzevrijheid en privacy van de bewoners. De groepswooning moet dus voldoende groot zijn. Er moeten meerdere plaatsen zijn waar bewoners gezamenlijk kunnen zitten, of alleen kunnen zitten.

Bevorder zelfstandig en veilig verplaatsen

De woning moet bewoners in staat stellen om zich ondanks lichamelijke beperkingen veilig en zelfstandig te verplaatsen. Dit geeft bewoners bewegingsvrijheid en het personeel hoeft minder toe te zien en te helpen. Dus géén trappen, géén drempels en ruim sanitair.

Schep mogelijkheden voor huiselijke bezigheden

Als ze kunnen meehelpen in het huishouden en zodoende nog enigszins zelfredzaam zijn, ervaren bewoners continuïteit met vroeger. Het versterkt hun identiteitsgevoel, voorkomt negatief gedrag en verlicht daardoor de taak van verzorgenden. Koken en gezamenlijk eten is erg wenselijk.

² Zie: H. Nouws, *Huiselijk en vertrouwd. Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden*. IWZ/NIZW. Utrecht 2001. Bestelnummer E909.

Compenseer psychische beperkingen

Bewoners moeten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en zelfvertrouwen hebben. Zij moeten zich bijvoorbeeld goed kunnen oriënteren in de woning. Zorg voor een eenvoudige plattegrond. Bewoners herkennen de eigen kamer vooral aan persoonlijke eigendommen, zoals een schilderij dat vroeger altijd in huis hing en nu naast de kamerdeur hangt. Vermijdt glimmende vloerbedekking en donkere vlakken in de vloerbedekking. Bewoners hebben behoefte aan veel, natuurlijk licht.

Praktische vertaling

Onderstaande tabel geeft enkele aanbevelingen.

Tabel 1 Praktische suggesties voor de bouw van kleinschalige groepswoningen

Groepsgrootte	Zes personen
Huiskamer en keuken	50 m ² nuttig vloeroppervlak voor zes personen. Open keuken. Zit-hoek, eethoek. Balkon of serre. Levendig uitzicht. Veel daglicht.
Zit/slaapkamer	20 m ² en eigen sanitair.
Bergruimte	Niet te krap.
Indeling	Voorkom een langgerekte vorm of een lange donkere gang.
Aankleding	Huiselijk!
Omvang cluster[JL2]	Twee tot zes groepswoningen.
Ruimte voor personeel	Niet in de groepswoning. Wel in de cluster: multifunctionele ruimte voor vergaderen, administratie, nachtwacht.
Facilitair	Voldoende bergruimte.
Bewegingsvrijheid	Tuin. Serre. Binnentuin met rondgang.

Deze suggesties zijn binnen de huidige bouwmaatstaven van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen lastig te realiseren omdat de toegestane projectgrootte krap is. Een creatieve zorgorganisatie kan wel wegen vinden om daar een mouw aan te passen, bijvoorbeeld door samenwerking met een woningcorporatie die bereid is een deel onrendabel te investeren, of door het verkleinen van facilitaire ruimten ten gunste van privé ruimten. In de tabel hierboven is bijvoorbeeld ruimte bespaard op personeelsruimten die ten goede komt aan de woonruimte.

2.7 VAN OUD NAAR NIEUW

De visie is even eenvoudig als charmant. Wonen, dat is: gewoon, huiselijk, vertrouwd. Dat lijkt niet mis te kunnen gaan. Stel je voor dat Nederland nog geen verpleeghuizen zou kennen en dat we vanuit een blanco situatie zouden starten met een stelsel van voorzieningen voor mensen met dementie. Niet gehinderd door veranderweerstand uit bestaande organisaties, boekwaardeproblemen en hoofdbrekende cultuuromslagen zouden we aan het werk mogen gaan. Welke weg zouden we dan kiezen met de kennis die we nu hebben? Het medisch model of kwaliteit van leven? Grootschalige verpleeghuizen of kleinschalig groepswonen?

Helaas kunnen we niet van "scratch" beginnen. We hebben te maken met de wet van de remmende voorsprong. Kiezen voor kleinschaligheid betekent kiezen voor een moeizame transformatie van ingesleten patronen en verouderende gebouwen naar nieuwe persoonlijke ervaringen van alle betrokkenen.

2.8 ZORG EN ORGANISATIE

Het opbouwen van een organisatie die goede zorg verleent is waarschijnlijk een stuk moeilijker dan de bouw van een groepswooning. In een kleinschalige groepswooning wijken de zorgverlening en de organisatie in veel opzichten af van wat in een traditioneel verpleeghuis gebruikelijk is.

We citeren uit een zeer aanbevelenswaardige publicatie, "Kleinschalig wonen voor dementerenden; handreiking voor de organisatie"³:

Tips voor de organisatie:

1. Werk integraal
2. Zorg voor een gevarieerde samenstelling van het personeel
3. Trek medewerkers aan die zelfstandig kunnen werken
4. Betrek familie
5. Ga creatief om met de medische verantwoordelijkheid
6. Cluster groepswooningen voor een doelmatige formatie
7. Houd de kwaliteit van de zorg op peil
8. Leg taken en verantwoordelijkheden zo laag mogelijk

Werk integraal

In kleinschalige woonvormen wordt vraaggericht, en dus integraal gewerkt. Integraal werken betekent ook het doorbreken van de taakspecialisatie tussen disciplines. De organisatie van het werk op de werkvloer moet zo veel mogelijk zelfsturend zijn. Vaste overlegvormen blijven wenselijk. Het is wenselijk vaste procedures in te voeren voor een aantal kleine dagelijkse zaken en voor onverwachte calamiteiten.

Zorg voor een gevarieerde samenstelling van het personeel

Een gevarieerde samenstelling van het personeel verdient de voorkeur. Gediplomeerde zieken- en bejaardenverzorgers, activiteitenbegeleiders en inrichtingswerkers komen in principe allemaal in aanmerking. Dat geldt echter ook voor huishoudelijke medewerkers, die na bijscholing in dit werk veel kunnen doen. Oudere medewerkers die gewend zijn zelf een gezin te runnen, doen het meestal beter dan jongeren. In elk geval zijn er in elk team minimaal twee gediplomeerde ziekenverzorgenden nodig om tegemoet te komen aan de eisen rond voorbehouden handelingen en minimaal een inrichtingswerker of activiteitenbegeleider om de sleur te voorkomen.

³ M. Fahrenfort en O. Reuchlin: *Kleinschalig wonen voor dementerenden; handreiking voor de organisatie*. B&A Groep, Den Haag, 2002.

Trek medewerkers aan die zelfstandig kunnen werken

Zelfstandig werken is een noodzaak. De begeleider werkt vaak alleen op de groep en kan zich niet even terugtrekken in de zorgpost voor een praatje met een collega.

Betrek familie

Maak veel ruimte voor inbreng van familie, ook als ze gewoon langskomen. Stel zo weinig mogelijk beperkingen aan bezoektijden. Regel een vaste verantwoordelijkheid voor de familie – bijvoorbeeld schoonmaak van de eigen kamer. Als bewoners nog “goed” genoeg is om daarbij mee te helpen, laat ze dan ook helpen. Bevorder dat familie van verschillende bewoners elkaar ontmoet en bevriend raakt, bijvoorbeeld door hun gemeenschappelijke inbreng te vragen bij een project, zoals de tuin opknappen. Laat familieleden of vrijwilligers ook de andere bewoners leren kennen en meenemen voor een ommetje of zo. Op bezoek komen in de huiskamer verdient de voorkeur boven naar de eigen kamer gaan. Een volle huiskamer met veel familie is veel minder erg dan beperkingen om de orde te handhaven.

Ga creatief om met de medische verantwoordelijkheid

De gehele medische verantwoordelijkheid ligt bij de verpleeghuisarts. In dorpen ver van de moederinstelling is betrokkenheid van de huisarts – als achterwacht of gewoon als huisarts – bij wijze van uitzondering wenselijk. Beperk het tot één huisarts voor een woning. In samenwerkingsconstructies dient de eindverantwoordelijkheid, zowel medisch als anderszins, goed te worden geregeld. Dit geldt ook voor paramedici. Betrek de psycholoog bij de omslag naar kleinschaligheid.

Cluster groepswoningen voor een doelmatige formatie

Clusteren levert schaalvoordeel bij de personeelsvoorziening, vooral voor de nachtzorg. Voor de zorg buiten de nachturen is per woning van zes bewoners een formatie nodig van ongeveer 6 fte – gemiddeld dus 1 fte per bewoner. (Dit is statistisch niet anders in verpleeghuizen, maar daar gaat veel personeelsinzet verloren aan niet bewonersgebonden werk.) Met creatieve oplossingen kan het soms met (iets) minder. Als het project goed loopt, is voor de (niet-meewerkende) teamleiding is 0,33 fte nodig op twaalf bewoners. In de beginperiode is meer nodig. Voor vijf à zes groepen van zes bewoners komt dit neer op 1 à 1,5 fte.

Houd de kwaliteit van de zorg op peil

Zorg voor een vaste pool voor vervanging bij ziekte. Wees alert op tekenen van “slijt” bij het personeel als het project enkele jaren bestaat. Bedenk inspirerende tegenmaatregelen, vooral om “de sleur” te voorkomen. Ontwerp helder protocollen voor bewust genomen risico’s en bespreek deze met personeel en familie. Informeer de inspectie wanneer het verpleeghuis niet voldoet aan veiligheidseisen en sluit een overeenkomst over het te hanteren protocol.

Leg taken en verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie

Leg - in gestabiliseerde situaties! - taken en verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie. Het aantal managementlagen is afhankelijk van de “span of control”, dus

van de grootte van de organisatie. Verzeker van tevoren dat mensen de verantwoordelijkheden aankunnen. Benoem verantwoordelijkheden en formaliseer bevoegdheden. Verdeel de extra taken die uit het kleinschalige model voortvloeien expliciet tussen teamleiding, meewerkende teamleiding en team.

In de overgangsperiode van traditioneel werken naar kleinschalig werken is het verstandig om de zelfsturing nog te beperken. In die fase heeft de leiding veel extra werk. De omslag naar zelfsturing wordt na de opening van de woonvorm geleidelijk ingevoerd.

Tot zover de tips uit "Kleinschalig wonen voor dementerenden; handreiking voor de organisatie".

2.9 INTRODUCTIE VAN KLEINSCHALIGE ZORG IN DE ORGANISATIE

De omslag van traditioneel werken naar kleinschalig werken begint meestal in de top van een organisatie. Stapsgewijs wordt het middenkader en vervolgens het uitvoerend personeel betrokken bij uitwerking en uitvoering van het beleid.

Tips voor stapsgewijze introductie in de organisatie:

1. Start met visie en "drive" aan de top
2. Betrek het middenkader
3. Betrek het uitvoerend personeel

Visie en "drive" aan de top

Het besluit om kleinschalig te gaan werken heeft verstrekkende gevolgen. Vaak wordt een dergelijke beleidsverandering wat weifelend ingezet. Wanneer de organisatie echt ernst maakt met dit voornemen, is het verstandiger het besluit juist breed en krachtig uit te dragen. Vroeg of laat krijgt iedereen in de organisatie er toch mee te maken.

Twee nuttige praktische instrumenten voor het management zijn de langetermijnvisie (masterplan) en de proeftuin.

Wenst de directie structuur te geven aan het voornemen, dan is een masterplan een nuttig instrument. Het masterplan formuleert en kwantificeert de langetermijn doelstelling. Er worden kwalitatieve keuzes gemaakt: differentiatie van voorzieningen, spreiding over de regio, spreiding en concentratie van kennis en vaardigheden. Daar hoort een globale organisatieparagraaf bij waarin richtingen worden beschreven voor de nieuwe organisatiestructuur en de noodzakelijke organisatieverandering.

Het praktische deel van een masterplan begint bij een inventarisatie van de huidige voorzieningen, kansen voor transformatie en (vervangende) nieuwbouw, locaties en samenwerking met woningcorporaties en andere zorgaanbieders. Mogelijkheden worden gewikt en gewogen en er wordt in grote lijnen een agenda opgesteld voor de toekomst.

Het masterplan is intern een document om de organisatie op te warmen voor het werk dat komen gaat. Extern is het masterplan een instrument om met gemeenten, het zorgkantoor en woningcorporaties in contact te treden en concrete bijdragen te vragen. Om

gezet in een formeel Lange Termijn Huisvestingsplan informeert een masterplan het Bouwcollege over de te verwachten vergunningaanvragen.

Betrekken middenkader

De eerste schreden in de transformatieopgave bestaan uit het opzetten van een proeftuin. Om kennis te maken met de visie en het nieuwe concept is het voldoende te starten met een begeleidwonenproject. Om medewerkers in de organisatie te overtuigen van de werkbaarheid van kleinschalige zorg, is het ook mogelijk een wat groter project op te zetten, bijvoorbeeld een cluster van vier groepen, dat zich organisatorisch en financieel zal moeten bewijzen.

Deze eerste concrete stappen zijn het moment om het middenkader – leidinggevend en specialisten – te betrekken bij het beleid door daar de opdracht voor het startproject neer te leggen. De eerste resultaten van een eventuele organisatiebrede “denktank” zullen nog alle kenmerken van de traditionele zorg bevatten. Het management moet bijsturen; vernieuwing in deze komt zelden van onderop. Methoden: werkbezoeken brengen, conferenties bijwonen, literatuur bespreken.

Vaak leiden proeftuinen een geïsoleerd bestaan in een organisatie. Dat is jammer. Laat iedereen in de organisatie kennismaken met de vernieuwing in eigen huis!

Betrekken uitvoerenden

Het middenkader is op zijn beurt drager van de cultuurverandering bij de uitvoerenden. Ook hier geldt dat een concreet project het beste aanknopingspunt vormt voor de introductie van kleinschalige zorg bij het personeel. Er zijn tal van werkvormen te bedenken die medewerkers spelenderwijs betrekken bij de discussie over kwaliteit en attitude. Laat medewerkers mee ervaren dat goede zorg méér is dan wassen, aankleden, voeden. Bedeneer waarom het voeren van een huishouden met een groep bijdraagt aan huiselijkheid en herkenbaarheid.

De lerende organisatie

Ieder kleinschalig project binnen de organisatie is onderdeel van het grotere plan. Om te kunnen leren van de projecten is het nodig om langere bogen aan te brengen over de verschillende projecten heen. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van een projectgroep die een project op verschillende aspecten beoordeelt – klanttevredenheid, financieel, organisatorisch, proces – en daaruit aanbevelingen destilleert voor een volgend project. Bij een volgend project treedt de projectgroep op als adviseur. Leden van deze projectgroep komen bij voorkeur uit de hele organisatie, maar onderscheiden zich door hun vermogen zich los te maken van ingesleten patronen en zich te verplaatsen in nieuwe gezichtspunten.

Omgaan met de realiteit

De realiteit van menige organisatie is helaas niet zo dat in alle rust een voorspelbaar veranderingstraject kan worden ingezet. Vaak heerst de waan van de dag. Kansen kunnen zich vrij plotseling voordoen. Maar dan blijkt de weg bezaaid met allerlei belemmerende situaties en randvoorwaarden. Is het slikken of stikken? Dan maar minder klein

schalig? Dan maar tevreden zijn met het maximaal haalbare? Of deze kans toch maar voorbij laten gaan en wachten op veelbelovender omstandigheden.

2.10 STAPPENPLAN NAAR KLEINSCHALIG WERKEN

Zoals gezegd is de kleinschalige aanpak een grote verandering ten opzichte van het traditionele werken. Maar nog ingewikkelder is het om met een traditioneel werkende organisatie de overstap te maken naar kleinschalig werken. In de genoemde publicatie "Kleinschalig wonen voor dementerenden; handreiking voor de organisatie" staat een stappenplan uitgeschreven. Daaruit citeren wij nu.

Stappenplan cultuurverandering:

Stap 1 – Selectie van het team

Stap 2 – Stage lopen

Stap 3 – Teamvormingscursus

Stap 4 – Teamleider werkt eerste tijd op locatie

Stap 5 – Geleidelijke invoering zelfsturing

Stap 1 – Selectie van het team

Rekruteer (met enige reserve in aantallen) op vrijwillige uit eigen huis. Streef naar een mix van niveaus en herkomst (zowel uit huishoudelijke dienst als uit de verzorging). Wijs bij voorbaat een of twee meewerkend eerstverantwoordelijken aan. Aanvulling met een of twee mensen van buiten het eigen huis is wenselijk. Denk bijvoorbeeld aan IW'ers of (eventueel ongediplomeerde) huisvrouwen/moeders.

Leg uit wat de bedoeling is en wat het werk inhoudt. Laat dit bij voorkeur doen door iemand die al bekend is met de praktijk (bijvoorbeeld in een informatiemiddag). Zoek een inspirerende spreker!

Stap 2 – Stage lopen

Geef gegadigden de kans geven een of twee dagen stage te lopen in een dergelijke omgeving om de sfeer op te snuiven. Doe daarna de definitieve selectie. Zorg voor een mix van meer en minder dominante mensen. Dominant is overigens niet altijd hetzelfde als zelfstandig.

Stap 3 – Teamvormingscursus

Organiseer een teamvormingscursus met het beoogde team, inclusief de teamleider (niet meer dan vijftien mensen, dus voor maximaal twee groepen van zes). Ontwikkel de cursus specifiek (of huur iemand in) en gebruik casuïstiek en materiaal vanuit bestaande kleinschalige voorbeelden. Maak gebruik van de cursus om als team te kiezen voor bepaalde procedures en taken (vanaf wie de vuilniszak buiten zet tot roosteren en wat je doet als iemand wegloopt). Hoe duidelijker de procedures en taakverdeling, hoe minder problemen achteraf.

Stap 4 – Teamleider werkt eerste tijd op locatie

De eerste week na de opening maakt de teamleider zich zoveel mogelijk volledig vrij voor aanwezigheid in of bij het project. De teamleider kan zo ook zelf ervaren wat het werk inhoudt en zien hoe het personeel het doet.

Afhankelijk van de ervaring kan de teamleider zijn afwezigheid in de komende maand of zes weken afbouwen tot de normaal beschikbare hoeveelheid binnen het eigen takenpakket.

Stap 5 – Geleidelijke invoering zelfsturing

Voer het eerste halfjaar geleidelijk zelfsturing in op steeds meer onderdelen. Wanneer een situatie (een calamiteit, verschil van mening met familie, etc.) een- of tweemaal is voorgekomen, kunnen er afspraken over gemaakt worden. Pas als er een afspraak is, wordt zelfsturing goed mogelijk.

Houd de eerste maanden wekelijks teamvergaderingen. Verlaag de frequentie daarna langzaam. Voer het project in de eerste maanden standaard op als agendapunt op de MT-vergaderingen. Daarna uiteraard gewoon naar bevind van zaken.

2.11 OPLEIDING EN BIJSCHOLING

Integraal werken

Vanuit de optiek van integraal werken krijgen verzorgenden in spe momenteel te weinig bagage mee in hun opleiding. Integraal werken betekent ook huishoudelijke taken oppakken en de bewoners begeleiden in het dagelijks leven. Het NIZW heeft de gewenste competenties van medewerkers die in kleinschalige projecten werken onderzocht en beschreven in de publicatie "Leren van veranderen; Kleinschalige zorg voor mensen met dementie"⁴, te bestellen bij het NIZW.

Carrière

Biedt kleinschalig werken nog wel uitdagingen voor de medewerker? Deze vraag wordt vaak gesteld. Het probleem is niet zozeer dat er te weinig carrièremogelijkheden zijn, maar dat deze mogelijkheden onvoldoende duidelijk zijn.

Verpleeghuis Daelhoven in Soest maakt gebruik van een individueel opleidingsplan voor medewerkers. Uitgangspunt van het plan is dat wie dat wil, intern kan doorstromen naar andere functies. Onderweg spijkert men de opleiding bij door aanvullende modules te volgen en ervaring op te doen in een functie. Daelhoven organiseert de aanvullende opleidingsmodules voor een deel zelf in samenwerking met opleidingsbureau Methusalem. Men is daardoor in staat de kennis vooral op het punt van kleinschalig werken aan te vullen, iets wat niet lukt binnen de hoofdstroom van opleidingen binnen de ROC's.

⁴ Stoelinga, B. en M. Talma: *Leren van veranderen; Kleinschalige zorg voor mensen met dementie*. NIZW. Adrepak, Utrecht 2004, ISBN 90-5957-246-7.

2.12 DOMOTICA

Domotica betekent woonhuisautomatisering. In de afgelopen jaren is domotica in de woningbouw geïntroduceerd. De bewoner krijgt een slimme woning. Met één druk op de knop kunnen ze de lichten aan- of uitdoen. Gordijnen, voordeur en tal van woonhuisfuncties kunnen ze elektronisch bedienen. Inbrekers worden geweerd en hulp kunnen ze oproepen via personenalarmering.

Domotica is ook toe te passen in groepswooningen voor mensen met dementie. Er zijn enkele experimenten gaande waarin dat wordt uitgetoet, bijvoorbeeld in het Molenkwartier te Maassluis van de Zorggroep Waterweg Noord en in het Leo Polakhuis te Amsterdam van Stichting Antaris.

In het nieuwe Leo Polakhuis, gereed in 2006, komen twaalf groepswooningen voor ieder zes bewoners. In deze groepswooningen wordt domotica toegepast. De doelstellingen zijn het verbeteren van de kwaliteit van leven van de bewoners en het vergroten van de efficiency van de zorg.

Kwaliteit van leven

De kwaliteit van leven wordt onder andere verhoogd door bewoners te helpen met de oriëntatie. 's Nachts wordt gezorgd voor een goede verlichting van het toilet en de eigen kamer, zodat men gemakkelijker zelfstandig de weg naar het toilet kan vinden. Bekend is dat ouderen meer behoefte hebben aan licht. Het leefklimaat wordt verbeterd door te zorgen voor voldoende licht op sombere dagen en in de avonduren. De veiligheid wordt vergroot door het personeel meer "ogen en oren" te geven: er wordt gesignaleerd wanneer een bewoner valt, of te lang op het toilet zit. De leefruimte wordt vergroot door de uitgangen van het woongebouw te voorzien van detectielussen. De maatregelen hebben tot gevolg dat de bewoners zich vrijer en zelfstandiger kunnen bewegen.

Vergroten van de efficiency

's Nachts worden eventuele problemen of zorgvragen van bewoners gesignaleerd door het domoticasysteem. Daardoor hoeft de nachtwacht geen rondes te lopen. Er is minder kans dat het personeel problemen ontgaan. Verwacht wordt dat daardoor kan worden volstaan met minder personeel gedurende de nacht: in plaats van één nachtwacht op drie groepen bijvoorbeeld één op zes. Het NIZW heeft een programma van eisen op het web gezet⁵, zie onderstaande tabel.

Tabel 2 Overzicht domoticafuncties kleinschalige groepswooningen.

1	Kwaliteit van leven
1.1	Voldoende licht in zit-/slaapkamer en algemene ruimten
1.2	Automatisch aangaan verlichting zit-/slaapkamer
1.3	Automatisch aangaan verlichting toilet, natte cel
1.4	Automatisch aangaan nachtorientatieverlichting
1.5	Uitlichten herkenningspunten

⁵ <http://www.iwz.nl/literature.php?titelnr=76>

1.6	Automatisch daglicht in de ochtend
1.7	Normale schakelaars verlichting naast automatisch schakelen
1.8	Afstemmen temperatuur op zit-/slaapkamer op wensen individu
1.9	Afstemmen temperatuur op tijd van de dag
1.10	Zonwering wordt automatisch bediend en is ook handmatig in te stellen
1.11	Leefcirkels bepalen bewegingsruimte individu
1.12	Op handset is zichtbaar in welke leefcirkel bewoners zich bevinden.
2	Ondersteuning van de zorgverleners, veiligheid
2.1	Signaleren hulpvraag 's nachts
2.2	Signaleren te lang op toilet blijven zitten
2.3	Videocontrole in algemene ruimten groepswoning
2.4	Videocontrole in zit-/slaapkamers
2.5	Actieve alarmering in zit-/slaapkamer en toilet/natte cel
2.6	Mogelijkheid van noodoproep voor zorgpersoneel
2.7	Brandsignalering via rookmelders
2.8	Signalering wateroverlast
2.9	Bediening toegang complex op afstand door personeel groepswoningen
2.10	Elektronische toegangsautorisatie medewerkers tot bepaalde ruimten
2.11	Beveiliging kooktoestellen: gaan automatisch uit bij niet-gebruik
2.12	Centrale schakelaar om keuken aan/uit te zetten
3	Communicatie
3.1	Mobiele communicatie personeel via handsets. Meldingen via handsets.
3.2	Intranet
4	Losstaande voorzieningen
4.1	Dagklok
4.2	Daymaker[JL3]

2.13 FINANCIERING EN REGELGEVING

Kleinschalig wonen kent ten opzichte van het klassieke verpleeghuis een eenvoudige opzet. De huisvesting is eenvoudig, vergelijkbaar met gewone woningbouw. Het doel is immers gewoon wonen. En er zijn weinig ruimten nodig voor personeel of facilitaire ondersteuning. Ook de zorg is relatief eenvoudig van opzet: minder taakverdeling, eenvoudige organisatiestructuur.

Gegeven deze eenvoud is de financiering en regelgeving in de zorg juist van een opvallende complexiteit. Is dat wel nodig?

Modernisering AWBZ

Centrale thema's in het overheidsbeleid rond de zorg zijn gelijke toegang tot de zorg voor iedereen, vraaggerichte kwaliteit en beheersing van de uitgaven. Het zijn tevens de doelstellingen voor de modernisering van de AWBZ. In dit meerjarentraject wordt geleidelijk de bekostiging op basis van voorzieningen vervangen door bekostiging op basis van zeven zorgfuncties.

De uitkomst van de modernisering van de AWBZ zal een hybride stelsel zijn waarin plaats is voor marktwerking, maar waar tegelijkertijd garanties zijn ingebouwd die de consument moeten beschermen. Vooral nog vervullen de zorgkantoren binnen dit hybride stelsel een sleutelrol. Het is de bedoeling dat de zorgkantoren prikkels hebben^[JL4] om een soort van marktmechanisme onder aanbieders te doen ontstaan. Het aanbod dat goed aansluit bij de vraag van de consument en dat tegelijkertijd lage kosten heeft, moet als het ware boven komen drijven.

Wat betekent dit voor kleinschalige zorg voor mensen met dementie? De consument krijgt een toegangsbewijs in functionele termen. Dementerenden maken bijvoorbeeld aanspraak op persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging, verpleging, behandeling, ondersteunende begeleiding en verblijf. De aanbieder krijgt ook een toegangsbewijs, namelijk een toelating. Het zorgkantoor heeft vervolgens de rol om met deze toegelaten instellingen productieafspraken te maken. Om de markt zijn werk te laten doen, is het zorgkantoor vrij om toegelaten instellingen al dan niet te contracteren. Zo kan het zorgkantoor, binnen het regiobudget, kiezen voor een goede en goedkope aanbieder en een andere aanbieder, toegelaten of niet, links laten liggen.

Er bestaat nu nog contracteerplicht voor intramurale instellingen. Het is de bedoeling dat deze contracteerplicht per 2006 wordt afgeschaft. Het is nog niet duidelijk of en hoe het zorgkantoor de ontmanteling van een instelling kan afdwingen en wie de kosten daarvan betaalt. De momenten waarop het zorgkantoor kan ingrijpen in de exploitatie van een intramurale instelling, blijven mogelijk beperkt tot die momenten waarop de exploitatie van een gebouw zijn financiële einde nadert. Het zorgkantoor kan dan vervangende nieuwbouw tegenhouden en een innovatievere club of oplossing voortrekken. Aan de andere kant kan het AWBZ-brede regiobudget, binnen welke bandbreedte het zorgkantoor moet opereren, ook de doodsteek blijken te zijn voor vernieuwing wanneer een dichtgetimmerd regiobudget geen ruimte meer biedt voor vernieuwende initiatieven.

Er zijn echter ook discussies gaande om de gedifferentieerde functionele bekostiging voor een aantal doelgroepen die intramuraal verblijven te vereenvoudigen. In het geval van mensen met dementie is het vrij zinloos om de feitelijk verleende zorg nauwkeurig te registreren. Het alternatief is om toch weer vaste all-in budgetten af te spreken voor deze doelgroep.

WTZi

Om de vernieuwing van de AWBZ mogelijk te maken moeten enkele wetten worden aangepast. Een van de nieuwe wetten is de Wet toelating zorginstellingen, de WTZi. Deze wet combineert de procedures voor bouw en voor toelating. Daarmee vervangt de WTZi de huidige Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

De systematiek van het bouwregime blijft in de nieuwe WTZi gehandhaafd. Dus voor de bouw van voorzieningen voor mensen met dementie moet voldaan worden aan de bouwmaatstaven van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Zoals eerder gezegd is kleinschalig wonen mogelijk binnen deze bouwmaatstaven.

Ook rond dit onderwerp is nog discussie gaande. Voor de gehandicaptensector gold de afgelopen jaren een kleinschaligheidsregeling. Instellingen konden bouwen – of bij voorkeur huren – zonder de gang naar het Bouwcollege te maken wanneer de omvang van de voorziening beperkt bleef tot 12 personen. In de WTZi wordt ook gesproken over een

dergelijke uitzondering, maar dan AWBZ-breed. Het bouwregime zou alleen gelden voor voorzieningen die meer dan 24 personen tellen. Dit zou goed nieuws zijn voor de vernieuwing van de zorg aan mensen met dementie.

WMO

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning hevelt een deel van de AWBZ over naar de gemeenten. Gemeenten beheren in de toekomst een budget voor huishoudelijke zorg en mogelijk ook persoonlijke verzorging en begeleiding. Deze functies worden dan niet meer bekostigd uit de AWBZ. Voor de intramurale zorg aan mensen met dementie heeft de WMO geen gevolgen. Deze zorg – ook al omvat deze verzorging en begeleiding – blijft deel uitmaken van de AWBZ.

Scheiden wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg staat er momenteel slecht voor. In de voorbije jaren was scheiden van wonen en zorg een aantrekkelijk alternatief voor de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. De zorg werd betaald uit extramurale regelingen, PGB en het zorgvernieuwingsfonds. Het wonen werd betaald door de cliënt, eventueel aangevuld met huursubsidie. Voordelen waren het eenvoudiger en gewoner bouwregime, de samenwerking met woningcorporaties, de mogelijkheid om kleinere clusters te bouwen op verspreide locaties, de hogere woonkwaliteit, het afschudden van de institutionele sfeer. Nadelen waren de versnipperde bekostiging van de zorg en diensten, de kosten voor rekening van de cliënt, de veranderlijkheid van de regelgeving en de onzekerheid die dat met zich meebracht. Er moest op vele en steeds wisselende regelingen een beroep worden gedaan om het plaatje rond te krijgen.

Het afgelopen jaar zijn daar bijgekomen de afschaffing van het grootste deel van de zorgvernieuwingsgelden, het opheffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg en de onduidelijkheid over de aanspraken op extramurale zorg. Voor veel organisaties is dit al te gortig geworden. Veel van hen hebben daarom besloten om hun kleinschalige voorzieningen alsnog onder te brengen in de WZV en met het zorgkantoor reguliere erkenningen voor de capaciteit af te spreken.

De toekomst

De toekomstige wet- en regelgeving zal voor veel instellingen de doorslag geven bij het maken van een keuze tussen traditionele verpleging of kleinschalig wonen. Welke kant het op gaat, is *ongeveer* wel bekend. Maar niet precies. Het valt nu niet te zeggen waar volgend jaar de meeste kansen liggen voor kleinschalige zorg. Het is onzeker of door marktprikkels zowel kwaliteit als efficiency zullen komen bovendrijven. De toekomst is aan hen die hem maken.

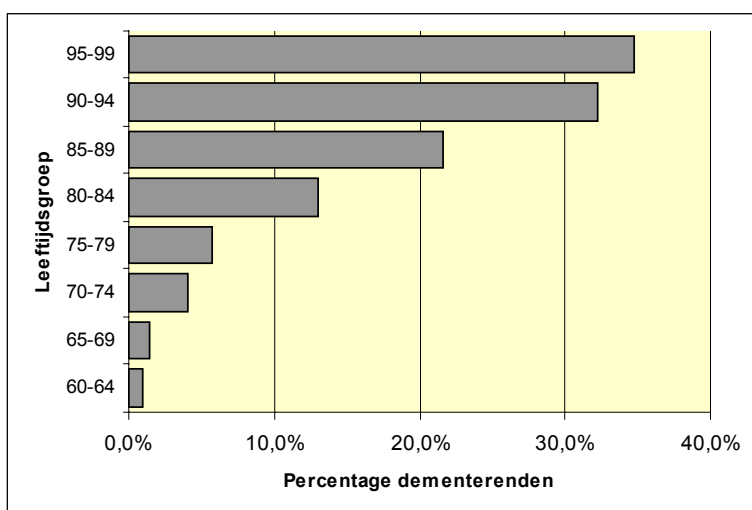
3 FACTS & FIGURES

Het voorkomen van dementie zal de komende decennia epidemische vormen aannemen. Dat heeft te maken met het steeds ouder worden van de bevolking. De ziekte komt vooral voor in de hoogste leeftijdsgroepen. In dit hoofdstuk worden enkele cijfers en feiten gepresenteerd.

3.1 DEMENTIE IN NEDERLAND

Het vóórkomen van dementie is vooral afhankelijk van leeftijd. De cijfers verschillen niet veel van land tot land. Meer dan 60% van de dementiegevallen heeft te maken met de ziekte van Alzheimer. Zo'n 20% van de gevallen is het gevolg van hart- en vaatziekten. De overige 20% is het gevolg van meer dan vijftig verschillende oorzaken. Figuur 1 vat de prevalentiecijfers naar leeftijd voor Nederland samen.

Figuur 1 Het voorkomen van dementie, naar leeftijdsgroep.



Bron: Gezondheidsraad 2002

Aangezien dementie zo sterk gerelateerd is aan hoge leeftijd, is het goed mogelijk om te voorspellen hoe de ziekte zich de komende decennia zal ontwikkelen. De uitkomst is schrikbarend. Tussen 2000 en 2050 neemt het aantal mensen met dementie toe van 170.000 tot 410.000.

Tabel 3 Aantal mensen met dementie

Aantal mensen met dementie in 2000	170.344
Aantal mensen met dementie in 2003	180.961
in 2010	207.352
in 2050	412.255
Toename aantal mensen met dementie tussen 2000 en 2010	22%
tussen 2000 en 2050	142%

In 2000 zijn er op iedere dementerende 93 burgers. In 2050 zijn er op iedere dementerende 44 burgers.	
Dementie is een probleem van ouderen: 1/3 van de 90-plussers lijdt er aan.	

Bron: Gezondheidsraad 2002

Van de 170.000 mensen met dementie in 2000, was naar schatting 35% opgenomen in een intramurale instelling: 29.000 in een verzorgingshuis en 31.000 in een verpleeghuis. In deze cijfers zijn kleinschalige voorzieningen inbegrepen.

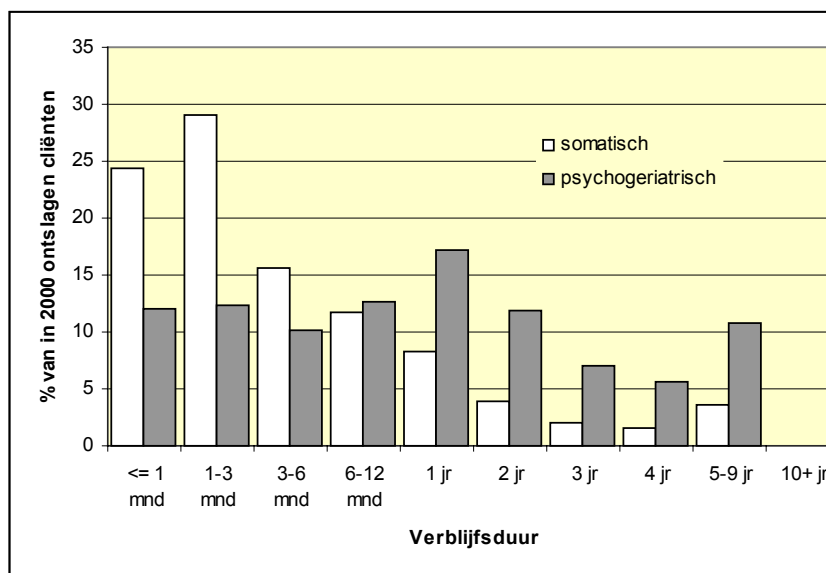
Tabel 4 Aantal mensen met dementie in een intramurale instelling, 2000

	aantal	% van landelijk
Aantal mensen met dementie in verzorgingshuizen (1-1-2000)	29.070	17,1%
Aantal mensen met dementie in verpleeghuizen (1-1-2000)	30.813	17,8%
Aantal mensen met dementie buiten verzorgings-/verpleeghuis	110.956	65,1%
Totaal aantal mensen met dementie	170.344	100%

Bron: Gezondheidsraad 2002

De verblijfsduur in verpleeghuizen van mensen met dementie loopt sterk uiteen. Gemiddeld is de verblijfsduur 2 jaar. Maar 1 op de 10 cliënten verblijft langer dan 5 jaar in het verpleeghuis. Zie onderstaande grafiek

Figuur 2 Verblijfsduur van mensen met dementie (en somatische patiënten) in verpleeghuizen, 2000



Bron: Prismant, Arcacres, 2002.

3.2 KLEINSCHALIG WONEN IN NEDERLAND

Aantal projecten

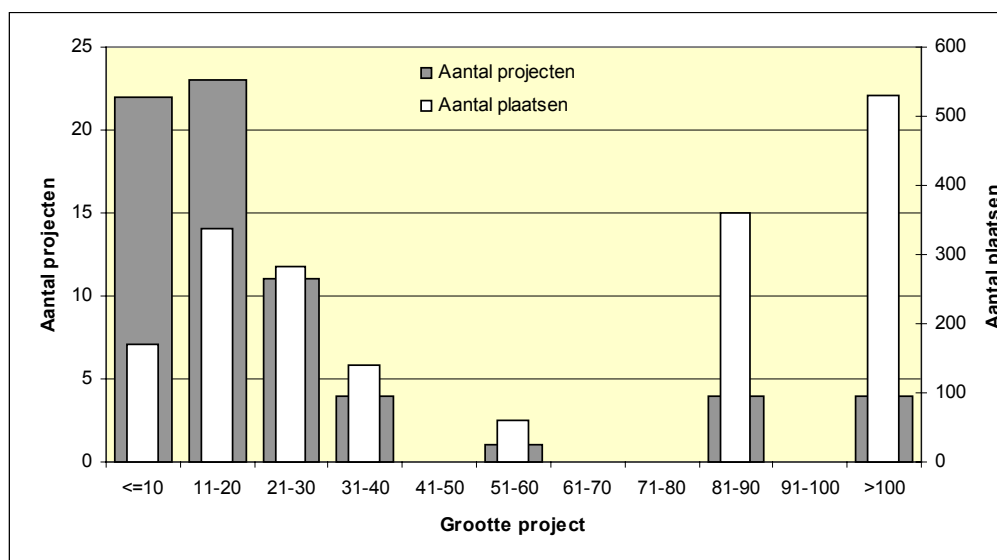
Er is geen officiële telling van het aantal kleinschalige projecten. Er zijn twee bronnen beschikbaar: het bestand kleinschalig wonen van het Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, en de inventarisatie van de Stichting Wonen met Dementie in 2003. Onderstaande cijfers zijn tot stand gekomen door beide inventarisaties te combineren. Van 69 projecten is de precieze omvang bekend. Van 9 projecten is de omvang niet bekend.

Tabel 5 Aantal kleinschalige projecten in Nederland en aantal cliënten, 2003

Aantal kleinschalige projecten in 2003	78	Van 69 projecten is de grootte bekend. De schattingen hieronder zijn proportioneel opgehoogd tot 78 projecten.
Geschat totaal aantal plaatsen	2125	
Gemiddelde grootte per project	27,2	standaarddeviatie = 21,6

Bron: Stichting Wonen met Dementie

Figuur 3 Omvang van 69 projecten in Nederland waarvan de grootte bekend is, 2003.



Bron: Stichting Wonen met Dementie

Tabel 6 Omvang van 69 projecten in Nederland waarvan de grootte bekend is, 2003.

projectgrootte	aantal projecten		aantal plaatsen	
	abs	%	abs	%
<=10	22	32%	171	9%
11-20	23	33%	338	18%
21-30	11	16%	282	15%
31-40	4	6%	140	7%

>= 41	9	13%	949	50%
totaal	69	100%	1880	100%

Bron: Stichting Wonen met Dementie

Behoeftte aan uitbreiding

Wat is de behoefte aan kleinschalige zorg? Volgens sommigen kan het overgrote deel van de huidige zorg aan mensen met dementie ook in een kleinschalige setting worden gegeven. Op termijn zouden alle bestaande voorzieningen de oudbouw kunnen inruilen voor vervangende nieuwbouw die kleinschalig van opzet is.

Op kortere termijn kan gekeken worden naar de uitbreidingsbehoefte. Deze uitbreidingsbehoefte heeft twee componenten. In 2003 was er een wachtlijst voor opname in een verpleeghuis. Aan de hand van de vergrijzing tussen 2003 en 2013 kan berekend worden hoeveel mensen met dementie er bijkomen in deze tien jaar en wat dat betekent voor de gewenste capaciteit van verpleeghuiszorg.

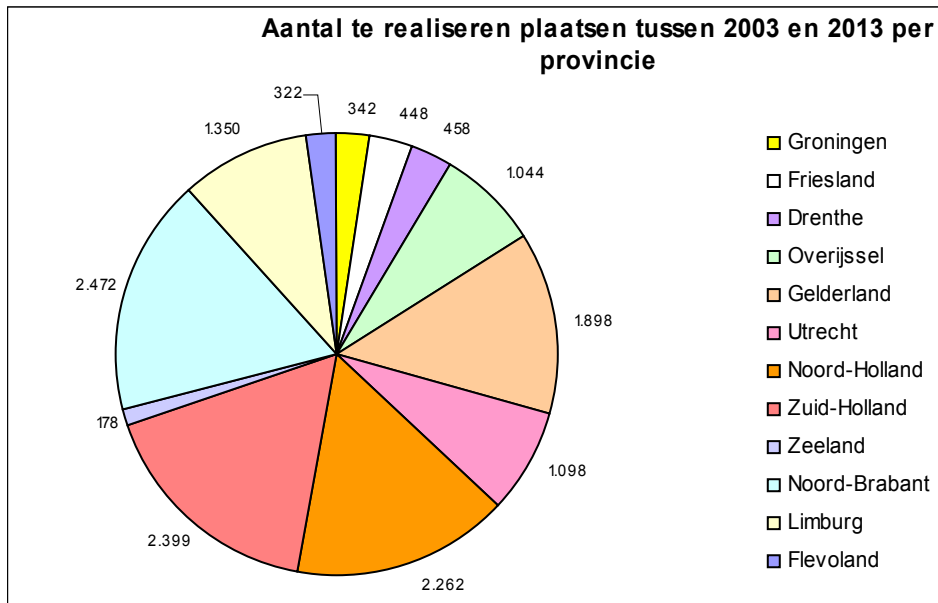
De optelsom van wachtlijst en behoeftegroei is weergegeven in onderstaande tabel. In 10 jaar is volgens deze berekening behoefte aan 14.270 nieuwe plaatsen. Vertaald in projecten (gemiddeld 24 plaatsen per project), gaat het om een kleine 600 projecten. In Noord-Holland is de uitbreidingsbehoefte groot: 2.262 plaatsen in 94 nieuwe projecten.

Tabel 7 Behoeftte aan nieuwe kleinschalige plaatsen tussen 2003 en 2013

a	b		d	e		f	g	h
	c			2013				
Provincie	Aantal PG verpleeghuis-organisaties	Aantal PG bedden in verpleeghuizen	weg te werken wachtlijst in 2002	extra benodigde bedden door vergrijzing 2003-2013	Extra bedden PLUS wachtlijst	te realiseren projecten per provincie tot 2010 *	te realiseren plaatsen per instelling	
Groningen	11	1.243	172	170	342	14	31	
Friesland	14	1.298	207	241	448	19	32	
Drenthe	9	1.012	200	258	458	19	51	
Overijssel	20	2.300	419	625	1.044	44	52	
Gelderland	35	3.828	830	1.068	1.898	79	54	
Utrecht	26	2.454	544	554	1.098	46	42	
Noord-Holland	45	5.275	1.211	1.051	2.262	94	50	
Zuid-Holland	64	8.131	1.198	1.201	2.399	100	37	
Zeeland	10	885	91	87	178	7	18	
Noord-Brabant	36	3.878	894	1.578	2.472	103	69	
Limburg	17	2.457	432	918	1.350	56	79	
Flevoland	3	332	129	193	322	13	107	
Nederland	290	33.093	6.327	7.943	14.270	595	49	

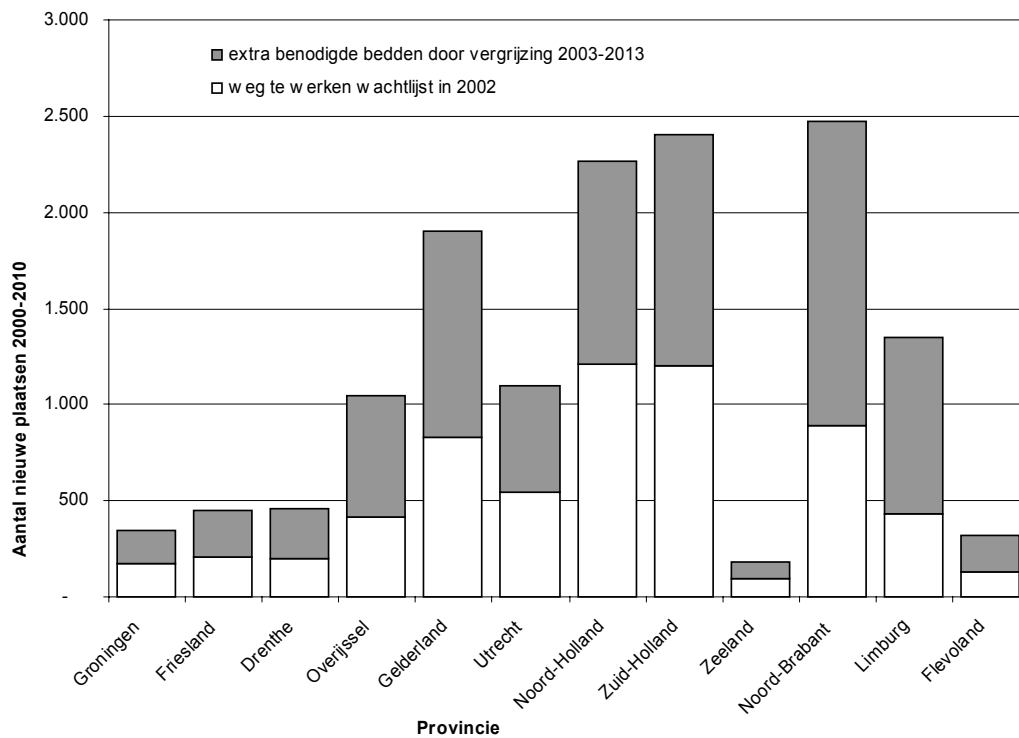
Bron: Ruimte voor Zorg, 2004

Figuur 4 Behoefte aan nieuwe kleinschalige plaatsen tussen 2003 en 2013.



Bron: Ruimte voor Zorg, 2004

Figuur 5 Behoefte aan nieuwe kleinschalige plaatsen tussen 2003 en 2013



Bron: Ruimte voor Zorg, 2004

3.3 PROJECTEN IN NOORD-HOLLAND

Noord-Holland scoort tamelijk goed binnen Nederland als het gaat om kleinschalige projecten. Een van de pioniers, het Anton Pieckhofje, ligt binnen deze provincie. Amsterdam telt de nodige vernieuwende projecten. Maar ook elders in de provincie richten zorgaanbieders zich meer en meer op kleinschalige zorg.

Onderstaand overzicht van kleinschalige projecten in Noord-Holland, is niet meer dan een momentopname. De komende jaren zullen verschillende projecten gereedkomen.

Tabel 8 Overzicht van gerealiseerde kleinschalige projecten in Noord-Holland

Plaats	Kleinschalig project	Beherende instelling	Grootte
AMSTELVEEN	De Luwte Wimbledonpark 1 1185 XK Amstelveen Tel: (020) 645 36 51	Zonnehuisgroep Zorgcentrum De Luwte Wimbledonpark 1 1185 XK Amstelveen Tel: (020) 645 36 51	12 (2 x 6)
AMSTERDAM	Beschermd Wonen I en II Von Zesenstraat 298 1093 BJ Amsterdam Tel: (020) 693 29 79	De Gooyer Von Zesenstraat 298 1093 BJ Amsterdam Tel: (020) 693 29 79	12 (2 x 6)
AMSTERDAM	Flevohuis Kramatplantsoen 101 1095 LB Amsterdam Tel (020) 592 52 52	Flevohuis Kramatplantsoen 101 1095 LB Amsterdam Tel: (020) 592 52 52	84 (14 x 6)
AMSTERDAM	Groepswoningen Torendaal Veluwelaan 21 1079 PX Amsterdam Tel: (020) 546 16 00	SOR Stichting Ouderen Rivieren- buurt Veluwelaan 21 1079 PX Amsterdam Tel: (020) 546 16 00	24 (3 x 8)
AMSTERDAM	Het Mozaïekhofje Dijkdwarsstraat 1-5 1011 DZ Amsterdam Tel: (020) 620 42 70	Stichting Sarphatihuis Roetersstraat 2 1018 WC Amsterdam Tel: (020) 554 04 04	18 (3 x 6)
HAARLEM	Anton Pieckhofje Anijsstraat 1 2034 ML Haarlem Tel: (023) 536 69 83	Verpleeghuis Overspaarne Boerhaavelaan 50 2035 RC Haarlem Tel (023) 543 04 00	36 (6 x 6)
HAARLEM	Janskliniek Ridderstraat 32 2011 RS Haarlem Tel: (023) 891 40 00	Stichting Hervormde Diakonale Huizen Jansstraat 27 2011 RT Haarlem	90 (15 x 6/7)

Plaats	Kleinschalig project	Beherende instelling	Grootte
HEEMSKERK	Beschermd Wonen Westerheem 90 1964 EJ Heemskerk Tel (0251) 28 64 64	Woonzorgcentrum Westerheem St.Woon/Zorgcentra Heemskerk Westerheem 90 1964 EJ Heemskerk Tel: (0251) 24 29 44	14 (2 x 7)
HOORN NH	De Hoge Hop Roerdomp 2 1628 AW Hoorn NH Tel:(0229) 291 724	De Omring[JL5] Roerdomp 2 1628 AW Hoorn NH Tel (0229) 291 700 Fax[JL6] (0229) 291 701	90 (9 x 10)
HOORN NH	De Kade Betsy Perk 16 1628 PE Hoorn NH Tel: (0229) 249 666	De Omring / Lindendael Betsy Perk 16 1628 PE Hoorn NH Tel (0229) 249 666	10 (2 x 5)
MEDEMBLIK	Woonproject Valbrug Ridderstraat 1 1671 CS Medemblik Tel: (0227) 542 644	De Omring Postbus 142 1620 AC Hoorn Tel: (0229) 206 777	8
WEESP	Hogewey (Vivium Zorggroep) Heemraadweg 1 1382 GV Weesp Tel: (0294) 41 14 51	Hogewey (Vivium Zorggroep) Heemraadweg 1 1382 GV Weesp Tel: (0294) 41 14 51 Fax: (0294) 43 03 09	160 plaatsen
WESTER-KOGGENLAND	De Oever Spierdijk[JL7]	De Omring Postbus 7 1715 ZG Spanbroek tel.: 0229 - 282 182	22 (2 x 5/6)
ZUID-SCHARWOUDE	Buiten Zorg Dokter Wilminkstraat 143 1722 XR Zuid-Scharwoude Tel: (0226) 31 26 53	Omnizorg Noord-Kennemerland Titanialaan 15 1702 AZ Heerhugowaard Tel (072) 576 27 00	12 (2 x 6)

4 VIER VORMEN

Er is geen blauwdruk voor kleinschaligheid, zoals die er wel is voor het klassieke verpleeghuis. Sommigen ervaren dat als een gemis, want zij zoeken duidelijkheid, een recept dat zich bewezen heeft. Anderen ervaren het als een opluchting, want de omstandigheden en voorwaarden waarbinnen een project ontstaat zijn altijd anders en vragen om een op maat gesneden antwoord.

Overzicht

We introduceren vier verschillende vormen van kleinschalig wonen. We bespreken de verschijningsvorm, de verschillen en de voor- en nadelen. We zeggen niet dat alle vier deze vormen even goed aansluiten bij de visie "wonen". Maar situaties, mensen en organisaties verschillen; daarbinnen zoek je een weg. Daarnaast levert het bestaan van verschillende modellen kennis op over de voor- en nadelen en stelt het ons in staat ontdekkingen te doen.

Vier vormen van kleinschalige zorg:

1. Kleinschalig wonen in een bestaand verzorgingshuis
2. Begeleid wonen in een wijk
3. Cluster groepswooningen van middelgrote omvang
4. Kleinschalige groepswooningen in een grootschalig gebouw

Kleinschalige zorg in een bestaand verzorgingshuis

Verzorgingshuizen krijgen steeds meer te maken met dementerende bewoners. Er is geld beschikbaar voor extra zorg voor deze bewoners. De meerzorg krijgt vaak de vorm van een huiskamerproject. Overdag verblijven de bewoners in de huiskamer. In de middag, na de warme maaltijd, worden ze teruggebracht naar hun appartement voor het middagslaapje. Daarna gaan ze weer naar de huiskamer voor activiteiten en een broodmaaltijd.

Deze huiskameraanpak heeft niets te maken met kleinschalige zorg. Het is de bedoeling dat de bewoner zijn eigen dagindeling bepaalt en persoonlijke begeleiding en aandacht krijgt. En het is niet wenselijk dat een grote groep van acht of meer bewoners gedurende een lange tijd in een ruimte is ondergebracht waar zij niet uit kunnen. Het mankeert vaak aan voldoende personeel voor een persoonlijke begeleiding.

Sommige verzorgingshuizen proberen het anders. Zij zonderen een (deel van) een verdieping af waar een kleine groep dementerenden in hun eigen appartement woont. Eén appartement wordt omgebouwd tot woonkamer en keuken.

Bouwkundig is het niet altijd mogelijk om een stuk van het verzorgingshuis af te zonderen. Vaak zijn de gangen lang en nogal donker. Een grote verbouwing is doorgaans geen optie. Maar er zijn ook verzorgingshuizen die met wat inventiviteit zijn te herbestemmen.

Verderop is een beschrijving opgenomen van "De Luwte", een verzorgingshuis in Amstelveen waar ze deze aanpak volgen.

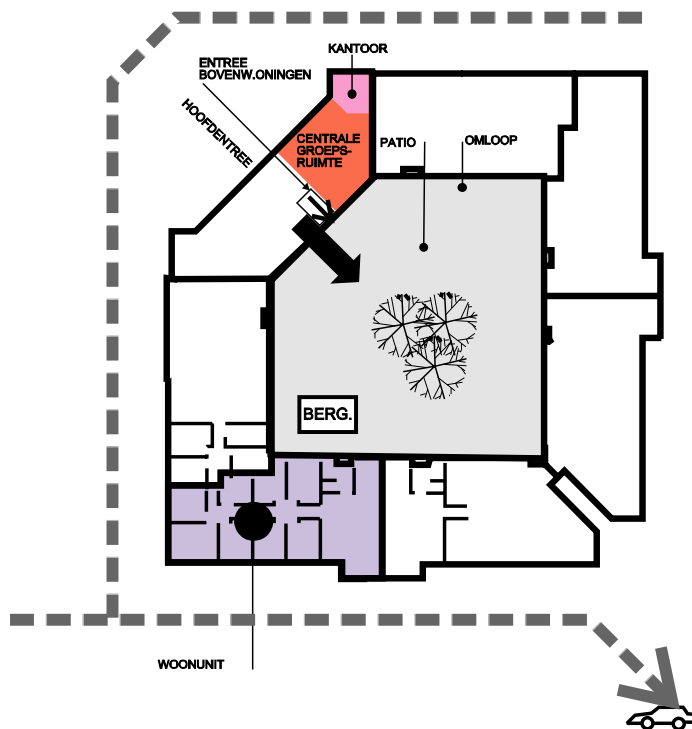
Begeleid wonen

In het recente verleden zijn veel "begeleidwonenprojecten" ontstaan. Dit zijn projecten voor ouderen met een lichte vorm van dementie. Meestal zijn de projecten klein; maximaal twaalf bewoners, maar vaak minder. Verderop beschrijven we de case "Toch Thuis Wonen", een typisch voorbeeld van begeleid wonen.

De idee achter begeleid wonen is dat sommige mensen met dementie nog "te goed" zijn voor het verpleeghuis. Ze moeten toch worden opgenomen, vaak omdat er geen mantelzorg is om een oogje in het zeil te houden. De bewoners zijn zoveel mogelijk zelfstandig en participeren in de huishouding. De zorg is inderdaad vooral begeleidend.

Wanneer de ziekte verergert komt er een moment waarop een bewoner zich "raar" gaat gedragen en de aansluiting bij de andere bewoners kwijtraakt. Zij verhuizen dan naar het verpleeghuis.

Figuur 6 Voorbeeld van een hofje: Anton Pieckhofje te Haarlem




4.1 CLUSTER

De optimale vorm van kleinschalig wonen is die van een kleine cluster van groepswoningen. Bij vier tot zes groepswoningen is er voldoende financieel draagvlak om 's nachts goed toezicht te organiseren. Binnen het project kan een tuin of een loopruimte worden opgenomen (hofje). En er is geld om een ruimte te bestemmen voor het personeel, voor overleg, administratieve taken en de nachtwacht.

In een dergelijke cluster zijn alle voorwaarden geschapen om het verpleeghuis volledig te vervangen. Bewoners kunnen er de rest van hun leven wonen.

Bij "De Oever" is Pierdijk (meer hierover verderop in deze brochure) is de cluster onderdeel van een wijksteunpunt waarvan ook buurtfuncties, zelfstandig wonen en verzorgd wonen deel uitmaken. Dergelijke gecombineerde voorzieningen kunnen een goede oplossing zijn voor kleinere kernen.

4.2 KLEINSCHALIGHEID IN HET GROOT

Een vierde vorm van kleinschalig wonen is die van kleinschalige groepswoonings in een grootschalige setting. In een groot gebouw kunnen tientallen groepswoonings  declusterd zijn.

Deze vorm van kleinschalig wonen maakt gebruik van bestaande locaties, waar vaak alle ruimte is voor grootschalige bouw. Of er wordt gebruik gemaakt van bestaande gebouwen, die soms gerenoveerd kunnen worden tot een cluster van groepswoonings. De organisatie ontdoet zich daarmee van het probleem om nieuwe locaties te verwerven en de oorspronkelijke voorziening te ontmantelen.

Tevens probeert men zo veel mogelijk de kool en de geit te sparen: de organisatie bij elkaar houden, inclusief de ondersteunende diensten, en tegelijkertijd een kwaliteitsverbetering realiseren in de zorg. Ook beantwoordt dit model aan de visie van veel managers dat vastgoed strategisch goed is.

4.3 PLUSSEN EN MINNEN

	Pluszen	Minnen
Kleinschalige zorg in verzorgingshuis	Direct beginnen en ervaring opdoen met kleinschalige zorg. Alternatief bieden voor traditionele huiskamerprojecten.	Het is lastig om binnen een oud verzorgingshuis de bouwkundige voorwaarden te scheppen voor een huiselijke en vertrouwde groepswooning.
Begeleid wonen	Goede oplossing voor dementerenden die over weinig mantelzorg beschikken. Vaak sfeervolle en prettige projecten.	Slechts geschikt voor een bepaalde groep begeleidingsbehoevende dementerenden. Bewoners moeten bij verergering van de dementie alsnog verhuizen naar verpleeghuis.
Cluster	Meest optimale balans tussen "klein en kwetsbaar" en "groot en zelfstandig". Exploiteerbaar binnen huidige budgettaire kaders. Volledige verpleeghuissubstitutie: bewoners blijven tot het eind van hun leven. Goed te koppelen met wijksteunpunten.	Niet ideaal bij ernstige gedragsproblemen en psychiatrische problemen. Lastig om goede locaties te vinden.
Kleinschaligheid in het groot	Gebruik mogelijk van bestaande gebouwen en locaties. "In één keer klaar": creëert veel	Weerhoudt deconcentratie van capaciteit naar kleinere gemeenten. Exploitatieproblemen door kool en

	capaciteit.	geit te willen sparen.[JL8] Organisatieverandering is lastig door het niet los kunnen laten van ingesleten patronen. Risico dat het institutionele karakter behouden blijft.
--	-------------	--





5 OVERZICHT DRIE PRAKTIJKVOORBEELDEN

	De Oever	De Kade	De Luwte
Start	2004	1995	2003
Organisatie	West-Friese Zorggroep De Omring	West-Friese Zorggroep De Omring	Zonnehuisgroep Amstelveen
Plaats	Spierdijk, gemeente West-Koggenland	Hoorn, wijk Kersenbogerd	Amstelveen
Doelgroep[JL9]			
Aantal plaatsen	22	10	12
Indicatie	Verpleging PG	Van verzorging tot en met verpleging PG	Verpleging PG
Typering	Verpleeghuissubstitutie	Begeleid wonen	Kleinschalige zorg in verzorgingshuis
BOPZ	Zoveel mogelijk open. In het kleine dorp hoeft het geen probleem te zijn dat de deur open staat	Open, bewoners kunnen zelfstandig gaan wandelen.	Open, bewoners kunnen zelfstandig de etage af, maar in de praktijk zullen zij dit niet gauw doen
Financiering[JL10]			
Eigenaar woningen	Intermaris	Intermaris	Zonnehuisgroep
Financiering bouw	Scheiden wonen en zorg	Scheiden wonen en zorg	WZV
Subsidies bouw	Provincie Noord-Holland: wijksteunpunten; zorginfrastructuurregeling Bouwcollege; op zoek naar sponsors voor woongroep		
Huursubsidie	Ja	Nee, verzoek afgewezen	Nvt
Financiering zorg	Thuiszorg aangevuld met extramurale ergotherapie en diëtetiek	Tot 2002: substitutie verpleeghuiszorg; 2002: zorg op maat; vanaf 2003: thuiszorg	Verzorgingshuiszorg plus meerzorgbudget voor indicatie verpleging PG
Huishoudbudget	€ 120,- per maand per bewoner		

	De Oever	De Kade	De Luwte
Kosten voor bewoners	Huur € 400,- Voorschot huishoudpot € 120,- Energiekosten € 80,- Servicekosten € 39,89 Gemeentelijke belastingen: PM Telefoon en andere persoonlijke kosten: PM	Bijdrage is inkomensafhankelijk en varieert van € 600,- tot € 660,- per maand, bestaande uit: Huishoudgeld € 197,- Ontspanning € 15,- Bureau/administratiekosten € 16,- Huisvestingskosten € 63,- Huurkosten € 270,- Overig € 59,- Persoonlijke uitgaven € 45,- (gemiddeld)	Persoonlijke uitgaven conform de regels in verzorgingshuizen
Contracten	Huurcontract bewoner-woningcorporatie Zorgcontract bewoner-zorgaanbieder Onderlinge overeenkomst woningcorporatie-zorgaanbieder	Gecombineerd huur- en zorgcontract bewoner-zorgaanbieder	Opname
Ligging	Dorp, Spierdijk (1.450 bewoners, van wie 190 65+)	Hoorn, centrum wijk Kersenboogerd, t.o. winkelcentrum, bij NS-station. Uitzicht op drukke weg	Aan rand van park.
Overig aanbod	Groepswoningen liggen in gebouw met wijksteunpunt, 8 koopwoningen, 26 huurwoningen, zorginfrastructuur, zorgaanbod van huishoudelijke ondersteuning tot en met somatische verpleging. Naast het gebouw staat al een complex van 26 huurwoningen.	Groepswoningen liggen in verzorgingshuis. Bewoners kunnen deelnemen aan activiteiten	Groepswoningen maken deel uit van het verzorgingshuis De Luwte, gebouwd in 1975 voor 97 bewoners. Dit huis wordt in de nabije toekomst vervangen door een nieuw huis met alleen kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie.
Moederhuis	Is er niet.	Is er niet. Wel vlak bij verpleeghuis De Hoge Hop (minder dan 1 kilometer).	Ingebed in verzorgingshuis. Verpleeghuisarts vanuit verpleeghuis elders.
Winkels	Geen winkels in het dorp, wel toko[JL11] in complex	Winkelcentrum op loopafstand	Winkels in naburige wijken, maar te ver weg voor de bewoners
Steunpunt	Wijksteunpunt in zelfde complex	Verzorgingshuis	
Openbaar vervoer	Bus in dorp	Bus en trein	Bushalte (3 minuten lopen) en tramhalte (10 minuten lopen)
Bouw			

	De Oever	De Kade	De Luwte
Aantal plaatsen	22	10	12
Aantal groepen	4	2	2
Aantal bewoners per groep	2 groepen van 5 en 2 groepen van 6	5	7 respectievelijk 5
Ligging	Begane grond. Woonkamers en zit/slaapkamers grenzen aan straat	Begane grond. Woonkamers en zit/slaapkamers grenzen aan straat	5 ^e etage
Zit/slaapkamer	17 m2, alleen 1-persoons slaapkamers	16 of 19,5 m2	1- of 2-kamerappartement van 26 tot 42 m2
Sanitair	2 natte cellen op groep, niet kamergebonden, 6 en 8 m2	natte cel (5,5 m2) gekoppeld aan steeds twee zit/slaapkamers. Daarnaast een personeelstoilet en een extra bewonerstoilet.	Kamergebonden: 2,3 x 2,3 m. Op de etage is een extra groot rolstoeltoilet plus een personeelstoilet.
Woonkamer	50 m2	30 m2	24 m2 (vijf bewoners) en 32 m2 (zeven bewoners)
Keuken	Open keuken, inbegrepen in woonkamer	9 m2, glazen wand naar woonkamer	Eenvoudig keukenblok in woonkamer
Algemene ruimten	Wijksteunpunt met o.a. grand café		
Berging	2 bergingen, 6,5 m2 en 3 m2	3 bergingen van 3,5 m2	Berging, werkkast
Kantoor	geen	8 m2	17 m2
Oppervlak groepswoning	bruto 255 m2, nuttig (exclusief verkeersruimte) 177 m2, verhouding bruto/nuttig 1,44	per woongroep bruto 240 m2, nuttig (exclusief verkeersruimte) 155 m2, verhouding bruto/nuttig 1,56	Twee woningen tezamen 635 m2 bvo, verhouding bruto/nuttig circa 1,43
Inrichting zit/slaapkamer	Bewoner. Hoog/laagbed meestal via verzekering vergoedt	Bewoner. Eigen bed	Bewoner. Eigen bed. Wel advies om seniorenbed te nemen
Inrichting huiskamer	Organisatie	Organisatie	Organisatie
Huisdieren	In overleg	Alleen vogels	Ja
Roken	Ja, het is zelfstandig wonen, geen instelling	Alleen op eigen kamer	
Plusen	Nog geen ervaring	Ligging, privacy, eigen sanitair, kierstandsignalering, ligging op begane grond, wasruimte	Appartementen, dus redelijke privacy, gegeven de beperkingen (oud verzorgingshuis) redelijk geslaagd

	De Oever	De Kade	De Luwte
Minnen	Nog geen ervaring	Woonkamers krap, geen vergaderruimte voor personeel, geen buitenzitplaats	Te kleine woonkamers, te weinig ruimte om te koken, nog niet alles rolstoelgeschikt
Activiteiten	Alles wat je thuis ook doet. Koken, schoonmaken, boodschappen doen, wassen en strijken	Boodschappen (ook individueel), koken, eten wassen, was vouwen, strijken, schoonmaken, stofzuigen, afwas, licht huishoudelijk werk, eigen kamer, activiteiten, vakantie,	Beperkte huishoudelijke activiteiten, bewoners kunnen naar eigen keus deelnemen aan activiteitenbegeleiding elders in gebouw
Zorg			
Fte			9,6 fte, inclusief huishoudelijke hulp
Formatie	Dag en avond: minimaal 1 medewerker per groep Overdag: vliegende keep Nacht: 1 of 2 ziekenverzorgenden voor het hele complex	7.30 – 16.00: 8 uursdienst 8.30 – 15.30: 6,5 uursdienst 15.45 – 23.15: 2 7-uurs avonddiensten 23.00 – 7.45: nachtdienst voor hele verzorgingshuis	7.00 – 15.30: 2 medewerkers 8.00 – 16.30: vliegende keep 15.00 – 23.00: twee medewerkers 23.00 – 7.00: twee nachtdiensten voor hele huis
Samenstelling team	Ziekenverzorgende-ig niveau 3; activiteitenbegeleider (wordt ook als verzorgende ingezet; huishoudelijk medewerker	Vereist niveau: verzorgende-c (niveau 3). In praktijk ook verpleegkundigen	Ziekenverzorgende niveau 3, bejaardenverzorgende niveau 3, helpende niveau 2
Ondersteuning	Huishoudelijk hulpje; Familie helpt handje mee; Service abonnement bij woningcorporatie voor kleine klusjes, € 1,70 per maand per bewoner.	Huishoudelijk medewerker: 15 uur per week voor grote huishoudelijke taken. Riagg levert inhoudelijke ondersteuning Huismeester: Intermaris.	Huishoudelijk medewerker voor appartementen en algemene ruimten Huisartsen, ondersteund door verpleeghuisarts
Specialismen	Extramurale ergotherapie en diëtetiek; Geen aparte activiteitenbegeleiding; Arts: verpleeghuisarts	Geen aparte activiteitenbegeleiding; Arts: huisarts in huisartsenpost om de hoek	Activiteitenbegeleiding Verpleeghuisarts op afstand
Aansturing	Zorgmanager ter plaatse. Deze valt onder de zorgunitmanager in het gebied (een zorgunit telt zo'n 30.000 inwoners). Die valt onder de directeur van Zorgring-West, een van de vier resultaatverantwoordelijke eenheden van de Zorgring.	Leidinggevende – verpleegkundige - maakt deel uit van team. Deze valt onder zorgunitmanager Kersenboogerd, een van de zorgunits binnen De Omring.	Unithoofd PG, deze valt onder de directie


	De Oever	De Kade	De Luwte
Vrijwilligers	Familie is welkom; vrijwilligers worden beperkt ingezet	Familie doet klusjes. Vrijwilligers zijn er voor individuele activiteiten en groepsactiviteiten.	Familie en vrijwilligers zijn van beperkte betekenis. Wens om meer vrijwilligers beschikbaar te hebben
Knelpunten	Binnen de gehanteerde extramurale systematiek is het moeilijk om verpleeghuisdisciplines zoals verpleeghuisarts te financieren	Een klein project als dit dreigt in een grote organisatie vergeten te worden.	Dit project is gestart als voorbereiding op de nieuwbouw. Knelpunten zijn dus tijdelijk, en in het zicht van de thuishaven doen ze er minder toe.

6 DE LUWTE

De Luwte is een voorbeeld van kleinschalige zorg in een verzorgingshuis.

6.1 ALGEMEEN

Zorgcentrum De Luwte in Amstelveen is een in 1975 gebouwd verzorgingshuis voor 95 bewoners. Zoals veel verzorgingshuizen krijgt De Luwte langzaamaan te maken met bewoners die dementeren. Gewoonlijk blijven deze dementerende ouderen nog lange tijd in het verzorgingshuis; verhuizen naar een verpleeghuis is in eerste instantie niet aan de orde. Men treft speciale maatregelen om deze doelgroep in het verzorgingshuis te kunnen handhaven. Vrijwel altijd betekent dat groepsverzorging: bewoners verblijven overdag in een gezamenlijke huiskamer, waar permanent toezicht is.

Zo ook in De Luwte: in 1990 is het zorgcentrum gestart met groepsverzorging. Maar recentelijk heeft men de bakens verzet. Met het oog op de toekomstige nieuwbouw, wil men nu reeds ervaring opdoen met kleinschalige zorg. Kleinschalige zorg is wezenlijk anders dan groepsverzorging; zodadelijk komen we nader te spreken over de verschillen. Sinds 2003 is De Luwte daarom begonnen met kleinschalige wonen, onvallend genoeg zonder interne verbouwing. 

Over enige jaren zal het huidige gebouw vervangen worden door een nieuw gebouw met 46 plaatsen in kleinschalige groepswoonings. Door nu reeds te starten met kleinschalige zorg, hoopt de organisatie ervaring op te doen die straks goed van pas zal komen.

De Luwte laat zien dat je al kunt starten met kleinschalig wonen, nog voor je toe bent aan een nieuw kleinschalige gebouw. Deze aanpak heeft oog voor het feit dat cultuur- en organisatieverandering er misschien wel meer toe doen dan kleinschalige bouw.

Filosofie

Kleinschalig groepswoon is een andere benadering dan groepsverzorging. De Luwte kent beide vormen van zorg, en ziet zelf de volgende verschillen:

Tabel 9 *Verskil tussen groepsverzorging en kleinschalig wonen*

Groepsverzorging	Kleinschalig wonen
<i>Zitten</i> in huiskamer	<i>Wonen</i> in groepswooning
Minder persoonlijke aandacht	Meer persoonlijke aandacht
14 bewoners en 3 verzorgenden	6 bewoners en 1 verzorgende
Meer contact tussen verzorgenden	Zelfstandig werken
Groepsgericht werken	Vraaggericht en individueel werken
Vaste dagindeling	Soepele dagindeling

De groepsverzorging hanteert een ochtend- en een middagschema. Daartussendoor gaan bewoners naar bed. Twee maal per dag verhuizen zij van appartement naar huiskamer en vice versa.

In het kleinschalig wonen is er geen opgelegde dagindeling. Bewoners blijven in hun eigen appartement of zitten in de woonkamer, wat ze zelf willen. De dagstructuur wordt bepaald door het ritme van de bewoners.

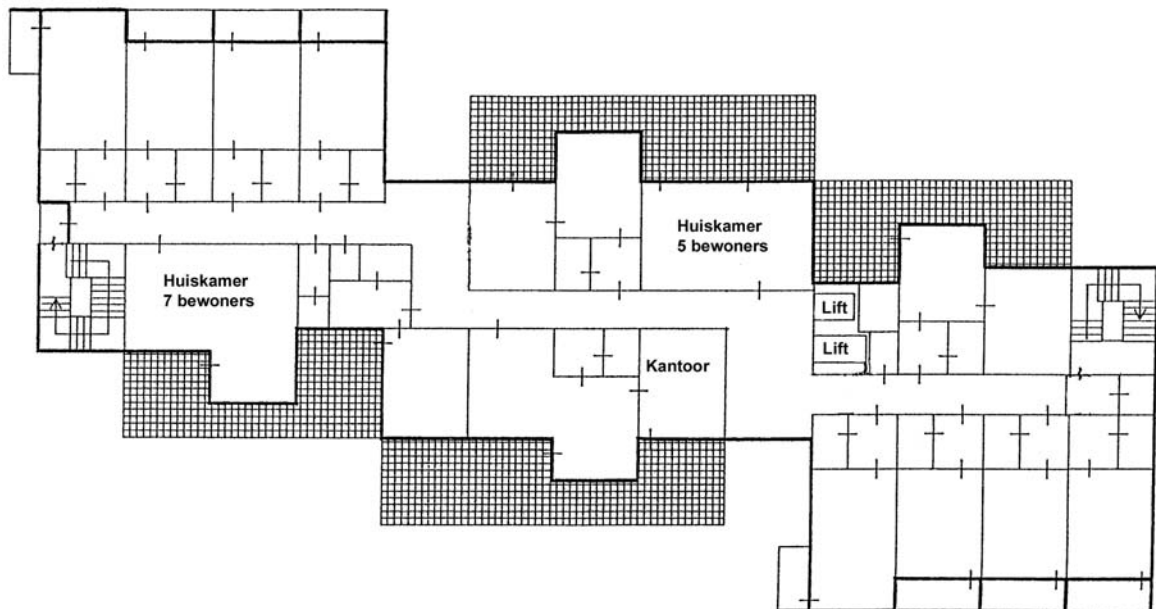
6.2 HET WONEN

De woongroepen

De transformatie van oud naar nieuw is tot stand gekomen zonder hak- en breekwerk. Uitgangssituatie was een etage van het verzorgingshuis, met twaalf[JL12] appartementen. Twee appartementen zijn onttrokken aan de voorraad en ingericht als gemeenschappelijke woonkamer. De overige twaalf appartementen zijn niet veranderd. Er was geen geld voor een bouwkundige aanpassing; men moest het doen met bestaande ruimtes. Dit is aardig gelukt, vindt men zelf, gegeven de beperkingen van het gebouw. Er zijn twee vrij natuurlijke woongroepen ontstaan: een woonkamer voor vijf bewoners en een woonkamer voor zeven bewoners. De appartementen en de twee woonkamers grenzen aan dezelfde gang. Door de geleiding in het gebouw (zie de plattegrond) wordt de indruk van een grote instelling voorkomen.

De twee woongroepen hebben namen: de Regenboog en de Horizon. Bij het ouder worden tonen tijd en ruimte hun begrenzing, en in onze taal beschikken we over plezierige woorden en beelden om dit uit te drukken.

Figuur 7 Schets etage, bestaande uit twee woongroepen (7 en 5 bewoners)



Inrichting appartement

Ten opzichte van de minimale privacy in een verpleeghuis, heeft een verzorgingshuisbewoner in ieder geval nog een eigen kamer. Dit voordeel is het erfdeel van dit project. Iedere bewoner heeft eigen sanitair en een keukenblok.

Er zijn acht eenkamerappartementen en vier tweekamerappartementen. Ieder appartement heeft een hal en eigen sanitair (5 m²). De eenkamerappartementen hebben ook een balkon.

De inrichting van het appartement is de verantwoordelijkheid van de bewoner en zijn familie, zoals gebruikelijk in verzorgingshuizen. De organisatie adviseert bewoners een seniorenbed te nemen.

Inrichting woonkamer

Voor de inrichting van de woonkamers is geld beschikbaar gesteld. De teams hebben zelf de inrichting bepaald, zich inlevend in de bewoners. Veel van de inrichtingselementen zijn spullen die al in het huis of bij bewoners stonden. De gemakkelijke stoelen zijn in sommige gevallen van de bewoners zelf.

Ligging

De Luwte ligt aan de rand van een park, tussen twee woonwijken in. Winkels liggen op een te grote afstand voor de bewoners. Openbaar vervoer is er wel op loopafstand.

Kerngegevens Toch Thuis Wonen	
Aantal plaatsen	12
Aantal groepen	2
Aantal bewoners per groep	5 en 7
Ligging	Rand van park
Appartementen	8 eenkamerappartementen (2 x 31 m ² en 6 x 26 m ²) met eigen balkon (3 – 5 m ²) 4 tweekamerappartementen (1 x 29 m ² en 3 x 42 m ²)
Sanitair	Er is kamergebonden sanitair, 2,3 x 2,3 m
Woonkamer	De woonkamer voor zeven bewoners is 32 m ² , de woonkamer voor vijf bewoners is 24 m ² .
Keuken	Inbegrepen in de woonkamer is een klein keukenblokje. Dit is geen volwaardige keuken
Algemene ruimten	Rolstoeltoilet
Berging	Werkkast
Kantoor	Kantoortje op de etage, 17 m ²
Oppervlak groepswoning	De twee groepswoningen samen hebben een bruto vloeroppervlak, inclusief verkeersruimte, 2 trappenhuisen en 2 liften, van 635 m ²
Inrichting zit/slaapkamer	Door bewoner zelf. Men krijgt het advies een seniorenbed aan te schaffen.
Inrichting woonkamer	Medewerkers. Soms stoel van bewoner.

Financiering van het wonen

De huisvesting maakt onderdeel uit van de AWBZ-verstrekking.

Algemene ruimten

Aan de gang grenzen behalve de appartementen en de twee woonkamers ook een algemeen invalidentoilet en een personeelstoilet. Het personeel beschikt over een klein kantoorje. Er is een werkkast en bergruimte.

Plussen en minnen

De ruimte heeft zijn beperkingen. De etage is immers niet ontworpen met het doel er ooit een kleinschalige groepswooning van te maken. Aan de andere kant is de opzet van de etage bij toeval zo slecht ook weer niet. Het lukt vrij goed er twee woongroepen in te passen.

De huidige bouw heeft verschillende nadelen. Zo zijn de woonkamers met keukenblok niet geschikt om er te koken. Verder staan de deuren nog te veel open omdat er weinig ruimte is. Lang niet alle vertrekken zijn voldoende rolstoeltoegankelijk. De etage is door zijn beperkte grootte wel knus, maar beperkt aan de andere kant de bewegingsruimte voor de bewoners. Zij gaan niet zelfstandig met de lift of via het trappenhuis naar beneden.

De bouwkundige beperkingen zijn niet van dien aard, dat het onmogelijk is om in het bestaande gebouw reeds met kleinschalige zorg te starten.

6.3 DE ZORG

Financiering van de zorg

De kleinschalige groepswooningen zijn een meerzorgproject binnen een verzorgingshuis. Bovenop het verzorgingshuisbudget heeft het huis de beschikking over een meerzorgbudget.

Indicatie

De bewoners zijn ooit met een verzorgingshuisindicatie naar De Luwte verhuisd. Op dit moment hebben zij aanvullende indicaties voor verpleging en ondersteunende begeleiding. Dankzij de extra financiering en de samenwerking met een verpleeghuis, kunnen de bewoners in De Luwte blijven wonen.

Formatie

Op iedere groep is er een verzorgende beschikbaar tussen 7.00 uur 's morgens en 11.00 uur 's avonds. Overdag is er een extra kracht die op beide woongroepen werkt. In de nacht is er nachtdienst voor kleinschalig wonen.

Tabel 10 Dienstroosters in de groepswooningen De Luwte

7.00	-	15.30	twee medewerkers
8.00	-	16.30	vliegende keep
15.00	-	23.00	twee medewerkers
22.45	-	7.15	een nachtdienst voor kleinschalig wonen

De samenstelling van het team is als volgt. Voor ieder van de twee groepswoningen zijn er twee eerstverantwoordelijke verzorgenden (evv'er) met de opleiding ziekenverzorgende niveau 3. De rest van het team telt zeven gediplomeerde medewerkers: ziekenverzorgenden, bejaardenverzorgenden niveau 3 en een helpende niveau 2

Bewoners hebben een eigen huisarts, zoals gebruikelijk in verzorgingshuizen, maar men kan voor specialistische vragen en problemen teruggevallen op de verpleeghuisarts.

In totaal is er 9,6 fte formatie voor twaalf bewoners.

Ondersteuning

Voor het schoonmaakwerk in de appartementen en de algemene ruimten is een huishoudelijk medewerker in dienst. Deze werkt al vele jaren voor De Luwte en kent de bewoners goed. Het aanbod van vrijwilligers is kleiner dan wenselijk is.

Cultuur

De kern van het hele project is de opdracht aan het team om, binnen de beperkte mogelijkheden van het oude gebouw, reeds een begin te maken met kleinschalig werken. Dit vooruitlopend op de toekomstige nieuwbouw.

Wat houdt deze nieuwe manier van werken in? Het team levert integrale zorg. Men heeft de vaste dagindeling losgelaten en laat de bewoners nu veel meer zelf keuzes maken. De medewerkers spelen in op individuele wensen en behoeften. Bewoners kunnen elkaar ontmoeten in de woonkamer. Ze zijn vrij om op hun appartement te blijven. Ze worden niet meer op vaste tijden van de dag naar een huiskamer ergens anders in het gebouw gesleept.

Zoals we weten uit soortgelijke veranderingsprocessen elders in het land, is deze cultuuromslag geen eenvoudige zaak. De gangbare reactie van het personeel, dat nooit anders gewend is geweest dan afdelingsgewijs en routinematig te werk te gaan, is er een van scepsis en weerstand. De Luwte vormt daarop geen uitzondering. Maar men was voorbereid op deze weerstanden en heeft een traject uitgezet om de medewerkers gaandeweg bekend te maken met de nieuwe aanpak. De cultuuromslag heeft wel een paar maanden in beslag genomen. Gaandeweg is het personeel enthousiaster geworden.

Discussie is het belangrijkste middel om de verandering te verwezenlijken. Eens per maand is er een unitvergadering. Iedereen is daar dan bij. Dagelijks zijn er twee overdrachtmomenten waar terug- of vooruitgekeken kan worden op vraagstukken.

En verandering gaat niet uit een boekje. Medewerkers leren vooral door de andere manier van werken te ervaren. Ook het unithoofd constateert dat het niet zinvol is om andere projecten klakkeloos te kopiëren. Beter is het zelf na te denken en te beredeneren welke koers je met je team het beste kan aanhouden.

Na een aantal maanden is een eerste reactie gepeild onder de familie en het personeel. Wat vooral opviel, was minder onrust onder de bewoners in de middag. De familie ervoer het verblijf als plezieriger, huiselijker, met meer aandacht voor de individuele bewoners.

Aansturing

Het team wordt geleid door het unithoofd PG. Het unithoofd heeft in 2003 de taak gekregen om, vooruitlopend op de toekomst en de nieuwbouwplannen, binnen de bestaande situatie reeds te starten met de verandering. Zij heeft toen een plan opgesteld om binnen een bepaald tijdspad de gewenste omslag te maken, en zo is het ook gelopen.

Het unithoofd bemoeit zich niet met de details van het dagelijkse werk. Het team is voor een belangrijk deel zelfsturend. Binnen een woongroep is men vrij om zelf keuzes te maken. De evv'ers hebben een belangrijke rol binnen het team. Er is ook eenmaal per twee maanden een speciaal overleg voor evv'ers.

6.4 HET HUISHOUDEN

Activiteiten

De woonkamers zijn te klein en het kookgedeelte is te onvolledig om er volledige maaltijden te verzorgen. Het eten betreft men daarom nog steeds van de centrale keuken. De warme maaltijd wordt tussen de middag in dekschalen naar boven gebracht. Men heeft de keuze uit drie menu's. Als straks de derde woongroep wordt gestart, wil men mogelijk koelversmaaltijden uitproberen.

Het team heeft een eigen huishoudbudget voor kleine benodigdheden. Het leren omgaan met een huishoudbudget past binnen het uitgestippelde leerpad op weg naar een nieuw gebouw en een nieuwe aanpak.

De inzet van de activiteitenbegeleiding is aan wisselingen onderhevig geweest. De eerste tijd vond de activiteitenbegeleiding plaats in de groep, in de gezamenlijke woonkamer. Maar dat had nadelen: het personeel vond het niet goed dat de bewoners nauwelijks meer van de eigen afdeling afkwamen. Nu kunnen bewoners meedoen aan de activiteiten beneden. Als ze dat tenminste zelf willen: deelname is vrijwillig, uiteraard.

Kosten voor de bewoner

In DE Luwte komen meer zaken voor rekening van de bewoners dan in de meeste andere kleinschalige projecten. Er gelden namelijk de financieringsregels voor het verzorgingshuis.



7 DE KADE

Binnen onze typologie van vier vormen van kleinschalig wonen is De Kade, de woonvoorziening waar we het nu over gaan hebben, een voorbeeld van begeleid wonen in de wijk.

7.1 ALGEMEEN

De Kade is een weinig bekend project in Nederland, maar viert dit jaar (2005) zijn 15^e verjaardag. In 1990 startte De Kade met vijf bewoners. Het was een initiatief vanuit de thuiszorg en ambulante hulpverlening, en een van de eerste kleinschalige projecten voor mensen met dementie in Nederland, samen met De Landrijt in Eindhoven. In 1996 nam het project zijn intrek in het nieuwe verzorgingshuis Kersenboogerd te Hoorn. Daar is het nog steeds gevestigd, in het centrum van de wijk. Het aantal bewoners verdubbelde tot 10. De Kade is een project van de West-Friese Zorggroep De Omring. Verzorgingshuis de Kersenboogerd is overigens geen onderdeel van De Omring.

Filosofie

De Kade is bedoeld voor dementerenden die begeleiding nodig hebben. De meerwaarde van het project schuilt in de begrippen "begeleiding", "geborgenheid" en "structuur". De begeleiding houdt in dat de bewoners geholpen worden om zo veel mogelijk zelfstandig te zijn, zowel lichamelijk als geestelijk. Geborgenheid is in deze beginnende fase van dementie belangrijk, want mensen zijn zich bewust van hun situatie en lopen vast in het gewone leven. In dit project weten ze dat ze veilig zijn, ze kunnen hun verhaal kwijt, ze worden begrepen, ze worden niet continu aangesproken op disfunctioneren. Kortom, geborgenheid betekent eigenwaarde en zelfvertrouwen. Structuur in de dagindeling geeft de bewoners houvast. Het gaat niet om routine.

Het concept werkt: de medewerkers zijn ervan overtuigd dat de bewoners opknappen als zij, na 1 tot 3 maanden, gewend zijn in het woonproject. De progressie van de ziekte wordt vertraagd. De bewoners hebben een beter leven, en dat maakt het project tot "het mooiste project", zoals ze [JL13] zelf zeggen.

De bewoners kunnen zich vrij bewegen binnen en buiten de woning. Zelfs gaat een deel van de bewoners twee aan twee, met een lijstje in de hand, zelfstandig boodschappen doen. Niet de grote boodschappen, die doet het personeel, samen met de "beste" bewoners. De familie van de bewoners staat achter de filosofie en weet dat er een klein risico is dat bewoners de weg kwijtraken. Dit is in al die jaren slechts één keer gebeurd.

De bewoners hebben ook steun aan elkaar. Dat geldt vooral voor de betere bewoners, die weten waarom zij er wonen. Als een bewoner achteruit gaat, verandert de verhouding met de medebewoners vaak. Het gedrag gaat opvallen. De medebewoners zullen dat uiteindelijk accepteren, maar dan hoort de persoon er niet echt meer bij en zal men hem of haar negeren. Uiteindelijk moet deze bewoner verhuizen naar een verpleeghuis. De achtergebleven bewoners weten dat. De persoon in kwestie vergeet het snel.

Door de bank genomen blijven bewoners gemiddeld zo'n 2 tot 3 jaar in De Kade, maar uitschieters van 7 jaar zijn er ook. Ouderen met vasculaire dementie heeft men liever niet, omdat deze vorm van dementie te snelle [JL14]wisselingen heeft.

7.2 HET WONEN

De woongroepen

De Kade bestaat uit twee groepen van elk vijf bewoners. De tien zit/slaapkamers liggen naast elkaar aan één gang. Aan de kop van de groepswoning zijn de twee woonkamers, de "blauwe salon" en de "rode salon". De kleuren verwijzen naar de vloerbedekking die daar ooit gelegen heeft. De bewoners weten in welke woonkamer zij thuishoren.

De twee woonkamers zijn met 30 m² vrij klein, maar ze liggen erg gunstig naast een drukke weg met veel winkelend publiek. De keuken is afgescheiden van de woonkamer door een half glazen wand.

Aan de ene zijde van de gang liggen de zit/slaapkamers en de twee woonkamers. Aan de andere kant van de gang is de muur, half transparant met glas, waarachter het atrium van het verzorgingshuis ligt.

Twee bewoners delen steeds één natte cel. Het geeft iets meer privacy dan gemeenschappelijke toiletten voor de hele groep: bewoners hebben hun eigen toiletpullen in de badkamer, gebruiken hun eigen handdoek, zeep en dergelijke. Deze indeling bevat het personeel goed. Er is ook een nadeel aan kamergebonden sanitair: de bewoners gaan, als zij dat willen, zelfstandig onder de douche, maar soms nemen ze daar een loopje mee, en daar kom je als personeel niet direct achter. Privacy is privacy.

De groepswoning heeft een wasruimte, een bijkeuken en nog wat bergruimte. Men wast alle kleding zelf. De bewoners helpen met vouwen.

Tabel 11 Oppervlakte twee groepswoningen samen

ruimte:	woon-kamer	keuken	bij-keuken	kantoor	berging	pers.-toilet	kamer a	kamer b	natte cel	totaal nuttig	totaal bruto
m ²	29,5	9	8	8	3,5	2,5	19,5	16	5,5		
aantal	2	2	1	1	2	2	5	5	5		
totaal m ²	59	18	8	8	7	5	97	80	27,5	310	484
bruto/-nuttig											1,55

Domotica

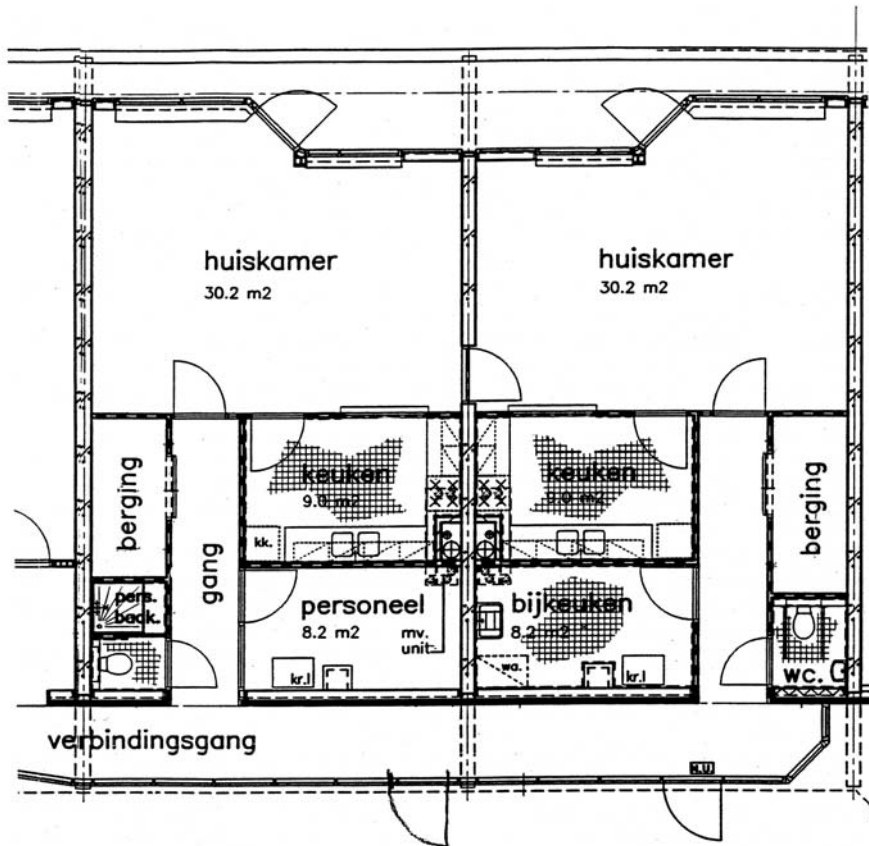
Er is geen domotica in het project. Maar vermeldenswaard is het gebruik van een systeem van deursignalering. Met een eenvoudig elektronisch contact in deur en deurpost wordt het opengaan van een deur gesignaleerd en – met kamernummer – gemeld op de pieper van de nachtwacht. Het personeel is erg tevreden met het systeem. Dat kan niet gezegd worden van de personalarmering op de kamers van de bewoners: dit werkt niet voor de bewoners. Hooguit roept een medewerker er hulp mee in van een collega.



Inrichting

Bewoners richten hun eigen kamer in. Het bekende donkere interieur van de oudere generatie begint langzaam plaats te maken voor lichtere inrichtingen. Bewoners hebben ook hun eigen bed. Liever ziet het personeel seniorenbedden van een goede kwaliteit. Hoog/laagbedden zijn niet nodig. De woonkamer is door de organisatie zelf ingericht. Huisdieren – vogels uitgezonderd – zijn niet welkom. Roken doet men alleen op de eigen kamer.

Figuur 8 De twee gezamenlijke woonkamers



Ligging

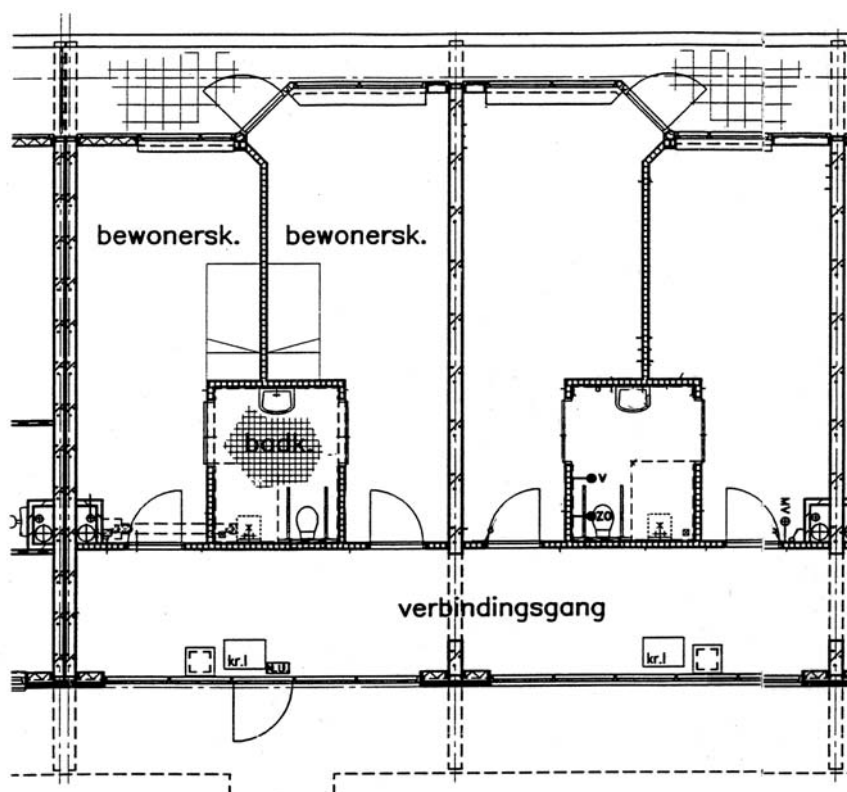
Men[JL15] is zeer gelukkig met de ligging van het project. De zit/slaapkamers én de huiskamers grenzen allemaal aan straat. Aan de overzijde is een winkelcentrum. Vanuit de huiskamer zie je de treinen het station binnenrijden. Het is druk. Dat levert veel gesprekstof op. Met de bewoners boodschappen doen is heel gemakkelijk. Alle winkels, de apotheek en de huisarts zijn op loopafstand. Verpleeghuis De Hoge Hop is ook vlakbij. Soms gaan bewoners daarheen voor activiteiten.

Kerngegevens De Kade

Aantal plaatsen	10
Aantal groepen	2
Aantal bewoners per groep	5

Ligging	Begane grond. Woonkamers en zit/slaapkamers grenzen aan straat
Zit/slaapkamer	16 of 19,5 m ²
Sanitair	Natte cel (5,5 m ²) gekoppeld aan steeds twee zit/slaapkamers. Daarnaast een personeelstoilet en een extra bewonerstoilet.
Woonkamer	30 m ²
Keuken	9 m ² , glazen wand naar woonkamer
Algemene ruimten	
Berging	Twee bergingen en een natte ruimte voor de wasmachine van 3,5 m ²
Kantoor	8 m ²
Oppervlak groepswoning	Per woongroep bruto 242 m ² , nuttig (exclusief verkeersruimte) 155 m ² , verhouding bruto/nuttig 1,55
Inrichting zit/slaapkamer	Bewoner. Eigen bed
Inrichting huiskamer	Organisatie

Figuur 9 Vier van de tien bewonerskamers. De overige zes liggen naast de vier afgebeelde kamers.



Financiering van het wonen

De woning is eigendom van woningcorporatie Intermaris. Die verhuurt het aan De Zorgring. De Zorgring verhuurt het aan de bewoners. De bewoners hebben één contract voor zowel huur als zorg. Mogelijk dat de huursubsidieaanvraag hierop gestruikeld is. De

bewoners kunnen dus geen aanspraak maken op huursubsidie. Dit maakt het project kostbaar voor mensen met een AOW. Sinds kort heeft één bewoner bijzondere bijstand.

Plussen en minnen

De centrale ligging in Hoorn, de privacy, de situering op de begane grond, het kamergebonden sanitair: over deze zaken is men te spreken. De salons kunnen daarentegen wel iets ruimer. Het grootste knelpunt is het gebrek aan vergaderruimte voor het personeel. In de kleine woonkamer, bij de bewoners, is dit niet altijd opportuun. Voor onder-vier-ogengesprekken gebruikt men daarom de kamers van de bewoners.

7.3 DE ZORG

Financiering van de zorg

Tot 2002 is het project gefinancierd uit substitutiegelden verpleeghuiszorg zoals zwevende bedden en het zorgvernieuwingsfonds. In 2002 veranderden de regels, en is het project gefinancierd uit de zorg-op-maatmiddelen. Vanaf 2003 hield ook deze geldstroom op en is men overgestapt op thuiszorgfinanciering. Dit kan, want de indicaties zijn sinds 2003 functioneel omschreven. Bovendien biedt De Omring ook alle thuiszorgproducten. Het project heeft daardoor geen van tevoren vaststaand budget meer. De feitelijke zorgen moet men registreren. Financieel komt men in dit nieuwe systeem goed uit, beter dan toen de substitutiegelden nog van kracht waren.

Indicatie

De bewoners hebben op de keper beschouwd allemaal een andere indicatie. Op de indicatieformulieren van het CIZ (voorheen RIO) komen diverse benamingen tegen van het type zorg dat de bewoners nodig hebben. Verpleging met verblijf is er daar een van. Er lijkt weinig lijn in te zitten.

Formatie

Er zijn de volgende diensten:

7.30	-	16.00	8-uurs dienst
8.30	-	15.30	6,5-uurs dienst
15.45	-	23.15	twee 7-uurs diensten
23.00	-	7.45	nachtdienst, samen met verzorgingshuis Avondlicht en STG Reigersdal (verstandelijk gehandicapten)

In principe werkt men met verzorgenden C. In de praktijk zijn er bejaardenverzorgenden en verpleegkundigen in het team. Deze laatsten zijn formeel niet in functie als verpleegkundigen, en mogen aan verpleegkundigen voorbehouden handelingen daarom niet verrichten.

In de nacht is er één nachtdienst voor zowel het verzorgingshuis, De Kade en een in hetzelfde gebouw gevestigd project voor verstandelijk gehandicapten van STG Reigersdal.

Dit organiseert men met gesloten beurzen: om beurten doen het verzorgingshuis, STG en De Kade de nachtdienst. Dit maakt de nachtdienst financieel haalbaar.

Ondersteuning

Het team wordt ondersteund door een huishoudelijke hulp voor het grotere schoonmaakwerk.

De bewoners hebben hun huisarts ingeruild voor een huisarts die om de hoek haar praktijk heeft. Wat de medewerkers betreft, functioneert dit prima: men houdt zelf de bewoners goed in de gaten, en heeft periodiek een gesprek met de huisarts om wat zaken door te nemen. In het algemeen is het beroep op de arts betrekkelijk gering. De huisarts heeft er naar verluidt wat meer moeite mee, vooral door het frequente wisselen van de zorgdossiers. De verpleeghuisarts biedt in theorie ondersteuning, maar in de praktijk is dit minimaal.

De ondersteuning die het project vanuit de GGZ ontvangt, is heel waardevol. De GGZ leidt de bewonersbesprekingen. Verder organiseert men intern discussies rond zaken als belevingsgerichte zorg, omgaan met agressie en dergelijke.

Cultuur

De organisatie van De Kade is destijds voortgekomen uit de eerstelijnszorg. De filosofie die het project hanteert moet actief onderhouden worden. Het is niet zo dat de personeelsleden automatisch de attitude hebben of houden die van hen verlangd wordt. Ze moeten gestimuleerd worden om na te denken wat "thuis" betekent, en van daaruit houding en gedragingen ontwikkelen. Als die cultuur niet bewust onderhouden wordt, sluip routine in. Voortdurende scholing is belangrijk. Momenteel is men druk bezig met het onderwerp vraaggericht werken en zelfsturende teams.

Aansturing

Er is één leidinggevende op het project. Die heeft een grote inbreng in de dagelijkse gang van zaken. Formeel valt de leidinggevende onder De Omring, in dit geval verpleeghuis De Hoge Hop. In de praktijk staat het verpleeghuis echter op grote afstand. Het gevaar dreigt dat het kleine project De Kade wat gemarginaliseerd raakt; niet zozeer op beleids- en directieniveau, maar wel op het uitvoerend niveau daar direct onder.

7.4 HET HUISHOUDEN

Activiteiten

De bewoners helpen vanuit therapeutisch oogpunt waar mogelijk mee in de huishouding. Bij het bereiden van de maaltijden is hun bijdrage beperkt tot meestal schoonmaken van de groenten, soms wat roeren in een pan. 's Avonds is er meestal fruitsalade, en daar kunnen bewoners goed bij helpen. De hygiëncode van het voedingscentrum wordt niet naar de letter gevolgd, maar het personeel is bewust bezig met de hygiënische aspecten van het gezamenlijk koken.

Bewoners kunnen naar buiten, doen boodschappen, gaan ieder jaar een paar dagen op vakantie en doen mee met de activiteiten in het verzorgingshuis. Eens in de veertien dagen gaan bewoners naar een kinderdagverblijf, of de kinderen komen naar De Kade.

Kosten voor de bewoner

De bewoners betalen een all-in prijs voor wonen en zorg en alle bijkomende kosten. De bijdrage is inkomensafhankelijk en varieert van € 600,- tot € 660,- per maand. Het huishoudgeld wordt beheerd door de zorgverleners in het project. De leidinggevende houdt kas en kasboek bij.

De bewoners hebben ook hun persoonlijke uitgaven, bijvoorbeeld roken en medicijnen die niet vergoed worden. Voor iedere bewoner wordt een persoonlijke uitgavenpot en een kasboek bijgehouden. Per maand storten de bewoners daar € 45,- in. Tamelijk omslachtig, maar wel zuiver.

Tabel 12 Kosten voor rekening bewoners

Onderwerp	Bedrag per maand	Opmerking
Huishoudgeld	€ 197,-	
Huur	€ 270,-	Huursubsidie is niet mogelijk, maar voor een enkele bewoner is met succes bijzondere bijstand aangevraagd
Huisvestingskosten	€ 63,-	
Ontspanning	€ 15,-	
Bureau/administratiekosten	€ 16,-	
Overig	€ 59,-	
Persoonlijke uitgaven	€ 45,-	

8 DE OEVER

Twee vormen van kleinschalig wonen zijn hierboven beschreven: kleinschalige zorg in een verzorgingshuis en begeleid wonen in een wijk. Het derde project, op de komende pagina's, is een voorbeeld van een cluster van kleinschalige groepswooningen gekoppeld aan een steunpunt en een woonzorgcomplex.

8.1 ALGEMEEN

In 2004 is in Spierdijk, gemeente Wester-Koggenland, een nieuw woonzorgcomplex geopend, De Oever. Het complex komt in de plaats van een gesloopt verzorgingshuis. Bouwer is Intermaris. De zorgorganisatie is De Omring.

Het motto voor de nieuwe voorziening is: wonen, zorg en welzijn onder één dak. Er is plaats voor mensen die beschut willen wonen tot en met mensen met een somatische verpleegbehoefte. En er zijn vier woongroepen voor mensen met dementie. Bewoners huren hun woonruimte rechtstreeks van de woningcorporatie.

Het nieuwe centrum heeft een functie voor het hele dorp. Er is een steunpunt in gevestigd: een grand café, een klein winkeltje (er is in Spierdijk verder geen winkel) en er worden activiteiten georganiseerd. Verder maken 8 koopwoningen en 19 huurwoningen deel uit van het project, en het bestaande complex van 26 huurwoningen ernaast is integraal in het nieuwe complex opgenomen.

Niet het eerste extramurale project van De Omring

De Omring heeft al twee soortgelijke woongebouwen gerealiseerd in de afgelopen jaren. Bijvoorbeeld Valbrug te Medemblik, in 2000. Dit project staat model voor De Oever. Kenmerken: een breed zorgaanbod, flexibiliteit (in Valbrug startte men bijvoorbeeld met 54 cliënten, en dat aantal is gegroeid) en het weghalen van schotten. Wonen en zorg worden zo veel mogelijk financieel gescheiden, en daarom werkt De Omring intensief samen met woningcorporaties.

Filosofie

De Omring is in 1997 ontstaan uit de samenwerking en fusie van meerdere aanbieders in de regio. Ook de thuiszorg hoort hier toe. In het verzorgingsgebied is één concurrent die meerdere verzorgingshuizen heeft. De Omring is gesplitst in vier resultaatverantwoordelijke eenheden: drie regio's plus een onderdeel voor specifieke producten. Men werkt toe naar een organisatie die niet gebonden is aan voorzieningen, maar aan gebieden of "zorgunits". Iedere zorgunit bestrijkt een gebied van circa 30.000 inwoners en kan alle producten leveren. Die brede zorg wordt zo veel mogelijk geleverd door breed samengestelde integrale teams. Uiteindelijk moeten de traditionele schotten zijn verdwenen. Het uiteindelijke doel is een organisatie die minder gebonden is aan voorzieningen en flexibeler kan inspelen op de vraag.

8.2 HET WONEN

De woongroepen voor dementerenden

In het gebouw liggen vier groepswoonings voor ouderen met dementie. Het is een volledige verpleeghuisvoorziening, waar de bewoners kunnen blijven wonen tot hun overlijden. De groepen tellen vijf of zes bewoners.

De visie achter de groepswoonings is "gewoon wonen". Wat de bewoners nog kunnen, dat wordt hen niet uit handen genomen.

Het project De Oever als geheel, dus inclusief de zorgappartementen, het zelfstandig wonen, het wijksteunpunt met al de faciliteiten daarin, wil een breed productassortiment bieden aan een brede doelgroep. Men start met het leveren van zorg in het complex, maar de bedoeling is dat het team van De Oever de zorg in het hele dorp gaat leveren, te starten in 2005.

Indeling woningen

De groepswoonings voor dementerenden zijn een samenvoeging van steeds 3,5 appartement. De oppervlakte en indeling wisselen enigszins per groepswooning. Iedere groepswooning heeft een woonkamer met daarin een open keuken. Op de gang zijn twee natte cellen, geschikt voor rolstoelgebruik.

Alle vier de woningen liggen op de begane grond, en zowel de zit/slaapkamers als de huiskamers kijken uit op straat.

Tabel 13 Oppervlakte groepswooning

ruimte:	woonkamer/keuken	zit/slaapkamer	berging 1	berging 2	natte cel 1	natte cel 2	totaal nuttig	totaal bruto
m2	50		3,5	6,5	9	6,5		
aantal		6	2					
totaal m2	50	102	6,5	6,5	9	6,5	180,5	255
bruto/netto								1,41

Financiering van het wonen

De groepswoonings zijn nog binnen de regelgeving van de volkshuisvesting gebouwd. Deze keuze is thans opmerkelijk, omdat de meeste zorgaanbieders juist kiezen voor het bouwen binnen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Sinds enkele jaren zijn de bouwmaatstaven prima geschikt voor kleinschalige woonvormen, en de integrale AWBZ-financiering van wonen en zorg is voor organisaties eenvoudiger te behappen dan de ingewikkelde houtje-touwtje oplossingen bij het scheiden van wonen en zorg. Overigens zal De Omring om die redenen in de toekomst wel kiezen voor financiering conform de WZV.

De bewoners betalen € 400,- huur. Huursubsidie is mogelijk, waardoor de netto huur voor AOW'ers rond de € 200,- ligt. Het gebouw is één geheel; de financiering komt uit verschillende bronnen. Provincie Noord-Holland heeft een subsidie verstrekt in het kader van het wijksteunpuntenbeleid. Het Bouwcollege vergoedt de zorginfrastructuur.



Kerngegevens De Oever	
Aantal plaatsen	22
Aantal groepen	4
Aantal bewoners per groep	2 groepen van 5 en 2 groepen van 6
Ligging	Begane grond. Woonkamers en zit/slaapkamers grenzen aan straat
Zit/slaapkamer	17 m ² , alleen 1-persoons slaapkamers
Sanitair	2 natte cellen op groep, niet kamergebonden, 6 en 8 m ²
Woonkamer	50 m ²
Keuken	Open keuken, inbegrepen in woonkamer
Algemene ruimten	Wijksteunpunt met o.a. grand café
Berging	2 bergingen, 6,5 m ² en 3 m ²
Kantoor	Geen
Oppervlak groepswoning	Bruto 255 m ² , nuttig (exclusief verkeersruimte) 177 m ² , verhouding bruto/nuttig 1,44
Inrichting zit/slaapkamer	Bewoner. Hoog/laagbed meestal via verzekering vergoed
Inrichting woonkamer	Organisatie

Woningtoewijzing

Mensen met een intensieve zorgvraag hebben voorrang bij de toewijzing. Het probleem is, dat deze mensen in het woningtoewijzingsysteem in de regel geen of weinig punten hebben opgebouwd. Want wie had gedacht dat het verzorgingshuis en het verpleeghuis vervangen zouden worden door een woonzorgcomplex waar men zelf een woning dient te huren? Daarom is afgesproken dat ouderen met een intensieve zorgvraag direct het maximum aan punten krijgen, zodat zij urgent zijn bij de toewijzing. De toewijzingssystematiek hoeft nauwelijks te worden aangepast. De toewijzing geschiedt op voordracht van De Omring.

8.3 ZORG

Uitgangspunt

De zorg en begeleiding worden geleverd vanuit een team dat nu nog exclusief gericht is op het wooncomplex De Oever. Later in 2005 zal ook aan de inwoners van het dorp thuiszorg worden geboden.

De behandeling[JL16] aan de huurders met een indicatie voor behandeling (waaronder alle huurders van de groepswoningen) wordt geleverd door professionals van het verpleeghuis Lindendael van de Omring.

Financiering van de zorg

De zorg wordt betaald via de systematiek van de thuiszorg en de extramurale verpleeghuiszorg. De geleverde zorg moet per cliënt, per product en per uur worden bijgehouden. Er wordt gebruik gemaakt van specialistische zorg, zoals ergotherapie, diëtetiek, de verpleeghuisarts. Ergotherapie en diëtetiek kunnen extramuraal bekostigd worden. Hulpmiddelen, medicijnen en dergelijke worden allemaal op dezelfde wijze verstrekt als voor mensen die thuis wonen.

Indicatie

De bewoners hebben voor het merendeel gewoon een indicatie voor behandeling met verblijf. De verblijfscomponent wordt dus anders ingevuld.

Formatie

De groepswoningen hebben een eigen team verzorgenden. Uiteraard is er dag en nacht toezicht. Overdag en 's avonds heeft iedere groep continu begeleiding. 's Nachts is er een nachtwacht, die dan de verantwoordelijkheid heeft over het hele complex. Daarnaast kan men een beroep doen op de ambulante verpleegkundigen van De Omring.

Het opleidingsniveau is verzorgende IG. Activiteitenbegeleiders werken ook als verzorgende. Een huishoudelijke hulp doet het grotere schoonmaakwerk.

Cultuur

Een belangrijke eigenschap van het team is een hoog oplossend vermogen. Routine is fout, inspelen op de wensen van de bewoners is het doel. Men moet in een kleinere, geïsoleerde setting zelfstandig kunnen functioneren. Specialisten en leidinggevendens waarop men kan terugvallen zijn niet de hele dag aanwezig. Men moet zelf knopen kunnen doorhakken.

Een ander aspect is de afwezigheid van arbeidsdeling. De verzorgenden begeleiden, koken, wassen, strijken, houden de woning schoon, verzorgen enzovoorts.

Aansturing

De Oever heeft een manager die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken. De structuur van De Omring is gebaseerd op een regionale indeling. Aan de top bestaat het bedrijf uit vier resultaatverantwoordelijke eenheden. Daaronder zit de zorgunit, een geografisch gebied met zo'n 30.000 inwoners, aangestuurd door een zorgunitmanager. De zorgmanager van De Oever legt verantwoording af aan deze zorgunitmanager. Schotten zijn in deze opzet niet meer te herkennen. Wel heeft de vierde resultaatverantwoordelijke eenheid van De Omring geen regionale insteek, maar een specialistische: hier zijn verschillende gespecialiseerde producten in onder gebracht.

Familie en vrijwilligers

De rol van vrijwilligers in het complex is groot. Dit heeft vooral ook te maken met de grote gemeenschapszin in het dorp. De familie van de bewoners speelt ook een belangrijke rol. Praktisch gezien moeten zij het wonen van hun dementerende familielid ondersteunen bij het regelen van financiën, verzekering en dergelijke. Men woont immers zelf

standig. Hoewel er geen verplichting is, wordt het wel gewaardeerd als de familie de zit/slaapkamer helpt schoonhouden.

8.4 HET HUISHOUDEN

Activiteiten

De activiteiten in de groepswoningen worden vooral gestuurd door de normale "gezins-huishouding", zoals boodschappen doen, schoonmaken, eten kiezen, kopen en bereiden en vervolgens eten, de afwas en de was.

Kosten voor de bewoner

De bewoner heeft een huurcontract met Intermaris en een zorgcontract met De Omring. Beide organisaties hebben een onderlinge overeenkomst. Behalve dit project ondernemen Intermaris en De Omring vele andere projecten in West-Friesland.

Scheiden van wonen en zorg betekent dat er nogal wat kosten voor rekening van de bewoner komen. In dit geval is dat:

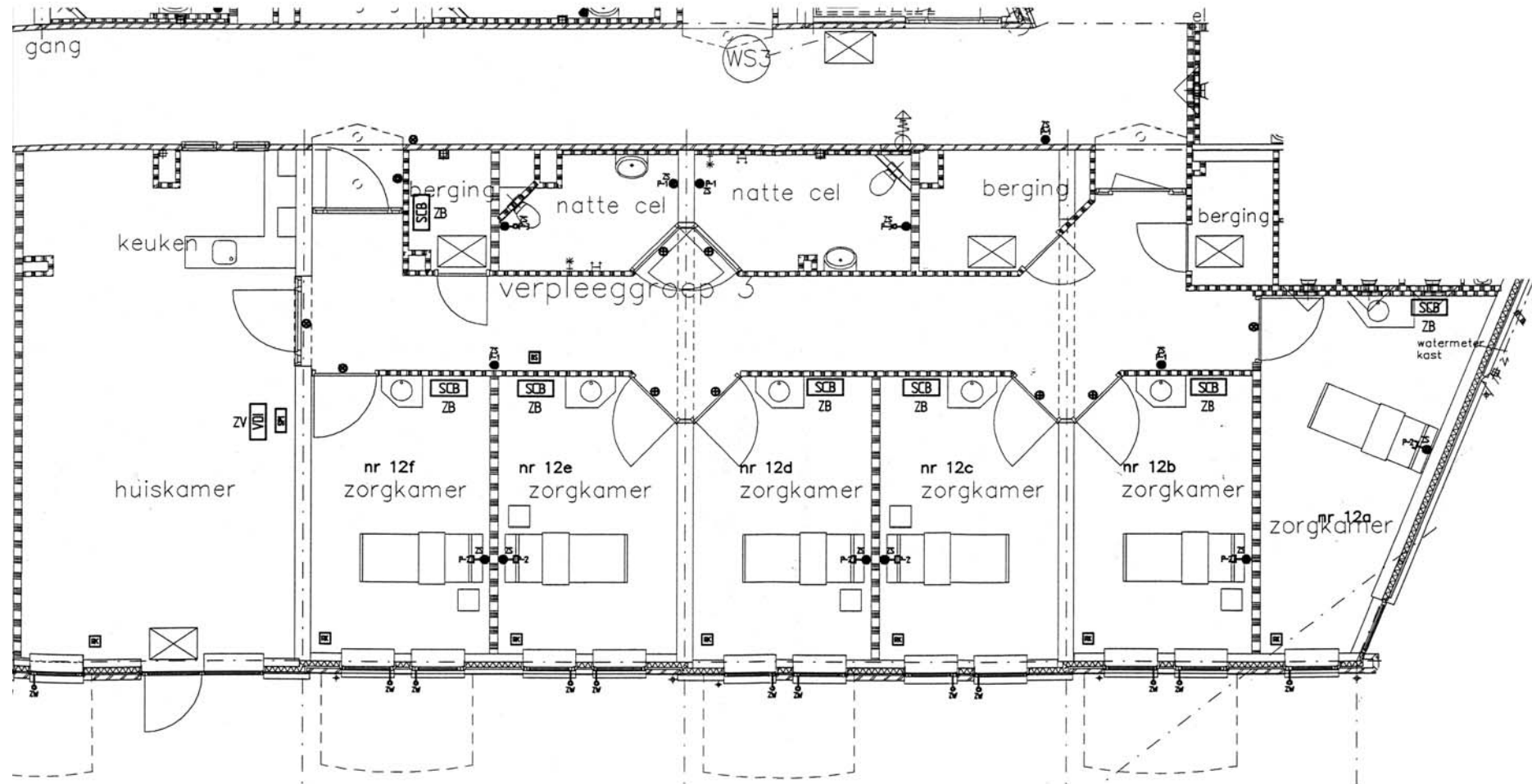
Tabel 14 Kosten voor rekening bewoners

Onderwerp	Bedrag per maand	Opmerking
Huishoudgeld	€ 120,-	Voorschot voor eten, wassen, drinken, schoonmaak, uitjes enzovoorts
Huur	€ 400,-	Huursubsidie is mogelijk
Servicekosten	€ 39,89	Energie en schoonmaken algemene ruimten, serviceabonnement voor klusjes, verzekering, bijdrage meubilair groepsruimte en verpleegkantoor, bijdrage wijksteunpunt, administratiekosten
Energiekosten	€ 80,-	Voorschot voor water, gas en elektra
Persoonlijke uitgaven	PM	Eigen bijdrage zorg, hulpmiddelen, medicijnen, verzekeringspremie, telefoon, kleding etc.

Zonder huursubsidie zou een bewoner met alleen AOW nog slechts € 200,- euro overhouden voor de persoonlijke uitgaven, en dat is krap.

In de servicekosten zit een kleine € 15,00 inbegrepen voor de inrichtingskosten van huiskamer en keuken. Voor kleine klusjes wordt een beroep gedaan op de verhuurder, en die service kost € 1,70 per maand.

Figuur 10 Plattegrond van één van de vier groepswoningen in De Oever



9 LITERATUUR

- Audenhove, C. van et al: *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. LUCAS & Garant Uitgevers. Antwerpen/Apeldoorn, 2003.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen: *AWBZ-voorzieningen. Bouwmaatstaven voor nieuwbouw. Basiskwaliteitseisen voor bestaande bouw*. CBZ, rapportnummer 0.114. Utrecht, januari 2004.
- Daelhoven: *Verweven levens. Foto-/gedichtenboek ter gelegenheid van het 5-jarig bestaan van de nieuwbouw van Daelhoven*. Soest, december 2002.
- Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatricie*. Specials over kleinschalig wonen: februari 1999, oktober 2003.
- Fahrenfort, M. en O. Reuchlin: *Kleinschalig wonen voor dementerenden. Handreiking voor de organisatie*. Netwerk kleinschalig wonen. Den Haag, maart 2002.
- Fahrenfort, M.: *Sociowoningen Dapperbuurt: Evaluatie van een vernieuwingsproject*. NZI. Utrecht, december 1993.
- Gezondheidsraad: *Dementie*. Publicatie 2002/04. Den Haag, 2002.
- Hoekstra, E.: *Stappenplan voor het realiseren van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie*. Amstelring en NIZW. Utrecht, februari 2004.
- Karmelk, M.: *Een zo normaal mogelijk leven. Ideeën over vormgeving van leef- en woonomgeving voor dementerenden*. Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg. Tilburg, januari 2004.
- Koningsveld, R. van en P. van Linschoten: *Handboek zorgconcept de Woonhaven*. Argo. Groningen, november 2003.
- Krijger, E.: *De integrale medewerker*. NIZW. Utrecht, mei 2002.
- Krijger, E.: *Handleiding kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Inhoudelijke en praktische adviezen*. NIZW. Utrecht, februari 2004.
- Krijger, E.: *Receptuur voor kleinschaligheid. Een onderzoek naar de stand van zaken, kansen en knelpunten van acht kleinschalige initiatieven in de zorg voor mensen met dementie*. NIZW. Utrecht, juli 2002.
- Krol, B. en J.W. Groothoff: *Kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen: de ervaringen gemeten, de behoefte gepeild*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, sectie Toegepast Onderzoek, Rijksuniversiteit Groningen. Groningen, november 2000.
- Linschoten, C.P., J.C. Gerritsen en P. Moorer: *De Woonhaven: 5 jaar beschermd wonen voor dementerende ouderen*. ARGO. Groningen.
- Netwerk kleinschalig wonen voor dementerenden personen, Vlaanderen: *Kleinschalig wonen voor dementerende personen in Vlaanderen*. [JL17]
- Netwerk Kleinschalig Wonen voor Dementerenden: *Kleinschalig wonen voor dementerenden; een waaier aan ervaringen*. NIZW. Utrecht, december 2004.

- Nouws, H.: *Huiselijk en vertrouwd. Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden*. NIZW. Utrecht, 2001.
- Nouws, H.: *Onder de mensen. De generieke groepswoning, een nieuw woonzorgproduct voor zorgintensieve groepen*. STAGG. Amsterdam, mei 2002.
- Nouws, H.: *Uit principe? Afweging Wet Ziekenhuisvoorzieningen versus scheiden wonen en zorg bij kleinschalige projecten voor dementerenden*. Ruimte voor Zorg. Amsterdam, 2003. Te verkrijgen bij Stichting Antaris te Amsterdam.
- Prismant, Arcares: *Verpleeghuizen in Cijfers 2000*; informatie uit LZV en SIVIS. Utrecht, oktober 2002.
- Schure, L.M., G.J. Dijkstra en M.A. Verkerk: *Dubbel dagritme Hillamahofje; een evaluatieonderzoek*. Groningen, september 2003.
- Stoelinga, B. en M. Talma: *Leren van veranderen; Kleinschalige zorg voor mensen met dementie*. NIZW. Adrepak, Utrecht 2004, ISBN 90-5957-246-7.
- Theunissen, W.: *Andere Zorg voor Dementerenden*. Verpleeghuis Hogewey. Weesp.
- Velde, B. te, P. Moorer en P. van Linschoten: *De Woonhaven Leek: bewoners, personeel en consequenties voor het zorgconcept. Verslag van een onderzoek onder bewoners en verzorgenden (2001 – 2003)*. ARGO. Groningen, juni 2003.

[JL1]Kun je bij deze omvang nog wel van een brochure spreken? Wellicht beter: uitgave, boekje?

[JL2]Hoe kom je bij dit aantal?

[JL3]Wat is een daymaker? Behoeft dat toelichting voor de lezers?

[JL4]Krijgen de zorgkantoren prikkels, of geven ze prikkels aan de aanbieders?

[JL5]Drie keer De Omring, maar drie keer andere adresgegevens. Klopt dit?

[JL6]Waarom hier wel een faxnummer en bij de meeste andere niet?

[JL7]Adres ontbreekt

[JL8]Waar komen die exploitatieproblemen vandaan?

[JL9]Cellen in tabel zijn leeg. Is dit een verzamelkopje voor de volgende kopjes? Dan aangeven, bijvoorbeeld door vet en/of dubbele punt.

[JL10]Ibid.

[JL11]Toko, of winkeltje

[JL12]Twaalf, of veertien?

[JL13]de medewerkers?

[JL14]gedragswisselingen?

[JL15]Wie?

[JL16]Wat voor behandeling? Medisch? Paramedisch?

[JL17]Jaar van uitgifte?