

Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie

Een beschrijvend onderzoek naar de situatie in de
provincie Limburg

H. Verbeek
E. van Rossum
S.M.G. Zwakhalen
G.I.J.M. Kempen
J.P.H. Hamers

Januari 2008

COLOFON

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt met financiering van de Provincie Limburg, Universiteit Maastricht, MeanderGroep Zuid-Limburg, Orbis Medisch en Zorgconcern, Sevagram, Vivre en Zorggroep Noord-Limburg.

Uitvoering

Universiteit Maastricht

Onderzoekers

mw. drs. H. Verbeek

dhr. dr. E. van Rossum

mw. dr. S. M. G. Zwakhalen

dhr. prof. dr. G. I. J. M. Kempen

dhr. prof. dr. J. P. H. Hamers

Projectleider

dhr. dr. E. van Rossum

Lay-out en druk

Datawyse | Universitaire Pers Maastricht

ISBN 978-90-5278-694-0

Universitaire Pers Maastricht

Correspondentieadres

Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg

Postbus 1101

6201 MG Maastricht

© 2008 Provinciale Raad voor de Volkgezondheid Limburg. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebende.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

dhr. drs. M. J. M. Gulpers, MeanderGroep Zuid-Limburg, Kerkrade
mw. drs. M. B. Keijser, Sevagram, Heerlen
mw. dr. C. A. J. Ketelaars, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht
dhr. drs. E. Krijger, Vilans, Utrecht
dhr. mr. E. W. Meijer, Huis voor de Zorg, Sittard
mw. drs. L. D. G. C. Meijer-Sijstermans, Provincie Limburg, Maastricht
dhr. D. Mol, Vivre, Maastricht
dhr. L. P. M. J. Poels, Orbis Medisch en Zorgconcern, Sittard
mw. mr. G. P. M. Raas, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag
mw. drs. M. G. H. Severens, Zorggroep Noord-Limburg, Helden
dhr. drs. W. J. C. Vink, Actiz, Utrecht

LEESWIJZER

In dit rapport zijn de resultaten beschreven van een onderzoek naar de situatie kleinschalig wonen voor ouderen met dementie in Limburg. Een overzicht van de belangrijkste resultaten en conclusies van dit onderzoek is te vinden in hoofdstuk 5 (Conclusies en discussie). De samenvatting is voorin dit rapport opgenomen.

In de inleiding van het rapport (hoofdstuk 1) vindt u de beschrijving van de aanleiding en onderzoeksvragen van het onderzoek. De gehanteerde onderzoeksmethoden zijn beschreven in hoofdstuk 2. Voor een volledig overzicht van de resultaten wordt u verwezen naar hoofdstuk 3 (Kleinschalig wonen in Limburg) en 4 (Visie en ervaringen kleinschalig wonen).

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting	9
[1] Inleiding	13
1.1 Achtergrond onderzoek	14
1.2 Doel en onderzoeksvragen	15
[2] Methoden van onderzoek	17
2.1 Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie	18
2.2 Procedure	18
2.2.1 Enquête	18
2.2.2 Interviews	18
2.3 Meetinstrumenten	19
2.3.1 Enquête	19
2.3.2 Interviews	20
2.4 Analyse	21
2.4.1 Enquête	21
2.4.2 Interviews	21
[3] Kleinschalig wonen in Limburg	23
3.1 Respons enquête	24
3.2 Inventarisatie kleinschalige woonvormen	24
3.3 Kleine versus grotere woningen	29
3.4 Overige kleinschalige projecten	31
3.5 Spreiding en vergelijking met Nederlandse situatie	32
3.5.1 Spreiding	32
3.5.2 Vergelijking met Nederland	33

[4]	Visie en ervaringen kleinschalig wonen	37
4.1	Visie op ontwikkeling in kleinschalig wonen	38
4.1.1	Respons interviews	38
4.1.2	Ontwikkelingen kleinschalig wonen tot heden	38
4.1.3	Stand van zaken in Limburg	41
4.1.4	Verwachting toekomstige ontwikkelingen	44
4.2	Ervaringen in operationele projecten	47
4.2.1	Respons interviews	47
4.2.2	Leidinggevenden	47
4.2.3	Verzorgenden	49
4.2.4	Familieleden / Cliëntenraad	51
[5]	Conclusies en discussie	55
5.1	Methodologische reflectie	56
5.2	Conclusies	57
5.3	Discussie	59
[6]	Literatuur	63
Bijlage [1]		
	Leden Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg	67
Bijlage [2]		
	Beschrijving Meetinstrumenten	71
Bijlage [3]		
	Beschrijving projecten	79

Voorwoord

‘Small is beautiful’. Meer dan dertig jaar na het boek met deze titel van de econoom E.F. Schumacher blijkt het nog steeds nodig om de positieve kanten van kleinschaligheid onder de aandacht te brengen. Het hier voorliggende rapport ‘Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie’ brengt de ervaringen van kleinschaligheid helder onder woorden. Bewoners prijzen de persoonlijke bejegening, de huiselijkheid en herkenbaarheid van hun kleinschalige woonomgeving. Hier zou nog aan toegevoegd kunnen worden dat een kleinschalige omgeving meer mogelijkheden biedt om gelijkgestemde bewoners met vergelijkbare voorkeuren, interesses, behoeften en achtergronden bij elkaar te brengen. Kleinschalig wonen heeft ook de toekomst, zeker in een tijd waarin de eisen die ouderen stellen aan hun woonomgeving en de verzorging toenemen.

Uitbreiding van het aantal kleinschalige voorzieningen valt toe te juichen maar het vereist wel dat voldoende inzicht blijft bestaan in de kwaliteit van de aangeboden voorzieningen. In het licht van toename van het aantal kleinschalige woonvoorzieningen is voortdurende monitoring van de ontwikkelingen – bijvoorbeeld in de vorm van herhaald onderzoek langs de lijnen van het onderhavige rapport – dan ook geboden.

Dit rapport is een waardevolle bijdrage aan onze kennis en inzicht over kleinschalige woonvormen voor ouderen. Veel dank is verschuldigd aan een ieder die aan de totstandkoming van dit rapport heeft bijgedragen.

Prof. dr. W. Groot

Voorzitter Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg

Samenvatting

Achtergrond onderzoek

In de huidige verpleeghuiszorg voor ouderen met dementie neemt momenteel het aantal kleinschalige woonvormen sterk toe. In deze woonvormen staan, naast zorg, het wonen en welzijn van de bewoners voorop en wordt er gestreefd naar een situatie zoals thuis. Een gedetailleerd zicht op de aanwezigheid van en plannen ten aanzien van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie ontbreekt in de provincie Limburg. Verder bestaat er een grote diversiteit in vormgeving van de woonvormen. Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht verkrijgen in de stand van zaken, ontwikkelingen en ervaringen rondom kleinschalig wonen in Limburg. Dit is onderzocht door middel van een cross-sectioneel onderzoek met behulp van schriftelijke vragenlijsten en interviews. Vragenlijsten zijn afgenomen bij alle zorgorganisaties die in Limburg verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg bieden. Interviews zijn gehouden met betrokkenen van kleinschalige projecten: bestuursleden van zorgorganisaties, vertegenwoordigers van zorgkantoren en cliëntenraden en leidinggevendenden, verzorgenden en familieleden van bewoners.

Kleinschalig wonen in Limburg

In totaal zijn 44 kleinschalige projecten en plannen (voor 1.389 bewoners) in Limburg geïdentificeerd die verpleeghuiszorg bieden aan ouderen met dementie. Projecten bestaan veelal uit een clustering van woningen, zowel in de wijk (met name geplande projecten) of als onderdeel van een groter verpleeghuis of ander zorgcomplex. Ongeveer driekwart van de geplande projecten ontstaat door nieuwbouw. Huidige operationele projecten zijn daarentegen vaker ontstaan uit renovatie van een bestaande instelling en zijn veelal gesitueerd in een groter verpleeg- en/of verzorgingshuis. In vrijwel alle projecten is het uitgangspunt dat bewoners levenslang mogen blijven wonen. Bijna de helft van projecten hanteert selectiecriteria; vaak mag er geen sprake zijn van ernstige gedragsproblematiek. Vrijwel alle projecten werken met een vast team medewerkers. Geplande projecten rekenen meer op structurele inzet van vrijwilligers en mantelzorgers dan operationele projecten momenteel aangeven daadwerkelijk te ontvangen.

Om een vergelijking met de landelijke situatie te maken, zijn alle projecten met maximaal 8 bewoners geselecteerd. Wat blijkt is dat er op dit moment een ondervertegenwoordiging van kleinschalige projecten is in Limburg. In 2005 was in Limburg 3,6% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd, tegen zo'n 10% in geheel Nederland. Dit aandeel neemt de komende jaren sterk toe. Geschat wordt dat in 2010 ongeveer 30% van de totale behoefte aan psychogeriatrische zorg in Limburg kleinschalig gerealiseerd zal zijn.

Uit de interviews komen diverse mogelijke oorzaken voor de huidige ondervertegenwoordiging in Limburg naar voren. Er worden problemen met de realisatie en bouw van projecten genoemd. Verder zouden in Limburg veel verzorgingshuizen levensbestendig gemaakt zijn door hier verpleegafdelingen te realiseren. Daarnaast wordt gesuggereerd dat de aard van zowel aanbieders als medewerkers en bewoners wellicht voorzichtiger is, waardoor men eerder kiest voor een vertrouwd concept. De sterke toename van kleinschalige projecten wordt in het algemeen beschouwd als een goede ontwikkeling. Het zorgt voor diversiteit

in het zorgaanbod en de verwachting is dat kleinschaligheid de kwaliteit van de zorg voor bewoners verbetert. Tegelijkertijd worden er ook diverse kanttekeningen geplaatst bij de ontwikkeling. Als risicofactoren worden onder andere moeilijkheden met exploitatie, trendgevoeligheid, personele inzet en de rol van de mantelzorgers genoemd.

Ervaringen operationele projecten

De ervaringen met kleinschalig wonen zijn in het algemeen positief. Met name de persoonlijke bejegening, huiselijkheid en herkenbaarheid worden als prettig ervaren. Bewoners lijken zich rustiger en meer tevreden te voelen. Verzorgenden geven aan veel persoonlijke aandacht te kunnen besteden aan de bewoners; ook de familieleden zijn hier in het algemeen zeer over te spreken. Moeilijkheden kunnen worden ervaren bij de concrete invulling van de visie achter een project, bijvoorbeeld de invulling van de rol van medewerkers en mantelzorgers. Het uitdragen van een heldere visie wordt als belangrijkste factor genoemd voor het slagen van een project. Regelmatig moet met medewerkers en familieleden besproken worden waarom en hoe dingen gebeuren in een kleinschalige woonvorm, om zo inhoud te geven aan de visie achter het project. Die visie vormt tevens vaak het uitgangspunt bij de werving en selectie van medewerkers.

Conclusie

Het aandeel kleinschalig wonen neemt binnen de psychogeriatrische zorg sterk toe, zowel in Limburg als in de rest van Nederland. Ervaringen in huidige operationele kleinschalige voorzieningen zijn vooralsnog positief. Tegelijkertijd bestaan er nog veel onduidelijkheden ten aanzien van de ontwikkeling.

De kosten en financieringstructuren van kleinschalige woonvormen zijn nog onduidelijk. Veelal wordt getwijfeld aan de haalbaarheid van exploitatie van projecten. Bovendien vormt de personele inzet een aandachtspunt voor de toekomst. In kleinschalige woonvormen hebben verzorgenden een andere rol en taakinvinging dan op een reguliere afdeling. Onduidelijk is of alle verzorgenden deze omslag willen maken en welke competenties hiervoor exact noodzakelijk zijn. Daarnaast kan in kleinschalige woonvormen een spanningsveld optreden tussen de nadruk op normalisering van wonen en de zorgaspecten. Professionaliteit van zorg moet behouden blijven, waarbij kleinschaligheid niet alleen als welzijnsactiviteit beschouwd moet worden. Een speciaal aandachtspunt betreft de mantelzorg. Het lijkt erop dat aangenomen wordt dat mantelzorgers een substantiële taak hebben in kleinschalige woonvormen. Het is de vraag of deze aanname (in de toekomst) reëel is, aangezien onzeker is of en in welke mate mantelzorgers beschikbaar zijn. Technologie kan verder een belangrijke bijdrage leveren aan kleinschalige woonvormen. In veel projecten wordt hier al gebruik van gemaakt, maar een inventarisatie van toepassingen, ervaringen, knelpunten en effecten ontbreekt.

Bovendien zijn de effecten van kleinschalig wonen op bewoners, mantelzorgers en personeel nog grotendeels onduidelijk. Aangezien er de komende jaren steeds meer kleinschalige woonvormen bijkomen, is meer onderzoek nodig om inzicht te krijgen in deze effecten.

Inleiding [1]

1.1 Achtergrond onderzoek

De komende jaren vergrijst de Nederlandse bevolking snel. Met name het aantal oudere ouderen (van 75 jaar en ouder) zal sterk toenemen. Dit wordt ook wel de dubbele vergrijzing genoemd [1, 2]. Vooral in de provincie Limburg slaat de vergrijzing snel toe. Het stijgingspercentage van het aantal 75-plussers ligt hier driekwart hoger dan het landelijke percentage [3].

Met het ouder worden neemt de kans op het ontwikkelen van dementie exponentieel toe. De prevalentie van dementie bij mensen tussen 65 en 69 jaar bedraagt ongeveer 1%; dit loopt op tot meer dan 40% bij mensen van 90 jaar en ouder [4]. Dit betekent dat het aantal mensen met dementie de komende jaren sterk zal stijgen. Naar verwachting zullen er in Nederland in 2030 ongeveer 355.000 mensen met dementie zijn [1]. Dit is bijna 10% van het totale aantal 65-plussers [5]. In de provincie Limburg neemt het aantal mensen met dementie in de periode 2005-2030 naar schatting toe tot ongeveer 23.100, een stijging van zo'n 67% [6].

Dementie is een syndroom dat diverse symptomen veroorzaakt, waaronder cognitieve achteruitgang (bijvoorbeeld verslechtering in geheugen en taalvaardigheden), gedragsmatige problemen (zoals agitatie en apathie) en problemen met activiteiten in het dagelijks leven. Het merendeel van ouderen met dementie woont thuis [7]. Wanneer zorg thuis echter niet meer mogelijk of verantwoord is, wordt opname in een verpleeg- of verzorgingshuis noodzakelijk.

In de huidige verpleeghuiszorg voor ouderen met dementie is een trend te zien in vervanging of verbouwing van grootschalige instellingen naar de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen. Dit zijn woonvormen waarin een beperkt aantal ouderen (doorgaans maximaal 8) woont en leeft in een huiselijke en herkenbare omgeving. De bewoners vormen met elkaar een groep en voeren met mantelzorgers en medewerkers een gezamenlijk huishouden. Bewoners kunnen zelf hun dagelijks leven inrichten; medewerkers proberen hier zoveel mogelijk bij aan te sluiten [2, 8]. Er zijn verschillen met reguliere zorg wat betreft de fysieke, sociale en organisatorische omgeving. Reguliere zorg vindt vaak plaats in grootschalige instellingen die een geringe huiselijke sfeer hebben. De dagindeling van bewoners wordt meestal bepaald door de routines van de organisatie en de nadruk ligt op zorg. In kleinschalige woonvormen staat naast zorg, het wonen en welzijn van de bewoners voorop en wordt er gestreefd naar een situatie zoals thuis.

Het aantal kleinschalige woonvormen in Nederland neemt sterk toe [2]. De verwachting is dat in 2010 ongeveer 25% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd zal worden. Vanuit de overheid wordt deze ontwikkeling gestimuleerd. In 2007 heeft de staatssecretaris van VWS in een brief aan de Kamer aangegeven dat zij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen wil intensiveren door middel van een stimuleringsregeling [9]. Hiermee kan de totstandkoming van kleinschalig wonen en de mogelijkheden van kleinschalige zorg versneld worden. Informatie over het aantal projecten in Nederland en hun kenmerken is te vinden in een landelijke databank [10]. Hierin kunnen zorgorganisaties zelf hun projecten en plannen aanmelden. In juli 2007 zijn in deze databank 361 projecten met betrekking tot kleinschalig

wonen voor ouderen met dementie aangemeld, verspreid over heel Nederland. Slechts 5 van deze projecten bevinden zich in de provincie Limburg. Op basis van de gegevens aangemeld in de databank is een analyse uitgevoerd naar het aantal projecten per provincie [2]. Volgens deze analyse was in 2005 in de provincie Limburg ongeveer 1,7% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd, dit loopt op tot zo'n 8% in 2010. Landelijk gezien lijkt Limburg daarmee achter te lopen: gemiddeld was in 2005 in Nederland 10% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd, per provincie variërend van 1,7% (Limburg) tot 56% (Zeeland). In 2010 is de verwachting gemiddeld 22% (8,0% - 89,6%) [2].

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Er is een grote spreiding tussen de provincies wat betreft de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen. Op basis van de gegevens in de landelijke databank lijkt er in de provincie Limburg sprake te zijn van een ondervertegenwoordiging van projecten [2]. Het feit dat zorgorganisaties zelf hun projecten kunnen aanmelden zou hiervoor een oorzaak kunnen zijn. Een gedetailleerd zicht op de aanwezigheid en ontwikkeling van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie in deze provincie ontbreekt echter.

Naast het aantal projecten bestaat er een grote diversiteit in vormgeving van kleinschalige woonprojecten. Woonvormen zijn vaak niet vergelijkbaar wat betreft schaal en inrichting, locatie (op het terrein van het verpleeghuis of in de wijk), maar ook niet wat betreft de wijze waarop de zorg georganiseerd en gefinancierd is. Het is belangrijk inzicht te krijgen in de kenmerken van kleinschalige woonvormen en de ervaringen met verschillende vormen van kleinschaligheid. Dit draagt bouwstenen aan voor het optimaliseren van nieuwe projecten. Daarom is het doel van dit onderzoek inzicht te krijgen in de stand van zaken, ontwikkelingen en ervaringen rondom kleinschalige woonvormen in Limburg. De volgende onderzoeksvragen worden hierbij gesteld:

1. Welke projecten op het terrein van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie zijn in de provincie Limburg operationeel en in voorbereiding en wat zijn hun kenmerken?
2. Hoe is de spreiding van deze projecten en hoe verhouden de Limburgse initiatieven zich tot de landelijke?
3. Is er sprake van een ondervertegenwoordiging van Limburgse projecten (a), en zo ja, welke oorzaken zijn hiervoor aan te wijzen (b)?
4. Wat zijn de ervaringen van bewoners, verzorgenden, leidinggevenden en familie in huidige kleinschalige woonvormen in Limburg?
5. Wat zijn volgens betrokkenen belemmerende en bevorderende factoren bij het opstarten van kleinschalige woonvormen?

Dit onderzoek vormt het eerste deel van een groter onderzoeksproject naar kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie. Het tweede deel bestaat uit een onderzoek naar de effecten van kleinschalige woonvormen op bewoners, mantelzorgers en werknemers. Deze effectstudie wordt uitgevoerd in de periode 2008 tot en met 2010.

Methoden van onderzoek [2]

2.1 Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie

De opzet van het huidige onderzoek is een beschrijvend, cross-sectioneel onderzoek. Allereerst is een enquête uitgevoerd onder alle zorgorganisaties in Limburg die verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg bieden (periode januari t/m april 2007). Door middel van deze enquête zijn de operationele en geplande projecten op het gebied van kleinschalig wonen geïnventariseerd (onderzoeksvraag 1 en 2). Op basis hiervan kan een vergelijking gemaakt worden met de Nederlandse databank (onderzoeksvraag 3a). Vervolgens zijn interviews gehouden met personen die beroepsmatig betrokken zijn bij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen (periode april t/m juni 2007). Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3b zijn leden van de Raad van Bestuur van enkele zorgorganisaties, vertegenwoordigers van zorgkantoren en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), afdeling Limburg, geïnterviewd. Daarnaast zijn ter beantwoording van de onderzoeksvragen 4 en 5 interviews gehouden met leidinggevenden, verzorgenden en familieleden, tevens lid van de lokale cliëntenraad, die betrokken zijn bij operationele projecten in Limburg.

2.2 Procedure

2.2.1 Enquête

Allereerst zijn Raden van Bestuur of directies van alle zorgorganisaties die verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg bieden in Limburg schriftelijk benaderd voor medewerking. De organisaties zijn geselecteerd op basis van gegevens in de Zorg en Ondernemen Adresgids 2006/2007 en het Adresboek VVZS¹ 2007. Daarnaast zijn, indien beschikbaar, de internetsites van de zorgorganisaties geraadpleegd ter controle en verdere informatie. Vervolgens is met iedere zorgorganisatie telefonisch contact opgenomen om medewerking te verifiëren. Vragenlijsten zijn per post of per email, afhankelijk van voorkeur, verstuurd naar de contactpersoon binnen de organisatie. Bij het uitblijven van een reactie is na twee weken een herinnering gestuurd; deze herinnering is zonodig na twee weken herhaald.

2.2.2 Interviews

Onderzoeksvraag 3b

Voor onderzoeksvraag 3b is de voorzitter van de Raad van Bestuur of een directielid van 6 zorgorganisaties schriftelijk uitgenodigd voor een interview. De zorgorganisaties zijn geselecteerd op basis van informatie uit de enquête. Er is gekeken naar een evenwichtige spreiding van organisaties met ($n=3$) en zonder ($n=3$) operationele kleinschalige woonprojecten. Tevens is hierbinnen rekening gehouden met een evenredige spreiding naar regio. In iedere groep is één organisatie uit de regio Noord/Midden Limburg uitgenodigd en twee uit de regio Zuid. Naast de zorgorganisaties zijn tevens de zorgkantoren ($n=2$) in Limburg benaderd. Als

1 VVZS = Verzorgings-, Verpleeg-, Ziekenhuizen en Serviceflats in Nederland

laatste is de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), afdeling Limburg, gevraagd om het perspectief van de cliënten naar voren te brengen.

Onderzoeksvragen 4 en 5

Voor de onderzoeksvragen 4 en 5 zijn operationele kleinschalige woonprojecten in Limburg geselecteerd op basis van de informatie uit de enquête. Er zijn 4 verschillende projecten geselecteerd: losstaand in de wijk, geclusterd op het terrein van het verpleeghuis, als onderdeel van een servicecomplex en een clustering in een grootschalig verband. Alle projecten bestonden uit maximaal 8 bewoners per groepswoning en deze gaven aan dat de dagelijks gang van zaken volledig door de bewoners en mantelzorgers werd bepaald. Van deze projecten werd de contactpersoon uit de enquête benaderd voor medewerking aan de interviews. Dit was in alle gevallen de leidinggevende van het project. Per project zijn 3 interviews gehouden: met de leidinggevende, een verzorgende en een familielid, dat tevens lid was van de lokale cliëntenraad. Hiervoor is gekozen om de verschillende perspectieven in kaart te brengen. De leidinggevende heeft de verzorgende en het familielid benaderd voor deelname aan het interview. Afhankelijk van het project en geïnterviewde werd ingegaan op de meest relevante thema's. Alle interviews werden opgenomen op band, waarvoor vooraf toestemming gevraagd werd.

2.3 Meetinstrumenten

2.3.1 Enquête

Voor de enquête ter inventarisatie van projecten en plannen op het gebied van kleinschalig wonen is een vragenlijst samengesteld (formulier 1, zie bijlage 2). Deze vragenlijst betreft projecten die voldoen aan de volgende criteria:

1. er moet verpleeghuiszorg geboden worden (oftewel intensieve residentiële zorg op basis van AWBZ indicaties verblijf en behandeling);
2. de doelgroep betreft specifiek ouderen met psychogeriatrische problematiek (PG);
3. de kleinschalige projecten moeten operationeel zijn of er moeten concrete plannen zijn voor de realisatie hiervan:
 - a. een project wordt kleinschalig genoemd wanneer de woongroep bestaat uit maximaal 15 bewoners en wanneer de huishouding gezamenlijk wordt gevoerd.
 - b. met concrete plannen wordt bedoeld dat er al gestart is met de bouw of dat de startdatum voor de bouw gepland staat vóór 1 januari 2010.

Er is gekozen voor een ruime definitie van kleinschaligheid (max. 15 bewoners) om zo inzicht te krijgen in een breed scala aan projecten. Het aantal van 15 bewoners wordt internationaal als maximum voor kleinschaligheid beschouwd [11]. Kleinschalige projecten waarbij de nadruk

hoofdzakelijk ligt op ouderen die geen PG-problematiek ervaren, gehandicaptenzorg, algemene psychiatrie, of jong volwassenen, zijn niet meegenomen in de inventarisatie.

De vragenlijst bestaat uit drie secties: algemene kenmerken, uitgangspunten bij samenstelling van de bewonersgroep en kenmerken van de organisatie. De algemene kenmerken zijn gebaseerd op informatie die beschikbaar is in de landelijke databank [10] om zo een landelijke vergelijking te kunnen maken. Er is onder andere gevraagd naar het ontstaan en situering van het project, het aantal bewoners en het aantal groepswooningen. De secties samenstelling bewonersgroep en organisatiekenmerken zijn gebaseerd op een literatuurstudie, uitgevoerd naar de kenmerken van kleinschalig wonen. Vragen over kenmerken van bewoners hebben onder andere betrekking op selectiecriteria en bepaling van de dagelijkse gang van zaken. Organisatiestructuur, bijdrage van mantelzorgers en vrijwilligers en het gebruik van domotica zijn enkele voorbeelden van vragen met betrekking tot kenmerken van de organisatie. De gebruikte functie-indeling voor domotica is gebaseerd op het functioneel Programma van Eisen ontworpen voor kleinschalig wonen voor mensen met dementie [12].

Indien zorgorganisaties kleinschalige woonprojecten hebben die niet aan de definitie voldoen (zie hierboven) of wanneer zij geen intentie hebben om kleinschalig wonen te realiseren, is een tweede vragenlijst gestuurd (formulier 2, zie bijlage 2). Hierop kon worden vermeld waarom er geen intentie was om kleinschalig wonen te realiseren, of kon een omschrijving van het project gegeven worden. De omschrijving kon worden gegeven aan de hand van de volgende drie aspecten: algemene kenmerken (zoals situering, aantal bewoners), bewonersgroep (kenmerken bewoners, selectiecriteria) en organisatie (zoals personele inzet, zorgbesteding).

2.3.2 Interviews

Onderzoeksvraag 3b

Voor onderzoeksvraag 3b is een vragenlijst voor een semigestructureerd interview opgesteld, die bestond uit drie delen. In het eerste deel werd gevraagd naar de mening over de huidige ontwikkelingen op het gebied van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie, in het bijzonder de toename en stimulering vanuit de overheid, en of het geschikt gevonden werd voor alle bewoners. Het tweede deel betrof de stand van zaken op het gebied van kleinschalig wonen in de provincie Limburg. Hierbij werd specifiek gevraagd naar oorzaken voor een eventuele ondervertegenwoordiging. Als laatste onderdeel van het interview werd gevraagd naar de algemene visie op de ontwikkeling van kleinschalige wonen in de toekomst. Hierbij is gevraagd naar de mate waarin de toename van kleinschalige woonvormen zal doorzetten, in welke vorm kleinschalig wonen zich zal ontwikkelen en welke verwachting men heeft van de financiële haalbaarheid.

Onderzoeksvragen 4 en 5

Om onderzoeksvragen 4 en 5 te beantwoorden zijn 3 semigestructureerde vragenlijsten opgesteld: voor de leidinggevende, verzorgende en familielid. In alle interviews is een tweedeling aangebracht in de vragen. Het eerste deel van het interview behandelde vragen over de voorbereidende fase van het project, in het tweede deel werd ingegaan op de uitwerking hiervan in de operationele fase. In alle interviews zijn de volgende onderwerpen in meer of mindere mate aan bod gekomen, afhankelijk van de geïnterviewde en project: voorbereiding van werknemers, familie en bewoners, het aanbrengen van huiselijkheid in het project en in hoeverre deze aspecten in de operationele fase ook daadwerkelijk naar voren zijn gekomen. Hierbij is steeds veel ruimte gelaten voor het melden van positieve en negatieve ervaringen met het project en aspecten die men nu anders zou doen. Met de leidinggevendenden is vervolgens dieper ingegaan op de zorgvisie en werving en selectie van medewerkers. Met de verzorgenden is besproken hoe een gemiddelde werkdag eruit ziet, wat de verschillen zijn met werken op een reguliere afdeling en waarom gekozen is voor het werken in een kleinschalige woonvorm. Met het familielid is besproken in hoeverre ze betrokken zijn geweest bij de voorbereidingen en in hoeverre dat op prijs werd gesteld.

2.4 Analyse

2.4.1 Enquête

Gegevens van de vragenlijst zijn ingevoerd en op beschrijvende wijze geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS, versie 13.0. Allereerst zijn frequentieverdelingen gemaakt van de gegevens voor alle projecten. Daarna is een splitsing gemaakt in operationele en geplande projecten, omdat deze mogelijk wat betreft kenmerken van elkaar verschillen. Deze procedure is herhaald voor projecten met maximaal 8 en 9 of meer bewoners per groep. Dit is gedaan om de vergelijking met de landelijke databank te kunnen maken waarin alleen projecten zijn opgenomen met maximaal 8 bewoners. Daarnaast wordt het aantal van 8 bewoners in Nederland gezien als maximum voor kleinschaligheid [8]. Er kunnen daarom mogelijk verschillen bestaan tussen projecten met meer of minder bewoners.

2.4.2 Interviews

De op band opgenomen interviews zijn uitgetypt. Vervolgens zijn ter beantwoording van onderzoeksvraag 3b per vraag overeenkomsten en verschillen in de antwoorden van respondenten geclusterd. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de drie doelgroepen (Raad van Bestuur, zorgkantoor en LOC-Limburg) wanneer er sprake is van een duidelijk verschil in mening. Onderzoeksvragen 4 en 5 zijn geanalyseerd per doelgroep (leidinggevende, verzorgende en familielid). Per doelgroep zijn de thema's geclusterd en samengevat die in alle 4 projecten het meest uitgebreid besproken zijn.

Kleinschalig wonen in Limburg [3]

3.1 Respons enquête

In totaal zijn 23 zorgorganisaties (april 2007) geïdentificeerd die verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg bieden in de provincie Limburg, waarvan 21 hun medewerking hebben verleend aan de enquête. Dit is een respons van 91%. Reden voor non-respons is onbekend. Van de 21 zorgorganisaties hebben 18 organisaties aangegeven projecten te hebben die aan de vooraf opgestelde definitie van kleinschalig wonen voldoen. Zij hebben gezamenlijk 44 keer de vragenlijst hierover (formulier 1; bijlage 2) teruggestuurd. De resterende 3 organisaties hebben aangegeven geen projecten volgens de definitie maar wel andere, vergelijkbare projecten te hebben op het gebied van kleinschaligheid. Daarover hebben zij formulier 2 (bijlage 2) ingevuld en teruggestuurd. Twee organisaties hebben zowel formulier 1 als 2 ingevuld teruggestuurd.

3.2 Inventarisatie kleinschalige woonvormen

In totaal zijn 44 kleinschalige woonprojecten voor ouderen met dementie gerapporteerd, die in totaal plaats bieden aan 1.389 bewoners. Hiervan zijn 14 projecten operationeel (met 363 bewoners) en 30 gepland (met 1.026 bewoners).

Algemene kenmerken

De algemene kenmerken van de projecten zijn beschreven in tabel 1. Hierin is een onderscheid gemaakt tussen operationele en geplande projecten.

Situering. Met name geplande projecten zijn gesitueerd in de wijk, waarvan het merendeel (n = 11) bestaat uit een clustering van woningen. De operationele projecten betreffen voornamelijk kleinschalige units in een groter verpleeg- of verzorgingshuis (n = 9; 64%). Woningen die anders van aard zijn, zijn voor het grootste deel onderdeel van een groter complex (n = 6; 67%). De woningen worden bijvoorbeeld geclusterd met verzorgingshuisplaatsen, zorgafpartementen en overige woningen, of zijn onderdeel van een servicecomplex.

Fase. Op het moment van de enquête (april 2007) is de minderheid van de projecten operationeel (n = 14; 32%). Deze projecten zijn voornamelijk in de afgelopen 5 jaar gerealiseerd. Van de geplande projecten is 20% (n = 6) reeds gestart met de bouw; de meerderheid van de overige projecten start met de bouw in de loop van 2007 of 2008 (n = 21; 70%). De verwachting is dat alle geplande projecten in 2010 operationeel zullen zijn.

Ontstaan. De meerderheid van de projecten (n = 28; 64%) wordt gerealiseerd door middel van nieuwbouw. Dit is met name het geval bij de geplande projecten.

Omgeving. De projecten liggen ongeveer even vaak in een stedelijke als in een landelijke omgeving. Dit geldt voor zowel operationele als geplande projecten.

Tabel 1. **Algemene kenmerken van projecten (in totaal en apart weergegeven voor operationele en geplande projecten).**

	Totaal	Operationeel	Gepland
Aantal projecten	44	14	30
Situering (n)			
Wijk (losstaand of geclusterd)	30% (13)	7% (1)	40% (12)
Terrein verpleeghuis	16% (7)	14% (2)	17% (5)
Kleinschalige unit	34% (15)	64% (9)	20% (6)
Anders	20% (9)	14% (2)	23% (7)
Ontstaan (n)			
Renovatie	34% (15)	50% (7)	23% (7)
Nieuwbouw	64% (28)	43% (6)	73% (22)
Anders	2% (1)	7% (1)	3% (1)
Omgeving (n)			
Platteland	46% (20)	57% (8)	40% (12)
Stedelijk	55% (24)	43% (6)	60% (18)
Afstand hoofdlocatie (n)			
< 1 km	61% (27)	86% (12)	50% (15)
1 – 5 km	21% (9)	0% (0)	31% (9)
> 5 km	16% (7)	14% (2)	17% (5)
Onbekend	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Aantal groepswoningen per project (n)			
1 – 4	55% (24)	86% (12)	40% (12)
5 – 8	36% (16)	14% (2)	47% (14)
> 8	7% (3)	0% (0)	10% (3)
Onbekend	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Aantal bewoners per woning (n)			
t/m 8	73% (32)	43% (6)	87% (26)
9 of meer	25% (11)	57% (8)	10% (3)
Onbekend	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Locatiegrootte (n)			
t/m 24 bewoners	41% (18)	50% (7)	37% (11)
24 t/m 48 bewoners	46% (20)	50% (7)	43% (13)
49 t/m 96 bewoners	9% (4)	0% (0)	14% (4)
≥ 97 bewoners	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Onbekend	2% (1)	0% (0)	3% (1)

Afstand hoofdlocatie. Met name operationele projecten (n = 12; 86%) zijn dicht bij de hoofdlocatie gelegen, vrijwel allemaal (n = 11) zelfs op minder dan 200 meter. Bij de geplande projecten is een toename te zien van locaties op een afstand van 1 tot 5 kilometer van de hoofdlocatie.

Aantal groepswoningen. Voornamelijk operationele projecten (n = 12; 86%) bestaan uit een kleine clustering van woningen (maximaal 4 woningen per project). Bij geplande projecten is een trend om meer woningen te clusteren in vergelijking met operationele projecten. Hierbij is ongeveer 10% in grootschalig verband gelokaliseerd, met maximaal 16 woningen per project.

Aantal bewoners per woning. Ongeveer driekwart van de projecten (n = 32; 73%) bestaat uit kleinschalige woonvormen met een maximum van 8 bewoners. Bij de geplande projecten is dit zelfs bijna 87%. Operationele projecten hebben relatief vaker woningen met 9 bewoners of meer per groep.

Locatiegrootte. Verreweg de meeste projecten bestaan uit kleine locaties, tot en met 48 bewoners (n = 38; 88%). Geplande projecten bestaan ook uit enkele grotere locaties (n = 5; 17%), met een maximum van 116 bewoners per project.

Tabel 2. **Uitgangspunten bij samenstelling bewonersgroep (voor alle projecten in totaal en apart weergegeven voor operationele en geplande projecten, indien mogelijk).**

	Totaal	Operationeel	Gepland
Aantal projecten	44	14	30
Samenstelling bewonersgroep (n)			
Homogeen	7% (3)	14% (2)	3% (1)
Heterogeen	77% (34)	86% (12)	74% (22)
Nog niet bekend	16% (7)		23% (7)
Uitgangspunt levenslang wonen (n)			
Ja	93% (41)	100% (14)	90% (27)
Nee	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Nog niet bekend	5% (2)		7% (2)
Selectiecriteria (n)			
Ja	43% (19)	43% (6)	43% (13)
Nee	27% (12)	57% (8)	13% (4)
Nog niet bekend	30% (13)	0% (0)	43% (13)
Indien ja, welke selectiecriteria* (n)			
Exclusie bij ernstig storend gedrag	63% (12)		
Stadium dementie	21% (4)		
Mate van ADL beperkingen	11% (2)		
Sociale vaardigheden	11% (2)		
Overig			
Inzet mantelzorger	5% (1)		
Christelijke leef sfeer	5% (1)		

* N.B. per project kunnen meerdere criteria gehanteerd worden. Er is hierbij geen onderscheid gemaakt tussen operationele en geplande projecten, omdat de aantallen daar te klein voor zijn.

Samenstelling bewonersgroep

De uitgangspunten bij samenstelling van de bewonersgroep worden weergegeven in tabel 2. Operationele en geplande projecten lijken hierin weinig van elkaar te verschillen. Omdat bij geplande projecten vaak nog onbekend is of er selectiecriteria worden gehanteerd is hier geen vergelijking met operationele projecten mogelijk.

Samenstelling bewonersgroep. Ten minste driekwart van de projecten (n = 34; 73%) kiest voor een heterogene samenstelling van de groep wat betreft stadium en ernst van dementie.

Levenslang wonen. Vrijwel alle projecten (n = 41; 93%) hebben als uitgangspunt dat bewoners levenslang in de woning kunnen blijven wonen.

Selectiecriteria. 43% van de projecten (n = 19) geeft aan expliciet selectiecriteria te hanteren voor bewoners met betrekking tot de opname. In bijna tweederde van deze projecten worden bewoners uitgesloten met ernstige gedragsproblematiek (n = 12; 63%).

Organisatie

De kenmerken van de organisatie van de kleinschalige woonvorm zijn weergegeven in tabel 3. Hierin is wederom een onderscheid gemaakt tussen operationele en geplande projecten.

Organisatiestructuur. Met name de geplande projecten geven aan een overwegend zelfstandige voorziening te zijn (n = 18; 60%). De meerderheid van de operationele projecten (57%) geeft aan voor de zorgverlening gebruik te maken van voorzieningen van het verpleeg- en/of verzorgingshuis. Dit betreft bijvoorbeeld organisatie van activiteiten, keuken en de wasvoorziening.

Medewerkers. Vrijwel alle projecten maken gebruik van een vast team medewerkers. Van deze medewerkers krijgt ongeveer 80% (n = 35) een trainingsprogramma voor omgang met dementerende bewoners. Met name bij geplande projecten is deze speciaal ontworpen voor het werken in kleinschalige woonvormen. Bij één project hebben medewerkers geen training ontvangen, maar is er wel begeleiding geweest.

Dagelijkse gang van zaken. In ongeveer driekwart van de projecten (n = 32; 73%) wordt de dagelijkse gang van zaken volledig of voor een groot deel bepaald door bewoners en/of familie. Met de dagelijkse gang van zaken wordt hier bijvoorbeeld bedoeld het tijdstip van opstaan en naar bed gaan, deelname aan activiteiten, verzorging en koken.

Tabel 3. **Organisatiekenmerken van de kleinschalige woonvorm (weergegeven voor het totale aantal projecten en uitgesplitst naar operationele en geplande projecten).**

	Totaal	Operationeel	Gepland
Aantal projecten	44	14	30
Organisatiestructuur (n)			
Gebruik voorzieningen verpleeghuis	34% (15)	57% (8)	23% (7)
Overwegend zelfstandig	50% (22)	29% (4)	60% (18)
Combinatie	9% (4)	14% (2)	7% (2)
Nog niet bekend	7% (3)	0% (0)	10% (3)
Vast team medewerkers (n)			
Ja	95% (42)	100% (14)	93% (28)
Nee	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Nog niet bekend	5% (2)	0% (0)	7% (2)
Training (n)			
Ja, hetzelfde ongeacht kleinschaligheid	16% (7)	43% (6)	3% (1)
Ja, speciaal voor kleinschaligheid	64% (28)	50% (7)	70% (21)
Nee	2% (1)	7% (1)	0% (0)
Nog niet bekend	18% (8)	0% (0)	27% (8)
Bepaling dagelijkse gang van zaken door bewoners en/of familie (n)			
Volledig	30% (13)	29% (4)	30% (9)
Groot deel	43% (19)	43% (6)	43% (13)
Klein deel	20% (9)	21% (3)	20% (6)
Niet	2% (1)	7% (1)	0% (0)
Nog niet bekend	5% (2)	0% (0)	7% (2)
Inzet vrijwilligers (n)			
Veel (1 of enkele keren per week)	91% (40)	79% (11)	97% (29)
Een beetje (1 of enkele keren per maand)	9% (4)	21% (3)	3% (1)
Inzet mantelzorgers (n)			
Veel (1 of enkele keren per week)	71% (31)	57% (8)	77% (23)
Een beetje (1 of enkele keren per maand)	23% (10)	36% (5)	17% (5)
Nauwelijks (< 1 keer per maand)	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Niet (nooit of zeer incidenteel)	2% (1)	7% (1)	0% (0)
Nog niet bekend	2% (1)	0% (0)	3% (1)
Aanpassing fysieke omgeving (n)			
Ja	84% (37)	100% (14)	77% (23)
Gebruik van domotica	95% (35)	93% (13)	96% (22)
Indeling ruimten	54% (20)	57% (8)	52% (12)
Gebruik van kleuren	49% (18)	43% (6)	52% (12)
Overig	11% (4)	7% (1)	13% (3)
Nee	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Nog niet bekend	16% (7)	0% (0)	23% (7)
Domotica vergeleken met verpleeghuis (n)			
Meer	56% (20)	36% (5)	68% (15)
Evenveel	28% (10)	57% (8)	9% (2)
Minder	16% (6)	7% (1)	23% (5)

Inzet vrijwilligers en mantelzorgers. Geplande projecten denken vaker gebruik te kunnen maken van de structurele inzet van vrijwilligers en mantelzorgers dan nu gebeurt in operationele projecten. Vrijwel alle geplande projecten (n = 29; 97%) verwachten structureel 1 of meerdere keren per week vrijwilligers in te zetten, terwijl ongeveer 80% (n = 11) van de operationele projecten aangeeft dit daadwerkelijk te doen.

Ongeveer driekwart van de geplande projecten (n = 23; 77%) gaat uit van gemiddeld 1 of meerdere keren per week structurele inzet van mantelzorgers. Van de operationele projecten geeft iets meer dan de helft (57%) aan dit werkelijk te ontvangen.

Aanpassing fysieke omgeving. Bij ongeveer een kwart van de geplande projecten is het nog onbekend of ze de fysieke omgeving aanpassen speciaal voor mensen met dementie. Alle overige projecten geven aan dit wel te doen. Dit gebeurt in bijna alle gevallen (mede) door het gebruik van domotica (n = 35; 95%).

Het gebruik van domotica heeft als voornaamste functie mobiele communicatie voor het zorgpersoneel en andere medewerkers (n = 31; 89%). Daarnaast speelt veiligheid ook een belangrijke rol. Signalering in de nachtsituatie wordt in bijna driekwart van de projecten genoemd als functie van domotica. Dit gebeurt met name door middel van bewegingsdetectie naast videocamera's, deursignalering en geluid. Tevens worden overige alarmering en signalering (zoals mogelijkheid tot een actieve noodoproep) genoemd (n = 24; 69%) en veiligheid in het algemeen (n = 17; 49%). Dit laatste omvat: externe toegangscontrole, het automatisch uitgaan van kooktoestellen en toegangscontrole voor zorgpersoneel en vrijwilligers. Verder wordt domotica ook ingezet om het welzijn, comfort en gemak van bewoners te vergroten. Dit gebeurt hoofdzakelijk door middel van nachtorientatieverlichting (n = 23; 66%) en het automatisch aangaan van verlichting van voldoende sterkte (n = 16; 46%).

Met name geplande projecten (n = 15; 68%) geven aan meer gebruik van domotica te maken in vergelijking tot het reguliere verpleeghuis. Daarnaast geeft bijna een kwart van de geplande projecten (n = 5; 23%) aan juist minder gebruik te maken van domotica in kleinschaligheid; bij operationele projecten betreft dit slechts één project.

3.3 Kleine woningen (tot en met 8 bewoners) versus grotere (9 of meer)

Van één project is het aantal bewoners per woning onbekend; de onderstaande resultaten hebben daarom betrekking op 43 projecten.

Bijna driekwart van de projecten bestaat uit kleine woningen, gedefinieerd als woningen waarin maximaal 8 bewoners samenleven (n = 32; 73%). Hiervan heeft een ruime meerderheid gemiddeld 6 bewoners per woning, de overige woningen zijn bestemd voor 7 of 8 bewoners. Een kwart van de projecten heeft 9 of meer bewoners per woning (n = 11; 25%).

Een meerderheid van deze grotere projecten heeft gemiddeld 10 bewoners per woning (n = 6; 54%), variërend van 9 tot 13 bewoners.

Wat betreft kenmerken van de bewonersgroep worden nauwelijks verschillen gevonden tussen projecten grotere en kleine woningen en komen zij overeen met het algemene beeld (zie paragraaf 3.2). Er bestaan wel verschillen wat betreft algemene kenmerken (zie tabel 4) en organisatie (zie tabel 5).

Tabel 4. **Verschillen tussen kleine projecten (tot en met 8 bewoners per woning) en grotere projecten (9 bewoners of meer per woning): algemene kenmerken.**

	Totaal	t/m 8 bewoners	9 of meer bewoners
Aantal projecten	43	32	11
Situering (n)			
Wijk (losstaand of geclusterd)	30% (13)	37% (12)	9% (1)
Terrein verpleeghuis	16% (7)	22% (7)	0% (0)
Kleinschalige unit	34% (14)	19% (6)	73% (8)
Anders	20% (9)	22% (7)	18% (2)
Fase (n)			
Operationeel	32% (14)	19% (6)	73% (8)
Gepland	68% (29)	81% (26)	27% (3)
Ontstaan (n)			
Renovatie	34% (14)	22% (7)	64% (7)
Nieuwbouw	64% (28)	75% (24)	36% (4)
Anders	2% (1)	3% (1)	0% (0)
Omgeving (n)			
Platteland	46% (19)	34% (11)	73% (8)
Stedelijk	55% (24)	66% (21)	27% (3)
Afstand hoofdlocatie (n)			
< 1 km	61% (26)	56% (18)	73% (8)
1 – 5 km	21% (9)	28% (9)	0% (0)
> 5 km	16% (7)	13% (4)	27% (3)
Onbekend	2% (1)	3% (1)	0% (0)
Aantal groepswoningen per locatie (n)			
1 – 4	55% (24)	44% (14)	91% (10)
5 – 8	36% (16)	47% (15)	9% (1)
> 8	7% (3)	9% (3)	0% (0)
Locatiegrootte (n)			
t/m 24 bewoners	41% (18)	38% (12)	55% (6)
24 t/m 48 bewoners	46% (20)	50% (16)	37% (4)
49 t/m 96 bewoners	9% (4)	9% (3)	9% (1)
≥ 97 bewoners	2% (1)	3% (1)	0% (0)

Tabel 5. **Verschillen tussen kleine projecten (tot en met 8 bewoners per woonvorm) en grotere projecten (9 bewoners of meer per woonvorm): kenmerken van de organisatie.**

	Totaal	t/m 8 bewoners	9 of meer bewoners
Aantal projecten	43	32	11
Organisatiestructuur (n)			
Gebruik voorzieningen verpleeghuis	34% (15)	28% (9)	55% (6)
Overwegend zelfstandig	50% (22)	60% (19)	27% (3)
Combinatie	9% (4)	6% (2)	18% (2)
Nog niet bekend	7% (2)	6% (2)	0% (0)
Bepaling dagelijkse gang van zaken door bewoners en/ of familie (n)			
Volledig	30% (13)	41% (13)	0% (0)
Groot deel	43% (19)	41% (13)	55% (6)
Klein deel	20% (9)	16% (5)	36% (4)
Niet	2% (1)	0% (0)	9% (1)
Nog niet bekend	5% (1)	3% (1)	0% (0)

Algemene kenmerken

Grotere woningen zijn vaker gesitueerd als kleinschalige units in een verpleeg- en/of verzorgingshuis dan kleine woningen. Ze zijn vaker operationeel (73% vs. 19% van de kleine woningen) en de meerderheid is ontstaan door renovatie. Driekwart van de projecten met kleine woningen bestaat daarentegen uit nieuwbouw (n = 24; 75%). Grotere woningen zijn vaker gelokaliseerd op het platteland en liggen tevens dicht bij de moederlocatie. Vrijwel alle grotere woningen (n = 10; 91%) bestaan uit een clustering van maximaal 4 woningen. Bij kleine woningen is dit bijna de helft, de andere helft bestaat uit een clustering van 5 tot 8 woningen (n = 15; 47%) of meer (n = 3; 9%), met een maximum van 16 woningen.

Organisatie

Wat betreft kenmerken van de organisatie verschillen kleine en grotere woningen in organisatiestructuur en bepaling van de dagelijkse gang van zaken. Grotere woonvormen maken relatief vaker gebruik van de voorzieningen van het verpleeghuis, terwijl de kleine woningen vaker een overwegend zelfstandige voorziening zijn. Daarnaast hebben bewoners en familie in kleine woningen een grotere invloed op de dagelijkse gang van zaken.

3.4 Overige kleinschalige projecten

In totaal zijn 5 projecten geïdentificeerd die niet aan de vooraf opgestelde definitie van kleinschalig wonen voldoen (zie paragraaf 2.3.1), maar er wel aan gerelateerd zijn. Globaal kunnen deze projecten in 2 categorieën ingedeeld worden: kleinschalig wonen voor een andere doel-

groep en 'kleinschalig afdelingswonen'. Twee projecten geven aan kleinschalige woonvormen te hebben voor een andere doelgroep, namelijk voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH), ouderen waarbij psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en ouderen met een verstandelijke beperking. Eén van deze projecten bestaat uit een clustering van woningen met per woning 6 tot 7 bewoners. Het andere project is een kleinschalige woonunit die gesitueerd is in een woonzorgcentrum.

De andere 3 projecten bieden verpleeghuiszorg aan ouderen met dementie in de vorm van afdelingswonen georganiseerd op een kleinschalige manier. Dit houdt in dat er eenheden van 10 tot maximaal 15 bewoners gecreëerd worden die een gezamenlijke huiskamer delen. Er wordt echter geen gezamenlijke huishouding gevoerd. De projecten kunnen zowel in een verpleeg- als in een verzorgingshuis gelokaliseerd zijn. Eén project geeft aan zich met name te richten op de complexere gedragsproblematiek, in de andere twee projecten wonen met name religieuze bewoners. Eén organisatie geeft aan te kiezen voor kleinschalig afdelingswonen vanwege de volgende motieven: expertise in behandeling, financiële exploitatie, organiseren van welzijnsactiviteiten zoals hobbyclubs en het hebben van een keuze in welke afdeling (van 10) de bewoner het beste past.

3.5 Spreiding en vergelijking met Nederlandse databank

3.5.1 Spreiding

In de regio Noord en Midden Limburg zijn 13 projecten² geïdentificeerd waarover een enquête is ingevuld. Deze projecten bieden gezamenlijk plaats aan 379 bewoners. Hiervan zijn 3 projecten operationeel voor in totaal 88 bewoners. In de regio Zuid Limburg zijn 31 projecten³ geïdentificeerd. Deze projecten bieden plaats aan 1.010 bewoners. Hiervan zijn er 11 operationeel voor 275 bewoners.

Van alle 44 geïdentificeerde projecten zijn er in totaal 32 met kleinschalige woonvormen van maximaal 8 bewoners: 10 projecten in de regio Noord en Midden (295 bewoners) en 22 in Zuid Limburg (786 bewoners). Van de huidige capaciteit voor psychogeriatrische verpleeghuiszorg in de regio Noord en Midden Limburg is ongeveer 2% kleinschalig gerealiseerd; in de regio Zuid Limburg is dit circa 6%.

- 2 Naast deze 13 projecten zijn er nog 11 plannen voor kleinschalige projecten geïdentificeerd. Deze projecten waren echter ten tijde van het onderzoek nog niet concreet genoeg waardoor er geen vragenlijst is ingevuld. Derhalve zijn ze ook niet meegenomen in het huidige onderzoek.
- 3 Naast deze 31 projecten zijn er nog 5 kleinschalige projecten geïdentificeerd. Deze projecten waren echter ten tijde van het onderzoek nog niet concreet genoeg waardoor er geen vragenlijst is ingevuld. Derhalve zijn ze ook niet meegenomen in het huidige onderzoek.

3.5.2 Vergelijking met Nederland

Om de situatie wat betreft kleinschalig wonen in Limburg te vergelijken met de rest van Nederland is gebruik gemaakt van de gegevens uit de landelijke databank [10]. Hierin kunnen projecten met maximaal 8 bewoners per woonvorm worden aangemeld door zorgorganisaties. In de huidige analyse zijn daarom alleen projecten met een maximum van 8 bewoners per woonvorm meegenomen.

Situatie tot en met 2007

De behoefte aan psychogeriatrische verpleeghuiszorg is in Limburg in 2005 geschat op 3.183 plaatsen [6]. Op basis van de huidige enquête zijn in Limburg 5 operationele projecten in 2005 geïdentificeerd, met maximaal 8 bewoners per woonvorm. Deze bieden in totaal plaats aan 113 bewoners. Dit brengt het aandeel kleinschalig wonen in 2005 op 3,6% van de totale behoefte aan psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Gemiddeld in Nederland is dit percentage geschat op 10% in 2005, variërend per provincie van 1,7% tot 56% [2].

Op basis van de enquête zijn er 6 operationele projecten geïdentificeerd in april 2007. Hierdoor komt het totaal aantal kleinschalig gerealiseerde plaatsen uit op 160. Van deze 6 projecten zijn er 5 projecten aangemeld in juli 2007 in de landelijke databank. Dit geeft aan dat er nauwelijks sprake is van een onderrapportage van operationele projecten in Limburg.

Verwachting tot en met 2010

De verwachting is dat in 2010 in Limburg 3.639 mensen met dementie behoefte hebben aan psychogeriatrische verpleeghuiszorg [6]. Op basis van de enquête zijn in totaal 32 projecten geïdentificeerd, met maximaal 8 bewoners per woonvorm, die naar verwachting in 2010 operationeel zijn in Limburg. Zij bieden gezamenlijk plaats aan 1.081 bewoners. Op basis hiervan wordt geschat dat ongeveer 30% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg in 2010 gerealiseerd zal zijn in de vorm van kleinschalig wonen.

Op basis van gegevens in de landelijke databank is het aandeel kleinschalig wonen in Limburg geschat op 8% in 2010 [2]. Deze schatting is echter gebaseerd op slechts 10 operationele projecten in 2010. Op basis van de enquête zijn echter 32 projecten geïdentificeerd. Hieruit blijkt dat er in de databank een grote onderrapportage is van geplande projecten in Limburg.

Voor Nederland is de verwachting dat in 2010 ongeveer 25% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg kleinschalig gerealiseerd wordt [2]. Deze verwachting is echter gebaseerd op een waarschijnlijke onderregistratie van projecten. Tevens is er een grote spreiding in percentages tussen provincies. De provincies Zeeland en Noord-Holland lopen hierbij voor op de rest van Nederland. In Zeeland is de verwachting dat het aandeel kleinschalig wonen zal stijgen tot bijna 90% in 2010; deze provincie is hiermee koploper in Nederland. Dit wordt veroorzaakt doordat hier een aantal grote zorgorganisaties kiest om de huidige capaciteit aan reguliere

verpleeghuiszorg om te vormen tot kleinschalige woonvormen [13]. In Noord-Holland is de verwachting dat er in 2010 ongeveer 50% kleinschalig gerealiseerd is. De onderregistratie in deze provincie is waarschijnlijk veel minder groot dan in de rest van Nederland, omdat hier eind 2005 een actualisatie uitgevoerd is [2]. Een groot aantal projecten dat nog niet in de databank aanwezig was is hierna alsnog toegevoegd. Wanneer de gegevens uit het huidige onderzoek vergeleken worden met de gegevens uit de provincie Noord Holland zijn in Limburg, zowel in 2005 als in 2010, minder plaatsen psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd (zie tabel 6). Wel is de groei in het aantal plaatsen in Limburg ongeveer 2,5 keer zo groot als in Noord-Holland. De ontwikkeling in Noord-Holland kan mogelijk versneld tot stand gekomen zijn doordat de provincie al sinds 2003 een stimuleringsbeleid voor kleinschalige woonvormen heeft [2, 14]. Naast financiële investeringen wil de provincie kleinschalige woonvormen stimuleren door middel van voorlichting, kennisoverdracht en netwerken. Naast Noord-Holland kennen ook andere provincies intussen een eigen stimuleringsregeling, waaronder Noord-Brabant, Utrecht en Zuid-Holland.

Tabel 6. **Vergelijking Limburg, Noord-Holland en gemiddelden in Nederland.**

	2005	2010
<i>Aantal plaatsen PG kleinschalig wonen</i>		
Limburg ¹	113	1.081
Noord Holland ²	1.090	3.772
Nederland ²	4.442	10.834
<i>Behoefte aan PG verpleeghuiszorg²</i>		
Limburg	3.183	3.639
Noord Holland	7.234	7.734
Nederland	44.600	48.707
<i>Aandeel kleinschalig wonen</i>		
Limburg	3,6%	29,7%
Noord Holland	15,1%	48,8%
Nederland	9,7%	24,9%

¹ Cijfers gebaseerd op het huidige onderzoek (enquête periode januari – april 2007)

² Cijfers gebaseerd op van Waarde & Wijntjes (2007). De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

Visie en ervaringen kleinschalig wonen

[4]

4.1 Visie op ontwikkelingen in kleinschalig wonen

4.1.1 Respons interviews

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3b zijn in totaal 9 interviews afgenomen met 11 respondenten. Onder deze respondenten bevonden zich 6 leden van de Raad van Bestuur en/of de directie van zorgorganisaties, 3 zorginkopers van de zorgkantoren en 2 bestuursleden van de LOC-Limburg.

De visie van de respondenten is ingedeeld in drie thema's: de ontwikkelingen tot heden (4.1.2), de stand van zaken in Limburg (4.1.3) en de verwachting ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen (4.1.4).

4.1.2 Ontwikkelingen kleinschalig wonen tot heden

Vrijwel alle respondenten vinden de landelijke toename van kleinschaligheid in het algemeen een goede ontwikkeling. Als belangrijkste reden hiervoor wordt aangegeven dat de benadering van bewoners beter geacht wordt:

“Op zich kan ik me voorstellen dat het een vorm is van benadering en begeleiding van dementerenden die meer recht doet aan hun mensheid, dat ze beter als persoon gezien blijven en dat er mogelijkheid is om meer precies aandacht te hebben voor de individuele mens.”

Kleinschalige woonvormen kunnen de menselijke maat, huiselijkheid en herkenbaarheid terugbrengen en mensen zich thuis laten voelen. Hiervan verwachten de respondenten dat dit beter is voor bewoners, omdat er zo meer aandacht aan hen besteed kan worden, hetgeen zorg op maat bevordert. Tevens wordt rust genoemd als positieve invloed; hiervan wordt gedacht dat dit leidt tot minder medicatie, fixatie en een grotere betrokkenheid van familie.

Daarnaast wordt ook de vermaatschappelijking van de zorg genoemd als een positieve invloed van kleinschalige woonvormen: het dichterbij de woonomgeving van de mensen zorg aanbieden. Hierdoor hebben bewoners meer gelegenheid om deel uit te maken van de maatschappij. Deze cultuurverandering wordt gezien als reactie op het medische model van zorg, waarbij er nu meer aandacht is voor wonen, welzijn en de mogelijkheden van bewoners, in plaats van gebreken die ze ervaren.

Aanvullend wordt de taakdifferentiatie van medewerkers positief genoemd. Het feit dat verzorgenden 'allrounders' zijn, zorgt ervoor dat ze veel weten over en doen met een klein aantal bewoners. Dit geeft een gevoel van veiligheid, zekerheid en rust bij de bewoners.

Tabel 7. Beschrijving reacties ten aanzien van de ontwikkelingen kleinschalig wonen tot nu toe.

	Thema
Positief	<ul style="list-style-type: none"> - Betere benadering bewoners verwacht in kleinschaligheid - Vermaatschappelijking van de zorg - Taakdifferentiatie medewerkers
Negatief	<ul style="list-style-type: none"> - Bedrijfsmatige problemen - Maatschappelijke druk / trendgevoeligheid - Invulling rol mantelzorger
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> - Twijfel bij: <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gedragsstoornissen • Ernstige stadia van dementie • Complexe zorgvraag - Verwachting dat er behoefte blijft aan 'grootschaligheid'

Naast bovengenoemde positieve reacties worden ook diverse negatieve aspecten genoemd van kleinschalige woonvormen. Als grootste obstakel worden bedrijfsmatige problemen genoemd; getwijfeld wordt aan de financiële haalbaarheid (zie ook 4.1.4), de praktische haalbaarheid en exploitatie van projecten. Grootschaligheid biedt schaalvoordelen waardoor voorzieningen gerealiseerd kunnen worden die in kleinschalige woonvormen moeilijker te bewerkstelligen zijn. Met de exploitatie hangen ook personele kwesties samen. Is het mogelijk om een 24-uurs bezetting te realiseren? Wat gebeurt er met de deskundigheid van het personeel als men (te)veel deconcentreert? Kunnen medewerkers die eerst afdelingsgebonden werkten de nieuwe brede opvatting realiseren? Coaching van medewerkers is hierbij van groot belang. Zij moeten de visie uitdragen en ook vast blijven houden.

Sommige respondenten ervaren de huidige ontwikkelingen ook als maatschappelijke druk. Eén respondent verwoordt dat de beeldvorming als het ware dwingt, dat men anders wordt afgeschilderd als een achterblijver die een slechtere kwaliteit van zorg levert. Anderen noemen dit trendgevoeligheid, hetgeen als negatief beschouwd wordt:

“Ik vraag me soms af of het geen trend is waar iedereen als een dulle stier achteraan loopt. Zonder dat je je afvraagt in hoeverre wat mogelijk is . . . als je maar bewust bezig bent. Waar wil ik het, waarom wil ik het en wie wil ik met elkaar verbinden, dat vind ik wel belangrijk. Ik denk niet dat je dat klakkeloos moet doen maar dat je er heel bewust mee bezig moet blijven.”

Sommige respondenten wijzen erop dat kleinschalig wonen niet de oplossing is voor alle problemen, zoals nu soms gesuggereerd wordt. De vorm dreigt nu een doel op zich te worden en dit is niet de bedoeling, vinden de meeste respondenten. Het uitgangspunt is zorg voor ouderen met dementie en daar moet een vorm van wonen bij gekozen worden. De bewoner en zijn of haar beleving staat centraal en deze moet niet ondergeschikt worden aan een organisatiestructuur.

Bovendien geven sommige respondenten aan onzeker te zijn over de invulling van de rol van de familie en mantelzorgers. Mantelzorgers worden vaak geacht een grotere rol te spelen bij het zorgproces in kleinschalige woonvormen. Het is echter nog onzeker in hoeverre deze mantelzorgers er zijn: de regio vergrijsst en daarbij worden ook de mantelzorgers steeds ouder. Hierdoor hebben zij zelf ook vaak fysieke problemen waardoor een actieve rol bemoeilijkt kan worden. Tevens moeten ze leren omgaan met het ziekteproces van hun partner, vader of moeder en dit is emotioneel belastend. Daar tegenover geeft een andere respondent aan dat in de huidige reguliere zorg mantelzorgers vaak buitengesloten worden. Kleinschalig wonen wordt ervaren als een kans om de mantelzorger actiever te betrekken bij de zorg.

Doelgroep

Respondenten vinden de vraag of kleinschalig wonen geschikt is voor alle PG bewoners moeilijk te beantwoorden. Vaak wordt getwijfeld aan de geschiktheid voor mensen met ernstige gedragsstoornissen, zoals agressie en onrustig gedrag. Dit zou een grotere invloed kunnen hebben in kleinschalige woonvormen dan in een grotere groep op een reguliere afdeling.

Daarnaast speelt ook de ernst van de dementie een rol. Sommige respondenten twijfelen aan de geschiktheid van kleinschalige woonvormen voor zwaarder dementerenden. Deze bewoners vragen een zeer intensieve zorg met vaak ook zware somatische problematiek. In kleinschalige woonvormen werken vaak maar één of twee verzorgenden tegelijkertijd, waardoor het extra belastend is voor hen wanneer een bewoner een complexe zorgvraag heeft. Dit kan mogelijk ten koste gaan van de andere bewoners. Tevens wordt getwijfeld of en in hoeverre deze bewoners kunnen profiteren van de omgeving en groepsdynamica in kleinschalige woonvormen:

“Binnen zo’n kleinschalige setting praat je over één of twee mensen die voor een groep moeten zorgen. Op het moment dat daar één bewoner is die zoveel aandacht absorbeert, vanwege afwijkend gedrag of zijn zorgvraag, denk ik dat dat ten koste gaat van de sfeer en leefbaarheid in zo’n groep.”

De meeste respondenten denken daarom dat er behoefte blijft aan grootschalige voorzieningen, met name voor de bewoners met een complexe zorgvraag. Deze grootschalige voorzieningen kunnen echter wel kleinschalig en huiselijk ingericht worden.

Een meerderheid van de respondenten geeft aan dat bewoners levenslang in een woning moeten kunnen blijven wonen. Wanneer gesproken wordt over geschiktheid vraagt men zich af wie het beste van een kleinschalige woonvorm kan profiteren. Vaak wordt hierbij ook gewezen op de samenstelling van de groep. Deze ontstaat veelal uit een zekere willekeur, terwijl men selectiever te werk zou willen gaan. Men geeft aan toch op een bepaalde manier te willen kijken naar wie bij wie past.

Tabel 8. **Beschrijving reacties ten aanzien van de stand van zaken in Limburg.**

	Thema
Achterstand	<ul style="list-style-type: none"> - Nee (± 50%): <ul style="list-style-type: none"> • Vraag van mensen uit provincie blijft achter - Ja (± 50%): <ul style="list-style-type: none"> • Minder keuze in zorgaanbod • Er hadden meer woningen kunnen zijn gezien de plannen die er waren
Oorzaken achterstand	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen met de bouw: <ul style="list-style-type: none"> • Verzet uit de wijk • Facilitatie woningbouwcorporatie, gemeente en provincie • Wettelijke regelingen - Levensbestendig maken van verzorgingshuizen - Voorzichtigheid
Verwachte sterke toename	<ul style="list-style-type: none"> - Positief: <ul style="list-style-type: none"> • Betere benadering bewoners verwacht in kleinschaligheid • Vergroting keuzemogelijkheden • Vergroting succeskans door grootschalige aanpak - Negatief: <ul style="list-style-type: none"> • Financiering • Het houdt niet op bij de vorm alleen: duidelijke visie nodig • Maatschappelijke druk / trendgevoeligheid
Redenen voor huidige toename	<ul style="list-style-type: none"> - Past binnen huidige maatschappelijke ontwikkelingen - Verbeterde samenwerking tussen partijen

4.1.3 Stand van zaken in Limburg

Achterstand

In Limburg zijn op dit moment minder kleinschalige woonvormen gerealiseerd dan gemiddeld in Nederland. De meningen zijn verdeeld over de vraag of dit een achterstand is.

De helft vindt het geen achterstand met als voornaamste reden dat de vraag van mensen uit de provincie achterblijft. Eén respondent geeft hierbij aan dat veel mensen in Limburg een groot sociaal netwerk hebben dat de zorg kan opvangen. Daarbij is de mentaliteit dat mensen niet zo snel om hulp vragen omdat ze vinden zelf verantwoordelijk te zijn voor de zorg. Een ander geeft aan dat mensen in Limburg niet zo initiatiefrijke zijn. Bewoners kiezen hier eerder voor het vertrouwde en herkenbare in plaats van een nieuwe woonvorm te proberen. Dit vertrouwde is niet alleen bij de bewoners te zien, maar ook bij medewerkers en zorgaanbieders.

De andere helft van de respondenten geeft aan het zeer zeker een achterstand te vinden. De belangrijkste reden hiervoor is dat er in Limburg nu minder keuze is in het zorgaanbod voor cliënten. Hiermee vinden ze dat de bewoners tekort gedaan wordt. Verder wordt het

als achterstand ervaren, omdat er meer kleinschalige woonvormen hadden kunnen zijn. Een aantal organisaties geeft aan al eerder plannen te hebben gehad om kleinschalige woonvormen te realiseren maar dat dit door diverse oorzaken niet van de grond gekomen is.

Oorzaken

Er worden verschillende mogelijke oorzaken genoemd voor het feit dat er minder kleinschalige projecten gerealiseerd zijn in Limburg. Sommige zorgorganisaties geven aan dat ze tegen veel problemen aanlopen bij de bouw van kleinschalige woonvormen. Deze problemen spelen zich af op verschillende gebieden. Eén respondent geeft aan dat er bij de bouw veel verzet is vanuit de buurt, hetgeen een bouwtraject lang kan hinderen.

Daarnaast spelen ook gemeenten en woningbouwcorporaties een belangrijke rol. Zij kunnen de realisatie van kleinschalige woonvormen faciliteren door bijvoorbeeld ruimte en bouwplekken beschikbaar te stellen. Sommige respondenten geven aan dat de gemeentelijke politiek weinig actief was op het gebied van kleinschaligheid in de wijk. Ook de provincie kan hierbij een grote rol spelen. Een stimuleringsbeleid vanuit de provincie heeft bijvoorbeeld in Noord-Holland geleid tot een sterke toename van kleinschalige woonvormen.

Verder geeft een respondent aan dat veel zorgorganisaties zich de afgelopen jaren aan de regels hebben gehouden zoals ze opgesteld zijn door onder andere het College Bouw. Lange tijd was grootschaligheid hierbij de norm. Hierdoor zijn veel traditionele grootschalige instellingen gebouwd met een levensduur van ongeveer 50 jaar. Organisaties hebben geen financiële dekking om alles ineens om te bouwen. Anderen geven aan nu pas met renovatieplannen bezig te zijn, die zich in de loop van de tijd hebben ontwikkeld in kleinschalige woonvormen.

Daarnaast is men in Limburg veel bezig geweest om verzorgingshuizen levensbestendig te maken, door verpleegafdelingen in verzorgingshuizen te realiseren. Eén respondent geeft hierbij aan dat de sfeer in een huis bepalend is voor het woongeluk van bewoners. Wanneer bewoners het erg naar hun zin hebben in een verzorgingshuis waar ze iedereen kennen, willen ze daar graag blijven wonen. De organisatie probeert dit zo veel mogelijk te faciliteren.

Hiermee hangt samen, zoals enkele respondenten aangeven, dat de volksaard van zowel de bevolking, als van de aanbieders en de medewerkers zelf voorzichtig is. Zij willen minder risico's lopen en kiezen daarom eerder voor het herkenbare en het vertrouwde; een ander noemt dit teveel interne focus. Enkele respondenten geven aan dat zorgaanbieders soms zo bezig zijn met een product dat ze kennen, dat ze geen risico's willen lopen door een andere vorm te kiezen. In Limburg zijn daarbij van oudsher relatief veel grote, traditionele instellingen gebouwd in vergelijking met de rest van Nederland. De kloof met wat er is en waar men naar toe gaat is dan zo groot dat het extra aandacht vraagt. Er moet een tweeslag gemaakt worden: zowel deconcentratie als het incorporeren van een andere visie van zorg. Eén respondent geeft met klem aan dat het er niet aan ligt dat de zorgaanbieders de ontwik-

kelingen niet zagen en niet mee wilden doen, maar dat het probleem hoofdzakelijk ligt in de ruimtelijke ordening.

Verwachte sterke toename

Uit de enquête blijkt dat veel zorgorganisaties de komende jaren kleinschalige woonvormen gaan realiseren. Vrijwel alle respondenten vinden dit een positieve ontwikkeling, maar er worden tegelijkertijd ook enkele kanttekeningen geplaatst:

“De ontwikkeling is goed. Ik vind dat je met de verworvenheden en inzichten die je opgedaan hebt met dementerenden ook iets moet doen en bouwkundig vertalen. Dit is tegenwoordig anders dan 30 jaar geleden. Eén van die dingen is kleinschaligheid. Dus de ontwikkeling vind ik goed, maar je moet niet doorslaan en andere verworvenheden vergeten. Dat is toch onze vakkennis.”

Er worden verschillende redenen genoemd waarom deze ontwikkeling nu zo sterk toeneemt. Allereerst wordt aangegeven dat het past binnen de huidige maatschappelijke ontwikkeling:

“... Het zal ook te maken hebben met de wensen uit de maatschappij. Dat mensen het liefst zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en opzien tegen de instituten. Dat het nu veel meer bespreekbaar wordt en prominenter op de agenda komt... Als wij proberen het niet meer een instituutsgevoel te geven maar een soort ontmoetingsgelegenheid, dan haal je er al een bepaalde lading vanaf. Ik denk dus dat mensen dat meer gaan zien en ook meer gaan eisen van waarom doe je dit niet? Dat stimuleert meer om die richting uit te gaan.”

Momenteel wordt kritisch aangekeken tegen grootschalige instituten. Dit past niet bij de individuele benadering die mensen wensen. Op deze maatschappelijke ontwikkelingen moeten zorgorganisaties inspelen. Eén respondent vergelijkt zorgorganisaties hierbij steeds meer met gewone bedrijven die producten hebben en door de markt aantrekkelijk gevonden moeten worden.

Daarnaast wordt er steeds meer samenwerking gezocht met andere partijen, mede doordat de financiële middelen van zorgorganisaties steeds minder worden. Dit kunnen woningbouwcorporaties zijn, die hun focus meer verleggen op maatschappelijke dienstverlening, maar ook scholen, welzijnsactiviteiten en andere sectoren binnen de gezondheidszorg. De regel- en wetgeving wordt soepeler, hetgeen een positieve invloed heeft. Er is stimulering vanuit alle kanten, bijvoorbeeld vanuit brancheorganisatie Actiz, maar ook vanuit het ministerie van VWS en de provincie. Dit creëert mogelijkheden die er eerst niet waren waardoor zorgorganisaties nu een breder draagvlak hebben. Door het betrekken van meerdere partijen bij de realisatie van kleinschalig wonen, wordt ook de succeskans van projecten vergroot. Dit wordt als positief ervaren.

4.1.4 Verwachting toekomstige ontwikkelingen

Toename kleinschalige woonvormen

Respondenten vinden het moeilijk te voorspellen of de toename van kleinschalige woonvormen zal doorzetten, omdat dit van vele factoren afhankelijk is. In het algemeen verwachten ze dat de stijgende lijn voorlopig nog wel door zal zetten, zeker de komende 5 à 10 jaar. Momenteel zijn er veel plannen en projecten in aanbouw, waarbij het enige tijd duurt voordat deze gerealiseerd zijn. Twee respondenten geven aan dat het aantal kleinschalige woonvormen zal stijgen tot ongeveer de helft van het aanbod en dat dan de trend zal stoppen. Wellicht zijn er tegen die tijd nieuwe inzichten en worden deze weer anders bouwkundig vertaald. Eén respondent verwacht dat de trend zich daarna mogelijk ontwikkelt naar individualisering, als tegenhanger van het groepsidee in kleinschalige woonvormen. Hierbij is er meer aandacht voor het organiseren van zorg rondom leefstijl in iets grotere instellingen.

Er worden diverse factoren benoemd, die van invloed zijn op de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen. Sommigen verwachten dat de financiële factor de grootste invloed heeft op de groei. Zij denken dat er in het kader van de betaalbaarheid wederom wordt gekozen voor grootschaligheid.

Daarnaast wordt ook de personele inzet genoemd als bepalende factor. Er dreigt een tekort aan personeel in de sector. Daarbij vragen de respondenten zich af of er voldoende medewerkers zullen kiezen om in kleinschalige woonvormen te werken. Respondenten verwachten dat kleinschaligheid bepaalde type medewerkers aantrekt, terwijl anderen liever kiezen voor werken in grootschalig verband:

“ . . . En mensen die het doen zijn over het algemeen wat ouder, 35+, en hebben een soort kordaatheid die hen ook geschikt maakt om het te doen en er zijn mensen die dat per se niet willen. Sommige wel na het zien, anderen komen op het idee terug. Sommigen vinden het geweldig want je doet alles, van voor tot achter, het is helemaal jouw verantwoordelijkheid. En anderen zeggen: dit wil ik niet, ik wil geen tweede huishouden runnen. Dat is te druk, te veel en te anders; ik wil zorg verlenen, veel voorbeholden handelingen doen.”

Competenties die hierbij belangrijk worden geacht zijn assertiviteit en communicatieve vaardigheden. Ook voor de ondersteunende diensten is het een omslag: alles wat niet in de directe leef sfeer van de bewoner afspeelt komt op bezoek. Het vraagt een andere attitude van bijvoorbeeld de arts, psycholoog, ergo- en fysiotherapeut en een respondent vraagt zich of die slag gemaakt kan worden met de huidige mensen.

De rol van de mantelzorger wordt ook genoemd als onzekere factor. Bij het scheiden van wonen en zorg verwacht met name het LOC nogal een druk op de mantelzorger. Deze moet veel zaken regelen voor bewoners en de vraag is of de mantelzorger dat wil en kan.

Tabel 9. Beschrijving van reacties ten aanzien van de verwachte toekomstige ontwikkelingen.

	Thema
Toename kleinschalig wonen	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlopig zal de toename doorzetten Daarna afhankelijk van: <ul style="list-style-type: none"> - Financiën - Inzet personeel - Rol mantelzorgers
Vorm kleinschalige wonen	<ul style="list-style-type: none"> - Diversiteit in zorgaanbod moet behouden blijven - Clustering: <ul style="list-style-type: none"> • In grootschalig verband • In de wijk • Aanhaken bij een moederinstelling
Financiële haalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - Velen hebben hier twijfels bij - Haalbaar indien clustering - Professionaliteit moet wel behouden blijven

Vorm kleinschaligheid

Alle respondenten wijzen op de diversiteit die behouden moet worden in het zorgaanbod, ook in kleinschalige woonvormen. Zo kan maatwerk geboden worden, aangezien niet alle bewoners het prettig zullen vinden om in een groep te leven. Eén respondent geeft aan dat wanneer alles kleinschalig wordt ook hier institutionalisering zal optreden, hetgeen niet gewenst is.

De meeste respondenten verwachten een bepaalde vorm van clustering in de realisatie van kleinschalig wonen. Er kan vervolgens op verschillende manieren invulling aan deze clustering gegeven worden. Sommigen verwachten dat kleinschalig wonen voornamelijk in grootschalig verband zal gaan plaatsvinden, mede vanwege de personele inzet. Hierbij kunnen bestaande grootschalige accommodaties, met bijbehorende afschrijvingstermijn, vaker verbouwd worden. Daarnaast geven 2 respondenten aan dat kleinschalig wonen onder een grootschalig dak bewoners de mogelijkheid geeft anoniem te zijn. De sociale controle in kleinschalige woonvormen vinden zij groot. Een ander voordeel van grootschaligheid is dat hierin aparte voorzieningen getroffen kunnen worden tegen bepaalde vormen van besmetting (bijvoorbeeld MRSA). Deze zullen altijd blijven bestaan en in kleinschaligheid is dan meteen een heel huis besmet.

Daarnaast wordt ook een clustering in de wijk genoemd als vorm voor kleinschaligheid, met bijvoorbeeld groepswooningen bestemd voor PG bewoners, en/of combinaties voor andere doelgroepen, scholen, welzijnsactiviteiten en zorgwoningen. Een losstaand huis in de wijk wordt door de meeste respondenten niet realistisch geacht. Eén respondent verwacht dat er geclusterde woonkernen zullen ontstaan: huizen gebouwd rondom een wijksteunpunt, waarvan kleinschalige woonvormen onderdeel kunnen uitmaken. Waar de meeste respondenten niet in geloven zijn zogenaamde ouderensteden met hierin verschillende voorzie-

ningen. Ouderen zien dan nog alleen maar leeftijdsgenoten om zich heen en dat wordt niet wenselijk geacht.

Sommige respondenten uiten twijfels over het bouwen van woonvormen in de wijk. Zij verwachten dat de acceptatie vanuit de wijk minimaal is, met name omdat er tegenwoordig veel commotie en verzet ontstaat wanneer er in de wijk een verpleeg- of verzorgingshuis gebouwd wordt. De vraag die regelmatig terugkomt is: zit de wijk er wel op te wachten? Eén respondent geeft aan het belangrijk te vinden voor de kwaliteit van leven voor bewoners om hen te betrekken bij de wijk. Zo worden ze onderdeel van de samenleving en dit stimuleert wellicht ook jongeren na te denken om in de sector te gaan werken.

Overige vormen die genoemd worden richten zich meer op de aanhaking bij een moederinstelling. Kleinschalige woonvormen worden bijvoorbeeld genoemd als onderdeel van woonzorgcomplexen. Anderen zien een clustering dichtbij of op het terrein van de moederlocatie als mogelijkheid. Eén respondent geeft als reden voor aanhaking bij een moederinstelling het feit dat er een ambulante medisch team nodig is, zoals de arts, fysiotherapeut en psycholoog. Wanneer er een te grote versnippering optreedt is dit moeilijk te realiseren doordat capaciteitstijd verloren gaat. Een andere respondent geeft aan particuliere initiatieven te verwachten voor 8 tot 10 personen, die inspelen op de mogelijkheden van het Persoons Gebonden Budget (PGB). Eén respondent verwacht dat er teruggekomen wordt op kleinschaligheid en dat zorgorganisaties in een transmurale vorm zorg gaan aanbieden, met een veelzijdig aanbod waarbij doelgroepen niet meer zo gesplitst gaan worden.

Financiële haalbaarheid

Respondenten twijfelen over de financiële haalbaarheid ten opzichte van intramurale zorg. Een meerderheid verwacht wel dat het haalbaar is wanneer voorzieningen een bepaald volume hebben. Gemeenten kunnen de mogelijkheden hiervoor faciliteren, bijvoorbeeld door samenwerking met sociale en welzijnsvoorzieningen te bewerkstelligen.

Anderen respondenten denken dat het duurder is wanneer de zorg op dezelfde manier georganiseerd wordt zoals die nu is. De belangrijkste reden hiervoor is dat er meer medewerkers nodig zijn, omdat kleinschaligheid zorg deconcentreert. Kleinschalige woonvormen zullen dan op een andere manier georganiseerd worden, waarbij een aantal elementen uit grootschalige zorg moeten wegvallen. Eén respondent geeft als voorbeeld dat bij kleinschalig wonen voorzieningen als een keuken, portiers en wellicht zelfs (een deel van) de medische dienst niet meer nodig zijn. Een verpleeghuisarts is dan alleen maar aanwezig op de achtergrond als een soort specialist. Activiteitenbegeleiders zijn niet meer nodig want de activiteiten zijn gewoon de dingen uit het dagelijkse leven.

Respondenten geven aan dat de discussie hierover nog nauwelijks gevoerd wordt. Welke elementen moeten geleverd worden en voor welke prijs? De meeste respondenten wijzen hierbij nadrukkelijk op het feit dat de professionaliteit wel behouden moet blijven; kleinschalige woonvormen mogen niet alleen als welzijnsactiviteit beschouwd worden:

“ . . . Mensen die in kleinschaligheid wonen zijn geïndiceerd met een bepaalde zorgzwaarte, het zijn mensen met een verpleeghuisindicatie. Het is prima om vrijwilligers in te zetten, maar er is wel professionele zorg nodig. Daar zit voor mij een risico, dat je het te amateuristisch aan gaat pakken. Het gaat allemaal om de aandacht, maar het kan niet zo zijn dat mensen iets krijgen dat makkelijk te verhelpen was geweest als er meer deskundigheid was geweest. Dan ben je je veiligheid kwijt.”

“ . . . Maar ik denk wel dat je die kwaliteit van zorg en professionaliteit moet blijven koesteren. Ik vind dat een grote valkuil. Mensen wonen hier in eerste instantie. Natuurlijk wonen ze hier omdat ze zorg nodig hebben, maar dat moet op de achtergrond zijn. De zorg die gegeven wordt moet van een goed niveau zijn, want geriatrie is een aparte tak van sport met veel comorbiditeit waar je mee om moet weten te gaan.”

4.2 Ervaringen in operationele projecten

4.2.1 Respons interviews

Ter inventarisatie van de ervaringen in vier operationele projecten, in het bijzonder gericht op de belemmerende en bevorderende factoren (onderzoeksvragen 4 en 5), zijn in totaal 12 interviews afgenomen bij 14 respondenten. Deze respondenten bestonden uit 4 leidinggevenden, 5 verzorgenden/verpleegkundigen, 4 familieleden (tevens lid cliëntenraad) en 1 voorzitter van de lokale cliëntenraad. Hieronder worden de thema's besproken die het meest uitgebreid besproken zijn.

4.2.2 Leidinggevenden

De volgende thema's zijn met alle leidinggevenden besproken: de visie achter projecten, de keuze voor de groep bewoners en werving en selectie van medewerkers.

Visie

De leidinggevenden vinden het uitdragen van de visie van een project in alle lagen van de organisatie, maar ook naar bewoners en familieleden, van groot belang voor het slagen van een project. Volgens twee leidinggevenden had hier in de voorbereiding van het project meer aandacht aan besteed moeten worden. Met name het overbrengen van de visie naar de praktijk vraagt veel tijd en aandacht. Vaak is deze visie pas na de start van de woonvormen op papier gezet en medegedeeld aan de medewerkers. Dit is echter onvoldoende en kan tot problemen leiden. Iedere medewerker of team van medewerkers kan bijvoorbeeld een eigen visie ontwikkelen hetgeen strijd binnen een project kan geven. Een visie moet 'leven' in de organisatie, zowel bij het management als op de werkvloer. Het omvat een continu proces dat zowel voor als na de start van een project moet plaatsvinden. Regelmatig moet concreet

besproken worden waarom en hoe dingen gebeuren, bijvoorbeeld in werk- en teambesprekingen, maar ook individueel met medewerkers en familieleden. Er moet inhoud gegeven worden aan de visie achter het kleinschalige project. Alle leidinggevenden zijn hierin zeer gedreven om dit te bewerkstelligen. Als voorbeeld hiervan heeft één leidinggevende samen met het team de 'Kijkpunten kleinschalig wonen' [15], ingevuld. Deze kijkpunten vormen een instrument, bedoeld ter visievorming op kleinschalig wonen binnen een organisatie. Het zijn concrete stellingen met betrekking tot inhoud en vormgeving van kleinschalige groepswoonings, bestaande uit verschillende onderwerpen zoals inrichting, dagindeling, regie en bejegening. Hierover kan een dialoog gevoerd worden om te achterhalen wat belangrijk gevonden wordt in het project. Verder geven leidinggevenden aan dat ook bij de werving en selectie van medewerkers de visie een grote rol speelt.

Bewoners

De leidinggevenden geven aan weinig selectiecriteria te hanteren bij opname van bewoners in de kleinschalige woonvormen. In principe kan iedereen met een psychogeriatrische verpleeghuisindicatie in de woonvormen terecht. Drie respondenten noemen ernstige gedragsproblematiek, zoals schreeuwend gedrag of agressie als exclusiecriteria. Hier kunnen overige bewoners dusdanige hinder van ondervinden dat dit ten koste gaat van de groep. Eén leidinggevende geeft aan dat deze bewoners ook niet geschikt zijn voor een reguliere intramurale setting, vanwege de psychiatrische problematiek. Naast de gedragsproblematiek wordt in sommige projecten ook gekeken of een persoon past in de groep. Hierbij wordt niet zozeer gelet op lichamelijke of cognitieve gebreken, maar naar de combinatie van persoons- en groepskenmerken. Impliciet kan hierbij wel selectie plaatsvinden, omdat bijvoorbeeld degene geplaatst wordt die het meest communicatief is of nog actief bij kan dragen aan het huishouden.

Alle respondenten ervaren het als een goede keuze om in principe iedereen op te nemen in de kleinschalige woonvorm. Er wordt aangehaald dat bewoners opknappen in de woonvormen, bijvoorbeeld doordat ze beter eten en slapen en langer blijven functioneren op eenzelfde niveau. Als factoren hiervoor worden rust en continue aandacht genoemd. Door de kleinschalige omgeving kunnen problemen eerder gesignaleerd worden. Eén project geeft aan wel enige moeilijkheden te ervaren doordat iedereen met een psychogeriatrische verpleeghuisindicatie opgenomen is, zonder verdere selectiecriteria te hanteren. Vanuit de praktijk merkt men dat één bewoner de sfeer in een groep dermate negatief kan beïnvloeden, dat dit ten koste gaat van de overige bewoners. Bewoners zijn per toeval bij elkaar gekomen en zitten soms heel erg op elkaars lip. Daarnaast merkt men dat de zorgvraag, zowel psychogeriatrisch als somatisch, enorm kan verschillen per woonvorm. Wanneer deze minder is in de woonvorm, is dat relatief makkelijker voor het personeel.

Werving en selectie medewerkers

Respondenten van 3 projecten geven aan dat medewerkers gericht geworven zijn. Hierbij werd de attitude en zorgvisie erg belangrijk gevonden. De bejegening en het directe contact met bewoners staan voorop in de kleinschalige projecten, waarbij communicatieve en sociale vaardigheden erg belangrijk zijn. Daarnaast moeten medewerkers ook zelfstandig kunnen werken, flexibel zijn en enig organisatietalent hebben. Ze hebben een 'allround' functie, die niet alleen gericht is op verzorging. Sommige projecten hanteren de eis dat medewerkers minimaal op niveau 3 geschoold zijn, in andere projecten was dat minder belangrijk. De projecten hebben overeenkomstig dat niet alleen verpleegkundigen of verzorgenden in aanmerking komen, maar bijvoorbeeld ook SPW-ers (sociaal pedagogisch werk). Nascholing kan dan plaatsvinden voor onder andere medicatieverstrekking. Leidinggevendenden geven aan dat het animo om te werken in de kleinschalige woonvormen in eerste instantie niet erg hoog was. De gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden vonden dat ze niet geleerd hadden om de allroundfunctie te vervullen, waarbij ze ook moesten koken en poetsen. Zij wilden zich hoofdzakelijk richten op het verzorgen van de bewoners. Na de start van de projecten is de interesse toegenomen, omdat medewerkers het daadwerkelijk konden ervaren en het hierdoor als een uitdaging zijn gaan zien.

In één project werden medewerkers bij aanvang niet specifiek geworven. Medewerkers van reguliere verzorgingshuisafdelingen konden kiezen of ze wilden werken in de kleinschalige woonvormen. Naderhand bleek dit niet voor iedereen de juiste keuze en zijn er medewerkers overgestapt, onder andere omdat men het een te grote verantwoordelijkheid vond ten opzichte van het werken op de reguliere afdeling. Daarnaast speelde ook de doelgroep mee: eerst werkte men met verzorgingshuisbewoners, nu met psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Dit is een zwaardere en complexere groep bewoners en dat ligt niet iedereen. Ook het regelmatig alleen werken in de groep werd als reden genoemd voor vertrek.

4.2.3 Verzorgenden

De volgende onderwerpen zijn bij alle verzorgenden besproken: een gemiddelde werkdag, de keuze voor kleinschalig wonen en voorbereidingen op het kleinschalig werken.

Gemiddelde werkdag

Respondenten geven aan dat bewoners zelf een grote invloed hebben op hoe hun dag eruit ziet. De 3 maaltijdmomenten vormen hierbij een belangrijke leidraad. In sommige woningen wordt gezamenlijk ontbeten, in andere woningen kunnen bewoners aanschuiven zodra ze klaar zijn. In de middag wordt vaak de warme maaltijd bereid, waarbij bewoners kunnen helpen. De bereiding vindt plaats in de keuken en veel bewoners nemen hierbij plaats aan de keukentafel. Respondenten vinden het moeilijk om aan te geven hoeveel tijd zij besteden aan verzorging/verpleging, activiteiten en huishoudelijke taken, omdat dit door elkaar loopt. Verzorgenden hebben veel vrijheid om de dagroutine zelf in te delen, waarbij dit mede afhan-

kelijk is van de bewoners. Activiteiten uit het dagelijks leven staan centraal; in één project kunnen bewoners die dat willen tevens dagelijks naar georganiseerde activiteiten in de aangrenzende moederlocatie. In de overige woonvormen worden de activiteiten hoofdzakelijk ter plekke en naar wens van de bewoners ingevuld.

Keuze voor kleinschalig wonen

De meeste respondenten hebben bewust gekozen om te werken in een kleinschalige woonvorm. Het persoonlijke contact met bewoners vormt hiervoor de belangrijkste reden. In de woonvormen is er meer tijd en aandacht voor bewoners dan op een reguliere afdeling en dit wordt als prettig ervaren. Ook het feit dat men niet meer alleen bezig is met verzorging vinden de respondenten positief. Ze hebben een verbreed takenpakket en krijgen meer vrijheid om zaken te regelen. Dit vergt creativiteit en planning. Er is veel ruimte om bewoners te stimuleren bij de dagelijkse activiteiten:

“ Het is op de eerste plaats veel persoonlijker werken. Verder vergt het natuurlijk een hele hoop van je eigen creativiteit en flexibiliteit. En de conclusie die we laatst getrokken hebben is dat je je verantwoordelijkheid als verzorgende ziet toenemen. Het bestrijkt meer dan alleen het verzorgen, bijvoorbeeld hoe ga je om met het beheren van het budget? Daar dragen we met z'n allen zorg voor.”

De respondenten geven aan dat zij niet meer terug zouden willen naar het werken op een reguliere afdeling. De persoonlijke aandacht, afwisseling en vergrote keuzevrijheid worden als heel positief ervaren. Enkele collega's van de respondenten zijn echter wel terug gegaan. Deze gaven aan het gevoel te hebben dat ze in kleinschalige woonvormen niet genoeg bezig waren; ze wilden meer in de verzorging doen.

Verder geven respondenten aan dat het lichamelijk minder belastend is om in een kleinschalige woonvorm te werken in vergelijking met een reguliere afdeling. Geestelijk wordt er wel veel van hen gevraagd. Het heeft een grote impact om 8 uur per dag samen te leven met dementerenden. Maar hier halen de medewerkers ook juist hun voldoening uit: het samen leven met de mensen. Men heeft het gevoel zich echt in hun werk te kunnen geven en dat wordt als belangrijk ervaren. Tevens krijgen ze door deze manier van werken ook veel terug van de bewoners. Met name het gevoel dat bewoners opleven wordt hiervan als voorbeeld genoemd.

Vorbereiding op het kleinschalig werken

De meeste respondenten geven aan dat hun voorbereiding hoofdzakelijk bestond uit een (aantal) informatieavond(en). Hierin werd meestal uitgelegd hoe de woningen eruit gingen zien. Sommigen geven aan dat ze het moeilijk vonden in te schatten wat er ging gebeuren omdat het nieuw voor ze was. Vaak gingen ze werken in de eerste woonvorm die opgestart werd binnen een organisatie en was er weinig ruimte om te kijken bij andere, vergelijkbare

projecten. De verzorgenden lieten vaak alles op zich af komen. Onderling is er wel veel gesproken over het kleinschalig werken. Sommige projecten hebben bewust gekozen om eerst alleen met het personeel te starten, zonder bewoners. Dit is als positief ervaren, omdat de medewerkers zo de tijd en de ruimte hadden om elkaar te leren kennen. Verder geven enkele respondenten aan na aanvang van het project gaandeweg scholing en training te hebben ontvangen. Dit kan zijn in de vorm van specifieke cursussen, maar ook overleg over het reilen en zeilen in de woonvorm tot nu toe. Zij geven aan van hun leidinggevende veel steun te ontvangen wanneer ze tegen problemen aanlopen. Deze worden goed besproken en er wordt direct iets mee gedaan. Ook geven de respondenten aan onderling veel te overleggen met andere collega's, met name in individuele situaties. Hiervan ervaren zij veel steun in de werkzaamheden. Overlegsituaties met het gehele team zijn moeilijker te realiseren, waarbij verzorgenden soms in eigen tijd terugkomen.

4.2.4 Familie/cliëntenraad

Twee onderwerpen kwamen bij alle respondenten aan bod: bejegening (zowel van bewoners als henzelf) en de huiselijkheid van projecten. Daarnaast werden kort het levenslang wonen en de voorbereidingen besproken.

Bejegening

Alle respondenten zijn zeer positief over de bejegening van de bewoners door het personeel in de projecten. Er wordt heel veel rekening gehouden met de wensen van bewoners, waarbij deze zoveel mogelijk in staat gesteld worden zoals thuis te leven. Vrijwel alle familieleden geven aan dat hun naaste zich erg thuis voelt in de woning en dit vinden zij heel belangrijk. Bewoners lijken zich hierdoor rustiger en meer tevreden te voelen. Het personeel is zeer betrokken; sommigen komen ook op vrije dagen terug om activiteiten te organiseren en mee te helpen. De persoonlijke aandacht wordt zeer gewaardeerd:

“Ik vind ze allemaal vreselijk lief, heel attent. Er is veel aandacht, slaan spontaan een arm om de bewoners en vragen echt bewust hoe het met ze gaat. Of ze geven een kus en knuffel voordat ze naar bed gaan, van die kleine dingen. Dat is iets wat je ervaart. En of dat nu voor de bewoners is of voor de mantelzorgers, je ziet dat het personeel eigenlijk altijd zichzelf is.”

Daarnaast ervaren familieleden het als positief dat ze veel betrokken worden bij de bewoners, zowel bij de zorg voor hun naaste als bij het reilen en zeilen binnen de woonvorm. Ze mogen op bezoek komen wanneer ze willen en het wordt op prijs gesteld wanneer ze eens koken of helpen in de woonvorm. Tevens worden ze van alles op de hoogte gehouden van wat er met de bewoner gebeurt, worden betrokken in de overleggen en hebben een grote invloed op de zorg voor bewoners. Vaak worden zij als een gelijkwaardige discipline bij de verzorging van bewoners gezien. De betrokkenheid van familie verschilt per bewoner en woonvorm. Sommigen komen structureel bijvoorbeeld iedere week, zelfs na het overlijden van hun

naaste; andere komen weinig op bezoek. Respondenten geven aan dat er, in vergelijking met een reguliere afdeling, meer en nauwer contact is met de medewerkers.

Huiselijkheid

De projecten worden in het algemeen als erg huiselijk ervaren, met name de sfeer in de woonvormen staat hierbij voorop. Als belangrijkste onderdeel hiervan wordt het koken in de woonvorm benoemd:

“Vooral rond etenstijd, die geur van het eten; de mensen gaan echt aan tafel zitten met het idee we gaan zo eten. Die keuken daarbij vind ik het heel huiselijk maken . . . als je eens iets lekkers meeneemt, wordt het ook uitgedeeld. Iedereen wordt er bij betrokken, echt een gezin.”

Ook het feit dat bewoners in de dagelijkse gang van zaken veel zelf mogen bepalen draagt bij aan de huiselijke sfeer. Als voorbeeld wordt genoemd dat bewoners mogen opstaan en ontbijten wanneer ze zelf willen. Tevens spelen andere kleine activiteiten, zoals een spelletje doen en de krant lezen hierbij een belangrijke rol. De dingen uit het dagelijkse leven staan centraal, waarbij bewoners zelf mogen kiezen of ze hieraan mee willen doen of niet. Sommige respondenten geven aan dat de bewoners wel zoveel mogelijk gestimuleerd worden om deel te nemen aan activiteiten, omdat ze anders weinig doen. Eén respondent geeft aan dat het op gang brengen van activiteiten soms moeilijk is. Wel wordt hierbij benadrukt dat alleen activiteiten moeten worden aangeboden die bewoners aanspreken en dat het een vrijblijvend karakter moet hebben:

“De bewoners moet je niet meer dwingen om iets te doen. Sommige mensen zitten hier alleen maar te zitten, ja wat doen ze thuis? Wat willen ze nog? Bij mensen die altijd actief zijn geweest kan ik me voorstellen dat ze dat willen blijven doen, maar voor die andere mensen is het genoeg als ze naar buiten kunnen kijken, krantje lezen, televisie, van die dagelijkse kleine dingen. Daar hebben ze genoeg aan. Het wereldje wordt misschien wel kleiner, maar op die leeftijd hoeft dat niet meer.”

Daarnaast worden ook fysieke kenmerken die huiselijkheid brengen in de woning aangehaald. De inrichting van de woonkamer, keuken en eigen kamer van bewoners is hierbij belangrijk. Er wordt veel waarde gehecht aan het feit dat mensen hun eigen spullen mee kunnen nemen, ook voor in de gezamenlijke ruimten. Tevens worden er door de respondenten verbeterpunten genoemd om de fysieke huiselijkheid te vergroten. Een verwarming die men zelf kan regelen, een eigen telefoon in de woning of ander meubilair worden hierbij als voorbeelden genoemd.

Overig

Alle respondenten geven unaniem aan dat zij het prettig vinden dat het uitgangspunt van de vier projecten is dat bewoners levenslang mogen blijven wonen. Ze vinden het niet goed wanneer bewoners meerdere malen moeten worden overgeplaatst, bijvoorbeeld wanneer ze verder vorderen in hun ziekteproces. Een verhuizing heeft immers een grote invloed op een bewoner. De cliëntenraad geeft aan wisselend betrokken te zijn bij projecten, terwijl zij dit wel van groot belang vinden, omdat zij de bewoner in het project vertegenwoordigen. Zij heeft ook adviesrecht hierin. Eén cliëntenraad is vanaf het beginstadium betrokken geweest, bijvoorbeeld door zelf tekeningen en plannen in te dienen. Een andere cliëntenraad is niet actief betrokken geweest. Zodra er beslissingen genomen waren, werd dit wel medegedeeld maar kon er niets meer aan veranderd worden. Dit is aangekaart bij het management en is verbeterd bij de ontwikkeling van nieuwe woonvormen.

Conclusies en discussie [5]

Dit onderzoek betreft een inventarisatie van operationele en geplande projecten op het gebied van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie in Limburg. Om een breed scala aan projecten te inventariseren is een ruime definitie van kleinschalige woonvormen gehanteerd, namelijk een maximum van 15 bewoners die een gezamenlijke huishouding voeren. Vervolgens is het aandeel kleinschalig wonen van de totale behoefte aan psychogeriatrische zorg in Limburg vergeleken met de landelijke situatie, waarbij alleen woonvormen met maximaal 8 bewoners geselecteerd zijn.

Daarnaast zijn de ervaringen in kaart gebracht bij diverse betrokkenen van kleinschalige projecten. Hiertoe zijn interviews gehouden met bestuursleden van enkele zorgorganisaties, vertegenwoordigers van zorgkantoren en cliëntenraden en leidinggevendenden, verzorgenden en familieleden van bewoners van operationele projecten.

5.1 Methodologische reflectie

Dit onderzoek richtte zich op zorgorganisaties die verpleeg- en/of verzorgingshuiszorg bieden in Limburg en geregistreerd staan in de Zorg en Ondernemen Adresgids 2006/2007 en/of het Adresboek VVZS⁴. De respons van deze organisaties was zeer hoog (91%), waardoor waarschijnlijk vrijwel alle projecten zijn aangemeld. Desondanks kunnen (particuliere) initiatieven van organisaties die niet in de adresgids zijn opgenomen gemist zijn. Momenteel is de realisatie van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie in eigen beheer in opkomst. Een voorbeeld hiervan is "De Herbergier", dat onderdeel uitmaakt van een landelijke franchiseorganisatie [16]. Medio 2008 zal de eerste Herbergier in Limburg starten (Grathem). Voor particuliere initiatieven vormt de Nederlandse Vereniging van Particuliere Woon- en/of Zorgvoorzieningen (NeVeP) de brancheorganisatie voor ondernemers in deze sector. In Limburg zijn hierbij twee organisaties aangemeld, waarvan er één ook in het Adresboek VVZS is opgenomen [17]. Het feit dat deze particuliere initiatieven vaak niet zijn aangemeld bij een koepelorganisatie maakt het lastig om ze te identificeren.

De interviews in de deelnemende zorginstellingen zijn gehouden met de leidinggevendenden en een selectie van familieleden en verzorgenden van vier operationele projecten in Limburg. Doordat de selectie van familieleden en verzorgenden is uitgevoerd op basis van beschikbaarheid kan het zijn dat deze selectie niet representatief is voor het gehele project. Wel is steeds zoveel mogelijk naar de ervaringen van andere familieleden en verzorgenden gevraagd. Omdat alleen familieleden geselecteerd zijn die tevens lid zijn van de cliëntenraad, is hen ook gevraagd naar de algemene visie van familie in projecten, hetgeen de representativiteit versterkt. Bij de interviews met verzorgenden kan enige selectie opgetreden zijn, omdat zij nog steeds werken in kleinschalige woonvormen, terwijl collega's die minder tevreden waren mogelijk inmiddels elders werken. Wellicht is hierdoor een iets te rooskleurig beeld naar voren gekomen, mede omdat een meerderheid van projecten relatief nieuw was (minder dan 2 jaar operationeel).

⁴ VVZS = Verzorgings-, Verpleeg-, Ziekenhuizen en Serviceflats in Nederland

5.2 Conclusies

Aan de hand van de eerder geformuleerde onderzoeksvragen, worden hieronder de volgende conclusies geformuleerd.

Welke projecten op het terrein van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie zijn in de provincie Limburg operationeel en in voorbereiding?

In totaal zijn 44 projecten geïdentificeerd (meting april 2007), die (in potentie) kleinschalige psychogeriatrische verpleeghuiszorg bieden aan in totaal 1.389 bewoners. Van deze projecten zijn er 14 operationeel (363 bewoners); de overige 30 (voor 1.026 bewoners) zijn gepland, waarbij de verwachting is dat deze allemaal in de loop van 2010 operationeel zullen zijn.

Met name geplande projecten zijn gesitueerd in de wijk, waarvan het merendeel bestaat uit een clustering van woningen. Operationele projecten bestaan voornamelijk uit kleinschalige units in een groter verpleeg- en/of verzorgingshuis. Geplande projecten worden voornamelijk gerealiseerd door nieuwbouw, met een maximum van 8 bewoners per woonvorm. Dit in tegenstelling tot operationele projecten die in ruim de helft van de gevallen ontstaan zijn door renovatie van een bestaande instelling en vaker 9 bewoners of meer per woonvorm hebben. Het merendeel van projecten bestaat uit relatief kleine locaties met een maximum van 48 bewoners per project.

Vrijwel alle projecten hebben als uitgangspunt dat bewoners levenslang in de woonvorm kunnen blijven wonen. Bijna de helft van alle projecten geeft aan selectiecriteria te hanteren bij de opname van bewoners. In de meeste gevallen betreft dit exclusie bij ernstige gedragsproblematiek.

Ruim de helft van de operationele projecten maakt nog gebruik van diensten van het verpleeg- of verzorgingshuis, zoals wasvoorziening en/of activiteiten. Geplande projecten zijn vaker een overwegend zelfstandige voorziening. Geplande projecten zijn optimistisch over de structurele inzet van mantelzorgers en vrijwilligers. Men denkt vaker gebruik te kunnen maken van deze structurele inzet dan operationele projecten op dit moment daadwerkelijk ontvangen. Domotica wordt in alle operationele projecten en in ruim driekwart van de geplande projecten toegepast.

Hoe verhouden de Limburgse initiatieven zich tot de landelijke?

Om de Limburgse situatie te vergelijken met de landelijke zijn alleen projecten geselecteerd met maximaal 8 bewoners per woonvorm, omdat dit aantal in de landelijke databank geldt als maximum voor kleinschaligheid. In totaal zijn er in Limburg 32 projecten geïdentificeerd met maximaal 8 bewoners per woonvorm voor in totaal 1.081 bewoners. Hiervan zijn er ten tijde van het onderzoek 6 operationeel (160 bewoners) en 26 gepland (voor 921 bewoners).

Er is momenteel een ondervertegenwoordiging van Limburgse projecten in vergelijking met de landelijke situatie. Het aandeel kleinschalig wonen werd in 2005 in Limburg geschat op 3,6% van de totale behoefte aan psychogeriatrische verpleeghuiszorg. Gemiddeld in Nederland was dit 10% in 2005, met grote verschillen tussen provincies [2].

Het onderzoek heeft een groot aantal geplande projecten geïdentificeerd in Limburg, waarvan de verwachting is dat ze in 2010 operationeel zullen zijn. Op basis van het huidige onderzoek wordt geschat dat circa 30% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg in 2010 kleinschalig gerealiseerd zal zijn. Dit is een forse toename ten opzichte van 2005. De verhouding tot de landelijke situatie in 2010 is moeilijk in te schatten.

Welke oorzaken zijn er aan te wijzen voor de huidige ondervertegenwoordiging?

Uit interviews met onder andere bestuurders van zorgorganisaties komen verschillende mogelijke oorzaken naar voren voor de huidige ondervertegenwoordiging in Limburg. Zo zijn er problemen bij de bouw, ruimtelijke ordening en realisatie van kleinschalige projecten. Daarnaast zijn er veel verpleegafdelingen gerealiseerd in verzorgingshuizen, waardoor bewoners hier langer kunnen blijven wonen. Hiermee hangt samen, zoals sommige respondenten aangeven, dat de volksaard van zowel aanbieders als medewerkers en bewoners 'voorzichtiger' is. Hierdoor kiest men eerder voor het herkenbare en vertrouwde concept.

Daarnaast is de visie van de respondenten op ontwikkelingen in kleinschalig wonen geïnventariseerd. In het algemeen is men positief over de huidige toename en stimulering, met name omdat men verwacht dat het een betere begeleiding voor bewoners oplevert en dat er meer diversiteit komt in het zorgaanbod voor cliënten. Tegelijkertijd wordt er getwijfeld aan de financiële haalbaarheid van projecten en over de invulling van de rol van de mantelzorger. Tevens wordt de trendgevoeligheid, waarbij kleinschaligheid mogelijk als doel op zich gezien wordt, als gevaar ervaren.

Wat zijn de ervaringen in huidige operationele projecten in Limburg?

Vrijwel alle geïnterviewde respondenten zijn positief over de kleinschalige woonvormen. Het uitgangspunt dat bewoners levenslang kunnen blijven wonen, wordt zeer op prijs gesteld door de familieleden. Familieleden zijn verder positief over de bejegening door het personeel (zowel naar de bewoner toe als naar henzelf), de huiselijke sfeer en persoonlijke aandacht. Bewoners lijken zich hierdoor tevreden te voelen. Verzorgenden vinden het persoonlijke contact met bewoners en het verbrede takenpakket erg positief. Ook het samenleven met de bewoners wordt als prettig ervaren, hoewel dit ook een mentale belasting vormt.

Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren volgens betrokkenen?

Het uitdragen van de visie wordt door alle leidinggevendenden van operationele projecten als belangrijkste factor genoemd voor het slagen van een project. Regelmatig moet worden

besproken waarom en hoe dingen gebeuren. Zo kan er concreet inhoud worden gegeven aan de visie achter het kleinschalige project. Het belang van de visie wordt onderschreven door de bestuurders, zorgkantoren en de cliëntenraden. Ook betrokkenen uit operationele projecten (zowel leidinggevend, familieleden als mantelzorgers) geven dit aan; het overbrengen van een visie naar de praktijk vraagt veel tijd en aandacht. Dit is een continu proces dat zowel vóór als na de start van een project moet plaatsvinden. Verzorgenden uit operationele projecten geven aan dat zij hierbij veel steun ontvangen van hun leidinggevende. Daarnaast geven verzorgenden aan dat overleg met collega's hen veel steun geeft in het werk. Overlegsituaties met het hele team zijn echter soms lastig te realiseren, waarbij verzorgenden wellicht in hun vrije tijd terug moeten keren.

De visie vormt vaak ook een uitgangspunt bij de werving van medewerkers. Zij worden vaak geselecteerd op basis van hun attitude en zorgvisie. Communicatieve en sociale vaardigheden zijn hierbij van groot belang. Daarnaast worden zelfstandigheid, creativiteit en flexibiliteit belangrijke eigenschappen gevonden. Verzorgenden zelf geven aan vanwege deze eigenschappen het werken in een kleinschalige woonvorm als positief te ervaren.

Uit de interviews met leidinggevend, familie en verzorgenden blijkt dat de inzet van mantelzorgers sterk verschilt per woonvorm en bewoner. Sommigen komen structureel iedere week; anderen komen nauwelijks op bezoek. Familieleden geven aan het positief te vinden wanneer ze veel bij de zorg voor hun naaste betrokken worden.

5.3 Discussie

Hoewel het nog onduidelijk is of alle geplande projecten (zoals opgegeven in de enquête) daadwerkelijk in 2010 gerealiseerd zullen zijn, is het duidelijk dat het aantal kleinschalige woonvormen in de psychogeriatrische zorg de komende jaren in Limburg sterk zal stijgen. Ondanks veelal positieve ervaringen in operationele woonvormen, leren de resultaten van de uitgevoerde enquête en aanvullende interviews dat er nog de nodige aandachtspunten met betrekking tot kleinschalig wonen zijn.

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van kleinschalige woonvormen. Een recent onderzoek, uitgevoerd door het Trimbos instituut en het EMGO-VUmc laat een genuanceerd beeld zien van effecten op bewoners die in kleinschalige woonvormen verblijven [18, 19]. Bewoners in kleinschalige woonvormen lijken vaker iets om handen te hebben en meer van de omgeving te genieten dan bewoners op een reguliere afdeling. Er werden echter geen verschillen gevonden wat betreft gedragsproblematiek of het gebruik van psychofarmaca, hetgeen van te voren wel werd verwacht. Meer onderzoek naar de effectiviteit van kleinschalige woonvormen in Nederland is derhalve gewenst. Vanuit de Universiteit Maastricht wordt in de periode 2008-2010 een onderzoek uitgevoerd naar effecten op bewoners, mantelzorgers en werknemers.

De projecten uit het onderzoek hebben vrijwel allemaal als uitgangspunt dat bewoners levenslang in de woonvorm mogen blijven wonen. Wel worden in bijna de helft van de projecten selectiecriteria gehanteerd; vaak is dit exclusie bij ernstige gedragsproblematiek. Dit roept de vraag op of de woonvormen in praktijk wel levensbestendig zijn. Wat te doen wanneer bewoners vorderen in hun ziekte en wellicht hierdoor niet meer voldoen aan de selectiecriteria? In vergelijkbare concepten in andere landen wordt hier verschillend mee omgegaan. In Zweden wordt kleinschalig wonen van oorsprong gezien als een tussenvoorziening voor het wonen in de thuissituatie en opname in het verpleeghuis [20]. Bewoners moeten aan bepaalde inclusiecriteria voldoen wat betreft stadium van dementie en ADL-vaardigheid. Tegenwoordig hebben bewoners in deze woonvormen echter een steeds grotere mate van zorgafhankelijkheid, waardoor ook voor hen de kans op levenslang wonen vergroot wordt [21]. Andere projecten, in onder andere Canada en Australië, plaatsen bewoners over naar een andere instelling wanneer zij niet meer voldoen aan de vooraf opgestelde inclusiecriteria [22, 23].

In kleinschalige woonvormen verandert de zorgverlening, waarbij autonomie van bewoners zoveel mogelijk benadrukt wordt door de medewerkers. Van alle medewerkers, niet alleen verpleging en verzorging maar ook (para)medici, wordt verwacht dat ze bijdragen aan de normalisatie van de zorg. Wat betekent dit inhoudelijk voor deze disciplines? En hoe wordt deze zorg georganiseerd in kleinschaligheid? Wat zijn de effecten hiervan op onder andere de arbeidstevredenheid van medewerkers? Eerder onderzoek suggereert dat de arbeidstevredenheid van werknemers in kleinschalige woonvormen hoger is dan die op reguliere afdelingen [18]. Ander onderzoek toont ook een hogere werkdruk en meer verantwoordelijkheden voor medewerkers [24]. In kleinschalig wonen heeft de verzorgende een andere rol dan op een reguliere afdeling: meer zelfstandigheid, waarbij sociale en communicatieve vaardigheden erg van belang zijn. Onduidelijk is echter nog welke competenties hiervoor exact noodzakelijk zijn.

Kleinschalig wonen heeft ook gevolgen voor de rol van de mantelzorger. Deze wordt vaak geacht een grote rol te spelen in de projecten. Het is nog onzeker in welke mate de mantelzorgers ook daadwerkelijk structurele inzet kunnen en willen leveren. Geplande projecten verwachten een grotere inzet van mantelzorgers dan operationele projecten op dit moment ontvangen. Bij een te sterke afhankelijkheid is dit mogelijk een potentiële risicofactor op de kans van slagen van een project. De effecten van kleinschalig wonen op mantelzorgers zijn evenmin duidelijk. Eerder onderzoek geeft aan dat zij meer tevreden lijken met de verleende zorg; hierbij werd geen verschil gevonden in zorgbelasting met mantelzorgers van bewoners op een reguliere afdeling [18].

Er is nog weinig zicht op de kosten en financieringsstructuren van kleinschalige woonvormen. Onderzoek wijst erop dat kleinschalig wonen gemiddeld genomen niet goedkoper of duurder is dan reguliere verpleeghuiszorg, maar er bestaan wel grote verschillen tussen projecten onderling [25]. Hiermee hangt samen welke diensten en faciliteiten worden aangeboden in kleinschalige projecten. Wanneer de zorg op dezelfde manier georganiseerd wordt als regu-

liere verpleeghuiszorg, is de verwachting dat kleinschaligheid duurder is. Daarom worden kleinschalige woonvormen vaak anders georganiseerd. Het is echter in deze kostenstructuur onduidelijk hoe de relatie is tussen bijvoorbeeld de zorgzwaarte van bewoners, organisatie en kwalificatie van het personeel en normen voor de verantwoorde zorg [25]. Transparantie in de kosten van de zorg en organisatie is daarom gewenst.

De respondenten in het huidige onderzoek wijzen op het feit dat de professionaliteit in het handelen behouden moet blijven. Zij geven aan dat kleinschalige woonvormen niet alleen als welzijnsactiviteit beschouwd mogen worden, omdat een bepaalde kwaliteit van zorg geleverd moet worden. De nadruk op normalisering en het wonen kan hierbij een spanningsveld geven met zorgaspecten [20, 26]. Er is (letterlijk) een grotere afstand met artsen en paramedici, zoals de verpleeghuisarts, psycholoog en fysiotherapeut, waardoor het lastiger kan worden om een goed zicht op bewoners te verkrijgen [27]. De inzet van het multidisciplinaire team kan hierdoor bemoeilijkt worden. Ook veiligheidsvoorschriften kunnen zorgen voor spanningen met het zo normaal mogelijk wonen, zeker wanneer de personeelsbezetting op een woonvorm gering is. Onbekend is of dit de kans op incidenten als valpartijen of ongelukken vergroot [28]. Aandacht voor hoe deze risico's tijdig herkend en verminderd kunnen worden is van belang. De wet- en regelgeving speelt hierin een belangrijke rol. Momenteel is er een grote diversiteit in kleinschalige projecten, mede in de zorg die geleverd wordt (bijvoorbeeld welke disciplines en het aantal uren dat zij ingezet worden). In de toekomst worden bovendien steeds meer private instellingen verwacht die zorg aanbieden voor ouderen met dementie. Voldoen aan de 'normen voor verantwoorde zorg' hoort in alle projecten een aandachtspunt voor de toekomst te zijn.

Bij de realisatie van kleinschalige woonvoorzieningen moet verder rekening gehouden worden met de behoeften van de dementerenden zelf. Een behoefte-inventarisatie bij de ouderen zelf is hiervoor van belang. Een onderzoek onder ouderen (70-75 jaar) in Vlissingen laat zien dat 9 van de 10 ouderen het liefst in of naast een zorginstelling woont [25]. Aanvullende respondenten tussen de 40 en 45 jaar geven in dit onderzoek aan liever zelfstandig in de wijk te wonen. Wellicht voelen ouderen zich kwetsbaarder, waardoor ze de nabijheid van een grote zorgorganisatie veilig vinden. Meer onderzoek, uitgevoerd in diverse regio's, is van belang om deze behoeften verder in kaart te brengen.

Als laatste behoeft het gebruik van technologie nadere aandacht. De inzet van technologie in de zorg voor ouderen met dementie biedt perspectieven om de kwaliteit van zorg te ondersteunen en om het ook betaalbaar te maken [29]. Domotica wordt reeds op grote schaal ingezet in kleinschalige woonvormen, met als functie het woongemak, comfort en bediening van de woning te vergroten [30]. Er zijn aanwijzingen dat de arbeidstevredenheid van werknemers vergroot kan worden door het gebruik van domotica [31]. Onderzoek naar de precieze toepassing van technologie en effecten hiervan op bewoners en medewerkers ontbreekt echter nog.

Literatuur [6]

1. Gezondheidsraad, *Dementie*. 2002, Gezondheidsraad: Den Haag.
2. van Waarde, H. and M. Wijnties, *De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. 2007, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.: Utrecht.
3. Derks, W.M., J.C.G. Hensgens, and J.M.M.J. Nieuweboer, *Bevolking Limburg 2004-2035*. 2003, Etil, Universiteit Maastricht Holding bv: Maastricht.
4. Ott, A., et al., *De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1996. **140**: p. 200-205.
5. Garssen, J. and C.v. Duin, *Bevolkingsprognose 2006-20250: belangrijkste uitkomstmaten*. Bevolkingstrends, 2006. **54**(4): p. 85-92.
6. van Waarde, H. and M. Wijnties, *Provinciale factsheet. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Limburg*. 2007, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.: Utrecht.
7. de Vugt, M.E., et al., *Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: findings from the prospective MAASBED study*. Age Ageing, 2006. **35**: p. 160-6.
8. te Boekhorst, S., et al., *Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering*. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007. **38**: p. 17-26.
9. Bussemaker, J., *Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan*. 2007: Den Haag. p. brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
10. www.kcwz.nl, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.
11. Zeisel, J., J. Hyde, and S. Levkoff, *Best practices: An Environment Behavior (E-B) model for Alzheimer special care units*. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 1994. **9**: p. 4-21.
12. Leeuw, J.v.d., *Innovatieprogramma Wonen en Zorg. Functioneel programma van eisen. Domotica voor kleinschalig wonen voor dementerenden*. 2004, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn: Utrecht. p. 1-15.
13. van Waarde, H. and M. Wijnties, *Provinciale factsheet. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Zeeland*. 2006, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Werkprogramma Wonen met Dementie: Utrecht.
14. Nouws, H., *Voorbeelden. Kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Noord-Holland. Stimuleringsprogramma Wonen Welzijn Zorg*. 2005, Provinciaal Bestuur van Noord-Holland: Haarlem.
15. Krijger, E., *En hoe kijkt u er tegenaan? Kijkpunten kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie*. 2006, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW): Utrecht.
16. www.herbergier.nl, De Drie Notenboomen.
17. www.nevep.nl, Nederlandse Vereniging voor Particuliere Woon- en/of Zorgvoorzieningen.
18. Depla, M. and S. te Boekhorst, *Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten?* 2007, Utrecht: Trimbos-Instituut.
19. te Boekhorst, S., *Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een kwaliteitsverbetering?* Kwaliteit in beeld, 2007. **3**: p. 8-9.
20. Annerstedt, L., *Development and consequences of group living in Sweden. A new mode of care for the demented elderly*. Social Science & Medicine, 1993. **37**: p. 1529-38.

21. Norbergh, K.G., et al., *A retrospective study of functional ability among people with dementia when admitted to group-dwelling*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2001. **19**: p. 39-42.
22. Janzen, W.M., *Family members caring for relatives with Alzheimer Disease in long-term care facilities*. 2000, University of Alberta: Edmonton, Alberta.
23. Atkinson, A., *Managing people with dementia: CADE units*. Nursing Standard, 1995. **9**: p. 29-32.
24. Reggentin, H. and J. Dettbarn-Reggentin, [*Group homes for patients with dementia: stress is compensated by motivation*]. Pflege Zeitschrift, 2004. **57**: p. 489-92.
25. Huijsman, R. and B. Pol, *In het verpleeghuis is het veilig*. Zorgvisie, 2007(8): p. 14-16.
26. Leichsenring, K., C. Strümpel, and S. Group, *The use of small housing units for older persons suffering from dementia*, in *Eurosocial Reports*. 1998, European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.
27. Kiers, B., *Kleinschaligheid is geen tovermiddel*. Zorgvisie, 2007(8): p. 18-20.
28. Geelen, R., *Kanttekeningen bij kleinschalig wonen. De kwetsbaarheid van kleinschalige verpleeghuiszorg*. TvV, 2006. **3**: p. 1-4.
29. Arcares, *Springplank naar ICT-vernieuwing in de V&V sector*. 2006, Arcares: Utrecht.
30. Nouws, H., L. Sanders, and J. Heuvelink, *Domotica voor dementerenden. De eerste ervaringen in het Leo Polakhuis te Amsterdam en het Molenkwartier te Maassluis*. 2006, De Vijfde Dimensie: Amersfoort.
31. Engström, M., et al., *Staff perceptions of job satisfaction and life situation before and 6 and 12 months after increased information technology support in dementia care*. Journal of Telemedicine and Telecare, 2005. **11**: p. 304-9.

Leden PRV Bijlage [1]

Voorzitter, Raadscoördinator en Raadsleden
PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID LIMBURG

Zittingsperiode 2007-2011

Naam	Functie	Instelling
prof. dr. W.N.J. Groot	Voorzitter	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg
prof. dr. J.P.H. Hamers	Raadscoördinator	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg
dr. W.H.E. Buntinx	Onderzoeker en docent	Universiteit Maastricht/ Gouverneur Kremers Centrum
drs. F.G.J. Geerings	Voorzitter Raad van Bestuur	Sevagram
drs. J.L. van Houtem	Coördinator projecten	Stichting Daelzicht
mw. drs. M.C.H. Jansberg-Diederer	Voorzitter Raad van Bestuur	GroenekruisDomicura
L.F.J. Jansen	Voorzitter Raad van Bestuur	Orbis Medisch en Zorgconcern
prof. dr. R.T.J.M. Janssen	Voorzitter Raad van Bestuur	Mondriaan Zorggroep
mw. L.J.M. Klaasse-van Remortel	Directeur bedrijfsvoering	Maastro Clinic
drs. M.A.M. Leers	Voorzitter Raad van Bestuur Algemeen directeur	CZ groep Zorgverzekeringen
P. Mengde	Burgemeester	Gemeente Sevenum
mr. E.W.Meijer	Voorzitter Raad van Beheer	Huis voor de Zorg
drs. W.A.Roobol	Directeur	Orde van Medisch Specialisten
drs. J.R. Rozendaal	Lid Raad van Bestuur	VGZ-IZA-TRIAS
drs. R.F.M. Ruijters	Lid Raad van Bestuur	MeanderGroep Zuid-Limburg
drs. A.W.C.R. Smulders	Huisarts	
J.G.A. Spätjens MBA	Voorzitter Raad van Bestuur	Zorggroep Noord-Limburg

Beschrijving **Bijlage [2]**
meetinstrumenten

Formulier 1:

Ingevuld door projecten die voldoen aan onze definitie van kleinschaligheid, zoals beschreven in paragraaf 2.3.1

Algemeen

De volgende vragen gaan over enkele algemene aspecten van het kleinschalig woonproject.

1. Wat is de naam van het woonproject?
.....
2. Hoe is de situering van het woonproject?
 - Losstaande woning in de wijk
 - Woningen geclusterd in de wijk
 - Woningen geclusterd op het terrein van het verpleeg- / verzorgingshuis
 - Kleinschalig unit binnen groot verpleeg- / verzorgingshuis
 - Anders, nl
3. In welke fase bevindt het woonproject zich?
 - Beginfase: het initiatief is genomen en er wordt momenteel hoofdzakelijk gewerkt aan de visievorming
(Ga door naar vraag 4)
 - Er wordt hoofdzakelijk gewerkt aan het ontwerp en/of plan van aanpak
(Ga door naar vraag 4)
 - Er wordt gewerkt aan de uitvoering / bouw
(Ga door naar vraag 4)
 - Het is operationeel sinds (*s.v.p. jaartal invullen*).....
(Ga door naar vraag 7)
4. Wanneer is de startdatum van de bouw gepland? (*s.v.p. jaartal invullen*)
 - Er is reeds gestart met de bouw in
 - Start bouw in
5. Per wanneer is naar verwachting het woonproject operationeel?
(*s.v.p. jaartal invullen*)
6. Hoe zeker bent u over de realisatie van het project?
 - Zeer onzeker
 - Enigszins onzeker
 - Enigszins zeker
 - Zeer zeker

7. Hoe is het woonproject ontstaan?
- Renovatie van een bestaande instelling
 - Nieuwbouw speciaal voor dit doel ontworpen
 - Anders, nl.
 - Is op dit moment nog niet bekend
8. In welke omgeving bevindt het woonproject zich?
- Plattelandsgebied
 - Stedelijk gebied
 - Is op dit moment nog niet bekend
9. Wat is de afstand tot de hoofdlocatie? *(Hiermee wordt de moederinstelling of het grootschalige verpleeg- / verzorgingshuis bedoeld)*
- Minder dan 200 m
 - 200 – 500 m
 - 500 m tot 1 km
 - 1 km – 5 km
 - Meer dan 5 km
 - Is op dit moment nog niet bekend
10. Uit hoeveel groepswoningen bestaat het kleinschalige woonproject?
11. Hoeveel bewoners wonen er in één groepswoning?

Bewoners

De volgende vragen hebben betrekking op kenmerken van de bewonersgroep.

12. Hoe is de samenstelling van de bewonersgroep?
- Overwegend homogene groep; bewoners zijn allemaal ongeveer in een zelfde stadium van dementie
 - Overwegend heterogene groep; bewoners verschillen wat betreft ernst van dementie
 - Is op dit moment nog niet bekend
13. Is het uitgangspunt dat de bewoners levenslang in de groepswoning kunnen blijven wonen?
- Ja
 - Nee
 - Is op dit moment nog niet bekend

14. Zijn er selectiecriteria voor bewoners m.b.t. opname in het kleinschalig woonproject?
- Ja *(Ga door naar vraag 15)*
 - Nee *(Ga door naar vraag 16)*
 - Is op dit moment nog niet bekend *(Ga door naar vraag 16)*
15. Zo ja, met betrekking tot (meerdere antwoorden mogelijk):
- Stadium van dementie
 - Mate van ADL beperkingen
 - Mate van sociale vaardigheden
 - Mening of wens van de huidige groep bewoners
 - Eigen financiële bijdrage bewoner
 - Inzet mantelzorg
 - Anders, nl.
 - Is op dit moment nog niet bekend

Organisatie

Als laatste volgen enkele vragen over de organisatiestructuur van het kleinschalige woonproject.

16. Organisatiestructuur:
- De woonvorm maakt gebruik van faciliteiten van het verpleeg- / verzorgingshuis met betrekking tot de zorgverlening (bijvoorbeeld activiteiten, keuken, wasvoorziening)
 - De woonvorm is een overwegend zelfstandige voorziening
 - Is op dit moment nog niet bekend
17. Is er sprake van een vast team van medewerkers op de groep?
- Ja
 - Nee
 - Is op dit moment nog niet bekend
18. Krijgen de medewerkers een trainingsprogramma m.b.t. omgang met dementerende bewoners, c.q. hebben ze die gevolgd?
- Nee
 - Ja, alle medewerkers ontvangen hetzelfde programma, ongeacht of er gewerkt wordt in een kleinschalige omgeving
 - Ja, speciaal ontworpen voor het werken in kleinschalige woonvormen
 - Is op dit moment nog niet bekend
19. In hoeverre wordt de dagelijkse gang van zaken* hoofdzakelijk bepaald door bewoners en/of familie?
- Volledig

- Voor een groot deel
- Voor een klein deel
- Niet
- Is op dit moment nog niet bekend

*Met dagelijkse gang van zaken wordt onder andere bedoeld het tijdstip van opstaan en naar bed gaan, deelname aan activiteiten, verzorging, koken, de was etc.

Vraag 20 geldt alleen voor operationele woonprojecten. Is het woonproject nog niet operationeel, ga dan door naar vraag 21

20. Hoeveel personeel is er in totaal beschikbaar voor het kleinschalige woonproject? Hierbij wordt een onderscheid gemaakt wat betreft:
- Verzorgend / verplegend personeel Fte
 - Huishoudelijke staf Fte
 - Activiteitenbegeleiding Fte
 - Is op dit moment nog niet bekend
21. In welke mate leveren vrijwilligers een structurele bijdrage aan het kleinschalige woonproject?
- Veel *(gemiddeld 1 of meerdere keren per week)*
 - Een beetje *(gemiddeld 1 of enkele keren per maand)*
 - Nauwelijks *(gemiddeld minder dan 1 keer per maand)*
 - Niet *(nooit of zeer incidenteel)*
22. In welke mate leveren mantelzorgers een structurele bijdrage aan het kleinschalige woonproject?
- Veel *(gemiddeld 1 of meerdere keren per week)*
 - Een beetje *(gemiddeld 1 of enkele keren per maand)*
 - Nauwelijks *(gemiddeld minder dan 1 keer per maand)*
 - Niet *(nooit of zeer incidenteel)*
23. Is / wordt er buiten de wettelijke regelingen (o.a. College van Bouw en de Inspectie) de fysieke omgeving specifiek voor mensen met dementie aangepast?
- Ja; met betrekking tot (meerdere antwoorden mogelijk):
 - () Kleuren gebruikt in algemene ruimten / badkamer / toilet
 - () Indeling van ruimten
 - () Gebruik van domotica *Zie vraag 24 & 25*
 - () Overig, nl
 - Nee
 - Is op dit moment nog niet bekend

Formulier 2:

Ingevuld door projecten die niet aan de vooraf opgestelde definitie van kleinschaligheid voldoen (zie paragraaf 2.3.1).

p.1: Onze organisatie heeft geen kleinschalige woonprojecten psychogeriatric omdat:

.....
.....
.....
.....
.....

p.2: Ons kleinschalig woonproject betreft het volgende:

.....

Beschrijft u het woonproject kort aan de hand van de volgende criteria:

.....

Algemene kenmerken (zoals situering, aantal bewoners):

.....

Bewonersgroep (zoals kenmerken bewonersgroep, selectiecriteria):

.....

Organisatie: (personele inzet, zorgbenadering en dergelijke)

.....

Beschrijving projecten⁵ Bijlage [3]

⁵ Deze informatie is gepubliceerd met toestemming van de desbetreffende zorgorganisaties

Zorgorganisatie	Aantal projecten	Plaats	Aantal bewoners
Cicero Zorggroep	2	Brunssum (2x)	55
Stichting Land van Horne	2	Nederweert	24
		Weert	30
Libermannhof	1	Gennep	12
		Brunssum	6
		Epen	9
MeanderGroep Zuid-Limburg	9	Kerkrade (4x)	107
		Landgraaf (2x)	60
		Simpelveld	18
Mosae Zorggroep	2	Maastricht (2x)	102
Orbis Medisch en Zorgconcern	2	Geleen	30
		Sittard	48
Pantein Verpleging & Verzorging	2	Milsbeek	18
		Mook	24
Proteion	1	Horn	72
Sevagram	7	Heerlen (6x)	280
		Valkenburg	60
Stichting Bejaardenzorg Heilige Vincentius à Paulo	1	Brunssum	38
Stichting Verpleeghuis Bergweide	1	Heerlen	40
Stichting Zorgcentrum Sint Jozef	1	Meijel	20
Vivantes	1	Stein	13
Vivre	5	Maastricht (3x)	84
		Margraten	30
		Meerssen	22
Zorgcentrum la Providence	1	Grubbenvorst	24
Zorggroep Noord Limburg	5	Baarlo	24
		Bergen	24
		Helden	30
		Maaswaard	35
Zusters onder de bogen	1	Panningen	40
		Maastricht	10