

Bacheloropdracht

*Achterblijvend aanbod kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten
in Twente.*



Auteur: Marissa Lugtenberg
Studentnummer: S0155403
Studie: Gezondheidswetenschappen
Email: m.a.m.lugtenberg@student.utwente.nl
Telefoon: 06-13560223
Datum: december 2009

Begeleiders Universiteit Twente:

Dr. J.G. van Manen
Drs. E. J. van Rossum

Externe Begeleider:

D. Bouwman (TWT)

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Management summary	4
1. Aanleiding	6
1.1 Onderzoeksvraag.....	6
2. Theoretisch kader dementie	7
2.1 Wat is dementie?	7
2.1.1 Verschillende vormen van dementie	7
2.1.2 Verschijnselen van dementie	9
2.1.3 Behandeling	10
2.1.4 Risicofactoren voor dementie	10
2.1.5 Hoe vaak komt dementie voor?	10
2.2 Zorgtraject dementie	11
3. Theoretisch kader kleinschalige woonvormen	12
3.1 Financiering.....	14
3.1.1 Traditionele AWBZ instelling.....	14
3.1.2 Opgedeelde financiering	14
3.2 Bouwregime zorginstellingen	15
3.3 Inventarisatie betrokken partijen	16
4. Onderzoeksmethode	18
4.1 Onderzoeksopzet	18
4.2 Dataverzameling	18
4.3 Onderzoekspersonen.....	18
4.4 Metingen.....	19
4.4.1 Demografische analyse	19
4.4.2 Definitie kleinschalig wonen.....	19
4.4.3 Redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen.....	19
4.5 Analyse interviews	19
5. Resultaten	20
5.1 Demografische analyse.....	20
5.1.1 Leeftijdsopbouw Overijssel	20
5.1.2 Toename dementie in Overijssel	20
5.1.3 Samenvatting	21
5.2 Interviews	21
5.2.1 Response interviews.....	21
5.2.2 Inventarisatie zorgaanbieders.....	21
5.2.3 Definitie kleinschalige woonvormen.....	22
5.2.4 Redenen achterblijven kleinschalige woonvormen.....	23
5.2.5 Samenvatting	25
6. Conclusie en Discussie	26
6.1 Reflectie	26
6.1.1 Reflectie op de methodiek	26
6.1.2 Reflectie op de opzet van het onderzoek	26
6.2 Conclusie.....	27
6.3 Aanbeveling.....	27
6.3.1 Afschrijving.....	27
6.3.2 Onzekerheid wat betreft de toekomst	28
6.3.3 Kennis en informatie	28
7. Referenties	29
Bijlage 1 Geïnterviewde zorginstellingen	32
Bijlage 2 Vragenlijst interview	33
Bijlage 3 Samenvatting interviews zorginstellingen	34

Voorwoord

Dit rapport is het resultaat van een 10 weken durend onderzoek naar het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Met veel plezier heb ik mij de afgelopen weken bezig gehouden met de psychogeriatrische zorg. Wat mij hierbij opviel is dat ik overal erg enthousiast ben ontvangen. Dit gaf een extra dimensie aan het onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van TWT, een transfer en kenniscentrum voor wonen welzijn en zorg. De bacheloropdracht is de afronding van de bacheloropleiding Algemene Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.

Ik wil iedereen die mij heeft geholpen bij het uitvoeren van mijn onderzoek hartelijk bedanken en een aantal mensen in het bijzonder. Als eerste wil ik mijn begeleider binnen TWT dhr. Bouwman bedanken. Zijn ervaring met het doen van kwalitatief onderzoek en zijn prikkelende suggesties hebben ervoor gezorgd dat mijn onderzoek meer diepgang heeft gekregen. Natuurlijk wil ik ook alle respondenten bedanken die hun medewerking hebben verleend aan mijn onderzoek. Zonder hen was het niet mogelijk dit onderzoek uit te voeren.

Mijn dank gaat ook uit naar de begeleiding vanuit de Universiteit Twente. In het bijzonder naar mevr. van Manen, die ervoor zorgde dat geen enkel aspect van het onderzoek onderbelicht bleef. Daarnaast wil ik dhr. van Rossum bedanken die mij goed geholpen heeft met het vinden van de juiste methodiek.

Marissa Lugtenberg

Dalfsen, december 2009

Management summary

Aanleiding

Aanleiding voor dit onderzoek is het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Overijssel. Uit onderzoek van Aedes-Actiz blijkt dat kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten in Twente fors achterblijft bij de rest van Nederland. De provincie heeft opdracht gegeven te onderzoeken wat de redenen zijn voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente.

Resultaten

Het vermoeden bestond dat de definitie van kleinschalige woonvormen niet voor elke zorginstelling gelijk zou zijn. Uit de inventarisatie van wat zorginstellingen verstaan onder een kleinschalige woonvorm blijkt het uitgangspunt voor vrijwel elke organisatie hetzelfde te zijn. Vrijwel alle organisaties hebben als uitgangspunt het welzijn en de kwaliteit van leven en wonen van de cliënt. De cliënt moet het gevoel hebben zich thuis te voelen. De invulling per zorginstelling blijkt te verschillen.

Er zijn vier verschillende fysieke vormen waarin kleinschalige woonvormen kunnen voorkomen. Dit zijn kleinschalige woonvormen losstaand in de wijk; kleinschalige woonvormen geclusterd op het terrein van een zorginstelling; kleinschalige woonvormen als onderdeel van een servicecomplex; en een clustering van kleinschalige woonvormen in een grootschalig verband. Kleinschalige woonvormen losstaand in de wijk komen nauwelijks meer voor omdat dit financieel niet haalbaar is. De meeste organisaties zien kleinschalig wonen als wonen binnen grootschalig verband omdat dit financieel eenvoudig te realiseren is.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de huidige status van de gebouwen en de afschrijvingen van de gebouwen de belangrijkste redenen zijn voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente. Een zorginstelling kan zijn gebouw in 30 tot 40 jaar afschrijven. De meeste zorginstellingen zijn ontstaan in de jaren '70 waardoor de afschrijvingen nog niet zodanig zijn dat zorginstellingen nieuwbouw kunnen realiseren. Kleinschaligheid in de huidige gebouwen is nagenoeg niet mogelijk.

Naast het probleem met de afschrijvingen zijn kleinschalige woonvormen duurder in de exploitatie. Belangrijkste oorzaken van het feit dat de exploitatie duurder uitvalt, zijn de personeelskosten en de personeelsbezetting. Vooral het organiseren van de nachtzorg en het permanente toezicht op de huiskamer zorgen ervoor dat de personeelskosten flink hoger zijn dan bij traditionele zorginstellingen.

Derde reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente is de onzekerheid wat betreft de toekomst. Zorginstellingen zijn afhankelijk van het Zorgkantoor, het rijk en de gemeente wat betreft hun financiële situatie. Op dit moment zijn er nog veel onduidelijkheden wat betreft de ontwikkeling van de financieringsstroom vanuit het rijk. Daarnaast is het Zorgkantoor in Twente over het algemeen heel behoudend waardoor initiatieven minder worden gestimuleerd dan in de rest van Nederland.

Tot slot geven organisaties aan dat de cultuur, de visie en de drang naar innovatie van organisaties een rol spelen bij het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente. Wat hierbij opvalt is dat dit argument wel in het algemeen wordt genoemd als er gevraagd wordt naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen, maar dat geen enkele instelling dit herkent in haar eigen organisatie. Dit lijkt een tegenstrijdigheid waarbij afgevraagd moet worden in hoeverre organisaties kunnen oordelen over de rol van cultuur en visie binnen de eigen organisatie.

Aanbevelingen

Afschrijving

De belangrijkste reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen zijn de afschrijvingen. Om hiervoor een oplossing te bewerkstelligen zal het veranderen van wet- en regelgeving rondom afschrijvingen noodzakelijk zijn. Daarnaast zullen zorginstellingen ervoor moeten zorgen dat bij het bouwen van nieuwe locaties rekening wordt gehouden met maatschappelijke veranderingen in de toekomst. Dit kan bewerkstelligd worden doormiddel van het flexibel indelen van nieuwe locaties.

Onzekerheid wat betreft de toekomst

Onzekerheid wat betreft de financiering in de toekomst speelt naast afschrijving een grote rol. Duidelijkheid wat betreft de financiering van zorginstellingen in de toekomst zal zorginstellingen stimuleren kleinschalig te gaan bouwen. Wat ook van invloed kan zijn is het beperken van het constante toezicht op de huiskamer in kleinschalig woonvormen waardoor de personeelsbezetting eenvoudiger te organiseren is.

Kennis en informatie

Zorginstellingen geven duidelijk aan dat er een gebrek is aan kennis en informatie. Een oplossing hiervoor kan zijn dat de provincie een loket opricht waar kennis en ervaring uitgewisseld wordt. Bovendien zou de provincie bijeenkomsten kunnen organiseren waar gesproken kan worden over de verschillende vormen van kleinschalig wonen.

1. Aanleiding

In de brief "Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van bestaan" geeft staatssecretaris Bussemaker aan wat haar visie en acties zijn om de kwaliteit van leven te vergroten voor cliënten van zorghuizen (Bussemaker, 2007). Één van de zaken waarop Bussemaker in deze brief haar aandacht vestigt is het bouwen van kleinschalige projecten zowel in de woonsector als in de instellingssetting. Ze geeft in deze brief specifiek aan een intensivering van de omslag naar kleinschalig wonen te willen realiseren om aan de toenemende vraag naar zorg voor mensen met dementie te kunnen beantwoorden en het keuze aanbod te blijven vergroten. Het gaat hierbij om 6000 extra woonplaatsen in de periode 2008-2011 (Bussemaker, 2007).

Aanleiding voor dit onderzoek is het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Overijssel. Uit onderzoek van Aedes-Actiz blijkt dat kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten in Twente fors achterblijft bij de rest van Nederland. In 2005 was 2,6% van de psychogeriatrische verpleeghuiszorg gerealiseerd in de vorm van kleinschalig wonen (Aedes-Actiz, 2007). Het gemiddelde aandeel kleinschalige wonen in Nederland lag in 2005 op 9,7%. De verwachting is dat in 2010 het gemiddelde aandeel kleinschalige wonen in Nederland op 24,8% zal liggen. Overijssel blijft echter steken op 13,8% in 2010 (Aedes-Actiz, 2007). Hiermee is Overijssel één van de provincies met de minste kleinschalige woonvormen in Nederland.

Als reactie hierop gaf de provincie Overijssel de stichting TWT opdracht onderzoek te doen naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente. TWT is een transfer- en kenniscentrum voor wonen, welzijn en zorg. TWT brengt vraag en aanbod van bijzondere woonvormen in de provincie Overijssel bij elkaar (Bouwman, 2009, p. 2). Het onderzoek is in te delen in verschillende fases. De eerste fase is gericht op het inventariseren van het aantal psychogeriatrische patiënten in Twente en de landelijke en regionale beleidsdoelen omtrent kleinschalige woonvoorzieningen. De tweede fase richt zich vooral op het inventariseren van projectaanbieders en woningcorporaties. De derde fase zal zich richten op de inventarisatie van de redenen van het achterblijven van het aanbod van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Uiteindelijk moet het onderzoek leiden tot het vergroten van het aantal kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten in Twente. In dit onderzoek zal de aandacht specifiek uitgaan naar de derde fase van het onderzoek, het inventariseren van de redenen van het achterblijven van het aanbod van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Hierbij zal specifiek worden gekeken naar de redenen die zorginstellingen hebben om het achterblijven van het aantal kleinschalige woonvormen in Twente te verklaren.

Onderzoek naar de redenen zijn nodig om het aanbod van kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten te vergroten. Het vergroten van het aanbod is van belang omdat kleinschalig wonen de kwaliteit van leven kan verbeteren van psychogeriatrische patiënten en hun familieleden. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kleinschalig wonen positieve gevolgen heeft voor het functioneren en het welzijn van de bewoners. Doordat mensen met dementie in hun eigen dorp of wijk kunnen blijven wonen, kunnen ze eenvoudiger contact houden met familie en kennissen. Bovendien zal kleinschalige zorg worden geboden in een huiselijke en vertrouwde omgeving waardoor het dagelijks leven van de persoon centraal staat. In een kleinschalige woonvorm wordt een omgeving gecreëerd waarin menselijk contact centraal staat en waar dementerenden mensen worden aangesproken op wat ze nog wel kunnen, waardoor ze actiever zijn en minder zorg nodig hebben (Trimbos Instituut, 2007, p. 49).

1.1 Onderzoeksvraag

Bovenstaande aanleiding en probleemstelling hebben geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

"Wat zijn de redenen dat het aanbod van kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten in Twente sterk achterblijft bij de rest van Nederland?"

Beantwoording van de onderzoeksvraag heeft tot doel om uitspraken te kunnen doen over de redenen waarom het aanbod van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente achterblijft. Het uiteindelijke doel van het gehele onderzoek is inzicht krijgen hoe het aanbod van kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten kan worden vergroot en dit ook daadwerkelijk te realiseren.

2. Theoretisch kader dementie

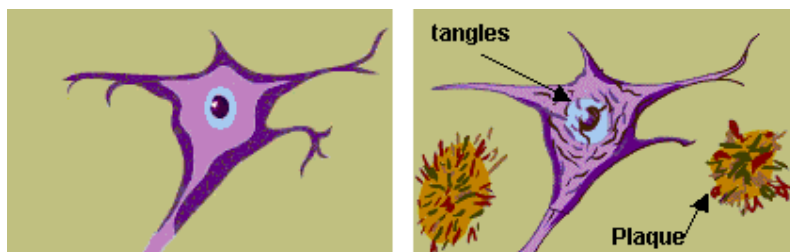
2.1 Wat is dementie?

Dementie is een verzamelnaam voor een groep van ziekten met een vaste kern van verschijnselen (Verschraegen, Carte, Heuvel, 2006, p. 64). Dementie betekent in het Latijn letterlijk ontgeesting, ontdaan van geest (Verschraegen, Carte, Heuvel, 2006, p. 21). Het ziektebeeld kenmerkt zich door een verstoring van het psychosociale evenwicht. (Boot & Knapen, 2005, p. 138).

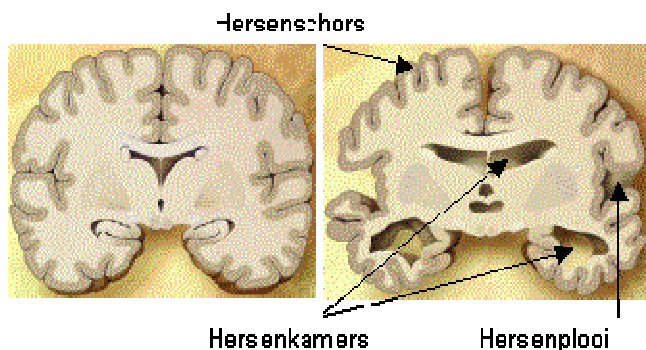
2.1.1 Verschillende vormen van dementie

Ziekte van Alzheimer

Veruit de grootste groep mensen met dementie, ongeveer 60 tot 70% leidt aan de ziekte van Alzheimer. Bij een patiënt die leidt aan Alzheimer functioneren bepaalde delen van de hersenen niet meer. Dit komt omdat er geleidelijk steeds meer hersencellen verloren gaan. In de hersenen van iemand met Alzheimer bevinden zich plaques en tangles. Plaques zijn ophopingen van het eiwit amyloïd (Verschraegen, Carte, Heuvel, 2006, p. 66). Bij iemand met de ziekte van Alzheimer verloopt de afbraak van dit eiwit niet goed waardoor eiwitbergjes tussen de hersenen ontstaan die de overdracht tussen de hersencellen belemmeren, zoals te zien is op afbeelding 1 (Wat gebeurt er in de hersenen van een Alzheimerpatiënt, z.d.). Op den duur worden ook de zenuwcellen aangetast. Dit is te zien aan de aanwezigheid van tangle. Tangle is een wirwar van draadvormige eiwitten in een zenuwcel, die het functioneren van de zenuwcel onmogelijk maakt (Wat gebeurt er in de hersenen van een Alzheimerpatiënt, z.d.). De schade aan de hersencellen ontstaat echter doordat het lichaam met een ontstekingsreactie reageert op de aanwezigheid van de plaques. Het onschadelijk maken van de plaques tast op den duur de zenuwcellen aan, waardoor na verloop van tijd de hersencellen helemaal afsterven (Wat gebeurt er in de hersenen van een Alzheimerpatiënt, z.d.). Gevolg hiervan is dat in de hersenen van een Alzheimerpatiënt een verschrompeling van de hersenen te zien is. Daarnaast zijn de hersenkamers en de hersenplooien groter (afbeelding 2).



Afbeelding 1: Links gezonde zenuwcel, recht zenuwcel bij iemand met de ziekte van Alzheimer.
Bron: Alzheimer Nederland (Wat gebeurt er in de hersenen van een Alzheimer patiënt, z.d.)



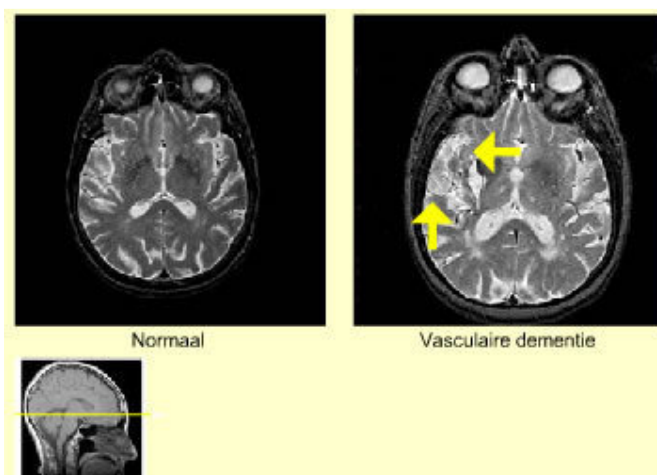
Afbeelding 2: links een doorsnede van gezonde hersenen; rechts een doorsnede van hersenen van een Alzheimerpatiënt. De buitenkant van de hersenen (hersenschors) is verschrompeld, de hersenplooien en de hersenkamers zijn vergroot.
Bron: Alzheimer Nederland (Hoe zien de hersenen van een Alzheimerpatiënt eruit, z.d.)

De oorzaak van de ziekte van Alzheimer is onbekend. Over het algemeen ontwikkelt de ziekte zich heel geleidelijk. In een vroeg stadium lijken de symptomen op verstrooidheid, in een later stadium neemt het geheugen verder af en worden belangrijke zaken vergeten (Verschraegen, Carte, Heuvel, 2006, p. 66). De belangrijkste risicofactor voor het krijgen van dementie is leeftijd. Wanneer de ziekte zich openbaart is er sprake van geleidelijk achteruitgang. In het begin heeft de patiënt alleen te maken met denk- en geheugenstoornissen, maar naar verloop van tijd gaat hij of zij echter verder achteruit. De achteruitgang is enkel te vertragen door de patiënt in goede lichamelijke conditie te houden, ook zijn er medicijnen beschikbaar om de achteruitgang te vertragen. Erfelijkheid speelt ook een rol. Wanneer een eerstegraads familielid lijdt aan de ziekte van Alzheimer wordt de kans op de ziekte vergroot. Mocht de ziekte bij meerdere familieleden voorkomen dan spreekt men van de familiale vorm van Alzheimer (Lange, 2007).

Vasculaire dementie

De tweede groep patiënten die leiden aan dementie wordt gevormd door mensen met vasculaire dementie. Deze groep vormt ongeveer 15% van alle dementerenden. Men spreekt van vasculaire dementie wanneer er sprake is van afwijkingen van de bloedvaten of de bloeddorstrooming van de hersenen (Braam & Dautzenberg, 2005, p.21). Bij vasculaire dementie is er geen sprake van geleidelijke achteruitgang. Patiënten die leiden aan vasculaire dementie hebben vaak andere verschijnselen van hart- en vaatlijden (Braam & Dautzenberg, 2005, p.22). Omdat bij patiënten bij vasculaire dementie de bloedtoevoer van bepaalde gedeelten van de hersenen is afgesloten en bepaalde gedeelten van hersencellen afsterven is vasculaire dementie goed te zien op een CT-scan of een MRI scan (Hoe zien de hersenen van patiënt met vasculaire dementie eruit, z.d.).

Op onderstaande afbeelding worden gewone hersenen vergeleken met hersenen van iemand met vasculaire dementie. Op deze foto's zijn de gezonde hersendelen zwartgrijs. De witte plekken zijn (normale) holten in de hersenen. Witte plekken op ongewone plaatsen in de hersenen duidt op afgestorven hersenweefsel, in de afbeelding aangeduid met gele pijlen (Hoe zien de hersenen van een patiënt met vasculaire dementie eruit, z.d.).



Afbeelding 3: MRI van een patiënte met vasculaire dementie.

Bron: Alzheimer Nederland. (Hoe zien de hersenen van een patiënt met vasculaire dementie eruit, z.d.)

Creutzfeldt-Jakob

De derde groep patiënten wordt gevormd door patiënten die leiden aan de vrij zeldzame ziekte Creutzfeldt-Jakob. Creutzfeldt-Jacob wordt veroorzaakt door een eiwitachtig deeltje genaamd prion, dat door verandering van vorm allerlei ziekteverschijnselen veroorzaakt. De ziekte zorgt voor hersenafwijkingen, bewegings- en gedragsstoornissen (Verschroegen, Carte, Heuvel, 2006, p. 70).

De ziekte van Parkinson

De vierde groep patiënten wordt gevormd door patiënten die lijden aan de ziekte van Parkinson. Mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson hebben een tekort aan dopamine. De ziekte openbaart zich doorgaans op een leeftijd tussen de 45 en 60 jaar. Kenmerkend aan de ziekte van Parkinson zijn het beven, de traagheid en de stijfheid (Braam & Brunt, 2005, p. 9-10). Ongeveer 30% van de mensen die lijden aan de ziekte van Parkinson ontwikkelen daarnaast een vorm van dementie. Vaak gaat het hierbij om de ziekte van Alzheimer of Lewy body dementie (Braam & Brunt, 2005 p. 26).

Syndroom van Pick

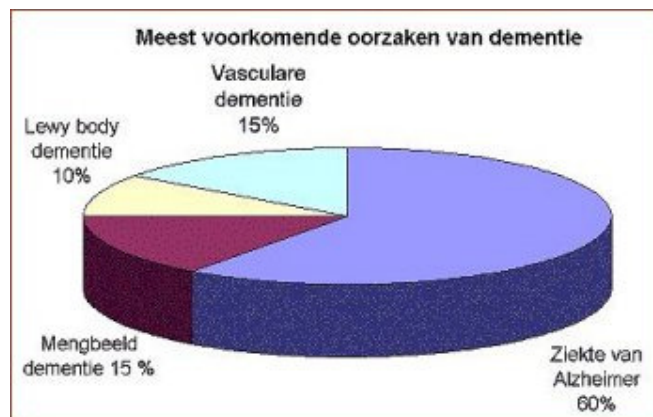
De vijfde groep patiënten wordt gevormd door mensen die lijden aan de ziekte van Pick, ook wel frontotemporale dementie genoemd. De aandoening komt vooral voor in het voorste deel van de hersenen, de frontaalkwab. De ziekte van Pick wordt gekenmerkt door zilverkleurende inclusielichaampjes in het voorste deel van de hersenen (Stevens, 1998).

Korsakov syndroom

Een andere ziekte die verwantschap vertoont aan dementie is het Korsakov syndroom. Oorzaak van het syndroom is een ernstig gebrek aan thiamine, ofwel vitamine B1. Het gebrek aan vitamine B1 veroorzaakt kleine bloedingen in de hersenstam en andere delen van de hersenen. Korsakov ontstaat door ondervoeding of een zeer eenzijdige voeding, dit is meestal het geval bij alcoholisten (Gelmers, 2006, p. 246).

Lewy body dementie

Naast bovenstaande vormen van dementie bestaat er ook nog Lewy body dementie, ook wel ziekte van Lewy body genoemd. Lewy body dementie ontstaat doordat er Lewy-lichaampjes in het brein ontstaan, met daarin afwijkend eiwit alpha-synucleïne zuur. Deze Lewy-lichaampjes komen ook voor bij de ziekte van Parkinson, maar dan zijn ze alleen maar te vinden in een paar diepere gebieden van de hersenen. Bij Lewy body dementie bevinden de Lewy-lichaampjes zich door de hele hersenen. Bij de patiënten die lijden aan Lewy body dementie wordt vaak eerst de diagnose 'ziekte van Parkinson' gesteld alvorens men de diagnose Lewy body dementie stelt (Braam & Dautzenberg, 2005, p.23).



Afbeelding 4: Meest voorkomende oorzaken van dementie
Bron: Dementia (z.d.)

2.1.2 Verschijnselen van dementie

Het verloop van dementie is zeer wisselend, van snel progressief tot langzaam voortschrijdend. De verschijnselen verlopen van licht, naar matig tot zwaar dement. De symptomen zijn onder te verdelen in symptomen van de eerste orde en symptomen van de tweede orde. Symptomen van de eerste orde zijn bij elke patiënt aanwezig terwijl symptomen van de tweede orde komen bij dementerenden in wisselende mate voor (Abrahams, 1999, p. 16).

Symptomen van de eerste orde betreffen (Abrahams, 1999, p. 16):

- Geheugenstoornissen: verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren.
 - Desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
- Cognitieve stoornissen:

- Afasie: stoornis in taal, woord-vind-stoornissen of taal niet meer kunnen begrijpen
- Apraxie: stoornis in het handelen, de planning en aanpak is verstoord
- Agnosie: stoornis in waarnemen, interpretatie van beelden is verstoord
- Stoornissen in de uitvoerende functies (plannen, organiseren, logische gevolgstrekking)
- Beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren

Symptomen van de tweede orde betreffen (Abrahams, 1999, p. 16):

- Gedragsstoornissen
- Persoonlijkheidsveranderingen
- Achterdocht, angst en wanen
- Depressiviteit

2.1.3 Behandeling

Dementie is op dit moment nog niet te genezen, bovendien hebben de verschillende vormen van dementie een ander verloop. Wel zijn er medicijnen op de markt die de verslechtering van het geheugen en de denkprocessen proberen tegen te gaan. Deze medicijnen lijken vooralsnog alleen in een vroeg stadium van de ziekte een gunstig effect te hebben (Allewijn, 2006, p. 247).

2.1.4 Risicofactoren voor dementie

Dementie ontstaat door een combinatie van genetische gevoeligheid en omgevingsfactoren. Van een groot aantal risicofactoren wordt vermoed dat ze de kans op dementie vergroten, het daadwerkelijke bewijs is echter beperkt. Grootste risicofactor voor het krijgen van dementie is leeftijd. Bij toename van de leeftijd wordt de kans op dementie vergroot. De relatie tussen dementie en geslacht is minder duidelijk, wel bestaan er sterke vermoedens dat bepaalde vormen van dementie vaker bij mannen voorkomen en andere vormen van dementie vaker bij vrouwen. Opleidingsniveau lijkt ook een rol te spelen bij het krijgen van dementie. Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat mensen met een lage opleiding een hogere kans hebben op dementie, andere onderzoeken vinden daarentegen geen verband, of een tegengesteld verband (Lange, 2007).

Naast leeftijd is ook bewezen dat genetische factoren een belangrijke rol spelen bij het krijgen van dementie. Er zijn drie genen bekend waarbij de mutaties vrijwel zeker leiden tot de ziekte van Alzheimer en één gen die bij aanwezigheid een verhoogde kans geeft op andere vormen van dementie. Bovendien hebben mensen waarbij Alzheimer in de familie voorkomt en vrouwen die voor hun 35^e levensjaar een kind krijgen met het Down-syndroom een verhoogd risico om zelf Alzheimer te krijgen (Lange, 2007).

Tot slot zijn er ook aanwijzingen dat roken, type 2 diabetes mellitus, een hoge bloeddruk, atherosclerose en het apoE4-gen de kans op het krijgen van vasculaire dementie en Alzheimer vergroten. Verder lijkt een verhoogd serum cholesterol, atriumfibrilleren, overmatige vetinname en verhoging van bepaalde stollingsfactoren in het bloed risicofactoren voor dementie te zijn (Lange, 2007).

2.1.5 Hoe vaak komt dementie voor?

Dementie is een ziektebeeld wat vaker voorkomt bij de toename van de leeftijd. Door de vergrijzing is het dus aannemelijk dat het aantal mensen met dementie de komende jaren verder zal toenemen. Er is geen duidelijk verschil in leeftijdspecifieke prevalentie tussen mannen en vrouwen (Dementie, omvang en probleem, z.d.) Geschat wordt dat in Nederland van alle mensen tussen de 65 en 69 jaar ongeveer 1,5% aan dit ziektebeeld lijdt. Voor mensen van boven de 85 jaar is deze kans al meer dan 30% (Aedes-Actiz, 2007).

2.2 Zorgtraject dementie

Bij het onderzoek naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente is het zinvol om een duidelijk beeld te vormen van de groep mensen waarvoor de woonvorm bedoeld is. Om na te gaan wat de behoefte is van iemand met dementie die op het punt staat in een kleinschalige woonvorm te gaan wonen is een analyse uitgevoerd naar het zorgtraject van mensen met dementie.

Omdat het verloop van de ziekte individueel is, heeft niet elke patiënt die lijdt aan dementie hetzelfde zorgtraject. De ziekte heeft voor elke patiënt een progressief verloop. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen een beginnende, matige en ernstige vorm van dementie. (Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn, 2000, p. 31). Hieronder wordt het ziekteverloop beschreven van een patiënt waarbij dementie sluipend begint. Hetzelfde traject vindt plaats bij een patiënt waarbij dementie acuut begint, het traject verloopt dan echter veel sneller en minder geleidelijk.

Bij het ziekteverloop van dementie zijn vier fases te onderscheiden:

- *Begeleidingsniveau:*

Dementie begint vaak onopgemerkt. Het proces begint in de meeste gevallen met geheugen- en oriëntatiemoeilijkheden. Vaak worden deze eerste klachten geweten aan vermoeidheid of ouderdom. De patiënt voelt zich door de geheugen- en oriëntatiemoeilijkheden in deze fase vaak erg onzeker en onveilig. Bovendien is er behoefte aan begeleiding (Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn, 2000, p. 31). In deze fase woont de dementerende vaak nog thuis of in een verzorgingshuis.

- *Verzorgingsniveau:*

Op dit niveau is er sprake van matige dementie. In deze fase heeft de dementerende steeds meer hulp nodig. De dementerende leeft steeds vaker in het verleden. In deze fase gaat de spraak achteruit en het uitvoeren van gecoördineerde handelingen gaat steeds moeilijker. De dementerende verliest de greep op zichzelf en heeft vooral een angstig gevoel. In deze fase is behoefte aan steun en houvast (Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn, 2000, p. 31).

- *Verzorgingsniveau/verpleegniveau:*

In deze fase is thuis wonen niet meer mogelijk. Via het CIZ, centrum indicatiestelling zorg, wordt een indicatiesteller aangewezen. De indicatiesteller neemt contact op met de patiënt of diens contactpersoon. Hierbij wordt gekeken hoe de situatie van de patiënt is. Vervolgens maakt de indicatiesteller aan de hand daarvan een zorg zwaartepakket. Dit zorg zwaartepakket is de indicatiestelling waarop de patiënt toegang krijgt tot de instelling (Hoe regelt u zorg, z.d.). In deze fase is sprake van verregaande lichamelijke achteruitgang (Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn, 2000, p. 31).

- *Verpleegniveau:*

In deze fase is de dementerende volledig afhankelijk van hulp. De dementerende raakt steeds meer in zichzelf gekeerd en afgesloten van de omgeving (Spruytte, Van Audenhove, Lammertyn, 2000, p. 31-32).

3. Theoretisch kader kleinschalige woonvormen

Wanneer de literatuur bestudeerd wordt blijkt er onduidelijkheid te bestaan over het begrip 'kleinschalig wonen'.

In haar eerste brief die staatssecretaris Bussemaker schreef in 2007 legt ze de grens voor kleinschalige woonvoorzieningen voor zwaar verblijf op 24 plaatsen. Voor lichter verblijf stelt zij de grens op 50. Dit omdat het hierdoor voor instellingen eenvoudiger wordt om relatief eenvoudig kleinschalige initiatieven, ook van wat grotere omvang, te realiseren (Bussemaker, 2007).

De definitie die ze hanteert in haar laatste brief van 20 januari 2009 luidt echter: Kleinschalige woonvoorzieningen worden gedefinieerd als voorzieningen voor groepsverzorging in een groep van maximaal 6 á 8 bewoners die gezamenlijk een huishouden vormen (Bussemaker, 2009). De omgeving waarin dit plaatsvindt, kan zijn binnen de muren van een grootschalige AWBZ voorziening, maar ook op een aparte kleinschalige locatie in de wijk. Als kleinschalige locatie wordt uitgegaan van een capaciteit van maximaal 24 plaatsen voor mensen met dementie met een zware indicatie inclusief verblijf (Bussemaker, 2009).

Daarnaast zijn er nog enkele andere definities van kleinschalig wonen gehanteerd door organisaties die actief zijn in het zorg en welzijnswerk voor ouderen. Één van deze organisaties is Thesaurus, zij hanteren de volgende definitie: "Vorm van wonen waarbij mensen die in meerdere of mindere mate begeleiding en zorg nodig hebben zo zelfstandig mogelijk wonen in een huis in de wijk in plaats van in een instelling, of ook wel in kleinschalig ingerichte groepswooningen binnen verpleeghuizen; de bewoners voeren in een kleine groep (maximaal acht mensen) een huishouding, waarbij ieder een eigen kamer heeft en er gemeenschappelijke ruimtes aanwezig zijn (Thesaurus zorg en welzijn, z.d.)".

Wanneer er uitgegaan wordt van de definitie genoemd in artikel 5.4. van het uitvoeringsbesluit WTZI dan worden kleinschalige woonvoorzieningen als volgt omschreven. Het belangrijkste kenmerk van kleinschalige woonvoorzieningen is dat per postcodegebied van vier cijfers en twee letters niet meer dan vijftientig personen worden gehuisvest, waarvan ten hoogste twaalf personen zijn aangewezen op zwaar verblijf. Daarnaast bieden zij huisvesting aan ten hoogste zes personen per woning en mogen zij niet gelegen zijn op het terrein van een niet-kleinschalige instelling (Artikel 5,4 WTZI, 2005).

Daarnaast hanteert het Trimbos instituut de volgende definitie: er wordt gesproken van genormaliseerd kleinschalig wonen wanneer sprake is van een groep van 6 tot 8 bewoners die een eigen huishouden vormen en leven volgens gezinsmodel (Ploegstra, 2004).

Het Trimbos instituut heeft een aantal voorwaarden opgesteld waaraan een kleinschalige woonvorm moet voldoen (Trimbos-instituut, 2007, p.24):

- Er moet sprake zijn van een vast team medewerkers, waardoor medewerkers en bewoners elkaar goed kennen.
- Er wordt zelf gekookt.
- Bewoners kunnen opstaan, naar het toilet gaan en naar bed gaan wanneer zij dat zelf willen.
- Bewoners mogen in hun woning blijven wonen tot aan hun dood.
- De inrichting van de woning is van de bewoners zelf.
- Bewoners, familie en het team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken.
- Het personeel loopt niet in uniform.
- Er ligt een visie aan ten grondslag die uitgaat van de behoefte van mensen met dementie.
- De zorg is georganiseerd conform een huishouden.
- Het team is in staat om een huiselijke sfeer te creëren.

Naast een aantal voorwaarden zijn in de literatuur ook een aantal kernwaarden te ontdekken. Dit zijn echter geen vast staande feiten maar slechts overeenkomstige meningen.

De kernwaarden van kleinschaligheid zijn (Fahrenfort, 2003; Krijger, 2004; Nouws, 2003);

- Eigen ervaringswereld
- Huiselijkheid, een veilige en vertrouwde omgeving
- Zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen
- Herkenbaarheid
- Overzichtelijkheid

Kleinschalig wonen wordt gekenmerkt door een enorme verscheidenheid in projecten. Het eerste grote verschil is de groepsgrootte, de meeste huizen hebben zes bewoners, maar het aantal bewoners kan variëren van vier tot acht bewoners. Daarnaast is de locatie van belang: ongeveer 60% bevindt zich op het terrein van het verpleeghuis, terwijl de overige 40% tot meer dan vijf kilometer daarvan verwijderd is. Daarnaast is er nog een variatie in immateriële kenmerken, zoals de financiële structuur of de manier waarop het personeelsbeleid wordt vastgesteld (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, Eefsting, 2007). Om een meer eenduidige afbakening te krijgen van het concept kleinschaligheid heeft een aantal deskundigen op het gebied van huisvesting, zorguitvoering en zorgbeleid een Concept Mapping uitgevoerd (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, Eefsting, 2007).

Met behulp van de methode Concept Mapping is de onderstaande verheldering van het begrip kleinschalig wonen voor ouderen met dementie tot stand gekomen. Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, Eefsting, 2007):

1. een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft;
2. er een gewoon huishouden gevoerd wordt;
3. de bewoner regie over de inrichting van zijn dagelijks leven heeft;
4. het personeel onderdeel van het huishouden is;
5. de bewoners met elkaar een groep vormen;
6. een kleinschalige woonvorm in het archetype huis is gevestigd.

Samenvatting

De definitie die in het onderzoek zal worden gebruikt zal bestaan uit de definitie van Bussemaker zoals ze die noemt in haar brief van 20 januari 2009.

Kleinschalige woonvoorzieningen worden gedefinieerd als voorzieningen voor groepsverzorging in een groep van maximaal 6 á 8 bewoners die gezamenlijk een huishouden vormen (Bussemaker, 2009). De omgeving waarin dit plaatsvindt kan zijn binnen de muren van een grootschalige AWBZ voorziening, maar ook op een aparte kleinschalige locatie in de wijk. Als kleinschalige locatie wordt uitgegaan van een capaciteit van maximaal 24 plaatsen voor mensen met dementie met een zware indicatie inclusief verblijf (Bussemaker, 2009).

Deze definitie wordt gebruikt omdat de regering leidend is. Niet alleen qua beleid maar zeker ook qua financiering. Daarnaast zal gebruik gemaakt worden van de kenmerken die voortgekomen zijn uit de Concept Mapping van Boekhorst.

Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, Eefsting, 2007):

1. een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft;
2. er een gewoon huishouden gevoerd wordt;
3. de bewoner regie over de inrichting van zijn dagelijks leven heeft;
4. het personeel onderdeel van het huishouden is;
5. de bewoners met elkaar een groep vormen;
6. een kleinschalige woonvorm in het archetype huis is gevestigd.

Hiervoor is gekozen omdat vanuit de literatuur is gebleken dat deze kenmerken de meest doordachte kenmerken van kleinschalig wonen zijn. Bovendien worden deze kenmerken gesteund door een grote groep betrokkenen.

3.1 Financiering

Kleinschalig wonen is op verschillende manieren te financieren. Namelijk via het PGB, het scheiden van wonen en zorg en door middel van de erkenning als AWBZ instelling (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008). Hierbij valt de erkenning als AWBZ instelling onder de traditionele manier van het financieren van de zorg. Het PGB en het scheiden van wonen en zorg valt onder de opgedeelde financiering van de zorg.

3.1.1 Traditionele AWBZ instelling

De eerste manier waarop een kleinschalige woonvorm gefinancierd kan worden is door het verkrijgen van een AWBZ erkenning. Wanneer een kleinschalige woonvorm de erkenning heeft gekregen is deze instelling toelaatbaar tot de AWBZ. De instelling kan dan rechtstreeks onderhandelen met het zorgkantoor over de te leveren zorg.

3.1.2 Opgedeelde financiering

Wanneer een kleinschalige woonvorm gebruik maakt van een opgedeelde financiering kan dat op twee manieren, via het persoonsgebonden budget en via het scheiden van wonen en zorg.

Persoonsgebonden budget (PGB)

Financieringsbron waarbij de cliënt of ouder zelf de verzorging, verpleging en begeleiding kan inkopen. Deze manier van financiering is vooral terug te vinden bij cliëntinitiatieven. Hierbij worden alle indicaties gekapitaliseerd, waardoor het geld ten goede komt aan het collectief. Hiermee koopt het collectief de zorg in of nodigt een zorgorganisatie uit om de zorg te regelen.

Scheiding van wonen en zorg

Bij deze manier van financieren bouwt de woningbouwcorporatie de locatie en levert de zorgverlening de zorg. De cliënt betaalt huur aan de corporatie en heeft een indicatie AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) voor de zorg.

3.2. Bouwregime zorginstellingen

In het verleden was het zo dat zorginstellingen voor nieuwbouw en grotere verbouwingen op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een toelating en een vergunning nodig hadden om te mogen bouwen of verbouwen. Het ministerie van VWS verleende deze toelating. Daaraan voorafgaand beslist het Bouwcollege over de vergunning voor de bouw. De vergunning werd verleend op basis van de kwaliteit en functionaliteit van de zorggebouwen (College bouw zorginstellingen, z.d.). Deze vergunning leidde tot vergoeding van afschrijvingen en rentekosten van de bouw, de kapitaallasten (WTZi in vogelvlucht, z.d.) .In overleg met het Bouwcollege en het veld werden er prestatie-eisen vastgelegd en door de minister goed gekeurd. Deze prestatie-eisen waren bedoeld als hulpmiddelen bij het voorbereiden van bouwaanvragen, maar vormden ook het toetsingskader voor de bouwkundige-functionele beoordeling van de aanvragen. De prestatie-eisen bevatten de basiskwaliteitseisen waaraan zorginstellingen minimaal moesten voldoen (Tulp, 2007).

Sinds 1 januari 2009 is het bouwregime voor langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg afgeschaft. Dit betekent dat vanaf die datum zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het beheer en de financiering van de bouw. Vanaf dat moment moeten de zorgbouw investeringen worden terugverdiend met de activiteiten en de productie van verschillende zorgproducten. Dit betekent dat ze niet meer worden afgedekt door het WTZi (Tulp, 2007). Investeren in zorgvastgoed is niet langer zonder risico's. Door deze veranderingen neemt het risicoprofiel van een zorginstelling als huurder van een woningcorporatie toe (Financiering van zorgvastgoed, z.d.) . Dit heeft tot gevolg dat het voor zorginstellingen lastiger wordt om de bouw en verbouwing van hun instelling te financieren.

3.3 Inventarisatie betrokken partijen

Bij het opzetten van een kleinschalige woonvorm zijn verschillende partijen betrokken. De rolverdeling tussen de verschillende partijen kan van belang zijn bij de verklaring van het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Om een goed beeld te krijgen van de betrokken partijen en de invloed die deze partijen hebben is er een inventarisatie gemaakt. De volgende partijen zijn betrokken bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen: de zorgaanbieder, de woningcorporatie, de cliënt en zijn familie, de gemeente en de provincie, de projectontwikkelaar en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor.

Gemeente

Wanneer men naar de rol van de gemeente kijkt ten aanzien van kleinschalig wonen, heeft men het vooral over de afdeling wonen, zorg en welzijn en de bijbehorende wethouders. De belangrijkste taken zijn de informatievoorziening, bouwen en wonen. Hierbij moet men denken aan de ruimtelijke ordening en de vergunningverlening. Daarnaast is de gemeente ook actief op het gebied van zorg en welzijn, in het bijzonder hoe dit wordt aangepakt in de desbetreffende wijk (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008).

Provincie

Op dit moment wordt de Provincie nog vooral gezien als de subsidiërende partij. De provincie kan echter ook een rol spelen bij de kennisontwikkeling en de uitwisseling van kennis. Daarnaast kan de provincie ondersteuning bieden bij de uitvoering en optreden als bemiddelaar van vraag en aanbod (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008).

Cliënten- en familie

De rol van cliënt en familie kan op twee manieren bekeken worden. In eerste instantie kunnen cliënten gezien worden als bewoners van kleinschalige woonvormen. Echter moeten cliënten en hun familie ook meegenomen worden als partij voor cliënt- en familie initiatieven. Wanneer de rol van de cliënt bekeken wordt als bewoner van een kleinschalige woonvorm betekent dit dat cliënten over het algemeen minder hulp nodig hebben, meer sociaal betrokken zijn en meer genieten van de omgeving (Trimbos Instituut, z.d.). Bovendien lijkt er sprake te zijn van vertrouwdheid, veiligheid en structuur en ervaart men een betere woonkwaliteit (Wat zijn de voordelen van kleinschalig wonen, z.d.). Wanneer men naar cliënt- en familie initiatieven kijkt, blijkt dat dit een langdurig proces is waarbij de cliënt of familie zelf werkgever is (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008).

Projectontwikkelaars / commerciële partijen

Wanneer men het heeft over de projectontwikkelaars moet men vooral denken aan de vastgoedontwikkeling. Zij zijn verantwoordelijk voor de daadwerkelijke bouw van kleinschalige woonvormen.

Woningcorporaties

Woningcorporaties worden beschouwd als de spin in het web als het gaat over kleinschalige woonvormen. Ze vervullen de rol van maatschappelijk vastgoedbeheerder. Kleinschalige woonvormen bieden voor de corporatie de mogelijkheid om invulling te geven aan leefbaarheid en zorg. Bovendien kan de corporatie de mogelijkheid van verschillende vormen tussen huur en koop verder ontwikkelen (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008).

Zorgverzekeraars/zorgkantoren

Het zorgkantoor voert namens alle zorgverzekeraars (ziekenfondsen en de particuliere zorgverzekeraars) in een regio de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit. Het zorgkantoor dient er voor te zorgen dat in haar regio aan de vraag naar zorg kan worden voldaan. Dit betekent dus dat men aan de vraag naar kleinschalige woonvormen moet voldoen. Daartoe sluit het zorgkantoor overeenkomsten af met zorgaanbieders (zoals thuiszorginstellingen) die de feitelijke zorg leveren (Zorgkantoor Twente, z.d.).

Zorginstellingen

Wanneer de organisatievorm wordt ingericht volgens kleinschalig wonen, betekent dit een grote verandering voor de dagelijkse werkzaamheden. Er wordt gewerkt in kleine vaste teams, die zelf de regie in handen hebben. Hierdoor wordt het verplegend personeel zelfstandiger, bovendien ervaren ze over het algemeen lagere werkeisen en meer werkplezier (Trimbos instituut, z.d.). Voor de organisatie

betekent dit dat men zelf kleinschalige woonvormen kan ontwikkelen, of extramuralisering doordat men via het persoonsgebonden budget zorg levert aan een kleinschalige woonvorm (Lammers, Maarschalkerweerd, Lugtmeijer, 2008).

4. Onderzoeksmethode

4.1 Onderzoekopzet

Om de redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden te onderzoeken zal gebruik gemaakt worden van kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van betrouwbare informatie over wat er leeft onder een bepaalde doelgroep en waarom. De diepgaande informatie wordt verkregen door in te gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. Dit resulteert in de redenen van heersende meningen en bepaalde gedragingen (Shadisch, Cook & Campbell, 2002, p. 500)

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat we te maken hebben met exploratief onderzoek. Dit is onderzoek met een meer verkennend karakter. Deze vorm van onderzoek wordt vooral verricht met betrekking tot nieuwe en nog relatief onontgonnen problemen (Bouter, Dongen van, Zielhuis, 2005, p. 10) In dit geval zijn de relaties tussen de relevante variabelen onbekend. Bovendien is kwantitatief onderzoek in dit verband ontoereikend om tot de juiste conclusies te komen aangezien het in het onderzoek gaat om een geringe groep respondenten waarbij de achterliggende redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente moeten worden achterhaald. Kwalitatief onderzoek zorgt ervoor dat men tijdens het interview veel onderwerpen kan behandelen, waardoor deze achterliggende redenen aan bod zullen komen (Boeije, 2005, p. 18).

Er zijn een aantal zaken waar men rekening mee moet houden wanneer men kwalitatief onderzoek doet. Zo moet de objectiviteit van het onderzoek gewaarborgd worden. Dit kan men bereiken door te handelen op theoretische gronden en het onderzoek zo veel mogelijk te systematiseren en transparant te houden. Daarnaast is het van belang om alle overwegingen op te schrijven en te bediscussiëren om zo objectief mogelijk het onderzoek uit te voeren. Tegelijkertijd moet rekening gehouden worden met de validiteit en betrouwbaarheid van de kenmerken van kleinschalig wonen (Maso & Smaling, 1990, p. 75-76). Ook hierbij is het van belang dat er systematisch en transparant gewerkt wordt. Daarnaast moet men bij het doen van kwalitatief onderzoek opletten dat er geen sprake is van interviewerbias. Het is hierbij noodzakelijk dat de interviewer de respondent niet beïnvloedt bij het geven van antwoorden op de gestelde vragen.

4.2 Dataverzameling

Het kwalitatieve onderzoek zal vorm krijgen door middel van semigestructureerde interviews. De vragen die gesteld worden in het interview zullen een open karakter hebben zodat de participant in staat zal zijn om toelichting te geven, bovendien heeft de interviewer de kans om door te vragen (zie bijlage 2) Er is gekozen voor een open karakter omdat het een onderzoek is naar achterliggende redenen. Bovendien bestaat het vermoeden dat er onduidelijkheid bestaat over het begrip kleinschalig wonen.

Bij de onderzoeksvorm zoals hierboven beschreven is het noodzakelijk om rekening te houden met non-response. Wanneer de non-respons hoog is kan dat invloed hebben op de onderzoeksresultaten, zeker als de non-response het gevolg is van het onderzoek. De verwachting is dat in mijn onderzoek de non-respons niet erg hoog zal zijn omdat we te maken hebben met bestaande contacten van TWT waardoor de verwachting is dat de non-response laag zal zijn.

4.3 Onderzoekspersonen

Deze interviews zullen plaatsvinden bij zorginstellingen in Twente. Over het algemeen zal gesproken worden met beleidsmedewerkers en bestuursleden. Mochten deze personen niet in de gelegenheid zijn dan zal gesproken worden met personen binnen de instelling die te maken hebben met kleinschalig wonen. Het totaal aantal instellingen dat in aanmerking komt voor het onderzoek zijn 12 instellingen (zie bijlage 1). Dit zijn alle instellingen in Twente die zich richten op psychogeriatrische zorg. In het onderzoek richt de onderzoeker zich op de hoofdkantoren en niet op de afzonderlijke vestigingen aangezien het zeer waarschijnlijk is dat beleid ten aanzien van kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten niet afzonderlijk door elke vestiging wordt bepaald. Er is gekozen om bij de zorginstellingen een onderzoek te doen naar het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente omdat zorginstellingen een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen. De verwachting is dat zorginstellingen hierbij duidelijk kunnen aangeven wat de knelpunten zijn bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen. Daarnaast hebben zorginstellingen te maken met alle betrokken partijen waardoor een breed beeld verkregen kan

worden van de situatie. Naast zorginstellingen spelen ook andere partijen een rol bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen, hier is echter geen onderzoek naar gedaan.

4.4 Metingen

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zullen er een aantal metingen worden verricht. Om een duidelijk beeld te krijgen van de situatie zal eerst een analyse gemaakt worden van de demografische gegevens. Vervolgens zal gekeken worden naar de definitie van kleinschalige woonvormen volgens zorginstellingen en of deze overeenkomt met de door de onderzoeker vastgestelde definitie. Ten slotte zal een vergelijking worden gemaakt tussen de verschillen en overeenkomsten van redenen die zorginstellingen geven voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente.

4.4.1 Demografische analyse

Om een beter beeld te krijgen van de ontwikkeling van kleinschalig wonen is het noodzakelijk om de demografische achtergrond in kaart te brengen. Bij de uitwerking van de demografische gegevens zal gekeken worden naar de leeftijdsopbouw in Overijssel en de prevalentie en incidentie van dementie. Deze gegevens worden verkregen door een beroep te doen op de cijfers van de Provincie Overijssel, Aedes-Actiz en TNO. Deze gegevens worden onderzocht omdat het niet ondenkbaar is dat het aantal dementerenden van invloed is op de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen.

4.4.2 Definitie kleinschalig wonen

Kleinschalige woonvoorzieningen worden gedefinieerd als voorzieningen voor groepsverzorging in een groep van maximaal 6 á 8 bewoners die gezamenlijk een huishouden vormen (Bussemaker, 2009). De omgeving waarin dit plaatsvindt, kan zijn binnen de muren van een grootschalige AWBZ voorziening, maar ook op een aparte kleinschalige locatie in de wijk. Als kleinschalige locatie wordt uitgegaan van een capaciteit van maximaal 24 plaatsen voor mensen met dementie met een zware indicatie inclusief verblijf (Bussemaker, 2009).

Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (Boekhorst, Depla, Lange, Pot, Eefsting, 2007):

1. een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft;
2. er een gewoon huishouden gevoerd wordt;
3. de bewoner regie over de inrichting van zijn dagelijks leven heeft;
4. het personeel onderdeel van het huishouden is;
5. de bewoners met elkaar een groep vormen;
6. een kleinschalige woonvorm in het archetype huis is gevestigd.

In de interviews zal getoetst worden of deze definitie overeen komt met de definitie van de zorginstelling zelf. Op die manier wordt nagegaan of zorginstellingen allemaal dezelfde definitie van kleinschalig wonen hebben.

4.4.3 Redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen

Om een duidelijk beeld te krijgen van de redenen die zorginstellingen hebben voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen worden de vragen geordend in thema's. Allereerst wordt een inventarisatie gemaakt van het aantal en de omvang van de zorgaanbieders, vervolgens zal gevraagd worden naar de voorkeur van psychogeriatrische patiënten met betrekking tot huisvesting. Ten slotte zal een analyse gemaakt worden voor het achterblijven van het aanbod kleinschalige woonvormen in Twente. Doel van deze methode is het achterhalen van de achterliggende redenen voor het achterblijven van het aantal kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente.

4.5 Analyse interviews

De interviews zijn opgenomen op een bandje en vervolgens uitgetypt. Van dit gesprek is een kort verslag gemaakt dat weer is voorgelegd aan de geïnterviewde voor goedkeuring. Daarna zijn de belangrijkste punten uit elk interview gegroepeerd om vervolgens de belangrijkste overeenkomsten en verschillen in de antwoorden van respondenten te clusteren. Wanneer veel respondenten bijvoorbeeld aangeven dat het achterblijven van kleinschalige woonvorm voortkomt uit het feit dat in Twente een andere cultuur heerst, dan wordt gekeken hoeveel respondenten dit antwoord geven. Daarnaast wordt gekeken hoe belangrijk de respondenten deze redenen achten. Hieruit zijn vervolgens conclusies getrokken ten aanzien van de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente.

5. Resultaten

5.1 Demografische analyse

Om een duidelijk beeld te krijgen van de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente is het van belang om achtergrondinformatie te verkrijgen over de leeftijdsopbouw, prevalentie en incidentie en de huidige situatie wat betreft het aantal kleinschalige woonvormen.

5.1.1 Leeftijdsopbouw Overijssel

Omdat leeftijd de belangrijkste oorzaak is voor het krijgen van dementie is het belangrijk om de leeftijdsopbouw voor Overijssel in het onderzoek mee te nemen.

De cijfers voor Overijssel zijn als volgt:

Overijssel				
	2004	2010	2020	2030
0-19	25,8	25,4	24,3	23,7
20-39	28,0	25,7	25,0	25,3
40-54	21,0	21,7	19,6	17,2
55-64	11,2	12,3	12,9	12,8
65-74	7,8	8,3	10,6	11,4
75 <	6,1	6,6	7,5	9,7
Totaal	100	100	100	100

Tabel 1: Demografische opbouw van Overijssel in percentages in 2004, 2010, 2020 en 2030

Bron: afdeling RWB Provincie Overijssel (Wonen en zorg voor ouderen in de toekomst, z.d.).

Uit deze cijfers blijkt dat het aantal mensen boven de 65 jaar in Overijssel de komende jaren zal toenemen. Een oorzaak hiervan is de ontgroening en de vergrijzing. Wanneer Overijssel met de rest van Nederland vergeleken wordt blijkt dat Overijssel een relatief jonge provincie is. De leeftijdsopbouw in de verstedelijkte gebieden van Overijssel komt overeen met het Nederlandse gemiddelde. Plattelandsgemeenten tellen daarentegen relatief veel jongeren (Omvang & samenstelling bevolking Overijssel, z.d.).

5.1.2 Toename dementie in Overijssel

In 2005 waren er in Overijssel ongeveer 12.709 mensen met dementie. De verwachting voor 2030 is dat er dan 20.710 mensen met dementie in Overijssel verblijven. Dit betekent een groei van 63 %. De groei in de provincie Overijssel is redelijk te vergelijken met de rest van Nederland, aangezien in Nederland de groei van het aantal mensen met dementie in dezelfde periode 65 % is (Aedes-Actiz, 2007).

	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Overijssel	12.709	13.789	14.961	16.252	18.136	20.710
Totaal Nederland	193.912	211.768	228.640	249.033	279.259	319.312

Tabel 2: Prognose aantal mensen met dementie 2030

Bron: Aedes-Actiz, 2007

In de volgende tabel is de incidentie en prevalentie van het aantal dementerenden in Twente weergegeven. Hierbij wordt onder aantal, het aantal inwoners in Twente verstaan. Met aantal alleen wordt het aantal alleenstaande inwoners in Twente bedoeld. Onder incidentie wordt verstaan, het aantal personen dat ziek wordt in een bepaalde periode (Bouter, Dongen van, Zielhuis, 2005, p. 25). Onder prevalentie wordt verstaan het totaal aantal personen dat ziek is in een bevolkingsgroep of gebied op een bepaald tijdstip (Bouter, Dongen van, Zielhuis, 2005, p. 25). Verder wordt er in de tabel een onderverdeling gemaakt naar het aantal alleenstaanden binnen de prevalentie groep. Met alleenstaand wordt dus bedoeld het aantal alleenstaande met dementie. Tot slot wordt er ook gekeken welk percentage mensen met dementie onder de functie verblijf valt.

Jaar	Totaal					
	Aantal	Aantal alleen (%)	Incidentie (%)	Prevalentie (%)	Alleenstaand (%)	Verblijf (%)
2005	615781	12,77	0,20	1,23	0,52	0,37
2010	618756	13,54	0,21	1,32	0,61	0,40
2015	621644	14,41	0,23	1,42	0,69	0,43
2020	623885	15,27	0,25	1,53	0,75	0,46
2025	625333	16,21	0,27	1,68	0,83	0,51
2030	625241	17,01	0,30	1,89	0,96	0,57

Tabel 3: Raming aantallen dementerenden in de regio Twente met functie verblijf
Bron: TNO kwaliteit van leven, 2006

5.1.3 Samenvatting

Uit de demografische cijfers blijkt dat het aantal dementerenden in Twente de komende jaren fors gaat toenemen. De toename van het aantal dementerenden in Twente is vergelijkbaar met de toename in de rest van Nederland. Wat opvalt is dat het aantal alleenstaande dementerenden de komende jaren bijna verdubbelt. Dit zou kunnen betekenen dat men eerder een beroep moet doen op de zorg. Hierdoor zal extra capaciteit nodig zijn binnen zorginstellingen, bijvoorbeeld in de vorm van kleinschalige woonvormen. We kunnen er dus vanuit gaan dat de opvang voor dementerenden een belangrijk maatschappelijk probleem is, waardoor het relevant is om onderzoek te doen naar het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Om achter de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen te komen is het zinvol te kijken naar de aanbieders van de zorg voor dementerenden, namelijk zorginstellingen. Wat is de visie van zorginstellingen op kleinschalige woonvormen en waarom denken zij dat het aantal kleinschalige woonvormen in Twente achterblijft.

5.2 Interviews

5.2.1 Response interviews

In totaal zijn 12 zorginstellingen benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Alle organisaties hebben hun bereidheid getoond om hieraan mee te werken waardoor een respons van 100% verkregen is. Ter beantwoording van de onderzoeksvraag zijn in totaal 12 interviews afgenomen met 13 respondenten. Onder deze respondenten bevonden zich 3 directeurs, 6 managers, 3 beleidsmedewerkers en een teamleider. De visie van de respondenten is ingedeeld in drie thema's: inventarisatie van de aanbieders, de voorkeur van de PG patiënten waar te wonen en analyse van het achterblijvend aanbod.

5.2.2 Inventarisatie zorgaanbieders

Om een beter beeld te krijgen van de visies van zorginstellingen ten aanzien van kleinschalig wonen is besloten om eerst de omvang van de zorginstellingen in beeld te brengen. Van de organisaties die ook buiten Twente zorg leveren is alleen de vestiging in Twente meegenomen. Wat hierbij opviel was dat de meeste organisaties niet precies wisten aan hoeveel cliënten met de status Verzorging en Verblijf zij zorg leverden. Ook kon men niet in alle gevallen precies aangeven hoeveel cliënten daarvan tot de PG groep behoorden. Eén van de organisaties gaf bovendien aan wel kleinschalig wonen aan te bieden, echter is het onbekend hoeveel cliënten hierin ondergebracht worden.

Zorginstelling	Geschatte aantal bedden binnen de functie Verzorging en Verblijf	Geschatte aantal bedden voor PG cliënten	Geschatte aantal cliënten die verblijven in een kleinschalige woonvorm
Zorginstelling A	70	19 (27,1%)	0 (0%)
Zorginstelling B	80	0 (0%)	0 (0%)
Zorginstelling C	92	24 (26,1%)	0 (0%)
Zorginstelling D	120	100 (83,3%)	0 (0%)
Zorginstelling E	126	0 (0%)	0 (0%)
Zorginstelling F	203	203 (100%)	203 (100%)
Zorginstelling G	239	72 (30,1%)	12 (5,0%)
Zorginstelling H	500	151 (30,2%)	69 (13,8%)
Zorginstelling I	780	500 (64,1%)	Onbekend
Zorginstelling J	1100	840 (76,4%)	100 (9,1%)
Zorginstelling K	1350	380 (28,1%)	0 (0%)
Zorginstelling L	6000	300 (5,0%)	75 (1,3%)
Totaal	10560	2589 (24,5%)	459 (4,3%)

Tabel 4: Aantal kleinschalige woonvormen in Twente

Van de 12 instellingen hebben 5 organisaties minder dan 200 bedden, 3 organisaties minder dan 600 bedden en 4 organisaties meer dan 600 bedden. Het totaal aantal cliënten met de functie Verzorging en Verblijf in Twente kwam uit op 10560 cliënten. Hiervan behoren 2589 cliënten tot de PG groep. Wat opvalt is dat ruim 3/4 van het totaal aantal cliënten die tot de PG groep behoren woonachtig is in één van de vier grote zorginstellingen. Daarnaast valt op dat bij de meeste bezochte instellingen slechts een klein percentage cliënten verblijft in een kleinschalige woonvorm. Alle organisaties die op dit moment al beschikken over kleinschalige woonvormen geven aan dat dit voortkomt uit de landelijke trend en passend is bij de visie die zij als organisatie nastreven.

5.2.3 Definitie kleinschalige woonvormen

Het vermoeden bestond dat de definitie van kleinschalige woonvormen niet voor elke zorginstelling gelijk zou zijn. Uit de inventarisatie van wat zorginstellingen verstaan onder een kleinschalige woonvorm blijkt dat het uitgangspunt voor vrijwel elke organisatie hetzelfde te zijn. Vrijwel alle organisaties hebben als uitgangspunt het welzijn en de kwaliteit van leven en wonen van de cliënt. De cliënt moet het gevoel hebben zich thuis te voelen. Eén van de zorginstellingen beschreef het uitgangspunt van een kleinschalige woonvorm dan ook als volgt: "De bewoners vormen met elkaar een 'gewoon' huishouden en het dagelijks leven wordt zo veel mogelijk gehandhaafd qua ritme en inhoud". De invulling die elke zorginstelling hieraan geeft verschilt echter.

Er zijn verschillende fysieke vormen waarin je kleinschalige woonvormen gestalte kunt geven. De belangrijkste vormen zijn kleinschalige woonvormen losstaand in de wijk, kleinschalige woonvormen geclusterd op het terrein van een zorginstelling, kleinschalige woonvormen als onderdeel van een servicecomplex en een clustering van kleinschalige woonvormen in een grootschalig verband. Twee organisaties zien kleinschalig wonen in verschillende fysieke vormen waardoor deze twee keer meegenomen zijn in de telling.

Het eerste wat opviel was dat kleinschalige woonvormen losstaand in de wijk nauwelijks meer voorkomen. Er is slechts één organisatie die hiervoor gekozen heeft. Deze organisatie geeft echter wel aan in de toekomst dit niet meer te realiseren omdat het financieel niet haalbaar is. De organisatie zegt hierover het volgende: "Kleinschaligheid moet plaatsvinden binnen grootschaligheid zodat je het als organisatie goed kunt wegzetten en een optimale woonomgeving kunt realiseren met voldoende gekwalificeerde mensen."

Vier organisaties zien kleinschalig wonen als een clustering van kleinschalige woonvormen op het terrein van een zorginstelling. De reden waarom voor deze vorm is gekozen wordt niet in alle gesprekken duidelijk. Eén van deze organisaties geeft wel echter aan dat de kleinschalige woonvorm die zij op dit moment bezit volledig selfsupporting is waardoor het geen verschil maakt waar deze gevestigd is. Daarnaast geven een aantal andere organisaties aan dat in de laatste fase van het

ziekteverloop van dementie de leefwereld van de cliënt zodanig verkleind is dat het contact met de buitenwereld nauwelijks meer aanwezig is. Veel groter is de behoefte aan begeleiding en herkenbaarheid waardoor voor de cliënt de locatie van de kleinschalige woonvorm er nauwelijks nog toe doet. Dit komt overeen met de beschrijving van het zorgtraject van dementie besproken in paragraaf 2.2.

Vier organisaties zien kleinschalige woonvormen als onderdeel van een service complex, hierbij valt op dat drie van die organisaties bewoners een eigen appartement bieden in plaats van een eigen slaapkamer en een gemeenschappelijke huiskamer, keuken en sanitaire voorziening. Kwaliteit van leven en de regie over het eigen leven vormen kernbegrippen bij deze visie van kleinschalig wonen. In deze service complexen wordt wel de mogelijkheid geboden dingen samen te ondernemen door het creëren van een gemeenschappelijke ruimte.

Vijf van de 12 zorginstellingen zien kleinschalig wonen als wonen binnen een grootschalig verband. De belangrijkste reden hiervoor is het feit dat kleinschaligheid binnen grootschaligheid gemakkelijker te realiseren is. Een organisatie laat hierover het volgende los: "Je kunt een aantal voorzieningen gewoon financieel realiseren die je in een kleine setting niet kunt realiseren. We hebben hier het café het restaurant, een bioscoop, een smoezelbadkamer en zelfs een verenigingsleven."

Wat opvalt is dat zorginstellingen vaag blijven over de exacte definitie van kleinschalige woonvormen. Dit komt mede doordat het uitgangspunt 'kwaliteit van leven' een vaag en breed begrip is. Hoewel het uitgangspunt voor bijna alle instellingen hetzelfde is geeft iedere zorginstelling zijn of haar eigen invulling aan kleinschalig wonen waardoor de grote verscheidenheid in kleinschalige woonvormen ontstaat. Wanneer je dit vergelijkt met de algemene definitie van kleinschalig wonen genoemd in hoofdstuk 3, blijken niet alle zorginstellingen hieraan te voldoen. In het bijzonder de kleinschalige woonvormen die onderdeel zijn van een servicecomplex voldoen niet aan de definitie. In deze complexen beschikt iedere bewoner over een eigen appartement en is men gericht op het individu. Hierdoor is er geen sprake van het vormen van een gezamenlijk huishouden, bovendien vormen de bewoners geen groep zoals dat in de Concept Mapping wordt verondersteld.

5.2.4 Redenen achterblijven kleinschalige woonvormen

Niet alle zorginstellingen herkennen het beeld van het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente. Zorginstellingen geven zelf aan dat ze hier ook niet eerder over nagedacht hebben. Wanneer vervolgens gevraagd wordt naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen heeft elke instelling daar wel een idee over. De redenen die zorginstellingen noemen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente zijn grofweg in drie categorieën in te delen namelijk financiën, beleidscultuur en onzekerheid wat betreft de toekomst.

Financiën

Afschrijving

De belangrijkste financiële reden die genoemd wordt is de status van het gebouw en de daarmee gepaarde afschrijvingen. Je kunt het kleinschalig concept niet of nauwelijks toepassen in de traditionele zorginstellingen. Pas als je nieuw mag bouwen krijg je de kans het kleinschalige wonen vorm te geven. Een mooie uitspraak die precies aangeeft hoe beperkt je hier als zorginstelling in bent is de volgende: "De financieringsstructuur is zo, je hebt een gebouw en daar schrijf je in dertig jaar op af. Aan het einde van die termijn kun je dan weer gaan bouwen".

In elf van de twaalf gesprekken kwam naar voren dat dit een zeer bepalende factor is voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen. In het twaalfde gesprek kwam dit onderwerp niet als zodanig naar voren. De meeste zorginstellingen in Twente vinden hun ontstaansgeschiedenis in de jaren '70. De gebouwen zijn zeer traditioneel. Vaak zijn het lange gangen met appartementen eraan. Pas wanneer het gebouw afgeschreven is kan nieuwbouw plaatsvinden. Een zorginstelling schrijft een gebouw gemiddeld genomen af over 30 tot 40 jaar. Men kan niet eerder nieuw bouwen omdat er nog teveel geld in het bestaande gebouw zit. Bovendien is de bank dan niet bereid de zorginstelling voldoende geld te lenen om nieuw te bouwen. Dit heeft als gevolg dat zorginstellingen pas kunnen nadenken over het concept kleinschalig wonen wanneer het gebouw zo goed als afgeschreven is.

Eén van de zorginstellingen verwoort dit als volgt: "De huidige gebouwen die we hebben zijn niet kleinschalig te maken. Je kunt er wel een beetje kleinschalig gaan werken maar het zijn gewoon grote klinische afdelingen van 16 of van 30".

Een andere zorginstelling zegt hierover: “De staat van de gebouwen was aanleiding om dat kleinschalig wonen verder te onderzoeken en te kijken of dat haalbaar is”.

Duurdere exploitatie

Een tweede financiële reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen is het feit dat de exploitatie van kleinschalige woonvormen duurder is. Deze reden wordt ondersteund door acht van de twaalf instellingen wat betekent dat 2/3 van alle zorginstellingen in Twente dit herkent. Eén van de zorginstellingen verklaart dit gekserend als volgt: “De “intensieve menshouderij” was in iedere geval exploitatief veel interessanter.”

De belangrijkste oorzaak van het feit dat de exploitatie duurder uitvalt zijn de personeelskosten en de personeelsbezetting. In kleinschalige woonvormen wordt gewerkt met kleine teams wat betekent dat ziekte en vakantie lastig op te vullen zijn. Bovendien is de nachtzorg relatief duurder omdat het aantal cliënten waaraan nachtzorg wordt geleverd in kleinschalige woonvormen vaak beperkter is. Verder hebben zorginstellingen te maken met de eis vanuit het ministerie van het permanente toezicht op de huiskamer. Dit betekent dat één personeelslid op een groep van zes tot acht cliënten niet toereikend is aangezien cliënten geholpen moeten worden met de toiletgang waardoor op dat moment permanent toezicht ontbreekt. Wat ook meespeelt, is het feit dat zorginstellingen meer risico nemen wanneer ze kleinschalige woonvormen bezitten. Eén organisatie vraagt zich om deze reden zelfs af of kleinschalige woonvormen überhaupt wel rendabel zijn.

Al deze overwegingen houden verband met de keuze van organisaties om geen kleinschalige woonvormen los in de wijk te plaatsen. Door het clusteren van kleinschalige woonvormen zijn personeelskosten beter te spreiden en schaalvoordelen te creëren. De zorginstelling loopt hierdoor minder risico.

Bij deze redenering moet echter wel een kanttekening worden geplaatst. Twee organisaties geven aan dat kleinschalige woonvormen weliswaar meer personeel kosten, maar dat het ziekteverzuim onder personeelsleden van kleinschalige woonvormen ook beduidend lager is.

“Soms denk ik ook dat kleinschalig wonen goedkoper is dan het traditionele wonen. Het kost qua personeel wel wat meer maar in andere zaken is het goedkoper. Het effect ziekteverzuim is beduidend lager omdat medewerkers anders in hun werk staan en zich meer betrokken voelen. Medewerkers nemen wat meer verantwoordelijkheid op zich. Door de medewerkers en het team zelf budgetten te geven en het beheer te geven over hun budgetten zie je ook dat het ook nog steeds goedkoper kan.”

De organisatie die bovenstaande uitspraak gedaan heeft geeft bovendien elke kleinschalige woonvorm een budget mee, hiermee moeten ze alles zien te betalen. Resultaat hiervan is dat mensen bewuster omgaan met middelen waardoor het steeds goedkoper kan.

Beleidscultuur

De tweede categorie die invloed heeft op de achterstand van kleinschalige woonvormen in Twente volgens de zorginstellingen zijn visie en de drang naar innovatie. In andere delen van Nederland en dan met name in de Randstad is men veel meer gericht op innovatie. Hier in Twente geeft men aan dat men over het algemeen minder grote risico's durft te nemen waardoor de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen langzaam op gang komt.

In een aantal gesprekken wordt aangegeven dat het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen te maken heeft met de visie van organisaties. Wanneer de organisatie in haar visie geen kleinschalige woonvormen ondersteunt is de organisatie minder snel bereid kleinschalige woonvormen te ontwikkelen. Dit zou de achterstand in het aantal kleinschalige woonvormen in Twente kunnen verklaren. Daarnaast geven vooral de kleine organisaties aan dat het gebrek aan samenwerking en het uitwisselen van kennis en ervaring van invloed is op de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen. Vooral grote organisaties zijn niet bereid samen te werken, waardoor er weinig goede voorbeelden beschikbaar zijn.

Een enkele organisatie doet de suggestie dat visie te maken zou kunnen hebben met de cultuur die in Twente heerst. Volgens een enkele organisatie heeft Twente een vrij groots plattelands denken wat betekent dat men zo lang mogelijk thuis blijft. Wat ook meespeelt volgens deze organisatie is dat de

sociale tolerantie hoger is in Twente waardoor mensen langer thuis blijven wonen en dus kleinschalige woonvormen minder noodzakelijk zouden zijn.

Het argument dat visie en innovatiekracht ontbreekt als argument voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen wordt echter maar door een kwart van de organisaties ondersteund. De meeste organisaties zien juist veel visie en potentieel in het kleinschalig wonen: "Er zit heel veel potentieel, heel veel visie. Er zijn ook heel veel ideeën over ontwikkeling en er wordt al jaren over gesproken. De daadwerkelijke concretisering van de plannen heeft alleen nog niet plaats gevonden."

Onzekerheid wat betreft de toekomst

Een oorzaak die niet alleen speelt bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen maar hier wel veel invloed op heeft is de onzekerheid wat betreft de toekomst. Zorginstellingen zijn erg afhankelijk van het zorgkantoor, het rijk en de gemeente.

De helft van alle organisaties zegt dat vooral het zorgkantoor een belangrijke rol speelt bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen. Het zorgkantoor geeft een erkenning af waardoor zorginstellingen zorg mogen leveren aan cliënten in de PG groep. Bovendien bepaalt het zorgkantoor ook of organisaties het aantal bedden mogen uitbereiden aangezien het zorgkantoor verantwoordelijk is voor de bekostiging van de plaatsen. Wanneer zorginstellingen dus een kleinschalige woonvorm willen ontwikkelen naast hun bestaande capaciteit zijn zij afhankelijk van het zorgkantoor.

"Het zorgkantoor is nog steeds leidend, die bepaalt of we uit kunnen bereiden of niet want die zal de plekken moeten betalen."

Voor de zorginstellingen die op dit moment nog geen zorg leveren aan cliënten uit de PG groep geven aan dat de rol van het zorgkantoor zeer bepalend is. Veel organisaties overwegen dan ook om verzorgingshuisplaatsen te vervangen voor verpleeghuisplaatsen, hier hebben ze echter ook de toestemming van het zorgkantoor voor nodig.

Wat bij twee van de twaalf zorginstellingen bovendien ook nog naar voren kwam is het feit dat zij het zorgkantoor in Twente behoudender vinden dan zorgkantoren in de rest van Nederland. "Het zorgkantoor in Twente zit strakker op de regiobudgetten waardoor in Twente de initiatieven van kleinschalig wonen minder gestimuleerd worden dan elders in Nederland."

Naast de rol van het zorgkantoor speelt ook de onzekerheid van de manier waarop kleinschalige woonvormen gefinancierd gaan worden vanuit het rijk een grote rol. Enkele organisaties hebben zelfs projecten afgelast in verband met de onzekerheid qua financiën. De lange termijn financiering is op dit moment het grootste probleem. Banken zijn mede door de financiële crisis een stuk terughoudender geworden waardoor het lastiger is een lening aan te gaan. Bovendien vervalt met de afschaffing van het bouwregime de erkenning van de kapitaallasten waardoor banken minder zekerheid hebben wanneer ze een lening verschaffen aan zorginstellingen. Daarnaast is er sprake van het verkorten van de afschrijvingstermijn van zorginstellingen, hier is echter geen duidelijkheid over.

5.2.5 Samenvatting

De belangrijkste redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen bevinden zich op het financiële vlak. Ondanks dat alle organisaties deze problemen erkennen zien ze de laatste jaren ook een toename in het aantal kleinschalige woonvormen. Dit komt onder andere omdat veel zorginstellingen de bestaande gebouwen zo goed als afgeschreven hebben waardoor zorginstellingen opnieuw kunnen gaan bouwen. Alle 12 zorginstellingen geven aan bij nieuwbouw het kleinschalig concept toe te passen. Veel organisaties zijn dan ook van mening dat de achterstand van het aantal kleinschalige woonvormen in Twente in de loop der jaren vanzelf ingehaald zal worden.

6. Conclusie en Discussie

Dit onderzoek betreft een onderzoek naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente. Om een helder inzicht te krijgen in deze redenen is een breed kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder alle zorginstellingen in Twente die zorg leveren aan cliënten in de PG groep.

6.1 Reflectie

6.1.1 Reflectie op de methodiek

De methode die is toegepast in dit onderzoek bleek relevant. Wat de methodiek sterk maakt is het feit dat alle interviews letterlijk zijn uitgewerkt, samengevat en vervolgens voorgelegd zijn aan de respondent. Pas na goedkeuring van de respondent zijn de antwoorden verwerkt in het verslag. Wat de methode bovendien transparant maakt is het feit dat letterlijke passages zijn gebruikt bij het vermelden van de resultaten. Daarnaast is er tijdens het interview gewerkt met een vaste vragenlijst waardoor iedereen dezelfde vragen heeft beantwoord.

Tijdens de interviews bleek de gespreksstructuur zeer belangrijk. In enkele gevallen was de respondent zo enthousiast dat deze vanuit zichzelf al een aantal vragen in willekeurige volgorde beantwoorde. Dit zorgde er soms voor dat het gesprek wat minder gestructureerd verliep dan wanneer de volgorde van de vragenlijst werd aangehouden. Tijdens het gesprek werd echter consequent gecontroleerd of alle vragen aan de orde kwamen. Om eventuele incorrectheden te voorkomen zijn bovendien alle gesprekken samengevat en voor goedkeuring teruggestuurd.

De toegankelijkheid van zorginstellingen was tijdens dit onderzoek goed. Alle zorginstellingen voelden zich betrokken bij het onderzoek. Mede hierdoor was de respons zeer hoog (100%), waardoor met alle relevante partijen gesproken is.

6.1.2 Reflectie op de opzet van het onderzoek

De interviews in de deelnemende zorginstellingen zijn gehouden met directeuren, beleidsmedewerkers, managers en een leidinggevende. Het zou zo kunnen zijn dat de positie van de respondent bepalend is geweest voor zijn of haar kijk op kleinschalige woonvormen. Wat ook meegespeeld kan hebben is het al wel of niet bezitten van een kleinschalige woonvorm. Bij met name de kijk op de exploitatie kan het wel of niet hebben van een kleinschalige woonvorm een grote rol spelen. Omdat onder de respondenten zich veel directeuren en managers bevonden is het mogelijk dat de financiële redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen wat te sterk geaccentueerd zijn.

Uit de inventarisatie van de betrokken partijen van hoofdstuk 3.3 blijkt dat naast zorginstellingen ook andere partijen een rol spelen bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen. Door alleen zorginstellingen te laten participeren in het onderzoek is het mogelijk dat er een eenzijdig beeld is ontstaan van de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen voor dementerenden. Dit vormt dan ook een beperking in het onderzoek. Om te controleren of de redenen die gelden voor zorginstellingen ook herkend worden door andere organisaties is het zinvol onderzoek te doen naar de redenen die andere partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van kleinschalige woonvormen hebben voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente.

De resultaten die verkregen zijn in dit onderzoek zijn verkregen door gebruik te maken van meningen van respondenten. Het risico hiervan is dat de transparantie laag is. Bovendien zijn de door de respondenten voorgedragen redenen subjectief. Het is niet ondenkbaar dat zorginstellingen bepaalde informatie achterhouden om hun eigen organisatie te beschermen. Het voordeel van deze manier van onderzoeken is echter dat er dieper in kan worden gegaan op het onderwerp waardoor minder voor de hand liggende redenen eerder aan de orde komen.

Uit het onderzoek bleek verder dat niet elke organisatie dezelfde definitie hanteert wat betreft kleinschalige woonvormen. Het verschil in definitie kan van invloed zijn geweest op het aantal kleinschalige woonvormen. Bovendien kan de definitie die gehanteerd wordt van invloed zijn op de manier waarop organisaties tegen kleinschalig wonen aankijken.

De uitkomsten van dit onderzoek bieden aanknopingspunten voor een vervolgonderzoek. In het vervolgonderzoek kan gekeken worden naar de visie en redenen van andere partijen die uit paragraaf 3.3 van het theoretisch kader naar voren zijn gekomen. Vooral het Zorgkantoor is een interessante partij aangezien de zorginstellingen aangeven dat deze partij veel invloed heeft. Daarnaast is het zinvol om met meerdere personen binnen een instelling te spreken aangezien de positie binnen de instelling invloed kan hebben op de visie van de respondenten. Tot slot is het zinvol om in een vervolgonderzoek een kwantitatieve analyse te maken zodat de resultaten die verkregen zijn uit het kwalitatieve onderzoek gecontroleerd kunnen worden.

6.2 Conclusie

Aan de hand van de eerder geformuleerde onderzoeksvraag, wordt hieronder de volgende conclusie geformuleerd.

“Wat zijn de redenen dat het aanbod van kleinschalige woonvormen voor psychogeriatrische patiënten in Twente sterk achterblijft bij de rest van Nederland?”

De belangrijkste reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente is de huidige status van de gebouwen en de afschrijvingen. Een zorginstelling kan zijn gebouw in 30 tot 40 jaar afschrijven. De meeste zorginstellingen zijn ontstaan in de jaren '70 waardoor de afschrijvingen nog niet zodanig zijn dan zorginstellingen nieuw kunnen bouwen. Kleinschaligheid in de huidige gebouwen is nagenoeg niet mogelijk. Waarom de achterstand in het aandeel kleinschalige woonvormen in Overijssel groter is dan in andere provincies komt in de gegevens niet naar voren. Hierover zijn dan ook geen harde conclusies te trekken. Het vermoeden bestaat echter wel dat de watersnoodramp en de infrastructuur het grote aantal kleinschalige woonvormen in Zeeland kunnen verklaren.

Naast het probleem met de afschrijvingen zijn kleinschalige woonvormen duurder in de exploitatie. Belangrijkste oorzaken van het feit dat de exploitatie duurder uitvalt, zijn de personeelskosten en de personeelsbezetting. Vooral het organiseren van de nachtzorg en het permanente toezicht op de huiskamer zorgen ervoor dat de personeelskosten flink hoger zijn dan in traditionele zorginstellingen.

Derde reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente is de onzekerheid wat betreft de toekomst. Dit wordt onder andere bevestigd door de afschaffing van het bouwregime zoals behandeld in paragraaf 3.2. van het theoretisch kader. Zorginstellingen zijn afhankelijk van het zorgkantoor, het rijk en de gemeente wat betreft hun financiële situatie. Op dit moment zijn er nog veel onduidelijkheden wat betreft de ontwikkeling van de financieringsstroom vanuit het rijk. Daarnaast is het Zorgkantoor in Twente over het algemeen heel behoudend waardoor initiatieven minder worden gestimuleerd dan in de rest van Nederland.

Tot slot geven organisaties aan dat de cultuur, visie en de drang naar innovatie van organisaties een rol speelt bij het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente. Wat hierbij opvalt is dat dit argument wel in het algemeen wordt genoemd als er gevraagd wordt naar de redenen van het achterblijven van kleinschalige woonvormen, maar dat geen enkele instelling dit herkent in hun eigen organisatie. Dit lijkt een tegenstrijdigheid waarbij afgevraagd moet worden in hoeverre organisaties kunnen oordelen over de rol van cultuur en visie binnen hun eigen organisatie.

6.3 Aanbeveling

De meeste redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen lopen vast op wet- en regelgeving. Toch is er geprobeerd om een aantal goede aanbevelingen te doen.

6.3.1 Afschrijving

De belangrijkste reden voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen zijn de afschrijvingen. Aangezien de meeste gebouwen in de jaren '70 gebouwd zijn zullen er de komende jaren veel zorginstellingen nieuw mogen bouwen. Alle zorginstellingen gaven hierbij aan het concept kleinschalig wonen te willen toepassen. De verwachting is dan ook dat de achterstand in Twente in de loop der jaren vanzelf wordt ingehaald. Om echter in de toekomst beter in te kunnen spelen op de maatschappelijke ontwikkelingen is het van belang dat zorginstellingen de gebouwen in kortere tijd afschrijven. Een oplossing om dit te bewerkstelligen zal het veranderen van de wet- en regelgeving rondom afschrijvingen zijn. Daarnaast zouden zorginstellingen ervoor moeten zorgen dat bij het

bouwen van nieuwe locaties rekening wordt gehouden met maatschappelijke veranderingen in de toekomst. Dit kunnen ze bewerkstelligen door nieuwe locaties flexibel in te delen.

6.3.2 Onzekerheid wat betreft de toekomst

Onzekerheid wat betreft de financiering in de toekomst speelt naast afschrijving een grote rol. Duidelijkheid wat betreft de financiering van zorginstellingen in de toekomst zal zorginstellingen stimuleren kleinschalig te gaan bouwen. Wat ook van invloed kan zijn is het beperken van het constante toezicht op de huiskamer in kleinschalig woonvormen waardoor de personeelsbezetting makkelijker te organiseren is.

6.3.3 Kennis en informatie

Zorginstellingen geven duidelijk aan dat er een gebrek is aan kennis en informatie. Er is een duidelijke behoefte om kennis en ervaring te delen zodat men kan leren van andere organisaties. Wanneer men naar de inventarisatie van de betrokken partijen kijkt blijkt dat vooral provincie en gemeente een rol moeten spelen bij kennis ontwikkeling en het uitwisselen van kennis. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat de provincie een loket opricht waar kennis en ervaring uitgewisseld kan worden. Bovendien zou de provincie bijeenkomsten kunnen organiseren waar gesproken kan worden over de verschillende vormen van kleinschalig wonen.

7. Referenties

- Abrahams, J. (1999). De gids en de reisgenoten. Omgaan met mensen met dementie. Leuven/Apeldoorn: Garant
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-zorg (2007). Provinciale factsheet kleinschalig wonen voor mensen met dementie in Overijssel. Utrecht: H. van Waarden en M. Wijnties
- Allewijn, M. (2006). Zorg om ouderen. Een leidraad voor mantelzorgers. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Artikel 5,4 WTZi (2005). Besluit van 3 november 2005, houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi). Verkregen op 07 mei 2009. <http://www.ggzbeleid.nl/wetgeving/wtzi>
- Boeije, H. (2005). Analyse in kwalitatief onderzoek. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Boekhorst te, S., Depla M.F.I.A., Lange de, J., Pot, A.M., Eefsting, J.A. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie jaargang 38, nummer 1 (2007) p. 17-26
- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M. (2005). De Nederlandse gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouter, L.M., Dongen van, M.C.J.M., Zielhuis, G.A. (2005). Epidemiologisch onderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bouwman, D. (2009). Perspectief in de woonvraag voor bijzondere doelgroepen. Enschede: PDO-PRO
- Braam, W., Brunt, E. (2005). Spieren in de vertraging. Alles over de ziekte van Parkinson. Wormer: Inmerc BV.
- Braam, W., Dautzenberg, P. (2005). Dementie. Over Alzheimer en andere vormen. Wormer: Inmerc BV.
- Bussemaker, J. (2007). DLZ/KZ-2814764 Kamerstuk 4 december 2007, Experimenteren met AWBZ-zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Bussemaker, J. (2009). DLZ/KZ-U-2901967, Stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Bussemaker, J. (2007). DLZ/KZ-2771018, Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van bestaan. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- College bouw zorginstellingen (z.d.). Verkregen op 18 mei 2009. http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/Organisatie/Profiel_bouwcollege.pdf
- Dementia (z.d.) Verkregen op 29 april 2009. <http://www.dementia.nl/>
- Dementie, omvang van het probleem (z.d.). Verkregen op 20 september 2009. http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1470n17535.html
- Lange, J., van (2007). Welke factoren beïnvloeden de kans op dementie? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
- Fahrenfort, M. (2003). Roeien met de riemen die je hebt: Variatie kenmerken voor kleinschalig wonen. Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric. 15 (5): 12-16.

- Financiering van zorgvastgoed (z.d.). Verkregen op 18 mei 2009.
http://www.dirkzwager.nl/Dirkzwager_C01/Modules/PaginaA/PaginaA_Module.asp?CustID=567&ComlD=1&ModID=116&ItemID=0&SessionID=5422513669030759540208681365
- Gelmers, J.H. (2006). Neurologie voor verpleegkundigen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Hoe regelt u zorg (z.d.). Verkregen op 11 mei 2009.
<http://www.ciz.nl/sf.mcgi?3315>
- Hoe zien de hersenen van een Alzheimerpatiënt eruit (z.d.). Verkregen op 27 april 2009.
<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=4003>
- Hoe zien de hersenen van patiënt met vasculaire dementie eruit (z.d.). Verkregen op 27 april 2009.
<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=497>
- Krijger, E. (2004). Handleiding Kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie. Utrecht: NIZW
- Lammers, B., Maarschalkerweerd, A., Lugtmeijer, E. (2008). Kleinschalig wonen vergroten. Onderzoek voor de provincie Noord-Holland (Electronische versie). Pagina 1-35 Verkregen op 07 mei 2009.
http://www.wvz-nh.nl/attachments/299_Publicaties-2008_DSP_rapport_kleinschalig_wonen.pdf
- Maso, I. & Smaling, A. (1990). Objectiviteit in kwalitatief onderzoek. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Nouws, H. (2003). 'Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie'. Denkbeeld tijdschrift voor de Psychogeriatric 15 (5): 4-7.
- Omvang & samenstelling bevolking Overijssel (z.d.). Verkregen op 11 mei 2009.
http://provincie.overijssel.nl/beleid/trendbureau/trendverkenning/bevolking_omvang#Literatuurlijst
- Ploegstra, F. (2004). Bouwen aan een nieuw huis. Realisatie van genormaliseerd kleinschalig wonen voor mensen met dementie
- Shadish, W. R., Cook, T. D., and Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston / New York: Houghton Mifflin Company.
- Spruytte, N., Van Audenhove, C.H., Lammertyn, F. (2000). Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Stevens, M. (1998). Fronto-temporale dementie: een klinische en genetisch-epidemiologische studie [elektronische versie]. Nederlands tijdschrift voor neurologie, jaargang 1998, nr. 2.
- Thesaurus zorg en welzijn (z.d.) Verkregen op 06 mei 2009.
<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/kleinschaligewoonzorgvoorzieningen.htm>
- TNO (2006). Kwaliteit van leven. Delft: ZSMAD 2 stimulatieprogramma
- Trimbos-instituut (2007). Kleinschalig wonen voor mensen met dementie: doen of laten? Onderzoeksresultaten, commentaren en interviews. Utrecht: Trimbos-instituut en EMGO-VUmc.
- Trimbos Instituut (z.d.) Verkregen op 07 mei 2009.
<http://www.trimbosinstituut.nl/default19723.html>
- Tulp, E. (2007). Bouwcollege nu en straks. Culemborg: Twin Design BV.
http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/Organisatie/072774_Nu_en_Straks.pdf
- Verschraegen, J., Carte, de, G., Heuvel, van den, B. (2006). E-dementie. Antwerpen-Apeldoorn: Garant-Uitgevers.

Wat gebeurt er in de hersenen van een Alzheimerpatiënt (z.d.) Verkregen op 27 april 2009.
<http://www.alzheimer-nederland.nl/content.jsp?objectid=480>

Wat zijn de voordelen van kleinschalig wonen (z.d.). Verkregen op 07 mei 2009.
http://www.platformkleinschaligwonen.nl/faq/index.php?categorie_id=5&zoekwoord=&faq_id=39&start=0

Wonen en Zorg voor ouderen in de toekomst (z.d.). Verkregen op 29 april 2009.
[http://74.125.77.132/search?q=cache:-zRQs3Fu7pQJ:provincie.overijssel.nl/contents/pages/64053/debatnotitiewonenenenzorgdefinitief.doc+Tabel+1:+demografische+opbouw+van+Overijssel+in+percentages+in+2004,+2010,+2020+en+2030+\(bron:+afdeling+RWB+Provincie+Overijssel&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](http://74.125.77.132/search?q=cache:-zRQs3Fu7pQJ:provincie.overijssel.nl/contents/pages/64053/debatnotitiewonenenenzorgdefinitief.doc+Tabel+1:+demografische+opbouw+van+Overijssel+in+percentages+in+2004,+2010,+2020+en+2030+(bron:+afdeling+RWB+Provincie+Overijssel&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)

WTZi in vogelvlucht (z.d.). Verkregen op 18 mei 2009.
<http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/wtzi-in-vogelvlucht/default.asp>

Zorgkantoor Twente (z.d.). Verkregen op 07 mei 2009.
<http://www.socialekaarttwente.nl/index.php?pagina=adressen&actie=bekijken&id=30542>

Bijlage 1 Geïnterviewde zorginstellingen

- Carint (Hengelo)
- Trivium Meulenbelt Zorg (TMW, Hengelo)
- Ariëns Zorgpalet (Enschede)
- Livio (Enschede)
- Stichting de Posten (Enschede)
- Zorggroep Sint Maarten (Oldenzaal)
- Stichting Zorgfederatie Oldenzaal (Oldenzaal)
- Bruggerbosch (Enschede)
- Stichting Verzorgingshuizen Regio Oost (Rijssen)
- Zorggroep de Leiboom (Deventer)
- Stichting Zorgaccent Hellendoorn (Hellendoorn)
- Zorggroep Manna (Enschede)

Bijlage 2 Vragenlijst interview

1. Inventarisatie aanbieders

- Hoeveel cliënten heeft u binnen de functie Verzorging & Verblijf?
- Biedt uw organisatie specifieke zorg voor dementerenden? Zo ja, om hoeveel cliënten gaat het dan?

2. Voorkeur PG cliënten waar te wonen

- Wat is voor uw organisatie de definitie van kleinschalige woonvormen?
- Biedt u deze kleinschalige woonvormen aan? Zo ja, bevinden zich hierbij ook exclusief woonvormen voor dementerenden?
- Hoeveel cliënten met dementie heeft u?
- Heeft u de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar de voorkeur van patiënten waar deze cliënten willen wonen, of heeft u daar zelf een idee over? Wat zijn de bevindingen?

3. Analyse achterblijvend aanbod.

Uit onderzoek van de Provincie Overijssel en Aedes-Actiz blijkt dat het aantal kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Overijssel achterblijft bij de rest van Nederland.

- Herkent u dit beeld?
- Wat is volgens u de reden dat het aantal kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Overijssel achterblijft?
- Denkt u dat het achterblijvende aantal kleinschalige woonvormen alleen geldt voor de doelgroep van dementerenden, of voor zorgbehoevenden in het algemeen?
- Heeft u een idee hoe de achterstand aan kleinschalige woonvormen ingehaald kan worden?

4. Toekomst

Het aantal dementerenden met de functie verblijf zal de komende 10 tot 15 jaar verdubbelen.

- Hoe moeten organisaties inspelen op die verdubbeling?

Bijlage 3 Samenvatting interviews zorginstellingen

Interview Stichting Verzorgingscentra Regio Oost
Beleidsmedewerker dhr. Droogendijk
14-04-2009 10:00 uur

Inventarisatie aanbieders

De Stichting Verzorgingshuizen Regio Oost (SVRO) bestaat uit een cluster van drie huizen die bij elkaar horen. Het gaat om Berthesda in Den Dolder met 31 verzorgingsplaatsen, Elim in Barneveld met 88 verzorgingsplaatsen en 15 verpleegplaatsen in samenwerking met een ander verpleeghuis en Huize Maranatha met 92 verzorgingsplaatsen en 24 verpleegplaatsen in samenwerking met de Carint Reggeland groep. Er is niet exact te zeggen om hoeveel dementerenden bij SVRO het gaat omdat de groepen in elkaar overlopen. De cliënten van de SVRO kunnen grofweg in drie groepen worden ingedeeld: de helft zijn patiënten met beperkingen op PG gebied, de kwart heeft beperkingen op somatisch gebied en bij een kwart is sprake van een combinatie van deze beperkingen.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Cliënten blijken langer in goede gezondheid wanneer ze ondergebracht worden in kleinschalige woonvormen. Om de bewoners op een juiste manier te begeleiden naar kleinschalig wonen heeft Huize Maranatha een communicatiebureau ingehuurd.

Analyse achterblijvend aanbod

Kleinschalig wonen is eigenlijk het bij elkaar zetten van een groep cliënten met zoveel mogelijk eigen voordeuren en eigen huisnummers, zodat ze het gevoel krijgen dat ze ook echt een eigen huisje hebben. In die eenheid laat je de cliënten ook zoveel mogelijk dingen zelf doen. Dat betekent bij voorkeur koken op de groep en – waar mogelijk – de cliënten zelf een wasje laten doen. De SVRO biedt op dit moment nog geen vorm van kleinschalig wonen aan, maar is hier met het oog op de toekomst wel mee bezig. Het is in de verzorgingshuissector moeilijk om binnen bestaande bouw kleinschalig wonen te realiseren. Dat komt omdat de bestaande bouw traditioneel is. Er zijn bijvoorbeeld lange gangen met aanliggende appartementen. Hoewel dit met kunstgrepen wel kleinschalig te maken is, blijkt dit in de praktijk erg moeilijk. De grote kans zit bij het nieuw bouwen. In de nieuwbouw van Huize Maranatha zal dan ook volgens het kleinschalig concept gewerkt worden, in samenwerking met Siloah die VG zorg levert. Hoe het personeel ingedeeld moet worden op het concept van kleinschalig wonen blijft een uitdaging; waarschijnlijk zal gewerkt gaan worden met domotica.

Op dit moment heeft de SVRO nog geen idee waarom Overijssel achter blijft bij de rest van Nederland. De sleutelfactor ligt waarschijnlijk in de afschrijving. Kijkend naar het bouwregime is het een gegeven dat een huis rond de 35 à 40 jaar bezet moet worden gehouden voordat nieuwbouw gepleegd mag worden in verband met afschrijvingen. Dat wordt gecontroleerd door het college Bouw. Het College Bouw hangt weer vast aan het ministerie van VWS die een aanvraag kunnen toelaten. Dat is echter ook behoorlijk gereguleerd. Afschaffen van het bouwregime zal volgens geïnterviewde echter niet zo drastisch zijn dat dit een omslag kan betekenen. De afschrijvingstermijn blijft namelijk bestaan. Bovendien wordt het lastiger om geld te lenen bij de bank omdat de overheid niet meer garant staat.

Interview Zorggroep De Leiboorn
Teamleider Mevr. Lammers Raalte
19-05-2009 09:30 uur

Inventarisatie aanbieders

Zorggroep De Leiboorn bestaat uit een aantal vestigingen: woonzorgcentrum Diessenplas in Holten, Het Averborgen in Olst, Sint Willibrord in de Boskamp, de Sparrenheuvel in Diepenveen, Park Braband in Schalkhaar, De Hartkamp in Raalte, Sint Jozef en Huize Salland in Deventer. Op dit moment heeft De Hartkamp 65 PG cliënten. Hiervan wonen twaalf cliënten in een kleinschalige woonvorm. Woonzorgcentrum Diessenplas heeft +/- 20 PG cliënten.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

De visie van De Leiboorn is dat een cliënt keuzevrijheid heeft. Alle verpleeghuizen binnen de Leiboorn worden in de toekomst dan ook kleinschalig omdat je binnen grootschaligheid geen keuzevrijheid hebt, aldus De Leiboorn. Zorggroep De Leiboorn volgt de landelijke trend van keuzevrijheid van de cliënt. Er wordt gekookt in en voor de groep en er worden activiteiten in de woning aangeboden. Kortom, er wordt zoveel mogelijk geprobeerd om de situatie zoals thuis na te bootsen.

De Braak, de kleinschalige woonvorm van de Hartkamp, is ontstaan in samenwerking met de Parabool. De Braak bestaat uit drie woningen van elk zes bewoners. Twee woningen zijn voor PG patiënten, één woning is voor VG patiënten. Er is voor deze samenwerking gekozen omdat veel van elkaar te leren valt. De Parabool maakt gebruik van de expertise van De Leiboorn met betrekking tot de zorg en De Leiboorn leert als het gaat om benaderingswijzen van cliënten. De woning bestaat uit zes slaapkamers, een berging, een multifunctionele ruimte, een teamkamer en een wasvoorziening. Daarnaast heeft iedereen een eigen sanitaire voorziening en is er één centrale badkamer. In de toekomst (2011) moeten alle PG patiënten worden ondergebracht in kleinschalige woonvormen.

Na realisatie van De Braak is aan de cliënten gevraagd of ze belangstelling voor deze woonvorm hadden. De animo bleek groot. Vooral cliënten die nog in een beginstadium van dementie waren kozen voor De Braak. Toch waren sommige mensen ook huiverig voor het nieuwe. Nu het eenmaal draait, is iedereen enthousiast: bij de meeste patiënten is rust ontstaan. Daarnaast heeft een kleinschalige woonvorm ook gevolgen voor het personeel. In De Braak mocht het personeel zelf kiezen voor werken in een kleinschalige woonomgeving. Straks is het echter voor iedereen noodzakelijk hierop over te gaan. Desondanks zal niet iedere medewerker binnen kleinschalig wonen even goed functioneren.

Analyse achterblijvend aanbod

Waarom Overijssel sterk achterblijft bij de rest van Nederland is niet duidelijk. In het gesprek komt wel naar voren dat op dit moment alleen de PG patiënten van de Hartkamp worden ondergebracht in kleinschalige woonvormen. Dit heeft te maken met de afschrijving van gebouwen. De PG afdeling was van de jaren '70, waardoor op dit moment nieuw gebouwd kan worden. Het gebouw voor mensen met somatische beperkingen is echter nog niet afgeschreven, waardoor men voor deze cliënten nog geen kleinschalige woonvormen kan realiseren. Op dit moment is Zorggroep De Leiboorn wel bezig met het project Thuis, waarbij in samenwerking met Vilans wordt geprobeerd om kleinschaligheid binnen grootschaligheid te realiseren.

In het gesprek komen ook de problemen naar voren rondom de financiering van kleinschalige woonvormen. Het budget voor grootschaligheid kan namelijk niet 'teruggeklapt' worden naar kleinschaligheid. Het leveren van zorg in kleinschalige woonvormen is een duurder manier van zorg verlenen (dit geldt met name voor de nachtdienst). Om te voorkomen dat begrotingen niet constant negatief afgesloten worden, moet er in de toekomst iets veranderen. Dit is ook een kwestie van creatief omgaan met de middelen.

Interview Bruggerbosch
Directeur dhr. Bijleveld
20-04-2009 14:00 uur

Inventarisatie aanbieders

De belangrijkste doelgroep van Bruggerbosch is dementerende cliënten. Daarnaast richt Bruggerbosch zich ook op een aantal specifieke doelgroepen zoals jong dementerenden, mensen met Korsakov, gerontopsychiatrie en allochtone dementerenden. Bruggerbosch beschikt over 34 woningen met in elke woning zes bewoners. Bruggerbosch heeft in totaal 203 bewoners binnen de functie Verzorging en Verblijf. Er is ook een kamer beschikbaar voor familieleden. Naast de functie Verzorging en Verblijf biedt Bruggerbosch 60 dagbehandelingplaatsen, waarvan meerdere cliënten gebruikmaken. Ook heeft Bruggerbosch in samenwerking met andere instellingen een aanbod begeleiding thuis om cliënten thuis te helpen met handhaving van de dagstructuur.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Kleinschalig wonen betekent maximaal zes of acht bewoners in een woning, waarbij iedereen zijn of haar eigen kamer heeft. Daarnaast zijn er sanitaire voorzieningen, een gezamenlijke huiskamer en een keuken. Binnen Bruggerbosch liggen de woningen aan binnenstraten en hebben ze allemaal een eigen huisnummer, bel, brievenbus, vlaggenstokhouder en lamp om de woningen zo huiselijk mogelijk te laten zijn.

Belangrijke partij bij de ontwikkeling van kleinschalig wonen binnen Bruggerbosch was het zorgkantoor. Bruggerbosch biedt kleinschalig wonen binnen een grootschalige instelling: cliënten die bij Bruggerbosch komen, bevinden zich in het laatste stadium van hun ziekte waardoor zij niet in staat zijn verbindingen met de buitenwereld aan te gaan. Bovendien blijkt vanuit de psychiatrie dat de buitenwereld geen behoefte heeft te integreren met deze dementerenden. Andere redenen om voor kleinschaligheid binnen een grootschalige instelling te kiezen zijn: 1) de component welzijn; 2) de mogelijkheid om bewoners een aangename dagbesteding te bieden en 3) het feit dat Bruggerbosch zich bevindt in een stedelijk gebied met goed openbaar vervoer waardoor familie makkelijk de dementerende cliënt kan bezoeken. Om de voorkeur van patiënten in kaart te brengen voert Bruggerbosch tevredenheidsonderzoeken uit. Daarnaast was bij de overgang van grootschalig naar kleinschalig een drastische vermindering van slaapmedicatie waarneembaar. Bovendien merkt Bruggerbosch dat de stap voor familie om op bezoek te komen veel kleiner is geworden.

Analyse achterblijvend aanbod

Hoewel er de laatste jaren wel een toename te zien is in het aantal kleinschalige woonvormen, blijft het aanbod in Twente achter. Een oorzaak hiervan is de financieringsstructuur. De afschrijving op een gebouw is dertig jaar: daarna mag weer opnieuw gebouwd worden. Dit hangt samen met de ontstaansgeschiedenis van verpleeghuizen. Verpleeghuizen zijn in de jaren '60 ontstaan als opvang voor uitbehandelde patiënten waardoor ze een ziekenhuisachtige uitstraling hebben. Hierbij was geen rekening gehouden met de huidige maatschappelijke ontwikkelingen en de behoefte aan kleinschalig wonen. Dat in de provincie Zeeland kleinschalig wonen al veel verder ontwikkeld is, kan liggen aan het feit dat daar verpleeghuizen eerder zijn ontstaan. Vanwege de kleine ziekenhuisdichtheid in Zeeland was daar de behoefte aan verpleeghuizen dus eerder aanwezig.

Bruggerbosch ziet ook een aantal knelpunten bij kleinschalig wonen. Grootschaligheid is qua exploitatie interessanter omdat kleinschalig wonen een duurdere vorm van wonen is. Daarnaast is de bezetting van het personeel een grote uitdaging. Bruggerbosch ziet het aantal dementerenden de komende jaren sterk toenemen. Er moeten daarom dingen veranderen: punten waarop winst behaald kan worden zijn de diagnostiek en het case-management.

Interview Zorggroep Sint Maarten
Vastgoed manager dhr. Rodger
26-05-2009 09:00 uur

Inventarisatie aanbieders

Zorggroep Sint Maarten bestaat uit een aantal locaties met een directeur bestuurder en daaronder een aantal regiomanagers. De regio Losse & Oldenzaal heeft ± 400 bedden, waarvan ± 150 PG. De regio Dinkelland heeft ± 300 bedden, waarvan 100 PG. De regio Joure heeft ook ± 300 bedden, en beschikt over 50 PG plaatsen. De regio Lochem & Zutphen is iets kleiner met ± 200 bedden, waarvan ± 50 PG. In de regio Eindhoven heeft Zorggroep Sint Maarten een samenwerkingsverband met de thuiszorg: hier bevinden zich ongeveer 150 bedden, waarvan ± 30 PG.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

De komende jaren zal Zorggroep Sint Maarten investeren in verschillende bouwprojecten waarin kleinschaligheid een rol speelt. Een groot probleem vormt de onzekerheid over de financiering van de zorg.

Kleinschaligheid betekent voor Zorggroep Sint Maarten een verandering in dienstverlening. Kleinschaligheid is zorg die geboden wordt aan mensen met dementie in een huiselijke en herkenbare omgeving. De bewoners vormen met elkaar een 'gewoon' huishouden waarbij het dagelijks leven zo veel mogelijk wordt gehandhaafd qua ritme en inhoud. Daarbij kan kleinschaligheid in verschillende fysieke vormen aangeboden worden. Met de bouw van nieuwe locaties wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wens van de cliënt en de familie van de cliënt. Dit doet de Zorggroep onder ander door locaties met verschillende zorgproducten te bouwen.

Analyse achterblijvend aanbod

Als je teruggaat in de geschiedenis blijken zorginstellingen af te stammen van bejaardentehuizen die gebouwd zijn in de jaren '60 en '70. Dat betekent dat ze nu zover afgeschreven zijn dat ze in aanmerking komen voor nieuwbouw of verbouwingen. Dat verklaart ook de grote golf nieuwbouw in de zorg. Op dit moment levert Zorggroep Sint Maarten alleen zorg in semikleinschalige omgevingen; voor de toekomst zijn er wel plannen om zorg te leveren in kleinschalige woonvormen. Bij het bouwen van nieuwe locaties wordt nu al rekening gehouden met de toename van het aantal dementerenden over tien, vijftien jaar.

Zorggroep Sint Maarten ziet dat in Overijssel een aantal zeer grote verpleeghuizen is ontstaan. Ondanks dat Zorggroep Sint Maarten het achterblijven van kleinschalige woonvormen in Twente niet direct herkent, geeft men wel aan dat de grote capaciteit in de bestaande verpleeghuizen moeilijk te verplaatsen is naar andere locaties.

Interview Carint Reggeland Groep
Beleidsmedewerker mevr. De Haan
27-05-2009 10:30 uur

Inventarisatie aanbieders

De Carint Reggeland Groep is ontstaan uit een fusie tussen Carint en Reggeland. De organisatie heeft ongeveer 1000/1200 intramurale plaatsen, hiervan valt 60% tot 70% binnen de PG groep. Hiervan wonen ± 100 cliënten binnen kleinschalige woonvormen.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Carint Reggeland past op dit moment op een aantal locaties het kleinschalig wonen concept toe. Het gaat hierbij voornamelijk om PG cliënten. Onder kleinschalig wonen verstaat de organisatie het streven naar een zo normaal mogelijke huishouding: elk huis beschikt over een voordeur met een brievenbus en een bel, iedereen heeft een eigen slaapkamer en er is een gemeenschappelijke huiskamer met keuken. Daarnaast wordt er zelf gewassen en gekookt op de groep. Alle kleinschalige woonvormen bevinden zich binnen een grootschalig complex zodat algemene voorzieningen gedeeld kunnen worden. Carint Reggeland geeft aan dat zowel de landelijke ontwikkeling als de inhoud en het ziektebeeld aanleiding was om te kiezen voor het concept kleinschalig wonen.

Analyse achterblijvend aanbod

Op dit moment zitten er nog diverse kleinschalige projecten in de opbouwfase bij Carint Reggeland. In de toekomst zal de personele bezetting en het verkrijgen van goed gekwalificeerd personeel problemen opleveren. De nachtzorg is lastig te organiseren in kleinschalige woonvormen. Daarnaast blijkt dat men naast verzorgende ook SPW'ers moet aantrekken om de juiste zorg te kunnen leveren. Bij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen speelt ook de status van het gebouw mee. De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen zijn gebouwd in de jaren '70, deze gebouwen zijn zo langzamerhand aan vervanging toe waardoor de mogelijkheid bestaat om nieuw te bouwen.

Carint Reggeland heeft positieve ervaringen met ziekteverzuim: het ziekteverzuim onder personeel van kleinschalige woonvormen is veel lager dan onder personeel dat werkzaam is in de traditionele setting.

Om de toename van het aantal dementerenden de komende jaren op te vangen krijgt Carint Reggeland de beschikking over extra PG plaatsen. Daarnaast worden dementerenden extra ondersteund in de thuissituatie.

Inventarisatie aanbieders

Zorg Accent & Thuiszorg Noord West Twente is ontstaan uit een fusie tussen zorgaccent en Thuiszorg Noord West Twente. In de organisatie zijn zowel de intramurale voorziening, verpleeghuis/verzorgingshuiszorg, de dagbehandeling / dagopvang, de extramurale zorg (thuiszorg en huishouding) en jeugdgezondheidszorg ondergebracht. De organisatie is opgedeeld in drie woonzorgzone regio's, namelijk regio Twenterand-Rijssen-Tubbergen, regio Almelo en regio Nijverdal-Hellendoorn. Daarnaast heeft de organisatie de beschikking over een expertisecentrum dat zich richt op de intramurale setting, en dan vooral op bijzondere doelgroepen zoals Korsakov, gerontopsychiatrie en revalidatie-reactivering. De verpleeghuisdependencies bevinden zich voornamelijk in de woonzorg zones. Binnen de functie Verzorging en Verblijf huisvest de organisatie ongeveer 500 mensen waarvan ruim 150 PG cliënten. Op dit moment biedt Zorg Accent & Thuiszorg Noord West Twente alleen kleinschalig wonen aan op het terrein van het expertisecentrum, het gaat hierbij om 50 Korsakov cliënten en 19 PG patiënten.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Zorg Accent & Thuiszorg Noord West Twente verstaat onder een kleinschalige woonvorm, wooneenheden van zes of zeven bewoners waarbij de huiskamer de meest centrale plek is. Elke wooneenheid is zelf supporting: elke eenheid krijgt een budget waarmee de eenheid rond moet zien te komen. Wassen, koken en schoonmaken behoort daarbij ook tot de verantwoordelijkheid van de groep. Bij de ontwikkeling naar een kleinschalige woonvorm ontstaat ook een andere vraag naar personeel. Naast mensen die de opleiding verzorgende IG hebben afgerond ontstaat ook de vraag naar mensen met SPW en SPH. Daarnaast betekent kleinschalige woonvormen dat een aantal ondersteunende diensten minder of niet meer nodig zijn.

Nadeel van kleinschalig wonen is dat het concept vraagt om meer personeel op de werkvloer, onder andere door de verplichting van het ministerie om constant toezicht op de huiskamer te hebben. Daarentegen is dat het ziekteverzuim onder personeel van kleinschalige woonvormen beduidend lager. Ook gaan bewoners en personeelsleden bewuster om met de middelen doordat ze nu zelf verantwoordelijk zijn voor het budget.

De ontwikkeling van kleinschalige woonvormen binnen Zorg Accent & Thuiszorg Noord West Twente was een reactie op de landelijke ontwikkeling en de wens van de cliënt. De organisatie ziet ook duidelijk positieve veranderingen bij cliënten: ze zijn rustiger, er is een toename in gewicht te zien (cliënten eten meer en met meer smaak door het koken en de ambiance binnen de huiskamer rondom het koken) en over het algemeen is de cliënt levendiger.

Analyse achterblijvend aanbod

Het achterblijvende aanbod kleinschalige woonvormen wordt wel herkend door de organisatie. Groot probleem bij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen is de financiering. De financiering van kleinschalige woonvormen kan niet opgebracht worden uit de normale exploitatie. Daarnaast moet het oude gebouw afgeschreven zijn om te kunnen investeren in nieuwe huisvestingsvormen. Hierdoor blijft het aanbod van kleinschalige woonvormen ook achter. Om de achterstand in te halen zou een aantal dingen georganiseerd kunnen worden om de bouw van kleinschalige woonvormen te stimuleren. Hierbij wordt gedacht aan scholing, voorlichting en samenwerking met wooncorporaties en de woningbouwvereniging. Stichting Zorg Accent & Thuiszorg Noord West Twente speelt in op de verwachte toename van het aantal dementerenden door in overleg met het zorgkantoor het aantal verpleeghuisplaatsen uit te bereiden.

Interview Zorgcentrum De Posten
Directeur dhr. Marcelis
28-05-2009 10:30 uur

Inventarisatie aanbieders

De Posten is een zorginstelling voor thuiszorg, verzorging en verpleging. De Posten beschikt over 327 plaatsen voor verblijf en behandeling, daarvan zijn ongeveer 100 plaatsen voor mensen met dementie.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Op dit moment wonen binnen De Posten 32 cliënten op een afdeling. Deze 32 cliënten zijn verdeeld over drie huiskamers waardoor de feitelijke leefgroep uit tien cliënten bestaat. Iedere cliënt heeft de beschikking over een eigen zit/slaapkamer, daarnaast is er een gemeenschappelijke huiskamer en wordt per twee cliënten het sanitair gedeeld. Voor deze indeling is gekozen omdat De Posten te maken heeft met een bestaand gebouw. Wanneer De Posten nieuw zou mogen bouwen, zou men kiezen voor zelfstandige eenheden die worden ondersteund door centrale voorzieningen. De Posten kiest ervoor een bepaalde schaalgrootte te behouden om activiteiten te kunnen organiseren en de woonvorm kostendekkend te houden. Kleinschalig wonen is volgens de Posten een vorm van wonen waarbij de cliënt met een kleine groep medebewoners te maken heeft. Hierbij moeten cliënten zoveel mogelijk hun eigen rollen behouden, afhankelijk van de capaciteiten, mogelijkheden, wensen, affiniteiten en hobby's die mensen hebben. Daarnaast moeten cliënten met een zo klein mogelijke groep medewerkers te maken hebben. Naast investeren in kleinschalige woonvormen geeft De Posten aan dat het van belang is een deel van de traditionele zorg te behouden om de toenemende vraag in de toekomst aan te kunnen.

Analyse achterblijvend aanbod

De Posten geeft aan dat realisering van kleinschalige woonvormen op dit moment niet mogelijk is door de kapitaallasten en de beperkingen van het gebouw. Hierdoor is het niet mogelijk om nieuw te bouwen en te voldoen aan de eisen van kleinschalige woonvormen. De Posten is van mening dat kleinschalige woonvormen in Twente achterblijven omdat hier, al van vroeger uit, sprake is van grote, traditionele instellingen. Daarnaast hebben zorginstellingen op dit moment te maken met grote onzekerheid op het gebied van financiering. Het is niet duidelijk of de vaste component in de kapitaallast blijft bestaan. Dit brengt risico's met zich mee voor de lange termijn financiering. Daarnaast nemen de personeelskosten toe wanneer de zorg georganiseerd wordt in kleinschalige woonvormen. Dit komt mede door het 24-uurs toezicht en de eis van permanent toezicht op de huiskamer. De Posten verwacht dat mensen in de toekomst langer thuis blijven wonen, ondersteund met thuiszorg. Daarom is De Posten op dit moment al bezig met de ontwikkeling van voorzieningen in de wijk.

Interview Zorgfederatie Oldenzaal
Manager Thuiszorg en Welzijn mevr. Kersten
03-06-2009 9:30 uur

Inventarisatie aanbieders

Zorgfederatie Oldenzaal is een kleine organisatie met 126 plaatsen voor Verzorging en Verblijf. De organisatie bestaat uit een thuiszorgpoot en twee verzorgingshuizen, de Mariahof en de Scholtenhof. Zorgfederatie Oldenzaal levert nog geen specifieke zorg aan PG patiënten. Wel bekijkt men op dit moment of er in de toekomst mogelijkheden zijn om zorg te leveren specifiek voor PG patiënten.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Kleinschalig wonen betekent voor de organisatie dat cliënten veiligheid en betrokkenheid wordt geboden. Hierbij is het van belang dat PG patiënten betrokken worden bij de gewone dagelijkse dingen. De organisatie wil vraaggerichte zorg bieden, waarbij ingespeeld wordt op de vraag van de cliënt. Er is bij de Zorgfederatie een verandering van de vraag van cliënten merkbaar. Een aantal jaar geleden kwamen er nog cliënten met zorgzwaarte pakketen 1 t/m 4 binnen. Tegenwoordig is dit al verschoven naar 3 t/m 6. Deze verschuiving heeft invloed op de zorgvraag.

Analyse achterblijvend aanbod

Zorgfederatie Oldenzaal heeft op dit moment geen zicht op het aanbod van kleinschalige woonvormen in Overijssel. Zelf bezit de organisatie geen kleinschalige woonvormen, maar doen ze wel onderzoek naar de mogelijkheden voor kleinschaligheid binnen het bestaande gebouw. Het bouwen van nieuwe kleinschalige woonvormen is niet mogelijk omdat de afschrijving nog niet zodanig is dat er geïnvesteerd kan worden.

Daarnaast heeft Zorgfederatie Oldenzaal te maken met de erkenning van het zorgkantoor. Alleen wanneer het zorgkantoor toestemming geeft voor de opvang van PG cliënten is de organisatie in staat zorg te leveren aan de PG groep.

Naast de praktische redenen voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen, is het ook mogelijk dat innovatie van zorginstellingen een rol speelt bij de achterstand. In het westen heerst meer een innovatiecultuur dan in Twente waardoor kleinschalige woonvormen in Twente wellicht achter blijven ten opzichte van de rest van het land.

Het doen van onderzoek naar kleinschalig wonen kost veel geld. Het zou Zorgfederatie Oldenzaal helpen wanneer de provincie en de overheid hierin ondersteuning bieden. Ook is het zinvol wanneer ondersteuning wordt geboden bij het onderzoek naar de beste manier voor Zorgfederatie Oldenzaal om op de vraag naar kleinschalige woonvormen in te spelen.

De toenemende vergrijzing wil de organisatie opvangen door haar betrokkenheid te tonen bij de vroeg signalering tot en met de eindfase. Hierdoor maken cliënten beter gebruik van de andere voorzieningen waardoor ze *later* in een instelling terecht komen. Het is in de toekomst dan ook waarschijnlijk dat Zorgfederatie Oldenzaal een aantal verzorgingshuisplaatsen omzet in verpleeghuisplaatsen om beter op de vraag in te spelen.

Interview Livio
Rayon manager V. Antonisse
03-06-2009 11:30 uur

Inventarisatie aanbieders

Livio is een middelgrote instelling met drie rayons. Livio levert zorg aan ongeveer 6000 mensen met de functie Verzorging en Verblijf. Hiervan behoren ongeveer 275 cliënten (bij Livio klanten genoemd) tot de groep PG. 75 Cliënten die tot de PG groep behoren zijn ondergebracht in kleinschalige woonvormen.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Bij Livio ligt de nadruk bij kleinschaligheid op individueel wonen. Dit is ook terug te vinden in de visie van Livio, deze gaat er namelijk van uit dat cliënten zo lang mogelijk hun eigen regie kunnen voeren. Met de zorg die men in die kleinschalige woonvormen levert wil Livio zo veel mogelijk inspelen op de individuele wens. Klanten die binnen een kleinschalige woonvorm wonen, hebben elk hun eigen appartement met eigen woonkamer, slaapkamer, douche en toilet. De grootte van het appartement hangt af van de doelgroep. Dementerenden hebben bijvoorbeeld een klein appartement van 40 m² omdat men anders het overzicht kwijt raakt. Binnen een kleinschalige woonvorm verblijven zes of zeven cliënten die samen een huishouding voeren.

Livio heeft gekozen voor kleinschalige woonvormen omdat de kwaliteit van de zorg in kleinschalige woonvormen enorm verbeterd. Ook kunnen cliënten op deze manier in hun eigen dorp blijven wonen wanneer ze zorgbehoevend worden. De wens van de cliënt onderzoekt Livio door het houden van klantenpanels onder familieleden. Hieruit komt naar voren dat de privacy die heerst binnen kleinschalige woonvormen enorm gewaardeerd wordt. Bovendien kan er veel beter ingespeeld worden op de wens van de cliënt. Daarnaast merkt Livio dat binnen een kleinschalige woonvorm de cliënten rustiger zijn, de mortaliteit lager is en dat cliënten minder zorg vragen.

Analyse achterblijvend aanbod

Het probleem bij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen is dat de middelen achterblijven. Geld wordt gezien als het grootste probleem bij het achterblijven van kleinschalige woonvormen. Het opzetten van kleinschalige woonvormen geeft een financieel risico. Op dit moment zitten vooral de grote zorginstellingen in zwaar weer door de aanbesteding van de thuiszorg en de financiële crisis. Bovendien is de organisatie van de zorg bij kleinschalige woonvormen duurder. Dat geldt specifiek voor de nachtzorg. Livio kiest er daarom voor om in de toekomst clusters van kleinschalige woonvormen neer te zetten in plaats van kleinschalige woonvormen los in de wijk. Geld heeft niet alleen invloed op de zorg, maar ook op innovatie. Bij gebrek aan financiële middelen wordt ook bezuinigd op innovatie. Voor de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen is innovatiekracht nodig. Een andere verklaring voor het achterblijven van kleinschalige woonvormen kan een gebrek aan visie zijn.

Door de vergrijzing ziet Livio dat klanten met lichte zorgzwaarte pakketten niet meer in aanmerking komen voor zorg. In de toekomst verwacht de organisatie vooral zorg te leveren aan klanten die thuiszorg nodig hebben en mensen met zware zorgzwaarte pakketten.

Interview Zorggroep Manna
Beleidsmedewerker dhr. Goedhart
Manager Zorg & Welzijn dhr. Kuipers
04-06-2009 09:00 uur

Inventarisatie aanbieders

Zorggroep Manna is een relatief kleine zorginstelling die zorg levert aan ongeveer 350 cliënten vanuit de protestants-christelijke levensovertuiging. Het gaat hierbij zowel om extramuraal verzorgingshuis als thuiszorg. Daarnaast heeft de organisatie ook een afdeling woonbegeleiding. Op dit moment levert Zorggroep Manna nog geen zorg specifiek voor PG cliënten. De organisatie is daarentegen wel bezig met een project kleinschalig wonen voor dementerenden. Deze kleinschalige woonvorm moet onderdak gaan bieden aan 24 dementerenden.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

De visie van Zorggroep Manna is dat mensen zo normaal mogelijk moeten kunnen wonen en leven. Zorggroep Manna ziet een kleinschalige woonvorm als een klein afgerond geheel waarin bewoners samen optrekken. Elke woning heeft een eigen voordeur, een eigen woonkamer en twee gemeenschappelijke badkamers. Daarnaast heeft iedere bewoner een eigen slaapkamer. In de huidige plannen komt er een complex met vier woningen met elk zes bewoners. Het complex beschikt bovendien over een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte.

Zorggroep Manna is kleinschalig wonen gaan ontwikkelen omdat het goed aansloot op hun identiteit. Dit is ook de reden geweest dat men zorg voor PG cliënten wil gaan leveren. Men wil cliënten tot het einde toe kunnen verzorgen. Daarnaast zijn ook de landelijke ontwikkelingen van invloed geweest op de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen.

Analyse achterblijvend aanbod

De organisatie zou graag kennis en ervaring uitwisselen met andere organisaties. Op dit moment gebeurt dit al met Bruggerbosch, De Posten en zorgfederatie Oldenzaal. Zorggroep Manna ervaart dat de grote zorginstellingen in Twente niet bereid zijn strategisch met elkaar samen te werken. Dit zou een reden kunnen zijn waarom kleinschalige woonvormen in Twente achterblijven. Ook zijn er in de omgeving weinig goede voorbeelden van kleinschalige woonvormen, waarmee men ervaring zou kunnen opdoen.

Bij de realisatie van kleinschalige woonvormen loopt men tegen de beperkingen van de bestaande gebouwen aan. Het is lastig kleinschaligheid te organiseren in bestaande gebouwen. Daarnaast speelt het zorgkantoor een grote rol bij de realisering van kleinschalige woonvormen. Alleen wanneer het zorgkantoor Zorggroep Manna de verpleeghuiserkenning geeft, is de organisatie in staat de kleinschalige woonvorm te realiseren. In vergelijking met andere provincies zit het zorgkantoor in Twente heel strak op het regiobudget waardoor veel initiatieven worden afgeremd.

Naast uitbereiding van de capaciteit bekijkt Zorggroep Manna ook de mogelijkheden om verzorgingshuisplaatsen in te wisselen voor verpleeghuisplaatsen om zo de toenemende vraag in de toekomst op te kunnen vangen.

Interview Ariëns Zorgpalet
Manager behandeling & zorg dhr. Lenferink
11-06-2009 09:00 uur

Inventarisatie aanbieders

Ariëns Zorgpalet is een zorgonderneming in Enschede en Glanerbrug. De organisatie bestaat uit zestien locaties en een thuiszorgpoot. Ariëns Zorgpalet levert zowel chronische somatische verpleeghuiszorg als PG verpleeghuiszorg en reactivering. Binnen de organisatie hebben 239 cliënten de functie Verzorging en Verblijf, hiervan behoren 72 personen tot de PG groep. Op dit moment beschikt men over één kleinschalige woonvorm. Deze woonvorm staat midden in de wijk en huisvest 12 PG cliënten. Op dit moment is Ariëns Zorgpalet bezig met een nieuwbouwproject waarin 32 PG cliënten kleinschalig kunnen wonen. De plannen strekken zelfs zo ver dat over een aantal jaar alle PG cliënten in kleinschalige woonvormen moeten verblijven.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

Het belangrijkste bij kleinschalig wonen is volgens Ariëns Zorgpalet de relatie tussen cliënten onderling en de relatie tussen de cliënt en de medewerker. Cliënten moeten in een zo normaal mogelijke omgeving kunnen wonen. Ze moeten zich thuis voelen. Het uitgangspunt bij kleinschalige woonvormen is wonen en welzijn: daaromheen wordt de noodzakelijke zorg georganiseerd.

De kleinschalige woonvoorziening die Ariëns Zorgpalet op dit moment bezit is zo georganiseerd dat iedereen een eigen appartement heeft met een eigen zit/slaapkamer en eigen sanitair. Daarnaast beschikt iedere bewoner over een eigen opslagruimte. In de gemeenschappelijke woonkamer en keuken wordt gekookt en zijn er mogelijkheden om gezamenlijk activiteiten te ondernemen.

Onder invloed van de landelijke bevindingen, belevingen en ervaringen heeft de organisatie ervoor gekozen om zelf ook kleinschalige woonvormen te ontwikkelen. Daarnaast spelen ook de ontwikkelingen in de PG groep mee bij het besluit tot de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen. Ook heeft kleinschalig wonen een goede invloed op het welzijn van de cliënt. Het uitgangspunt bij kleinschalige woonvormen is wonen en welzijn in plaats van zorg. Dit levert veel tevredenheid op bij de cliënt en diens familie.

Analyse achterblijvend aanbod

Ariëns Zorgpalet herkent de achterstand van kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Overijssel. Ariëns Zorgpalet ziet ook dat zorginstellingen op dit moment druk bezig zijn deze achterstand in te halen. Zorginstellingen hebben al een aantal jaren het potentieel en de visie ten aanzien van kleinschalig wonen. De daadwerkelijke concretisering van deze plannen heeft nog niet plaats gevonden.

Eén van de problemen bij kleinschalig wonen is de exploratie. Er is een bepaald volume nodig om de zorg goed te kunnen organiseren. Vooral de nachtzorg is lastig te organiseren wanneer slechts een beperkt aantal cliënten wordt gehuisvest. Daarnaast vragen kleinschalige woonvormen om andere vaardigheden van personeel. Bij de achterstand in kleinschalig wonen speelt ook de afschrijvingen op bestaande gebouwen mee. Het is heel lastig om kleinschalig wonen te realiseren in bestaande gebouwen.

Het helpt volgens Ariëns Zorgpalet als kennis en expertise rondom kleinschalig wonen gedeeld kunnen worden. Daarnaast zou het prettig zijn wanneer een aantal voorbeelden beschikbaar wordt gesteld zodat een afweging kan worden gemaakt van goede en minder goed aspecten bij de diverse vormen van kleinschalig wonen.

De toename van het aantal ouderen met dementie in de toekomst zal ervoor zorgen dat de zorg voor chronische somatische cliënten verdwijnt. Deze zorg wordt opgevangen door de thuiszorg. Dit betekent voor de organisatie dat er plaatsen vrijkomen die op een ander manier ingevuld kunnen worden.

Interview Trivium Meulenbelt Zorg
Manager Expertisecentrum dhr. IJland
15-06-2009 11:00 uur

Inventarisatie aanbieders

Trivium Meulenbelt Zorg is ontstaan uit een fusie tussen Trivium en Meulenbelt Zorg. Trivium Meulenbeltzorg is actief in de regio Almelo, Tubbergen, Twenterand (Vriezenveen, Vroomshoop, Westerhaar), Borne en Hengelo. In deze regio's biedt de organisatie zorg aan ouderen in de volle breedte, dat wil zeggen van thuiszorg tot verblijfszorg. Op dit moment heeft Trivium Meulenbelt Zorg ca 780 bedden voor cliënten met de functie Verblijf en tijdelijk Verblijf. Hiervan zijn ongeveer 500 bedden bedoeld voor cliënten uit de PG groep.

Voorkeur PG patiënten waar te wonen

De kwaliteit van leven vormt het uitgangspunt bij Trivium Meulenbelt Zorg. Hierbij staat zowel de kwaliteit van leven voor de zorgvrager als voor de zorgaanbieder centraal. De basisfilosofie van de meeste cliënten van TriviumMeulenbeltZorg is om zo lang mogelijk thuis in de eigen omgeving te blijven wonen. Dit is de reden dat de focus mede ligt op de ondersteuning in de thuissituatie. Trivium Meulenbeltzorg bedoelt met kleinschalig wonen dan ook ondersteuning in de thuissituatie in geclusterde wooncomplexen. Dit en het feit dat kleinschalig wonen in de wijk volgens Trivium Meulenbelt niet rendabel is, heeft ervoor gezorgd dat complexen van ca 48 appartementen zijn ontwikkeld. Het gaat daarbij om drie soorten appartementen: appartementen waarbij cliënten normaal regulier kunnen wonen, appartementen waar cliënten kunnen wonen met zorg en appartementen waarin volledig verblijf geboden kan worden.

Daarnaast is TriviumMeulenbeltzorg bezig met de uitvoering van het regeringsbeleid "scheiden van wonen en zorg'. Dit betekent dat de organisatie gebouwen en woningen huurt van woningbouwverenigingen en beperkt gebouwen zelf in bezit heeft. In samenwerking met de woningbouwverenigingen is gekeken naar de wens van ouderen en hoe hier het beste op ingespeeld kan worden. Dit leidde tot de keuze om appartementencomplexen te bouwen waarbij de voorzieningen zoveel mogelijk zijn/worden gedecentraliseerd.

Analyse achterblijvend aanbod

Trivium Meulenbelt Zorg herkent het beeld dat kleinschalige woonvormen voor dementerenden in Twente achterblijft niet direct. Dit hangt samen met het feit dat Trivium Meulenbelt Zorg zich afvraagt of kleinschalige woonvormen wel wenselijk zijn. De schutplaatsfunctie van wonen voor mensen met een beperkte of geen eigen regie dient aan een aantal vormeisen te voldoen.

Het grootste probleem bij de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen zit in de exploitatie. Trivium Meulenbelt Zorg geeft aan dat kleinschalige woonvormen in de wijk qua bedrijfsvoering niet haalbaar zijn. Voor de financiering is Trivium Meulenbelt Zorg afhankelijk van zorgverzekeraars en het zorgkantoor. Wanneer deze niet voor 100% financieren, zit een zorginstelling meteen al met een probleem. Daarnaast heeft Twente te maken met het zogenoemde 'plattelands denken': over het algemeen zijn mensen in Twente toleranter en is de sociale cohesie groter dan elders waardoor de stap naar het verpleeghuis minder snel wordt gemaakt.

Tevens is de kleinschalige woonvorm minder eenvoudig te bemensen met zorgverleners. Toezicht en continuïteit in de 24 uren bezetting zijn minder makkelijk te organiseren. De sociale interactie in een kleine gemeenschap biedt ook minder mogelijkheden dan een wat meer op groepsprocessen georiënteerde omgeving.

De GGz en de verstandelijk gehandicaptenzorg hebben laten zien waar de valkuilen zitten van kleinschalig wonen van mensen met een beperkte regiefunctie.

De "omgeving' moet meedoen en dat is zeker niet vanzelfsprekend. Zie de hergroepering van de mensen met verstandelijke beperkingen in geconcentreerde woonvormen.

Een andere reden die mee kan spelen, is het beleid van de regering en de gemeenten. Omdat meerdere wetten en regels op kleinschalige woonvormen van toepassing zijn, bestaat er veel onduidelijkheid en dat zorgt voor problemen.

Trivium Meulenbelt Zorg verwacht dat in de toekomst de zorg voor cliënten met somatische problemen vooral thuis plaatsvindt. In de instellingen wordt dan nog vooral zorg geleverd aan cliënten uit de PG groep. Dit is dan ook de reden waarom men bezig is met de vervanging van somatische bedden in PG

bedden. Daarnaast vindt in tegenstelling tot de landelijke ontwikkeling een substituering met hoger opgeleid personeel plaats om ook in de toekomst aan de hogere kwaliteitseisen te kunnen voldoen.