

HANDLEIDING

kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie

*Inhoudelijke en praktische
adviezen*



HANDLEIDING

*kleinschalig groepswonen voor
mensen met dementie*

HANDLEIDING

kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie

*Inhoudelijke en praktische
adviezen*

Eric Krijger

NIZW-Innovatieprogramma Wonen en Zorg



INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|----|
| Inleiding | 7 |
| 1 Visie op kleinschalig wonen | 9 |
| 1.1 Kwaliteit van leven en wonen | 9 |
| 1.2 Dagelijkse bezigheden | 11 |
| 1.3 Integreeren met de omgeving | 11 |
| 1.4 Doelgroepen | 12 |
| 1.5 De groepswoning als tussenvoorziening | 13 |
| 1.6 De groepswoning als eindvoorziening | 13 |
| 1.7 Levensstijl en achtergrond | 14 |
| 1.8 Verschillende zorgvragers | 14 |
| 1.9 Welzijn | 14 |
| 1.10 Familie | 15 |
| 1.11 Wonen en zorg scheiden of integraal binnen de WZV | 16 |
| 2 Ontwikkelingsproces | 17 |
| 2.1 Het ontwikkelen van een visie op zorg | 17 |
| 2.2 Invoeringsstrategie | 18 |
| 2.3 Aandacht voor medewerkers | 19 |
| 3 Financiering | 23 |
| 3.1 Modernisering AWBZ | 23 |
| 3.2 Intramurale zorg | 24 |
| 3.3 Extramurale zorg | 24 |
| 3.4 Woonkosten | 26 |
| 3.5 Financiële consequenties voor de cliënt | 27 |
| 3.6 Financiële consequenties voor de zorgaanbieder | 27 |
| 3.7 Boekwaardeproblematiek | 27 |
| 3.8 Onrendabele top | 27 |
| 3.9 Exploitatie | 28 |
| 4 Vormgeving | 29 |
| 4.1 Binnen | 30 |
| 4.2 Buiten | 30 |
| 5 Domotica | 31 |
| 6 Samenwerking met andere organisaties | 33 |
| 7 Wet- en regelgeving | 35 |
| 7.1 BOPZ | 35 |
| 7.2 Voedselveiligheid | 35 |
| 7.3 Brandweer | 36 |
| 7.4 Tabakswet | 36 |
| 8 Literatuur en nuttige adressen | 39 |
| Innovatieprogramma Wonen en Zorg | 41 |

INLEIDING

De vraag wordt wel eens op symposia aan de zaal gesteld: “Wie wil er straks bij een ernstige zorgbehoefte in een verpleeghuis wonen?” Het is uitzonderlijk als iemand van de aanwezige managers of staffunctionarissen zijn vinger opsteekt. Ook op de vraag of je je vader of moeder daar wil laten wonen, volgt vaak een ontkenning. Voor veel ouderen is de vraag naar zorg op een gegeven moment onvermijdelijk. Maar qua vormgeving zijn we kennelijk toe aan een andere invulling daarvan.

Onderzoek en enquêtes laten zien dat mensen het liefst in hun eigen huis blijven wonen, ook als zij zorg nodig hebben. Het is vaak de beperkte aanpasbaarheid van de woning en de onmogelijkheid om voldoende ‘zorg aan huis’ te krijgen die maken dat zij besluiten te verhuizen. Maar dan liever naar een zorgwoning in de eigen omgeving dan naar het verpleeghuis verder weg.

Wanneer er 24 uur per dag ondersteuning of toezicht nodig is of wanneer men de regie over het leven kwijt is, is thuis blijven wonen geen optie meer. Het is te duur om volledige dag- en nachtaanwezigheid te financieren. Een oplossing is om budgetten te stapelen en verschillende zorgvragers op een locatie te laten wonen. Maar ook dan, of wellicht juist dan, blijven mensen liever in de eigen vertrouwde omgeving wonen.

Tegenwoordig kan dat. De kleinschalige groepswoning is een volwaardig alternatief gebleken naast het verpleeghuis. Door de beperkte schaal wordt er ondersteuning op menselijke maat gegeven, waarin de individuele cliënt tot zijn recht komt en zich thuisvoelt in zijn eigen woning. Doordat de groepswoning in de wijk of in het dorp staat, blijven cliënten in de eigen omgeving wonen. Niet alleen voor hen een voordeel, maar ook voor kennissen en familie in de buurt.

Vernieuwde wet- en regelgeving, zoals de gemoderniseerde AWBZ, versterkt de positie van de cliënt. De cliënt heeft meer mogelijkheden om tussen zorgaanbieders te kiezen. Bovendien kan hij een keuze maken tussen zorg in natura, of zorg ingekocht met een persoonsgebonden budget. Dit moet zorgaanbieders prikkelen om vraaggerichte arrangementen te leveren.

In deze handleiding richten we ons op mensen met dementie: cliënten die afhankelijk zijn van 24-uurs zorg en kleinschalig willen wonen. Uiteraard is de handleiding ook te gebruiken voor andere doelgroepen die voor groepswonen met zorg kiezen, zoals mensen met een verstandelijke beperking of ggz-cliënten. De handleiding is gemaakt voor het middenkader, directies en besturen van zorgorganisaties en particuliere nieuwkomers op de markt. Veel onderwerpen passeren daarbij de revue; met praktische tips en suggesties om het initiatief daadwerkelijk te laten starten.

Parallel met de handleiding publiceert het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) het *Stappenplan voor het realiseren van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie*: een stappenplan in acht fases voor het opzetten van een kleinschalig woonproject.

Het stappenplan is te bestellen via www.iwz.nl, of telefonisch bij de SEV, telefoonnummer 010 - 282 50 55. De kosten van het stappenplan bedragen € 4,50.

De handleiding kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie is een coproductie van het Innovatieprogramma Wonen en Zorg en Amstelring, een organisatie op het gebied van thuiszorg, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg en is mede tot stand gekomen dankzij de steun van het zorgkantoor Zorg en Zekerheid.

Dank ook aan de leden van de expertgroep die de tekst hebben voorzien van waardevol commentaar: Frank Bordui, Iris Fokkens, Ed Hoekstra, Wilma Nisse, Peter Schaerlaeckens, Wietske Stokvis en Hugo van Waarde.

VISIE OP KLEINSCALIG WONEN

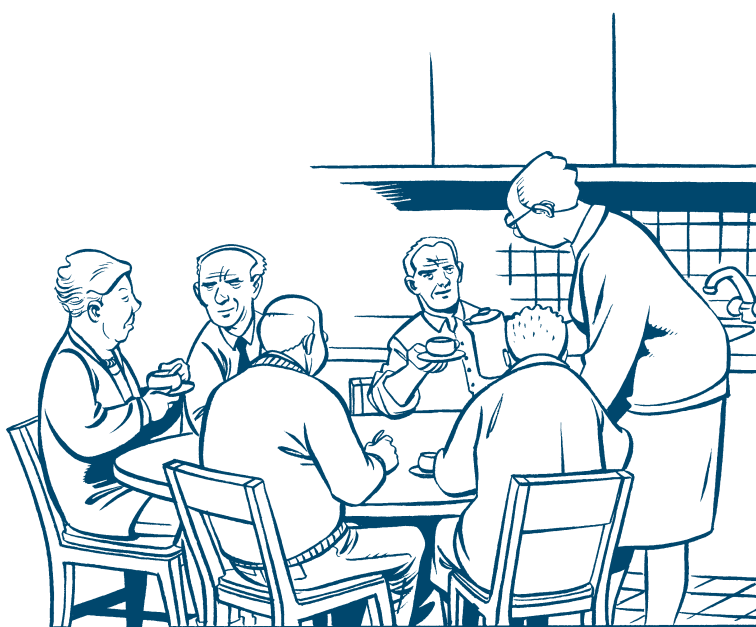
Het scheiden van wonen en zorg staat in de belangstelling. Dat past in het streven van de overheid om mensen met langdurige zorg onderdeel te laten uitmaken van de samenleving. Ook zij horen erbij en moeten zichtbaar wonen in de wijk of het dorp. Daarnaast hebben cliënten zelf behoefte aan autonomie, ook wanneer er sprake is van zorgafhankelijkheid. Bij nieuwe ontwikkelingen, zoals het scheiden van wonen en zorg, loop je het gevaar te veel accent te leggen op het begrip zelf en te weinig op de inhoud. Dat gebeurt wanneer je denkt dat het met de kwaliteit van leven wel goed zit wanneer er sprake is van het scheiden van wonen en zorg. Het is goed om je te realiseren dat deze woonvorm een middel is om een ander doel te bereiken, namelijk een prettige en vertrouwde woonsfeer voor de cliënt te realiseren, waarin de cliënt keuzes maakt voor zijn dagbesteding en -indeling op basis van eigen opvattingen en omstandigheden in plaats van op basis van bedrijfseconomische overwegingen.

1.1 Kwaliteit van leven en wonen

Het scheiden van wonen en zorg geeft cliënten meer autonomie dan het traditionele integrale pakket van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). De cliënt woont immers in zijn eigen huis, ook al is dit een groepswoning. De begeleider komt, net als de thuiszorg, in het huis van de bewoner. Ook heeft de woning minder de uitstraling van een werkomgeving door de inrichting met eigen meubels en het ontbreken van een zusterpost. Als het goed is leidt dit tot ander gedrag van de begeleider.

De begeleiders zijn belangrijk om het doel te bereiken. Kunnen zij de cliënt als autonoom persoon benaderen, waarbij zij recht doen aan keuzes van de cliënt? Critici zullen stellen dat ook in grootschalige oplossingen de inzet van begeleiders van groot belang is. En dat is uiteraard het geval. Een verkeerde bejegening kan bij kleinschalig wonen zelfs leiden tot minder kwaliteit omdat de cliënt in de groepswoning hier moeilijker aan kan ontsnappen. Het is daarom belangrijk dat we ons op de inhoud richten: het verhogen van de levenskwaliteit van mensen met dementie. Kleinschalig wonen helpt daarbij.

De ideale grootte van een groepswoning is zes cliënten: met dit aantal is een overzichtelijke huishouding te voeren. Je kunt samen om een tafel zitten en je hebt ook als cliënt overzicht over het geheel. Bij acht cliënten ligt dat al anders: je moet zoeken naar groepsgenoten; de groep heeft minder het karakter van een huishouding en heeft toch al iets afdelingsachtigs. Het is minder vertrouwd. Bovendien zijn er op meerdere momenten twee begeleiders nodig en dat is lastig met de exploitatie. Er zijn dus meerdere redenen om de groeps-grootte te beperken tot zes cliënten.



Uiteraard zijn er uitzonderingen: hoewel ideaal voor velen is een groepsgrootte van zes niet voor iedereen de beste oplossing. Door te veel sociale controle wonen sommige cliënten liever meer op zichzelf. Dan is hij beter af met een kamer of appartement met meer privacy. Een recente ontwikkeling is de bouw van appartementen voor dementerenden aan een galerij (van bijvoorbeeld een gerenoveerd verzorgingshuis) met woon- en slaapkamer, douche-ruimte en pantry. Een galerij met tien van deze appartementen is door een af te sluiten gemeenschappelijke toegangsdeur een organisatorische eenheid. Doordat de cliënt voldoende ruimte in het eigen appartement heeft, is er minder behoefte om van de gemeenschappelijke ruimte gebruik te maken. Maar: laten we ervoor waken dat dit de nieuwe norm wordt. Omdat verzorgingshuizen leeglopen, is de neiging om deze te vullen met verpleeghuisgeïndiceerden groot. Maar deze oplossing is niet dezelfde als die met groepswoningen zoals wij hier beogen.

Samenvattend: om keuzes van cliënten te respecteren, is een gevarieerd aanbod noodzakelijk: de kwaliteit van wonen staat voorop. Voor velen is dit te realiseren in groepswoningen met zes bewoners; voor enkele anderen is een andere vorm gewenst.

De zorgverlening is lange tijd sterk gestuurd door het medische model. De cliënt is daarin iemand met een defect of een probleem, dat vraagt om een specifieke omgeving met zo weinig mogelijk beïnvloeding door de buitenwereld. De laatste decennia is hier het sociaalagogische model voor in de plaats gekomen. De regie over het leven ligt zo lang mogelijk bij de cliënt zelf, die contacten heeft met de wereld om hem heen. In plaats van zich te moeten schikken naar het bestaande aanbod, krijgt de cliënt nu de vraag voorgelegd hoe hij zijn leven wil invullen. Er is aandacht voor de waarden van de cliënt. Daarbij speelt de sociale omgeving een belangrijke rol. Het is niet meer zo dat de familie hun vader of moeder 'overdraagt' aan het zorgcentrum: de betrokkenheid kan blijven in de kleinschalige woonvorm. En omgekeerd is het voor de familie gemakkelijker deze betrokkenheid vast te houden in de vriendelijkere omgeving van de wijk of het dorp.

1.2 Dagelijkse bezigheden

Zes bewoners blijkt een goede omvang voor een kleinschalige groepswooning te zijn. We constateerden al dat het om de inhoud gaat: dat cliënten een goede kwaliteit van leven hebben, vergelijkbaar met het leven dat ze voorheen hadden. Daar maken huishoudelijke werkzaamheden onderdeel van uit. Het huis schoonmaken, boodschappen doen, koken en afwassen horen bij een gewone huishouding. Al deze activiteiten komen we in de groepswooning tegen. Cliënten kunnen net als thuis zelf bepalen hoe laat ze eten, uit bed komen of naar bed gaan. Er is een deur aan de straat waar de postbode post brengt. De tuin vraagt om onderhoud en contact met de burens kan door over de heg een praatje te maken. Iemand die de woning bezoekt belt gewoon aan voordat hij binnenkomt. Personeel respecteert dat de woning van de bewoners is. Personeel maakt er dan ook geen kantooromgeving van, waar dienstlijsten op het prikbord hangen en waar een zusterpost is om overleg tussen medewerkers te voeren. Als begeleiders praten, doen ze dit met de bewoners. Overigens lopen ze niet in uniform omdat dit zo'n medische uitstraling heeft. Begeleiders zijn niet onderverdeeld in functieniveaus waar de een verpleegkundige handelingen doet, de ander bezighheidsactiviteiten en een derde alleen huishoudelijk werk. Samen met de cliënten bepalen begeleiders hoe ze de dag doorbrengen. Zonder de verpleegkundige aspecten te veronachtzamen ligt het gros van de bezigheden op het sociale vlak: zorgen dat bewoners tevreden de dag doorkomen. Het gaat er dus gewoon aan toe in de groepswooning, net zoals in andere huishoudens in de onmiddellijke omgeving.

1.3 Integreeren met de omgeving

Een traditioneel zorgcentrum heeft moeite om aansluiting met de omliggende wijk te vinden. Waterpartijen met fonteinen, parken en groenstroken kunnen het nog moeilijker maken de afstand te overbruggen. Een zorgcentrum functioneert vaak als een op zichzelf staande samenleving; alles is er te vinden: de kapel, het winkeltje, de kapper komt aan huis; alle ontspanning vindt daar plaats. Bij de kleinschalige woning is dat anders. Deze staat in de wijk en integreren met de omgeving is dus mogelijk. Dat kan op drie manieren die een toenemende mate van betrokkenheid met de omgeving hebben.

Fysieke integratie

De woningen wijken qua vormgeving of bouwstijl niet af van de overige woningen en maken onderdeel uit van het straatbeeld. Aan de buitenkant is niet te zien dat er in de woningen mensen met een beperking wonen. Dit type integratie is vrij gemakkelijk te creëren.

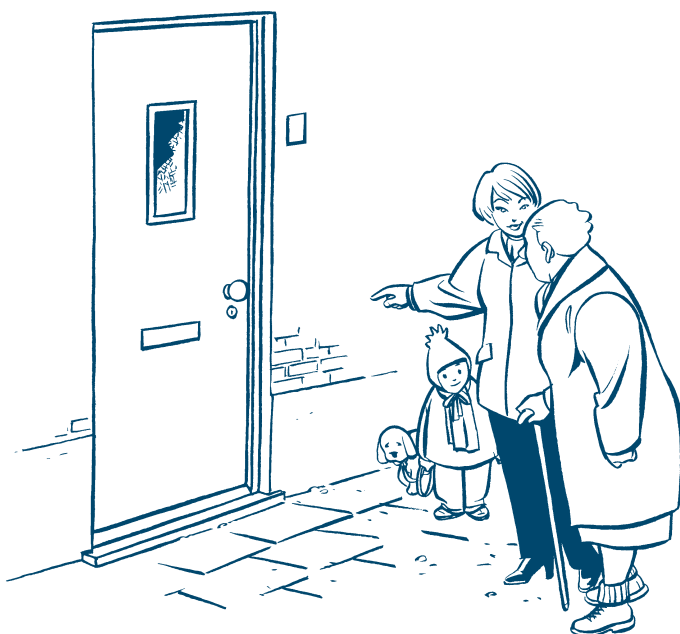
Participerende integratie

Met participerende integratie bedoelen we de deelname aan activiteiten in de wijk. Ook dit type integratie is vrij eenvoudig te realiseren, afhankelijk van de mogelijkheden die zich in de wijk voordoen. Dat kunnen de boodschappen in de buurtwinkel zijn, bezoek aan het wijkcentrum voor een kop koffie en het meedoen aan straat- of buurtfeesten. Over het algemeen staan buurtbewoners welwillend ten opzichte van participatie door de doelgroep. Toch blijven de contacten vaak beperkt tot een passieve deelname.

Sociale integratie

Hier valt het onderscheid tussen cliënten en overige wijkbewoners bij de participatie volledig weg. In de praktijk blijkt dit zo lastig te zijn dat dit niveau van integratie zelden voorkomt. Misschien dat we de ambitie om sociale integratie te willen bewerkstelligen moeten relativeren. Het is daarbij de vraag in welke mate burgers in het algemeen sociaal in de wijk integreren. Veel mensen leiden een eigen leven, waarbij er weinig contact is met mede-wijkbewoners.

De ervaring leert dat de contacten met de buurtgenoten positief zijn. Zij helpen bijvoorbeeld verdwaalde cliënten de weg weer terug te vinden. Voor cliënten heeft het wonen in de wijk het voordeel dat er veel te beleven is. Daarom ligt de gemeenschappelijke woonkamer van de groepswooning vaak aan de straatzijde of aan een plein waar kinderen spelen. Cliënten zijn zo deelgenoot van het straatleven en hebben wat om naar te kijken. Andersom is natuurlijk ook mogelijk: de tuin tussen de groepswooningen die voor kinderen uit de buurt als speelplek beschikbaar is.



1.4 Doelgroepen

Is kleinschalig wonen voor elke dementerende geschikt? Dat hangt af van:

• De woonsituatie

Een onderzoek bij het Anton Pieckhofje in Haarlem leerde dat deze manier van wonen voor vijf procent van de cliënten niet geschikt is. Zo blijkt dat cliënten met een ernstige psychiatrische problematiek meer leefruimte en een meer prikkelarme omgeving nodig hebben.

• Eigen opvattingen

Sommige initiatieven menen dat de groepswooning een voorziening is tussen thuis wonen en het verpleeghuis in. Er zijn andere die er juist voor kiezen om de cliënt niet meer te laten

verhuizen, juist niet wanneer deze in een terminale levensfase verkeert. Van beide varianten zijn tientallen voorbeelden te noemen. Dat laat zien dat er geen externe belemmeringen zijn om voor een bepaald model te kiezen.

• **Gedragsproblemen**

De ervaring is dat kleinschalig wonen een positief effect op cliënten met gedragsproblemen heeft. De overzichtelijke en beperkte schaal, de aansluiting op de eigen levensstijl en de aanwezigheid van meer privacy doet deze cliënten goed. In de kleinschalige woning komen in vergelijking met het verpleeghuis minder ongewenste interacties voor.

• **Intensieve zorgvragen**

De intensiteit van verpleging kan een discussiepunt zijn. Er is in dat geval meer personeel nodig om de cliënt te verzorgen. In de groepswoning werkt men over het algemeen alleen. De begeleider moet zijn aandacht verdelen over alle cliënten. Uiteraard vraagt de ene persoon meer aandacht dan de andere. De intensieve verpleging van een cliënt kan te veel aandacht wegnemen van groepsgenoten. Men lost dit wel op door tijdelijk een extra begeleider in dienst te nemen. Zo kan de thuiszorg op dit soort momenten een belangrijke aanvulling zijn. In de exploitatie van de woning houdt men hier rekening mee. Een andere mogelijkheid is om de familie een rol te geven in de laatste levensfase. Wanneer dit niet lukt kiezen sommige projecten ervoor om de cliënt al dan niet tijdelijk naar het verpleeghuis over te plaatsen. Soms zijn hulpmiddelen nodig om de cliënt te verzorgen. De hoeveelheid manoeuvreerruimte die voor sommige hulpmiddelen nodig is, kan een reden zijn om de cliënt over te plaatsen naar het verpleeghuis.

Overplaatsing naar een verpleeghuis hoeft niet te betekenen dat de cliënt onderdeel uitmaakt van een grootschalig gebeuren. Ook daar is een kleinschalige opzet van de zorg mogelijk door niet meer uit te gaan van afdelingszorg. De renovatie van het zorgcentrum is vaak een goede aanleiding om groepswonen te introduceren waarbij elke woning een eigen gezellige sfeer krijgt. Bovendien kan men ook daar aandacht besteden aan het respectvol benaderen van cliënten.

1.5 De groepswoning als tussenvoorziening

Sommige kleinschalige woonsituaties zijn bewust bedoeld als voorziening tussen de thuis-situatie en het verpleeghuis in. De initiatiefnemers zijn van mening dat de overgang van huis naar het verpleeghuis voor een beginnend dementerende te groot is. De zelfredzaamheid van deze cliënten is nog redelijk. Bovendien zijn zij ontvankelijk voor deelname aan allerlei, met name huishoudelijke, activiteiten. In feite spreken we hier over 'begeleid wonen'. Wanneer de verzorging te intensief wordt, verhuist de cliënt naar het verpleeghuis. Omdat de zorgbehoefte minder zwaar is, kan de groep kleiner zijn. Er zijn voorbeelden bekend waarbij deze is beperkt tot vijf cliënten. Voor de begeleiding 's nachts is een slaapdienst, of een akoestisch systeem voldoende.

1.6 De groepswoning als eindvoorziening

Andere initiatiefnemers willen de cliënt bewust niet meer laten verhuizen, zeker niet wanneer een meer intensieve verzorging nodig is of de cliënt in een terminale levensfase verkeert. Zij stellen dat het juist in deze kwetsbare periode belangrijk is om continuïteit te

geven in begeleiders en in de omgeving. De consequentie is dat cliënten in de woning blijven wonen totdat zij overlijden. Omdat elke cliënt in een verschillende fase van dementie verkeert, is dit geen probleem, zo stellen zij. Ook begeleiders hechten zich aan cliënten waardoor ze de neiging hebben om juist in de laatste levensfase goed voor hen te zorgen. Een onvermijdelijk gevolg van deze handelwijze is dat in de woning cliënten wonen met een verschillende zorgzwaarte. Dat is een aandachtspunt: redenerend vanuit de cliënten zouden we ons kunnen voorstellen dat licht-dementerenden moeite hebben om samen te wonen met ernstig-dementerenden. Volgens sommige professionals is dat zo en daarom kiezen zij voor een meer homogeen samengestelde groep, met verhuizingen als consequentie. Volgens anderen levert dit geen problemen op en heeft het zelfs een meerwaarde. Door een grotere betrokkenheid kan er meer zorg en aandacht voor elkaar zijn. Voor medewerkers zijn de ervaringen ook verschillend. Sommigen vinden dat juist de variatie in zorgvragen stimulerend werkt. Anderen zien hierin het gevaar dat er onevenredig veel aandacht uitgaat naar cliënten met zwaardere zorgvragen. Dat zou de andere cliënten te kort doen. Kortom, een eenduidig oordeel hierover is moeilijk. Veel hangt af van de visie van de organisatie. Beide varianten blijken te werken.

1.7 Levensstijl en achtergrond

Een andere indeling vindt plaats op basis van levensstijl. Mensen hebben een bepaalde culturele achtergrond en dat voelt vertrouwd. Sommige voorzieningen hebben de groepswoningen op basis van een bepaalde achtergrond ingericht. Zo zijn er woningen waar bijvoorbeeld mensen met een Jordanees achtergrond wonen, met een Gooise achtergrond, een bepaalde sociaal-culturele, artistieke of Indische achtergrond. Het aantal cliënten moet groot genoeg zijn. Op het platteland is dit uitgangspunt daarom lastiger dan in de stedelijke omgeving. Daar zal men veelal een meer gemengde levensstijl aantreffen.

1.8 Verschillende doelgroepen

Er zijn geen projecten bekend waar mensen uit verschillende doelgroepen bij elkaar in een woning wonen; wel projecten waarbij sprake is van een woning voor dementerenden en een aanpalende woning voor dementerenden die tevens een verstandelijke beperking hebben. Omdat deze woningen naast elkaar staan en het wooncomplex een gezamenlijke toegangsdeur heeft, komen de cliënten onderling met elkaar in contact. Als volgende stap wil dit initiatief een mix van cliënten laten wonen binnen een groepswooning. Vaak vinden bewoners het onderling een probleem om met mensen samen te wonen uit een andere doelgroep. GGZ-clieñten identificeren zich niet met cliënten die een verstandelijke beperking hebben of dement zijn en andersom.

1.9 Welzijn

Een goede kwaliteit van wonen en welzijn doet de behoefte aan zorg verminderen of uitstellen. Er zou daarom veel aandacht moeten uitgaan naar de kwaliteit van het woon- en welzijnsaanbod. De kleinschalige groepswooning kan hieraan prima voldoen. Door de opzet

ligt er geen eenzijdig accent op verpleging. Een mens is meer dan een te verplegen object, ook wanneer hij sterk zorgafhankelijk is. We kunnen in dit kader verschillende aspecten onderscheiden:

- lichaam en geest;
- sociale relaties;
- inkomen;
- arbeid en presteren (zinnvolle dagbesteding);
- waarden en spiritualiteit.

Een tekort of beperking op één aspect is te compenseren is door extra aandacht voor het andere. Iemand met een 'ziek' lichaam kan nog wel zinnvolle bezigheden in de vrijetijdssfeer hebben of sociale contacten onderhouden. Juist door extra aandacht voor deze andere aspecten kan de kwaliteit van leven verbeteren. Het werkt als communicerende vaten. Zorginstellingen hebben de neiging om zich met name te richten op het fysieke. De naar binnen gerichte cultuur versterkt dit. De cliënt is dan een behandel- of verzorgobject en de nadruk ligt op de beperkingen. Kwaliteit van bestaan dient zich te richten op meerdere aspecten. Dat kan door aandacht te hebben voor de werkelijke behoefte van de cliënt. Door de compacte opzet van het zorgcentrum was welzijn daar min of meer vanzelfsprekend aanwezig: de kwaliteit van het wonen, de sociale controle, veiligheid, de pedicure en kapper, activiteiten en het sociaal verkeer. In en rondom de kleinschalige woonsituatie is dat lastiger te organiseren: bereikbaarheid van voorzieningen in de nabije omgeving zijn dan belangrijk.

Door deze benadering krijgt de dagbesteding een andere waarde. We weten dat cliënten naar activiteitencentra gaan om invulling te geven aan de lange lege dagen. Er is ook weinig te beleven op een afdeling waar nauwelijks ruimte is voor eigen inbreng. Het werd allemaal voor je geregeld: de etenskar kwam exact om 11.45 uur en de huishoudelijke hulp maakte schoon. Dankzij de uitjes naar het activiteitencentrum werden de dagen gebroken. Gek eigenlijk, als mensen naar het verpleeghuis gaan, ontnemen we ze allerlei activiteiten en geven dat in de vorm van 'therapeutische' activiteiten weer terug. In de groepswooning krijgen de gewone dagelijkse besommeringen weer hun plaats. Het is net als bij mensen die thuis wonen een onderdeel van het leven. Of je het nu leuk vindt of niet: als je geen boodschappen doet of niet kookt, komt er geen eten op tafel. Als de bewoner niet actief aan de huishouding kan deelnemen, dan toch wel passief door te genieten van de vertrouwde geur van het vlees. Niet om twaalf uur vanwege het dienstrooster in de centrale keuken, maar om zes uur omdat dit vertrouwd is. En natuurlijk hebben we een oplossing voor een cliënt die nooit heeft gekookt of het huis schoongehouden (vrijwel altijd mannen). Zij kunnen zich weer anders dienstbaar maken, bijvoorbeeld door tuinwerkzaamheden.

1.10 Familie

De betrokkenheid van familie en kennissen is gewenst. Niet zozeer om praktische redenen, alhoewel dat zeker meegenomen is, maar meer omdat een sociaal netwerk belangrijk is in het leven van mensen. We moeten voorkomen dat dit wegvalt op het moment dat de cliënt wordt overgedragen aan de zorgvoorziening. Dat is wennen voor de voorziening, want er gaan nu anderen meedenken en participeren in de zorgverlening, maar ook voor familie die zich realiseert dat de zorgvoorziening niet alles hoeft te doen. De betrokkenheid kan een-

voudig plaatsvinden: bij het boodschappen doen, de eigen kamer schoonhouden, koken, meegaan naar de dokter en gewoon een eindje wandelen al naar gelang de mogelijkheden en omstandigheden. Duidelijk moet zijn dat de betrokkenheid toegevoegde waarde heeft: de basiszorg mag er niet afhankelijk van zijn.



1.11 Wonen en zorg scheiden of integraal binnen de Wet ziekenhuisvoorzieningen

De zorgvoorziening kan een keuze maken om een integraal zorgpakket te leveren binnen de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), of zich te beperken tot het leveren van alleen zorg. Binnen de WZV heeft de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid over de kwaliteit van het wonen en het leven van de cliënt. Bij het scheiden van wonen en zorg beperkt deze verantwoordelijkheid zich tot de zorg. Voor de overige aspecten van het leven zijn de cliënt en zijn familie zelf verantwoordelijk. Dat houdt in dat bij alles wat met het wonen en het levensonderhoud te maken heeft, de cliënt (zijn familie) aan zet is. Bijvoorbeeld als de kamer nieuw behang nodig heeft of nieuw meubilair, over de hoogte van de huishoudpot, het bezoek aan de arts en het regelen van vervoer. Het is een onderdeel van de huishouding om hier samen met de andere bewoners afspraken over te maken. Op deze manier is de cliënt veel autonomer vergeleken met de WZV-constructie. Daarom kiezen sommigen hiervoor.

In de ontwikkeling naar kleinschalig wonen zijn drie fasen te onderscheiden:

- het ontwikkelen van een visie;
- de invoeringsstrategie;
- aandacht voor de competentie van de begeleiders.

Deze fasen hebben niet per se deze volgorde. Met name fase twee en drie zullen elkaar beïnvloeden. In fase twee kan blijken dat er te weinig aandacht is besteed aan fase één. Wel is het goed om elke fase een document mee te geven waarin de intenties en de discussie zijn beschreven. Dat geeft medewerkers duidelijkheid en kan de discussie over de verandering een kapstok geven.

2.1 Het ontwikkelen van een visie op zorg

Een goede en toegankelijke visie geeft draagvlak aan veranderingen in de organisatie. Hierbij zijn niet alleen uitvoerende medewerkers betrokken, maar ook faciliterende medewerkers en het management. Door een duidelijke visie kun je voorkomen dat een bepaald team of een discipline een andere koers gaat varen of de principes van vraaggestuurde zorg niet serieus neemt.

Hoe de visieontwikkeling plaatsvindt kan verschillen. Veel organisaties geven topdown aan dat vraagsturing nu aan de orde is. De cliënt vraagt erom, zo stelt het bestuur, en daarom is het noodzakelijk dat dit gebeurt. Men stelt dat het niet alleen om inhoudelijke redenen gewenst is, maar bijvoorbeeld ook bedrijfseconomisch. Indien de organisatie niet die kwaliteit levert die cliënten verwachten, gaan zij naar een andere zorgaanbieder die wel de gewenste kwaliteit levert. Door de modernisering van de AWBZ is het voor cliënten gemakkelijker geworden om van zorgaanbieder te veranderen.

Uiteraard kan er binnen de organisatie discussie plaatsvinden over hoe die vraagsturing eruit moet zien. Het is zelfs een noodzaak om medewerkers bij deze discussie te betrekken. Zij zijn straks immers in de uitvoering de ambassadeurs van de organisatie. Bovendien geeft dat een basis voor het draagvlak van de omslag. Onzekerheid over de eigen rol als begeleider, of over de positie als medewerker bij een ondersteunende dienst, is begrijpelijk. Een organisatie die vraaggestuurd wil werken heeft behoefte aan andere competenties van medewerkers. Bovendien kan blijken dat bepaalde onderdelen in de organisatie minder of niet meer nodig zijn. Dat is een lastige fase in het proces. Enerzijds is loyale medewerking nodig om de veranderingen vorm te geven, anderzijds kunnen medewerkers reserves hebben indien de werkplek op de tocht staat. Tijdig overleg met de ondernemingsraad en cliëntenraad over de missie, visie en doelstellingen van de organisatie en de consequenties die dit kan hebben voor de inrichting daarvan ligt voor de hand.

Belangrijk hierin is de opstelling van de directie. Een baangarantie kan de zekerheid geven die medewerkers nodig hebben om aan de veranderingen mee te werken. Dat dit op een andere dan de huidige werkplek kan zijn, is gemakkelijker te accepteren dan te moeten verlaten. Wanneer dat onvermijdelijk is, mag de medewerker support van de organisatie verwachten.

2.2 De invoeringsstrategie

Op welke manier kunnen we de veranderingen het beste invoeren?

Medewerkers als strategische succesfactor

De medewerker is een bepalende succesfactor. Deze moet in de praktijk van alledag vorm en inhoud geven aan vraagsturing. Dat lukt alleen als deze medewerker achter het beleid staat en de bedoelingen van de werkwijze kan onderschrijven. Daarom is het raadzaam om de discussie over de invoering al vroeg in het proces samen met de medewerker te voeren. Via scholing en training kan deze stap voor stap de juiste houding aanleren.

Middenkader

Het is van groot belang dat het middenkader steun krijgt. Zijn werkwijze dient als voorbeeld voor de houding van de begeleider naar cliënten toe. Indien de leidinggevende sceptisch staat ten opzichte van de veranderingen, kunnen we niet verwachten dat de medewerker wel de juiste houding vindt. Vaak is een eerste actie om na te gaan wat het middenkader van de verandering vindt. Scholing en training kan de nieuwe rol van de leidinggevende ondersteunen. Eventueel kan op dit moment actie worden ondernomen om een leidinggevende die de verandering niet ziet zitten, een andere plek in de organisatie te geven.

Samenstelling teams

Bestaande werkwijzen kunnen hardnekkig zijn: het kan de omslag naar vernieuwing flink tegenhouden. Bepaalde medewerkers kunnen domineren in de weerstand. Het kan dan verstandig zijn om met nieuwe teams te starten. Het team is dan zo samen te stellen dat er verschillende, aanvullende competenties in voorkomen. Met nieuwe collega's kan de verandering een uitdaging zijn.

Eerste successen

Om scepsis te overwinnen zijn eerste successen, bijvoorbeeld in de vorm van een pilot, van belang. Probeer de discussie niet te laten verzanden door alsmat nog beter voor te bereiden. Het kan altijd beter en grondiger, maar te veel accent op de voorbereiding kan het proces doodslaan. Door te geloven in de opzet hoeft niet alles duidelijk te zijn alvorens te starten. En zeker ten aanzien van het kleinschalig wonen: velen gingen u voor. Een beetje avontuur kan juist stimulerend werken: men gaat ervoor. Het eerste succes werkt als katalysator.

Ondernemingslust

Begin daar waar men er klaar voor is. Een enthousiast team of leidinggevende werkt bijzonder stimulerend. Niets is zo lastig als bij veranderingsprocessen te trekken aan een dood paard. Maak gebruik van plekken of situaties waar men de veranderingen als een uitdaging ervaart. Dat werkt op anderen weer stimulerend en het laat zien waar het toe kan leiden.

Ondernemingsklimaat

In het begin gaat er veel mis. Het is een leerproces voor iedereen. Dat vraagt om ruimte om fouten te kunnen maken. Ook hier is de opstelling van het management essentieel. Indien er sprake is van een afrekencultuur kunnen we de beoogde verandering wel vergeten. De gemaakte fouten dienen bespreekbaar te zijn om er wat van te leren: het rondje blunderen. Daarvoor is een uitnodigende houding noodzakelijk en een sfeer van vertrouwen in een 'lerende organisatie'.

2.3 Aandacht voor de medewerkers

Kleinschalig wonen waarbij de zorgaanbieder recht wil doen aan de persoonlijke levensstijl van de cliënt, vraagt om andere vaardigheden en een andere houding van de medewerkers. Daarnaast verandert het takenpakket door de beperkte schaalgrootte en neemt de begeleider een meer solistische positie in. Hieronder een overzicht van de belangrijkste veranderingen voor de medewerkers.

Woonsfeer domineert

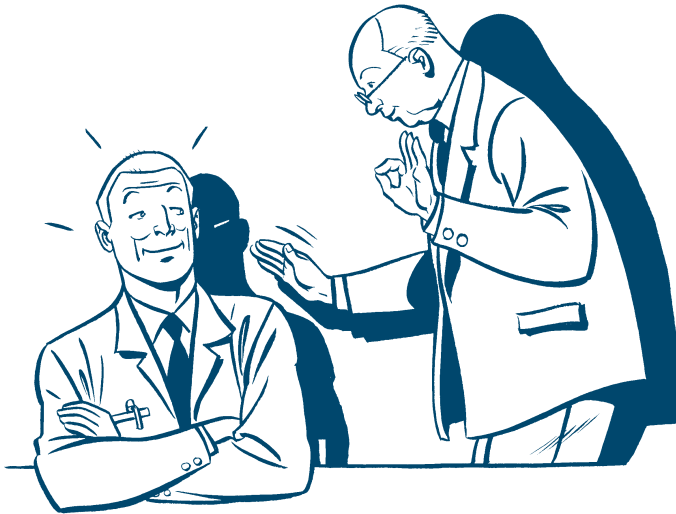
De vraag van de cliënt en zijn woonsituatie vormen het uitgangspunt voor het handelen van de medewerker. Dit is te vergelijken met de thuiszorg, waar medewerkers bij cliënten op bezoek gaan om daar de gevraagde werkzaamheden te verrichten. Het is ondenkbaar dat de medewerkers hier van alles gaan veranderen, zomaar binnenkomen en zonder communicatie aan het werk gaan. Iedereen zou dit als een onheuse bejegening beschouwen en klachten hierover zouden snel bij de organisatie binnenkomen. Het huis is van de cliënt, de medewerker werkt bij de cliënt thuis. Deze benadering geldt ook in de groepswoning. Ook al deelt de client de woning met anderen, uitgangspunt is dat de woning van de cliënt is. Dat vraagt om respect voor privacy, eigendom en leefstijl. De medewerker is bij de cliënt op bezoek.

Reflectie

Bij de dagelijkse activiteiten en handelingen kunnen medewerkers elkaar minder makkelijk ondersteunen. Men werkt immers veelal alleen. Dat geldt ook voor het geven van adviezen en reflectie. Toch is er behoefte aan de uitwisseling van ervaringen tussen collega's. Bovendien zal het management een vinger aan de pols willen houden wat de kwaliteit van de zorg betreft. Een mogelijkheid om dit te doen is medewerkers te leren open te praten over de ervaringen en feedback te geven aan collega's. Ervaringen uitwisselen met behulp van casuïstiek is een andere mogelijkheid. Van belang is dat dit in een sfeer van vertrouwen plaatsvindt: een werksfeer waar meer accent ligt op 'leren van fouten' dan 'corrigeren op fouten'. Wanneer medewerkers dit vertrouwen voelen, zal de openhartigheid over hun handelen toenemen.

Voorbeeldgedrag van het middenkader

Niet alleen de medewerkers krijgen te maken met een cultuuromslag, dat geldt evengoed voor de leidinggevenden, het management en andere disciplines zoals ondersteunende diensten en vrijwilligers. De bijdrage van het middenkader is essentieel. Zoals altijd zit het middenkader in een lastige situatie. Enerzijds geven zij in de dagelijkse praktijk steun aan medewerkers die veel vragen hebben over de haalbaarheid, realisatie en voortgang van doelstellingen. Anderzijds moeten zij zich committeren aan de doelstellingen van de organisatie. Twijfel over dit laatste heeft zijn weerslag op de motivatie en inzet van medewerkers. Sommige organisaties vragen loyale steun van het middenkader. In het contact met de uitvoerende medewerkers nemen zij bij uitstek een strategische positie in. Van hieruit kunnen zij het proces maken of breken. Bij gebrek aan steun aan de invulling van de nieuwe visie, kan een bezoek aan een reeds gerealiseerd project een eye-opener zijn. Vaak zijn deze projecten trots op wat zij hebben bereikt en stralen dit met veel enthousiasme uit. Daarnaast verandert de rol van leidinggeven naar coachen. De medewerkers moet samen met de cliënt keuzes maken. Daar vindt besluitvorming en prioriteitenstelling plaats. Indien de leidinggevende hier niet tevreden over is, dient deze de besluitvorming niet over te nemen, maar de medewerkers zo te coachen dat dat alsnog het geval is. Dit in tegenstelling tot de traditionele organisatie, waar de leidinggevende knopen doorhakke. Indien de leidinggevende dit blijft doen, is er sprake van een oneigenlijke afhankelijkheid. Het middenkader geeft het goede voorbeeld. We vragen van de medewerkers dat deze de cliënt tot zijn recht laat komen; dezelfde rol heeft de leidinggevende naar de medewerkers toe.



Zelfsturing

De verantwoordelijkheid ten opzichte van de continuïteit ligt nadrukkelijk bij de medewerkers. Om dit tot zijn recht te laten komen, werken organisaties wel met zelfsturende of resultaatverantwoordelijke teams. Deze hebben binnen afgesproken kaders ruimte om op basis van eigen keuzes en prioriteiten (en in nadrukkelijk overleg met de cliënten) de voortgang van de werkzaamheden te bepalen. Dat geldt niet alleen voor de dagelijkse handelin-

gen, maar ook voor processen zoals budgetbeheer en opvang van het ziekteverzuim. Door het team nadrukkelijk te betrekken en verantwoordelijkheden te geven in dit soort knelpunten, zitten zij in een strategische positie om deze op te lossen.

Solistische werkplek van de medewerkers

Door de kleinschalige opzet werken de medewerkers meestal alleen. Dit in tegenstelling tot het werken op een afdeling waar samenwerking met collega's gebruikelijk is. Veel medewerkers ontlenen aan die samenwerking een stukje arbeidssatisfactie. Het is gezellig, je houdt elkaar op de hoogte van nieuwtjes en het geeft saamhorigheid. Nu brengt de begeleider de dag door met zo'n zes cliënten en verder niemand. Sommigen breekt dit op, ze vinden het te saai en te voorspelbaar allemaal waardoor de muren op hen afkomen, zeker als de groep cliënten weinig dynamisch is. Anderen ervaren deze situatie als een verademing: eindelijk kunnen ze die betekenis aan het leven van de cliënt geven zoals ze dat altijd al wilden. Het blijkt dat met name herintreders, mensen met levenservaring die vaak zelf al een gezin hebben grootgebracht, zich hierin goed kunnen vinden.

De teamsaamhorigheid krijgt op andere wijze een invulling. Afstemming met collega's vindt alleen plaats bij de overdracht van de dienst of digitaal. Een goed communicatie- en informatiesysteem is van groot belang. Om de juiste beslissingen te kunnen nemen moeten allerlei voortganggegevens gemakkelijk te bereiken zijn. Rapportage vindt plaats op de computer waar tevens informatie over de directe en indirecte zorg te vinden is. Dat betreft gegevens over het rooster, budget en activiteiten maar ook over de cliënt zelf: het zorgdossier.

Integraal takenpakket

We vragen de medewerker zich bezig te houden met het gehele dagprogramma en niet meer met onderdelen daarvan. Samen met de cliënt maakt de medewerker keuzes op basis van wensen van de cliënt. Zo komt vraagsturing tot stand. Het dagprogramma bestaat niet uit losse onderdelen die van buiten komen en niet te beïnvloeden zijn. Daarom komt de functie van activiteitenbegeleider, receptioniste en kok in een en dezelfde persoon terug. Dit heeft niet alleen een inhoudelijke achtergrond: wanneer al deze functies zouden blijven bestaan, krijgen we de personeelsbezetting van de woning niet rond.

Professionaliteit

Het accent op omgangsvaardigheden laat onverlet dat kennis over dementie voor de medewerkers noodzakelijk blijft. Het blijven kwetsbare mensen met een progressief ziektebeeld. Medewerkers moeten gedrag kunnen duiden en daaruit aflezen wat er aan de hand is. Daarnaast dienen de verzorgende handelingen adequaat te worden aangeboden. En dat vereist basiskennis en ervaring. Dit speelt des te meer omdat de medewerker vaak alleen werkt en cliënten dus op een persoon zijn aangewezen. Verpleegtechnische handelingen komen veel minder voor. Het is dan handig om deze zorg voor een bepaalde handeling in te huren, bijvoorbeeld bij de wijkverpleegkundige of verpleegkundige van de organisatie.

De betrokkenheid van medewerkers is te verhogen door:

- een duidelijk beeld te schetsen over de doelstelling en het waarom van de verandering;
- inzicht te geven in wat de nieuwe visie en werkwijze voor cliënten betekent;
- duidelijk te maken wat de organisatie van medewerkers (zowel de begeleiders als de overige medewerkers) verwacht;

- begeleiders via stages kennis laten maken met plekken waar de omslag al is gerealiseerd;
- workshops te organiseren die medewerkers laten kennismaken met de veranderende visie, doelstellingen en verwachtingen;
- voorwaarden te creëren voor optimale medezeggenschap en participatie;
- scholing en bijscholing;
- medewerkers op de hoogte te houden van de voortgang en geboekte resultaten (terugkoppeling).



Het is niet eenvoudig om de verschillende financieringsmogelijkheden helder uiteen te zetten. Er is een aantal constructies mogelijk dat zich niet goed met elkaar laat vergelijken. Zowel voor cliënten als zorgaanbieders hebben, mede afhankelijk van persoonlijke of lokale omstandigheden, bepaalde constructies voor- en nadelen. Financiering vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), vindt alleen plaats indien de cliënt een indicatie heeft, vastgesteld door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Dat is het toegangskaartje voor het afnemen van een zorgproduct. Recent is de wetgeving waarin het recht op zorg is verankerd, veranderd: de gemoderniseerde AWBZ.

3.1 Modernisering AWBZ

In april 2003 is de gemoderniseerde AWBZ geïntroduceerd. De nieuwe situatie moet de positie van cliënten versterken. Dat gebeurt door nadrukkelijker uit te gaan van vraag-gerichte zorgverlening. Cliënten hebben betere mogelijkheden om met zorgaanbieders te onderhandelen over het af te nemen zorgpakket. Indien gewenst kunnen zij de beschikking krijgen over het benodigde budget om zorg in te kopen. Daarnaast kunnen meer aanbieders van zorg toegang op de markt krijgen waardoor er meer te kiezen is.

De AWBZ maakt een onderscheid tussen zeven functies waarop indicatie mogelijk is:

- 1 huishoudelijke verzorging;
- 2 ondersteunende begeleiding;
- 3 activerende begeleiding;
- 4 persoonlijke verzorging;
- 5 verpleging;
- 6 verblijf;
- 7 behandeling.

De verschillende functies zijn weer onderverdeeld in zwaarteklassen, afhankelijk van het aantal uren of dagdelen per week zorg en ondersteuning. Een indicering op meerdere functies behoort tot de mogelijkheden.

Nieuw is dat de noodzakelijke zorg wordt geformuleerd in functies, het type zorg dat men nodig heeft. Voorheen kreeg men een indicatie voor een bepaald zorgaanbod, bijvoorbeeld het verpleeghuis.

De eerste vijf functies zijn te verkrijgen als zorg in natura-product of met een persoonsgebonden budget (pgb). De verblijfs- en behandelingsfunctie zijn alleen in natura te verkrijgen. Deze zitten te ingewikkeld in elkaar om via de persoonsgebonden financiering te leveren. De logeerfunctie, die onder verblijf valt, kan de cliënt wel met een pgb inkopen omdat dit maar enkele korte momenten in het jaar zijn.

Een andere verandering is het weglaten van de schotten tussen de verschillende doelgroepen. Een voorziening voor gehandicapten kan nu ook aan ouderen zorg leveren en andersom. De thuiszorg kan 24-uurs zorg leveren. Dit geldt niet voor de functies behandeling en verblijf.

3.2 Intramurale zorg

Er is een onderscheid tussen een intramuraal en een extramuraal pakket. Met het intramurale pakket krijgt de cliënt de kosten voor het wonen, verblijf, zorg en welzijn vanuit de AWBZ vergoed. Intramurale zorg vindt altijd 'in natura' plaats en krijgt de cliënt via het 'verblijf' aangeboden. De zorgaanbieder maakt over de hoeveelheid daarvan productieafspraken met het zorgkantoor. Alleen door het zorgkantoor erkende zorgaanbieders komen in aanmerking om 'zorg in natura' te leveren; de zorgaanbieder moet aan minimale kwaliteits- en continuïteitseisen voldoen. Het zorgkantoor houdt met het uitreiken van erkenningen rekening met de spreiding van de verschillende producten in de regio. Voor zorg in natura gelden maximale tarieven die door het College Tarieven Gezondheidszorg zijn vastgesteld. Deze kennen een indeling met bandbreedtes; elke indeling heeft een maximumtarief. Over het exacte tarief en de hoeveelheid zorg vinden onderhandelingen plaats tussen de aanbieder en het zorgkantoor. Aan de hand hiervan krijgt de aanbieder zijn inkomsten. Na afloop van een jaar wordt afgerekend op basis van de werkelijk gerealiseerde zorg.

De cliënt betaalt voor AWBZ-geïndiceerde zorg een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Bij het intramuraal pakket houdt de cliënt in ieder geval een eigen besteedbaar bedrag over van ongeveer E 250,-. De kosten voor het wonen, een basispakket levensonderhoud, zorg en welzijn, zijn voor rekening van de zorgaanbieder. Extra's, zoals het wijntje bij het avondeten of rookwaren, zijn geen AWBZ-verstrekingen en moet de cliënt zelf betalen. Soms betalen cliënten nog een bijdrage aan de instelling voor bijvoorbeeld bewassing of iets in de vrijetijdssfeer. Hierover maakt de zorgaanbieder afspraken met de cliëntenraad.

3.3 Extramurale zorg

Het leveren van extramurale zorg vindt altijd plaats op basis van het scheiden van wonen en zorg. De cliënt woont in zijn eigen huis. Dat kan zijn oorspronkelijke woning zijn (met thuiszorg), een zorgwoning (waarvan er vaak meerdere bij elkaar staan) of een groepswoning (voor bijvoorbeeld dementerenden). Extramurale zorg is op twee manieren te verkrijgen: via 'zorg in natura' of via het 'persoonsgebonden budget'. De hoeveelheid extramurale zorg hoeft niet ten koste te gaan van de gemaakte capaciteitsafpraak over intramurale zorg tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Zorg in natura

Bij zorg in natura is de procedure tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders vergelijkbaar met de intramurale pakketten. Namens de cliënt koopt het kantoor zorg in. Dat doet zij alleen bij aanbieders die aan minimum kwaliteits- en continuïteitseisen voldoen. Over het tarief vinden, binnen de bandbreedte, onderhandelingen plaats en over de hoeveelheid zorg maakt men elk jaar afspraken. De eigen bijdrage is beperkter omdat de wooncomponent

niet in de verstrekking is opgenomen; dit betaalt de cliënt zelf. De cliënt kan na indicering door het RIO aangeven bij welke aanbieder hij deze zorg wil afnemen.

Extramurale zorg kan een alternatief zijn voor een intramuraal verblijf. Bijvoorbeeld in de groepswooning waar de cliënt zijn eigen woonlasten betaalt. Hier is 'wonen en zorg' gescheiden. Aantrekkelijk is dat de cliënt in zijn eigen woonruimte woont. Er is minder kans op hospitalisatie, zowel bij de cliënt als bij begeleiders. De cliënt wordt, vergelijkbaar met de thuiszorg, benaderd als een individueel persoon met eigen wensen en opvattingen. De begeleider komt bij de cliënt op bezoek. De cliënt betaalt de eigen woonlasten en de inrichting van de woonruimte.

Een ander voordeel is dat een groepswooning, bij beschikbaarheid van een geschikt pand, vrij snel kan worden gerealiseerd. De wooncomponent valt niet onder het Bouwcollege; de zorgaanbieder kan rechtstreeks met de woningcorporatie de groepswooning realiseren. Een eventueel noodzakelijke ruimte voor de zorginfrastructuur kan de zorgaanbieder wel via het Bouwcollege aanvragen. De kosten daarvan worden via het tarief verrekend.

Extramurale wooninitiatieven worden zowel door bestaande zorgaanbieders als door particuliere initiatieven gerealiseerd. Het volume hoeft niet ten koste te gaan van het volume intramurale productie waar de zorgaanbieder eventueel al afspraken over heeft gemaakt. Een nieuwe ontwikkeling is dat particuliere initiatiefnemers een overeenkomst sluiten met een regionale zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt in dat geval afspraken met het zorgkantoor over de extramurale zorg. Het particuliere initiatief krijgt de beschikking over dat budget en zorgt voor de coördinatie en organisatie. Het voordeel is dat het particuliere initiatief onder de vlag van een grotere aanbieder een regionaal aanbod van zorg op maat kan leveren zonder enorme bedrijfsrisico's te lopen. Bovendien kan de grotere zorgaanbieder zorgen voor continuïteit door cliënten te attenderen op het initiatief.

Zorg via het persoonsgebonden budget

24-uurs zorg met een pgb-financiering aan mensen met dementie komt nauwelijks of niet voor. Dit in tegenstelling tot de zorg aan mensen met een handicap. Dat heeft een aantal redenen. Een reden is dat de pgb-budgetten ongeveer zeventig procent bedragen van de zorg in natura-budgetten. Men gaat ervan uit dat erkende organisaties een overhead hebben voor de extra handelingen en activiteiten die vanuit de erkenning noodzakelijk zijn. Een pgb financiert alleen de geïndiceerde zorg. Een andere reden is dat voor de gehandicaptenzorg een andere grondslag geldt en de hardheidsclausule van toepassing is. Op grond van een bepaalde zorgzwaarte kan de cliënt extra geld krijgen om de benodigde zorg in te kopen. De verplegings- en verzorgingssector kent deze regeling niet. De derde reden is dat mantelzorgers erg betrokken moeten zijn om 24-uurs zorg in groepsverband te regelen. Initiatiefnemers moeten een geschikte woning vinden, een club mensen met wie de groepswooning wordt opgericht en onderhandelen met zorgaanbieders. Vaak zijn dat processen die wel tot vijf jaar kunnen duren. Bij dementerenden ontbreekt deze tijd gezien het progressieve ziektebeeld.

Bij de regeling van het persoonsgebonden budget krijgt de cliënt het geld dat voor de zorg is bedoeld op zijn rekening gestort. Hiermee kan deze zorg inkopen bij iemand van zijn keuze. Dat mag bij een erkende zorgaanbieder zijn, maar ook bij niet door het zorgkantoor erkende personen of organisaties, zoals particuliere initiatieven.

In deze constructie is de cliënt zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de te ontvangen zorg. Aan particulieren die zorg leveren stelt de regelgeving geen bijzondere kwaliteitseisen

tenzij er sprake is van voorbehouden (verpleegkundige) handelingen. Deze mogen alleen BIG-geregistreerde beroepskrachten uitoefenen. In dat geval ziet de Inspectie op de Volksgezondheid erop toe dat dit conform de gestelde kwaliteitseisen gebeurt. Ook over de zorg die is ingekocht via een pgb betaalt de cliënt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Een probleem voor zorgaanbieders is dat zij pas inkomsten van cliënten met een persoonsgebonden budget krijgen op het moment dat de cliënt zorg afneemt. De kosten van voorbereiding krijgen zij niet vergoed.

De cliënt (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) treedt bij de pgb-constructie als werkgever op. Dat is voor veel mensen die hier geen ervaring mee hebben lastig en geeft ook veel verantwoordelijkheden. De Sociale Verzekerings Bank biedt hierbij gratis ondersteuning aan. Zij zorgt ervoor dat werknemers zijn verzekerd, dat zij bij ziekte een ziekingeld krijgen uitgekeerd, helpen bij het invullen van belastingsformulieren et cetera.

Het werkgeverschap brengt bepaalde taken met zich mee. Bij ziekte van de werknemer moet de cliënt zelf voor vervanging zorgen. Ook de werving van medewerkers ligt bij de cliënt. Bij eenvoudige dienstverlening is dit nog wel te doen. Bij meer ingewikkelde vormen van zorg, zoals 24-uurs zorg in een groepswoning, is dat al lastiger omdat professionele en deskundige hulp van bijvoorbeeld een personeels- en een administratieve dienst ontbreekt.

3.4 Woonkosten

Bij extramurale zorg is er altijd sprake van scheiden van wonen en zorg. De AWBZ betaalt dan niet de woonlasten, maar de cliënt zelf. Deze woont dus in zijn eigen woning; ook wanneer dit een groepswoning is. De cliënt betaalt huur aan de woningeigenaar, rechtstreeks, via de huurdersvereniging die voor dit doel is opgericht of via de zorgaanbieder die als hoofdhuurder optreedt. Dat betekent dat alle bijkomende kosten in principe ook voor rekening van de cliënt zijn, bijvoorbeeld het brandmeldsysteem, een akoestisch uitluistersysteem, de meerkosten voor brandvertragende gordijnen, kwalitatief sterke vloerbedekking zodat er rolstoelen overheen kunnen rijden, de keramische kookplaat zodat cliënten hun handen niet verbranden. Sommige corporaties zijn bereid een deel van deze extra kosten op zich te nemen en in de onrendabele top onder te brengen. Een andere oplossing is om dat in de servicekosten onder te brengen. Hieraan zit een grens omdat de cliënt nog geld moet overhouden voor persoonlijke uitgaven. Soms zijn gerichte inzamelacties nodig of worden fondsen benaderd om bijvoorbeeld de tuin in te richten.

Huursubsidie

De zorgaanbieder kan de woonruimte in zijn geheel huren van de woningcorporatie en weer doorverhuren aan de cliënt. Voor de huurstatus maakt dit geen verschil: huurders hebben dezelfde rechten en plichten, of hij de woning nu van een particulier of van een woningcorporatie huurt. Omdat er bij groepswonen in principe sprake is van onzelfstandige woonruimte, moet een aanwijzing van het ministerie van VROM worden gevraagd om de bewoners in aanmerking te laten komen voor individuele huursubsidie.

3.5 Financiële consequenties voor de cliënt

Is de cliënt beter af met een integrale financiering van wonen en zorg of is het voordeliger zelf de woonkosten te betalen. Deze vraag is niet eenduidig te beantwoorden. Er zijn meer

Nederlanders die in hun eigen huis zorg afnemen, bijvoorbeeld van de thuiszorg. Dit is ook scheiden van wonen en zorg. Wanneer er sprake is van groepswonen zijn een aantal kostenposten met elkaar te delen, wat financieel gunstig is. Er komt echter ook een aantal kostenposten bij door de concentratie van kwetsbare mensen zoals een brandmeldsysteem en brandvertragende vloerbedekking. Of dit financieel allemaal haalbaar is, hangt af van de hoogte van het inkomen en van de omvang van gemeenschappelijke kosten. Een ander punt is dat de woonkosten in de nieuwgebouwde of gerenoveerde groepswoning vaak hoger zijn dan in de oorspronkelijke, vaak oudere, woning van de cliënt. De woningeigenaar moet zijn best doen om de individuele huur onder de huursubsidiiegrens te houden; toch zit de huur vaak op het maximale niveau. Hierdoor loopt de cliënt de kans om na verhuizing naar de groepswoning te weinig geld over te houden. Er moeten dan andere bronnen beschikbaar zijn, zoals fondsen, een provinciale subsidie of een forse injectie van de woningcorporatie om een gezonde financiële huishouding te realiseren. Er zijn aanbieders die hier heel goed uitkomen, andere aanbieders lukt dat minder goed.

3.6 Financiële consequenties voor de zorgaanbieder

De zorgaanbieder kan bij het scheiden van wonen en zorg geen aanspraak maken op 'trekkingsrechten' die wel bij wonen binnen de WZV van toepassing zijn. Deze AWBZ-gelden komen vrij om de aanbieder de gelegenheid te geven herinvesteringen te doen, bijvoorbeeld door een activiteitenruimte te bouwen. Wanneer de cliënt zijn eigen woonlasten betaalt is hier geen sprake van. Het is een verantwoordelijkheid van de woningeigenaar om hierin eventueel te voorzien. Soms zijn corporaties bereid om er in te investeren. De rekening kan ook bij de huurders terechtkomen in de vorm van servicekosten.

3.7 Boekwaardeproblematiek

Bij de overstap naar kleinschalig wonen kan de boekwaarde van het huidige gebouw in de weg staan. De hypotheek die moet worden afgelost is dan te hoog om nieuwe initiatieven te financieren. Dit zijn lastige dilemma's. Op een gegeven moment is bijvoorbeeld renovatie van de centrale keuken nodig terwijl deze op een later moment overbodig wordt. Het Bouwcollege accepteert een boekwaarderestant van zo'n zeven procent. Over een hoger percentage valt te praten, zonder dat het college direct een oplossing paraat heeft. Het ministerie van VWS, en in het verlengde daarvan het Bouwcollege, ondersteunt de ontwikkeling naar kleinschalig wonen. Zij wil daarom met zorgaanbieders meedenken over hoe dit soort problemen op te lossen zijn.

3.8 Onrendabele top

Bij bouwen volgens de eisen van het Bouwcollege is er sprake van een minimale maatvoering binnen de financiële kaders. Bouwen volgens de eisen van Volkshuisvesting kan gunstig zijn als dit leidt tot een ruimere maatvoering. Dat lukt niet zonder meerkosten. Omdat de stichtingskosten onder de huursubsidiiegrens moeten blijven, is het de vraag wie deze kosten voor zijn rekening neemt. Veel woningcorporaties zijn hiertoe bereid, gezien hun

doelstellingen ten aanzien van sociale woningbouw. De woningcorporatie heeft er belang bij om woningen te bouwen die ook na een tiental jaar nog aantrekkelijk zijn om te verhuren of eventueel te verkopen. De investering nu kan op een later moment rendement opleveren. Extra kosten zijn ook te financieren door een koppeling te maken met aanpalende winstgevendende projecten of door binnen het project een slimme koppeling te maken met commerciële of nutsfuncties.

3.9 Exploitatie

Om een gezonde exploitatie te realiseren is een minimale schaalgrootte nodig. Deze moet al gauw twee woningen met elk zes cliënten bevatten. Elke woning heeft een eigen begeleider. De nachtdienst is in dat geval beschikbaar voor twee woningen. Er zijn voorbeelden van complexen die uit drie of vier woningen met elk zes cliënten bestaan. Omdat ook hier één nachtdienst voldoende blijkt te zijn, komt men overdag iets ruimer uit. Zorgaanbieders die met deze opzet reeds ervaring hebben, stellen dat inbedding in een grotere organisatie noodzakelijk is, omdat het geheel anders wel heel erg kwetsbaar wordt. Zo zijn bijvoorbeeld ook fluctuaties in het ziekteverzuim beter op te vangen.

De SRVZ in Zeeland heeft bij de transformatie van verpleeghuisplaatsen naar kleinschalige woonvormen een gedetailleerde berekening van de exploitatiekosten gemaakt. Dit model laat zien dat zij 0,88 fte per cliënt nodig hebben om een woonvorm voor 24 cliënten, verdeeld over vier woningen met elk zes cliënten, te realiseren. Bij twee woningen van zes cliënten is er 0,94 fte nodig omdat de nachtdienst dan verdeeld wordt over twee woningen in plaats van vier. Per woning is de hele dag een verzorgende aanwezig, op weekdays aangevuld met een assisterende. Per wooneenheid, twee of vier woningen, is een nachtdienst beschikbaar. De berekeningen komen overeen met de inkomsten uit de CTG-tarieven voor zorg in natura, gecombineerd met de functie verblijf.

Een groeps grootte van zes cliënten komt veel voor. Deze is groot genoeg om, samen met enkele andere groeps woningen, de financiering van 24-uurs zorg rond te krijgen en klein genoeg om nog overzicht over het geheel te behouden, zowel voor groepsleden als medewerkers. In de maatstaven van het Bouwcollege, die alleen van toepassing zijn voor het wonen binnen de WZV, staan voor de V&V-sector normen vermeld voor 'groeps wonen'. Zij geeft daarbij aan een maximaal aantal van zeven cliënten te willen accepteren. Bij het scheiden van wonen en zorg in combinatie met persoonsgebonden budgetten kan men zelf de geschikte schaalgrootte vaststellen.



Uitgangspunt voor kleinschalige zorg is zo normaal mogelijk wonen, het liefst in een huis dat zo weinig mogelijk afwijkt van andere woningen in de omgeving. Dat geldt niet alleen voor de uiterlijke vormgeving maar zeker ook voor de indeling binnen. Tegenwoordig is veel meer variatie in bouw mogelijk. Dat heeft als gevolg dat een groepswooning in de wijk niet op hoeft te vallen. De woningen zijn door de privé-ruimtes van cliënten weliswaar groter dan de overige woningen. Maar door aan te sluiten op de stijl van bouwen in de omgeving levert dat echter geen onderscheidende bouw op. Er zijn goede voorbeelden bekend van groepswoningen waarbij de inbedding in de omgeving prima is.

4.1 Binnen

De neiging bestaat om instituutoplossingen ook in het kleinschalig wonen toe te passen. Zoals een kantoortje voor de begeleiders. Hoort dat in een huis waar het genormaliseerd wonen voorop staat? Wordt het niet te veel gebruikt als 'hangplek' voor begeleiders? Een ander voorbeeld zijn de tussendeuren of openslaande wanden die een aantal groepswooningen heeft. Deze hebben het voordeel dat collega's van de burens bij afwezigheid van begeleiders toezicht kunnen houden in de woning, of dat de nachtdienst zich gemakkelijker kan verplaatsen. Het is de vraag of deze oplossing geen afbreuk doet aan de huiselijke sfeer. Voordat we er erg in hebben, is deze toegang een makkelijk looppad tussen de woningen geworden.

Binnen staat vooral de individuele woonruimte centraal. Alle cliënten hebben een eigen woon-slaapkamer. Sommigen maken daar intensief gebruik van; de meeste cliënten gebruiken de gemeenschappelijke huiskamer.

Sanitair combineert men vaak met twee of drie andere bewoners. Er zijn echter ook zorg-aanbieders die juist veel belang hechten aan eigen sanitair voor elke cliënt. Zij zijn van mening dat eigen sanitair een thuisgevoel oplevert.

Het is handig om ervoor te zorgen dat cliënten niet direct in de gemeenschappelijke woonkamer staan bij het verlaten van de privé-kamer. Een gang waar men wat heen en weer kan lopen kan plezierig zijn. Sommige projecten lossen dit op door een soort



wintergang aan te leggen, bijvoorbeeld als carré aan de binnenkant van de achtertuinen. Dementerenden hebben vaak een loopdrang, is de redenering, en zo kunnen zij lopen zonder de weg kwijt te raken.

4.2 Buiten

De vormgeving is mede afhankelijk van andere bouwprojecten in de buurt. Vaak combineert men de groepswoningen met andere soorten zorg, bijvoorbeeld met individuele zorgwoningen, seniorenwoningen, eerste lijnszorg, recreatieve- en welzijnsactiviteiten of met reguliere woningbouw. Het voordeel hiervan is dat de locatie geen accent op zorg krijgt en dat deskundigheid en logistiek tussen de diverse projecten te combineren zijn. Het is dan zelfs mogelijk om op wijk- of dorpsniveau een redelijk volledig pakket van (zorg-)functies en voorzieningen te creëren.

5

DOMOTICA

In de ouderenzorg is domotica, slimme technische ondersteuning voor zorgafhankelijke mensen, redelijk ver ontwikkeld. Domotica kent uitwerkingen in een aantal toepassingen, zoals:

- automatische deurontgrendeling bij bezoek van de hulpverlener;
- een actief en passief oproepsysteem in huis bij calamiteiten;
- afstandbediening voor het aandoen van verlichting en het sluiten van gordijnen.

Om domotica in een woning toe te passen, is een bepaalde infrastructuur nodig: een kastje met apparatuur die het systeem aanstuurt, kabels voor de deurontgrendeling, bewegingsmelders, schakelaars, lichtpunten en dergelijke. Daarnaast moet er een meldpost zijn die 24 uur per dag bezet is en, niet onbelangrijk, een zorgorganisatie die de oproepen kan beantwoorden.

Voor woningen met 24-uurs zorg is domotica toepasbaar en aanvullend op de begeleiding die in de woning aanwezig is. Toepassingen zijn denkbaar op het gebied van verlichting die de cliënt 's nachts helpt het toilet te zoeken. Andere toepassingen zijn akoestische bewaking 's nachts of, meer geavanceerd, het sluiten van deuren bij die cliënten die niet meer zelfstandig buiten kunnen zijn.

Een probleem is dat voor domotica geen financiering beschikbaar is anders dan die voor de bouwkundige infrastructuur. Deze financiert echter wel 'de stenen', maar niet de apparatuur.

SAMENWERKING MET ANDERE ORGANISATIES

6

Steeds vaker vindt op allerlei manieren samenwerking plaats tussen verschillende organisaties binnen en buiten de zorg. Zo werken op enkele kleinschalige wooninitiatieven de thuiszorg en het verpleeghuis met elkaar samen. In andere projecten vinden het verpleeghuis, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de GGZ elkaar. Juist door deze bundeling van krachten is het haalbaar om in de wijk of op het platteland kleinschalig opgezette woonprojecten te realiseren. De regie van zorg vindt onder één noemer plaats. Zo kan men gebruikmaken van elkaars infrastructuur zoals een oproepsysteem, nachtdienst en activiteitenruimte. In deze projecten heeft elke groepswoning zijn eigen team medewerkers. Invalkrachten en verpleegkundige expertise zet men op projectniveau in. In een gebied waar weinig cliënten zijn, ligt samenwerking erg voor de hand. Een nadeel hiervan is echter dat cliënten weinig keuze hebben tussen zorgaanbieders. En dat werd nu juist met de modernisering van de AWBZ beoogd. In de stedelijke omgeving bestaat vaak meer keuzemogelijkheid.

Ook organisaties buiten de zorg krijgen steeds vaker te maken met cliënten met chronische zorgvragen. De woningcorporaties zijn gewend met deze vragen om te gaan. In sommige gevallen nemen juist zij het initiatief om voor hun huurders de noodzakelijke zorg- en dienstenpakketten te vinden. Zeker wanneer de lokale corporatie een goede verstandhouding met de gemeente heeft, heeft dit voor de zorgaanbieder allerlei voordelen. Bij uitgifte van grond of het aanbieden van welzijnsarrangementen heeft de gemeente grote invloed op de prijs en vormgeving. Dit kan verschillende voordelen voor de cliënten hebben. Een samenwerking met maatschappelijk gerichte organisaties ligt uiteraard voor de hand. We zien de kleinschalige woning als een onderdeel van het leven in de wijk of dorp. In dat kader is betrokkenheid over en weer met lokaal verenigings- en buurtleven, patiëntenverenigingen en kerk van belang.

7 WET- EN REGELGEVING

Erkende WZV-voorzieningen hebben te maken met allerlei cliëntbeschermende wet- en regelgeving, zoals de wet op de Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), Kwaliteitswet en het toezicht door de Inspectie voor de Volksgezondheid. Wanneer de cliënt zorg en/of diensten afneemt met een persoonsgebonden budget, is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de te leveren zorg. Wanneer hij niet tevreden is, kan de cliënt het contract ontbinden en een andere zorgaanbieder zoeken. Sommige wetgeving is moeilijk bij de opzet van kleinschalige woonvormen.

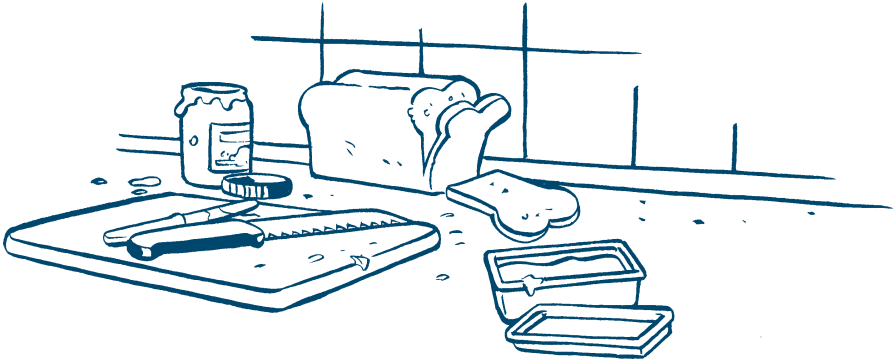
7.1 BOPZ

Mensen met dementie hebben soms beschermende maatregelen nodig zoals afgesloten voordeuren, bedhekken en fixatie. Dit om de cliënt niet in gevaarlijke situaties te laten komen of om cliënten tegen zichzelf te beschermen. Beschermende maatregelen vallen onder de BOPZ en zijn alleen toepasbaar binnen wettelijk erkende voorzieningen. De inspectie ziet toe op het juist hanteren van deze maatregelen. Bij scheiden van wonen en zorg woont de cliënt niet in een voorziening maar in zijn eigen huis; ook als dat een groepswooning is. De BOPZ kan hier dan ook nooit op van toepassing zijn. Cliënten hebben een zelfde rechtspositie als iedere andere burger in Nederland, op wie ook niet zomaar beschermende maatregelen toegepast kunnen worden. Toch zien we in veel kleinschalige woonvormen met scheiden van wonen en zorg dat de voordeur is afgesloten. Soms kan iemand alleen naar buiten als hij twee knoppen indrukt, of de deurkruk is rond en daarom niet door cliënten te openen. Dit zijn beschermende maatregelen die in deze situatie niet zijn toegestaan. Het ministerie van VWS is op de hoogte van dit probleem en zoekt hiervoor een oplossing. Naar onze indruk komen andere 'ongepaste' maatregelen, zoals fixatie, niet voor.

7.2 Voedselveiligheid

Voedsel- en keukenhygiëne valt onder het toezicht van de Keuringsdienst van Waren. Er zijn bepaalde procedures bij het bereiden en bewaren van voedsel. Een keukeninrichting moet aan bepaalde eisen voldoen. Deze wetgeving is van toepassing voor elke organisatie die voedseldiensten aanbiedt aan derden: de horeca, cateringbedrijven, tafeltje dekje en de keukens in de kleinschalige groepswooning. Het lastige is dat deze regels haaks staan op de huiselijke sfeer van de groepswooning. Zo kunnen cliënten maar beperkt een bijdrage leveren. Anderzijds is het natuurlijk van belang dat het voedsel hygiënisch wordt bereid. Oudere mensen zijn kwetsbaar en er zijn meerdere begeleiders in de keuken actief. Dat vraagt om

een systematische aanpak van de hygiëne en voedselveiligheid. In de praktijk zal de voorziening een goed evenwicht moeten zoeken tussen beide belangen. Een open dialoog hierover met de Keuringsdienst van Waren op directieniveau is hier van belang.



7.3 Brandweer

De WZV stelt eisen aan de brandveiligheid en de technische voorzieningen van gebouwen. Wanneer de cliënt niet in een WZV-erkende voorziening woont, zoals bij het scheiden van wonen en zorg, kan de gemeente eisen stellen aan de brandveiligheid. De eigenaar van de woningen is primair verantwoordelijk voor de veiligheid in de woningen. Wanneer kwetsbare mensen bij elkaar wonen, kan de brandweer, namens de gemeente, een aantal brandpreventieve maatregelen eisen. Uit ervaring blijkt dat de brandweer dit niet alleen doet bij een groepswoning, maar ook wanneer het groepswonen in naast elkaar gelegen appartementen plaatsvindt. Het gaat dan om een brandmeldinstallatie met een rechtstreekse lijn naar de kazerne. Omdat hier geen budget voor is, kunnen dit soort eisen problemen geven. Naast de grote investering komen hier nog de jaarlijkse abonnementskosten bij; dat kan behoorlijk oplopen. Daarom is het belangrijk hier vroegtijdig contact met de brandweer over op te nemen. Soms is de woningcorporatie bereid de kosten te dragen in de onrendabele top of deze te verekenen met de servicekosten van de bewoners.

7.4 Tabakswet

Sinds 1 januari 2004 geldt volgens de Tabakswet het recht op een rookvrije werplek. Dit is vanzelfsprekend ook van toepassing is op WZV-voorzieningen. Het uitgangspunt van de wet is de werknemer te beschermen. Hoe voorzieningen hiermee omgaan zal de ervaring leren. Het spanningsveld is duidelijk: de voorziening is niet alleen een werkplek voor begeleiders maar ook een woonplek waar we cliënten zo gewoon mogelijk willen laten wonen. Het scheiden van wonen en zorg is te vergelijken met de thuiszorg waar cliënten ook in hun eigen huis wonen. De wet gaat niet zover dat het roken thuis wordt verboden op het moment dat er een begeleider op bezoek of aanwezig is. Het is aan de zorgorganisatie om hier passende oplossingen voor te bedenken.

Bewust Bouwen. Bewust bouwen voor mensen met een visuele en verstandelijke beperking. Bartiméus (2002).

Handboek buitengewoon wonen. Programma's voor kleinschalig wonen met begeleiding en zorg. Elsevier (2001).

Mensen, wensen, wonen. Ouderenhuisvesting in de 21e eeuw. VROM (2001).

Fahrenfort, M., Reuchlin, O. (2002) **Kleinschalig wonen voor dementerenden.** Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht/Rotterdam.

Krijger, E. (2002), **Receptuur voor kleinschaligheid. Een onderzoek naar de stand van zaken, kansen en knelpunten van acht kleinschalige initiatieven in de zorg voor mensen met dementie.** Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht/Rotterdam.

Krijger, E., Driest P., Stoelenga B. (2002), **De integrale medewerker.** Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht/Rotterdam.

Nouws, H. (2001), **Huiselijk en vertrouwd. Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden.** Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht/Rotterdam.

www.ctgzorg.nl overzicht van de vastgestelde WZV-tarieven

www.bouwcollege.nl informatie over de bouwmaatstaven

www.iwz.nl Innovatieprogramma Wonen en Zorg

www.opkopzorg.nl website van het ministerie van VWS over vernieuwing in de zorg

www.vrom.nl onder andere informatie over huursubsidieregeling

www.kenniscentrumwonzorg.nl website van het kenniscentrum Aedes-Arcares

www.opkopzorg.nl portal tot zo'n tachtig websites over wonen met zorg en welzijn

INNOVATIEPROGRAMMA WONEN EN ZORG (IWZ)

De SEV en het NIZW voeren het innovatieprogramma Wonen en Zorg gezamenlijk uit. Het IWZ bestrijkt het gehele raakvlak van wonen, zorg en welzijn. Voor ouderen, mensen met een handicap en voor mensen met psychische of maatschappelijke problemen.

Het Innovatieprogramma Wonen en Zorg staat voor:

- Bundeling van kennis en ervaring op het gebied van wonen, zorg en welzijn
- Uitwisseling en verspreiding van kennis en ervaring
- Inhoudelijke steun bij de ontwikkeling en toepassing van innovatieve concepten

Het ministeries van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport ondersteunen het IWZ.

Meer informatie en de IWZ-kennisbank vindt u op www.iwz.nl

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV)

De SEV stimuleert en werkt aan innovaties op het brede terrein van wonen, bouwen en leefomgeving. Meerjarige experimentenprogramma's en voorbeeldprojecten zijn de belangrijkste middelen daarvoor. Samen met innovatieve partijen uit het veld verkennen we de grenzen van het mogelijke en de haalbaarheid van het wenselijke. Woningbouwers, gemeenten, projectontwikkelaars, zorginstellingen maar ook betrokken burgers zijn onze partners. We ontwikkelen ideeën, toetsen die in de praktijk en adviseren en communiceren over de uitkomsten. We werken daarbij nauw samen met het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM), maar ook andere departementen zoals Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Economische Zaken (EZ) weten ons al langer te vinden voor lakmoesproeven op lokaal en regionaal niveau. De SEV is een onafhankelijke, landelijk werkende stichting, gevestigd in Rotterdam.

SEV

Postbus 1878

3000 BW Rotterdam

Telefoon: 010 – 282 50 80

Fax: 010 – 411 42 11

E-mail: iwz@sev.nl

Website: www.sev.nl

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich door middel van informatie, innovatie en ondersteuning, richt op vernieuwing en verbetering van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 750.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang,

verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW. Het NIZW is georganiseerd in acht centra: NIZW Jeugd, NIZW Zorg, NIZW Sociaal Beleid, NIZW Professionalisering, NIZW International Centre, ZZW Informatiecentrum, NIZW Uitgeverij en Informatiecentrum en NIZW Bedrijfsvoering. Binnen dit kader houden de medewerkers van het NIZW zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van nieuwe methodieken en informatieproducten, met afstemmingsvraagstukken en expertiseontwikkeling. Dat resulteert onder meer in congressen, trainingen, boeken, brochures, almanakken, databestanden, websites, cd-roms, video's en een informatielijn.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW
Expertisecentrum Wonen en Zorg
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon: 030 – 230 64 58
Fax: 030 – 231 96 41
E-mail: iwz@nizw.nl
Website: www.nizw.nl

Amstelring

Inwoners van Amstelland en Meerlanden kunnen bij Amstelring terecht voor vele vormen van zorg. Amstelring staat voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg. Maar ook voor aanvullende zorg en dienstverlening zoals jeugdgezondheidszorg, services aan huis, een dieetadvies of ondersteuning van de mantelzorg.
Postbus 2318
1180 EH Amstelveen
Telefoon: 0900 – 8806 (24 uur per dag)
Website: www.amstelring.nl



Habion

Habion is een landelijk werkende stichting, gespecialiseerd in de ontwikkeling, realisatie en technisch beheer van aangepaste woonvormen.
Postbus 244
3730 AE De Bilt
Telefoon (030) 22 04 704
Fax (030) 22 00 460
E-mail: habion@habion.nl
Website: www.habion.nl



Colofon

De Handleiding kleinschalig wonen voor dementerenden en het Stappenplan kleinschalig wonen voor dementerenden zijn ontwikkeld in opdracht van Amstelring, Habion en het Innovatieprogramma Wonen en Zorg

Februari 2004

Auteur:

drs. E.Krijger, NIZW, Utrecht

Eindredactie:

Karien van Dullemen, Rotterdam

Vormgeving:

Gé Grafische Vormgeving, Rotterdam

Drukwerk:

Drukkerij Goos, Ouderkerk aan den IJssel

Illustraties:

Minck Oosterveer, Dordrecht

Foto cover:

Joost Brouwers, Rotterdam

ISBN: 90-5239-189-0

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers.

HAN



Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn

