

The background of the cover is a light blue architectural floor plan of a building. Overlaid on this is a large, dark blue, abstract, wavy shape that resembles a stylized letter '2' or a ribbon. The shape starts from the bottom left, curves upwards and to the right, then loops back down and to the left, creating a large central void.

# Kleinschalig wonen, grote verschillen

Bouwkundige verschijningsvormen van  
kleinschalig wonen in de ouderenzorg

good practice cahier 4

College bouw zorginstellingen

Het College bouw zorginstellingen (het Bouwcollege) houdt zich bezig met de huisvesting van de intramurale gezondheidszorg. Daarbij gaat het om ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor gehandicaptenzorg.

Het Bouwcollege voelt zich medeverantwoordelijk voor een kwalitatief optimale zorginfrastructuur met voldoende capaciteit en een goede prijs-kwaliteitverhouding. Het wil een maatschappelijke bijdrage leveren aan het oplossen van knelpunten in de zorg.

Vanuit deze verantwoordelijkheid verricht het Bouwcollege, als expertisecentrum voor zorg en bouw, onderzoek naar de meest actuele ontwikkelingen op het snijvlak van zorg en bouw, in zowel binnen- als buitenland. Bouw is immers de uitkomst van een vaak langdurig en ingewikkeld proces waarbij vraagprognoses, regionale omstandigheden, strategievorming, bouwmogelijkheden en financiën belangrijke ingrediënten zijn. Met publicaties over dit onderzoek wil het Bouwcollege de partijen in het werkveld voorzien van inzichten op de genoemde ingrediënten voor bouw. Daarmee hoopt het bij te dragen aan de besluitvormende discussies.

Met de uitgave van good practice cahiers wil het Bouwcollege nieuwe ontwikkelingen en voorbeelden van gebouwen voor de zorg onder de aandacht brengen van de zorginstellingen en de andere partijen in de zorg(bouw).

Dit cahier biedt een inleiding over het kleinschalig wonen in de ouderenzorg en een aantal concrete voorbeelden van kleinschalige voorzieningen uit de praktijk van het Bouwcollege. Deze en meer voorbeelden zijn in het algemeen ook te vinden op de website van het Bouwcollege, [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl).

‘Kleinschalig wonen, grote verschillen’

good practice cahier 4

© College bouw zorginstellingen, 2007

ISBN/EAN: 978-90-8517-098-3

Prijs € 10,00

# **Kleinschalig wonen, grote verschillen**

Bouwkundige verschijningsvormen van  
kleinschalig wonen in de ouderenzorg



# Inhoud

1	Inleiding	5
2	Kleinschaligheid nader beschouwd	7
2.1	Kenmerken kleinschaligheid	7
2.2	Factoren die de mate van kleinschaligheid beïnvloeden (en verschijningsvorm)	8
2.3	Kleinschalige zorg: implicaties voor de woon- en leefomgeving	9
3	Analyse praktijkvoorbeelden	15
3.1	Eén of meerdere (eventueel geclusterde) wooneenheden in een wijk (stand-alone) (variant A)	16
3.2	Eén of meerdere wooneenheden in de directe nabijheid van een intramurale instelling (variant B)	18
3.3	Eén of meerdere wooneenheden binnen een intramurale instelling (variant C)	20
3.4	Beschouwing	21
4	Praktijkvoorbeelden	25
4.1	Eén of meerdere (eventueel geclusterde) wooneenheden in een wijk (stand-alone) (variant A)	25
4.2	Eén of meerdere wooneenheden in de directe nabijheid van een intramurale instelling (variant B)	35
4.3	Eén of meerdere wooneenheden binnen een intramurale instelling (variant C)	42
	Bijlage 1: Geraadpleegde literatuur	45
	Bijlage 2: Verantwoording beeldmateriaal	47



# 1 Inleiding

Kleinschalig wonen staat binnen de zorg volop in de belangstelling en wordt door velen - inclusief de overheid - gezien als de toekomst. Ook het Bouwcollege ziet kleinschalig wonen als een positieve ontwikkeling. Kleinschaligheid moet echter geen doel op zich zijn. De keuzemogelijkheid van de cliënt binnen een gevarieerd aanbod is uiteraard ook van belang. De wijze waarop kleinschalig wonen wordt vormgegeven en uitgevoerd in bouw varieert nogal, van een volledig zelfstandig functionerende woning in een wijk tot een kleinschalige woongroep binnen een grootschalige setting, en allerlei vormen daar tussen in.

Aanleiding voor dit cahier is de belangstelling voor kleinschalig wonen en de behoefte aan het uitwisselen van kennis en ervaringen. Het cahier richt zich vooral op de wijze waarop kleinschalige zorg in diverse gebouwde varianten wordt aangetroffen. Benadrukt wordt dat er een duidelijk onderscheid is tussen kleinschaligheid in zorgverlening en kleinschaligheid in huisvesting. Dit betekent dat kleinschalig bouwen niet per definitie de enige of meest geschikte bouwkundige oplossing is om invulling te kunnen geven aan kleinschalige zorg. De bouwkundige vormgeving of fysieke omgeving is wel een belangrijke scheppende voorwaarde bij het bieden van kleinschalige zorg.

In dit cahier zullen diverse bouwkundige verschijningsvormen worden toegelicht, met per variant het type ruimten en voorzieningenniveau, de oppervlakte, de groepsgrootte en doelgroep, de locatie (stand-alone of anders), e.d.

Ook wordt aandacht besteed aan de exploitatie en het functioneren van voorzieningen. Temeer omdat exploitatieproblemen vaak worden opgevoerd als reden om projecten juist niet (te) kleinschalig te realiseren.

In de beschrijvingen wordt primair ingegaan op kleinschaligheid in de ouderenzorg. In de gehandicaptenzorg en de psychiatrie worden al gedurende langere tijd veelvuldig kleinschalige voorzieningen gerealiseerd. Er zijn dan ook her en der voorbeelden uit deze sectoren aangehaald.

In een vergelijkende analyse van voorbeelden uit de praktijk wordt toegelicht en geïllustreerd welke varianten zijn te herkennen en wat de voor- en nadelen per variant zijn. Er is gelet op factoren als de locatiegrootte, de mate van zelfstandig functioneren, de relatie tot de (intramurale) instelling, de ruimtelijke voorzieningen, de combinatie met andere functies binnen een gebouw en de exploitatiekosten.

Met dit cahier en de praktijkvoorbeelden wordt beoogd om zorgaanbieders te stimuleren en te inspireren om kleinschaligheid te realiseren, in welke variant dan ook.



## 2 Kleinschaligheid nader beschouwd

Kleinschalig wonen is volop in ontwikkeling. Zeker in de sector verpleging en verzorging, waar het nog een relatief nieuw concept is voor – veelal – dementerende ouderen. Het enthousiasme is groot. Kleinschalig wonen wordt gezien als een goede ontwikkeling en zou volgens velen zelfs de norm moeten zijn, in ieder geval als het gaat om dementerende ouderen. Het Bouwcollege onderschrijft het streven naar kleinschaligheid van harte.

Er zijn echter ook kritische geluiden. Kleinschaligheid moet geen doel op zich zijn. Het is hooguit een middel om de kwaliteit van leven te verbeteren. Verder lijkt het er sterk op dat kleinschalig wonen lang niet voor alle (dementerende) ouderen een geschikte optie is (Kiers, 2007). Omdat sprake kan zijn van sterk afwijkend en storend gedrag, maar ook omdat de individuele voorkeur van bewoners uit kan gaan naar een meer 'traditionele setting'; een woonvorm in de onmiddellijke nabijheid of onder het dak van een grotere instelling. Onder andere omdat mensen daar veiligheid, voorzieningen en sociale contacten verwachten te vinden. Dit alles pleit voor variatie in het aanbod en een gevarieerd bouwbeleid (Huijsman, Pol, 2007). De huidige prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen (Cbz, 2007) gaan ook uit van de mogelijkheid tot variatie.

In het actieplan Zorg voor ouderen, kwaliteit van bestaan (VWS, 2007) wordt kleinschalig wonen genoemd als één van de speerpunten. Jaarlijks moeten er 1.500 plaatsen bijkomen. Om kleinschalig wonen in de sector verpleging en verzorging verder te stimuleren en te vereenvoudigen wordt het bouwregime (ex WTZi) voor zwaar verblijf per 1 januari 2008 opgerekt van 12 naar 24 plaatsen op één postcode. Voor licht verblijf zal de grens van 25 naar 50 plaatsen verlegd worden<sup>1</sup>. Een en ander vooruitlopend op het afschaffen van het bouwregime en de invoering van integrale tarieven (naar verwachting per 1 januari 2009). Verder pleit VWS voor het aanbrengen van keuzevariatie in het wonen van cliënten. Cliënten moeten ook de mogelijkheid blijven houden om in een zorghuis te wonen als zij dat willen. Voor kleinschalige woonvormen geldt momenteel de NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen. Ook binnen de WTZi is het mogelijk kleinschalige woonvormen te realiseren.

De (beleidsmatige) belangstelling voor kleinschalig wonen en de behoefte aan het uitwisselen van kennis en ervaringen vormen de belangrijkste aanleiding voor dit cahier. Het richt zich op de wijze waarop kleinschalige zorg in diverse gebouwde varianten wordt aangetroffen in de praktijk. Met dit cahier en de praktijkvoorbeelden (plattegronden en toelichting) beoogt het Bouwcollege zorgaanbieders te stimuleren en te inspireren om kleinschaligheid te realiseren, in welke variant dan ook.

### 2.1 Kenmerken kleinschaligheid

Er is grote overeenstemming over de kenmerken van kleinschalig wonen, zeker als het gaat om het kleinschalig wonen van mensen met dementie. Het Trimbos-Instituut heeft deze kenmerken expliciet gemaakt (zie kader).

**Er is pas sprake van kleinschalig wonen als (in volgorde van belangrijkheid), inclusief de bijbehorende uitspraken die per aspect de essentie illustreren:**

1. een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft ('ergens thuis zijn, op je plek zijn, ook als het wat minder goed gaat, je mag blijven tot je doodgaat');
2. er een gewoon huishouden gevoerd wordt ('er wordt in de woning gekookt, er kan bezoek worden ontvangen in de eigen kamer');

<sup>1</sup> Zie voor nadere details: VWS. Met zorg ondernemen. Den Haag, 9 juli 2007 (MC-U-2783995) en de beleidsregels ex WTZi (MC-U-2776561).

3. de bewoner regie heeft over de inrichting van zijn dagelijkse leven ('vrijheid en keuzemogelijkheid, de bewoner kan opstaan, naar het toilet en naar bed gaan wanneer hij/zij dat wil; bewoner, familie en team bepalen samen de dagelijkse gang van zaken');
4. het personeel onderdeel van het huishouden is ('de zorg is geïntegreerd in het dagelijks leven in de sfeer van een normaal huishouden, er is een vast team, het team is in staat om een huiselijke sfeer te creëren');
5. de bewoners met elkaar een groep vormen ('bewoners wonen en leven als een gezin en familie is altijd welkom om mee te eten, te overnachten en mee te helpen in de zorg');
6. een kleinschalige woonvorm in het archetype huis is gevestigd ('gelijk aan een gewoon huis, in een woonwijk, met een voordeur, ingericht als een gewoon huis, als de inrichting van jezelf is').

Opmerkelijk is dat de fysieke kenmerken van kleinschalig wonen (de vormgeving van de woonomgeving) van ondergeschikt belang blijken te zijn, of in ieder geval een lage prioriteit hebben (punt 6). Dit betekent dat een kleinschalige woonvorm niet persé een archetypisch huis hoeft te zijn (Te Boekhorst, e.a., 2007). Er kan ook sprake zijn van kleinschalige zorg als deze verleend wordt in kleine eenheden binnen een grootschalige setting. De mate van kleinschaligheid wordt namelijk vooral bepaald door de aard van de zorgverlening en de attitude van de medewerkers (Van IJperen, 2005). In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

## 2.2 Factoren die de mate van kleinschaligheid beïnvloeden (en verschijningsvorm)

Ondanks de consensus die er bestaat over de kenmerken van kleinschaligheid, blijkt er in de praktijk een grote diversiteit te bestaan in de vormgeving en inrichting van projecten voor kleinschalig wonen. Er zijn verschillen in visie, uitgangspunten, omvang, budget, bouwkundige mogelijkheden en uitwerking van de organisatorische aspecten. Zo zijn er bijvoorbeeld wooneenheden met 5 of 6 bewoners in een woonhuis in de wijk, maar ook kleine wooneenheden als onderdeel van een grotere setting zoals een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Ook de groepsgrootte kan variëren. Soms is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg, in andere projecten doet de verpleeghuisarts zijn ronde. Dit is slechts een greep uit het grote aantal verschillen.

Gesteld kan worden dat de verschillende verschijningsvormen een verschillende mate van kleinschaligheid hebben. Factoren die de mate van kleinschaligheid beïnvloeden zijn onder te verdelen in drie hoofdfactoren (Van IJperen, 2005):

1. De aard van de zorgverlening  
Kleinschalige zorg is integrale en vraaggerichte zorg. Kort gezegd betekent dit dat de zorg is afgestemd op de behoefte van de bewoners (hun leefritme en wensen) en is georganiseerd conform een huishouden: alle zorg, huishoudelijke activiteiten en ondersteuning gebeurt in de groep, als onderdeel van het dagelijks leven.
2. De attitude van de medewerker  
Kleinschalige zorgverlening vraagt om medewerkers met een integrale, vraag-, persoons- of relatiegerichte attitude.
3. De fysieke woonomgeving  
De fysieke woonomgeving is op zodanige wijze vormgegeven dat sprake is van:
  - huiselijkheid en een veilige en vertrouwde omgeving;
  - herkenbaarheid;
  - overzichtelijkheid;
  - een eigen ervaringswereld;
  - nabootsing van een normale situatie;
  - optimale privacy voor de woongroep.

Van deze drie factoren blijkt de *attitude van de medewerker* de doorslaggevende factor te zijn als het gaat om kleinschaligheid. De wijze waarop de medewerker invulling geeft aan de zorgverlening maakt de zorg kleinschalig of juist niet. Een medewerker met een integrale, vraag- en persoonsgerichte attitude is in staat kleinschalige zorg te verlenen, ook in een minder huiselijke setting.

De twee andere factoren zijn randvoorwaarden. Hoe beter wordt voldaan aan deze randvoorwaarden, hoe gemakkelijker het voor de medewerker is om invulling te geven aan kleinschalige zorg. Hoe kleinschalig de woonomgeving en de zorgverlening echter ook zijn, als de medewerker geen invulling geeft aan kleinschaligheid, is van kleinschalige zorgverlening geen sprake. Verder blijkt dat het niet veel verschil maakt of een wooneenheid in een grootschalige of in een kleinschalige setting is ondergebracht. Voorwaarde is wel dat de setting zodanig is vormgegeven dat sprake is van de zes genoemde kernwaarden (huiselijkheid, een veilige en vertrouwde omgeving, privacy e.d.). Een grootschalige setting vergt echter wel een grotere inspanning om de omgeving en de zorg zodanig in te richten dat de juiste sfeer en attitude worden bereikt. Een grootschalige setting biedt meer ruimte voor de medewerker om gedrag te vertonen dat de mate van kleinschaligheid negatief kan beïnvloeden. Er bestaat het risico op het ontstaan van een instellingssfeer, waarin medewerkers geneigd zijn 'instellingsoplossingen' te gebruiken. Ook omwille van vermaatschappelijking, integratie en genormaliseerd wonen – belangrijke thema's in de gehandicaptenzorg en de (chronische) psychiatrie – wordt vaak gekozen voor een kleinschalige setting.



*Mobiele arts bezoekt bewoners Ter Reede in Vlissingen met koffer (foto 1, links); bewoners van Woonzorgcentra Westerkwartier in Leek hangen zelf de was op (foto 2, rechts).*

Geconcludeerd kan worden dat de fysieke omgeving niet de belangrijkste factor is als het gaat om kleinschaligheid, maar dat het wel een belangrijke scheppende randvoorwaarde is voor het verlenen van kleinschalige zorg. In dit cahier wordt vooral ingegaan op de fysieke omgeving en in het verlengde daarvan de bouwkundige verschijningsvormen.

### 2.3 Kleinschalige zorg: implicaties voor de woon- en leefomgeving

Achtereenvolgens worden diverse aspecten beschreven die van belang zijn om een optimale fysieke woonomgeving te realiseren voor kleinschalige zorg. Benadrukt wordt dat deze aspecten voor een groot deel zowel bij 'woningen in de wijk' zijn te realiseren als bij wooneenheden binnen een grootschalige setting. Er wordt hier vooral ingegaan op omgevingsaspecten die samenhangen met kleinschaligheid. Andere essentiële omgevingsaspecten – die niet voorbehouden zijn aan kleinschaligheid – blijven hier buiten beschouwing. Te denken valt aan daglichttoetreding, akoestiek, toegankelijkheid, klimaatbeheersing e.d.

#### *Gebouw en locatie*

Bij kleinschalig wonen wordt vaak geprobeerd om het 'oerhuis' zo veel mogelijk te benaderen. Dit kan door het gebouw bouwkundig te laten lijken op een normaal huis. In het meest vergaande geval gaat het dan om een woning die er net zo uitziet als de omliggende woningen in de wijk en in niets lijkt op een zorgvoorziening (zie o.a. praktijkvoorbeeld 1). Ook bij situering op het terrein van een zorginstelling wordt soms gekozen voor op woningbouw gelijkende bouw.

Zeker bij mensen met beperkte bewegingsmogelijkheden of -vrijheid en vanuit het oogpunt van vermaatschappelijking wordt vaak gestreefd naar een locatie in de buurt van winkels en dergelijke (zie ook praktijkvoorbeeld 5). Ook een levendig uitzicht (vanuit de woonkamer) geeft mensen zicht op wat er buiten gebeurt. Situering op de begane grond biedt de mogelijkheid op uitzicht en op het realiseren van een beschutte buitenruimte, zodat bewoners zich veilig buiten de wooneenheid kunnen bewegen (Nouws, 2006).



3. Situering in de wijk, aan woningbouw gelijkende bouw (Dichterbij, Malden).

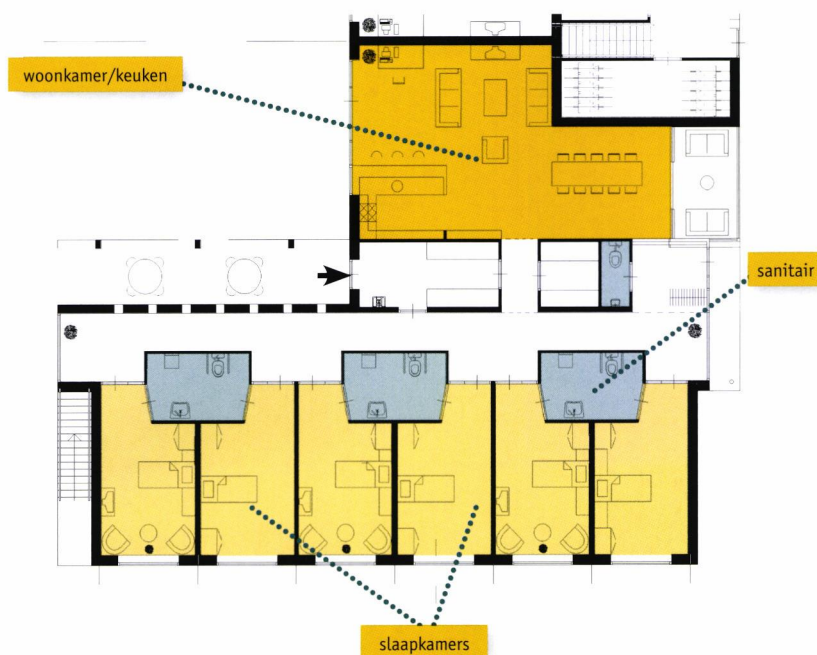


4. Situering begane grond met vrij zicht op levendige buitenruimte (Mariënhave, Warmond).

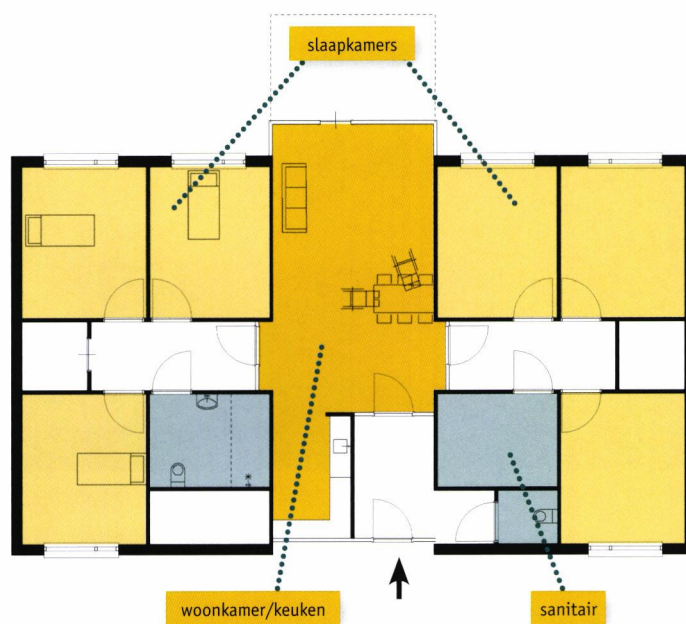
Niet iedereen is gelijk en wil op dezelfde manier zijn of haar oude dag doorbrengen. Het aanbod aan zorgvoorzieningen moet hierop in kunnen spelen. Het gevolg voor de bouw is vooral dat variatie belangrijk is, in de zin van het creëren van kleinschalige voorzieningen in diverse verschijningsvormen. Uiteenlopend van stand-alone huizen in de wijk tot kleinschalige eenheden naast of onder het dak van een grotere organisatie (Huijsman, Pol, 2007).

### Lay-out

Niet alleen met de uiterlijke vormgeving, maar ook met de indeling (lay-out) van het gebouw kan een huiselijke en herkenbare sfeer worden gecreëerd. Een eenvoudige plattegrond, zodat bewoners de weg kunnen vinden, is met name van belang voor mensen met dementie (zie ook praktijkvoorbeeld 4). Verder maakt het voor de huiselijkheid nogal een verschil of je binnenkomt in een wooneenheid die qua opzet lijkt op een 'normale' woning met een halletje, een woonkamer, een keuken, een eigen tuin, slaapkamers en sanitair (in een privé zone), of dat je binnenkomt in een wooneenheid die meer lijkt op een afdeling; met een recreatieruimte, lange gangen, een spoelruimte, een centraal gelegen kantoorruimte voor personeel, e.d.



5. Plattegrond (lay-out) groepswoning (Regionale St. Zorgcentra de Kempen, Eersel).



6. Plattegrond (lay-out) groepswoning (Verpleeghuis de Weerde/Vitalis Zorg Groep, Eindhoven).

### *Inrichting*

Bij de inrichting van de wooneenheid gaat het om basale dingen zoals een eigen voordeur met bel, een kapstok, een eigen telefoon, een thermostaat en eigen meubels. Ook het materiaal- en kleurgebruik (vloer, muren) is afgestemd op een normale woning. Hiermee wordt een vertrouwde en herkenbare omgeving gecreëerd, die bewoners herkenbare prikkels biedt. Zeker omdat deze omgeving uitnodigt tot natuurlijke, dagelijkse activiteiten: krant lezen, (af)wassen, tafeldekken met op de achtergrond geluiden en geuren van het koken. Dit verhoogt de binding met de realiteit en biedt bovendien afleiding.

Voor de inrichting is het van belang aan te sluiten bij het referentiekader van de bewoners. Bijvoorbeeld door hen nadrukkelijk te betrekken bij de inrichting. Ook zijn er voorbeelden waar de inrichting is afgestemd op de leefstijl van de groep ('Indische woongroep', 'Natuur en buitenlui')<sup>2</sup>.



7. Interieur foto kleinschalig wonen (WZH/De Strijp, Den Haag).



8. Interieur foto's kleinschalig wonen voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren / LVGj (Amarant, Breda).

Het blijkt in de praktijk soms lastig om een goed evenwicht te vinden tussen het creëren van een huiselijke omgeving en de voorwaarden die er zijn voor het kunnen verlenen van zorg. Door de benodigde afmetingen bij toegangen en in het sanitair bijvoorbeeld of door het gebruik van plafondtilliften, kan een enigszins institutionele uitstraling ontstaan. Hetzelfde geldt bij luchtbehandeling in wooneenheden, waarvoor soms gekozen wordt voor een systeemplafond. Soms zijn er aanvullende (veiligheids)maatregelen

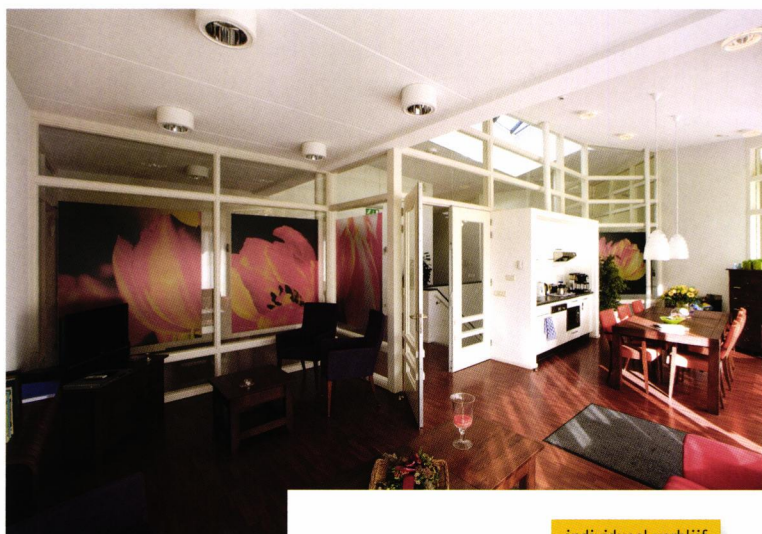
<sup>2</sup> WZH. Den Haag, De Strijp-Waterhof.

nodig in verband met heftige gedragsstoornissen. Dit speelt vooral in de gehandicaptenzorg en de psychiatrie, maar ook wel in de ouderenzorg (dementie, syndroom van Korsakov). Dit kan leiden tot de keuze voor een stootvaste en robuuste afwerking (verzwaarde uitvoering).

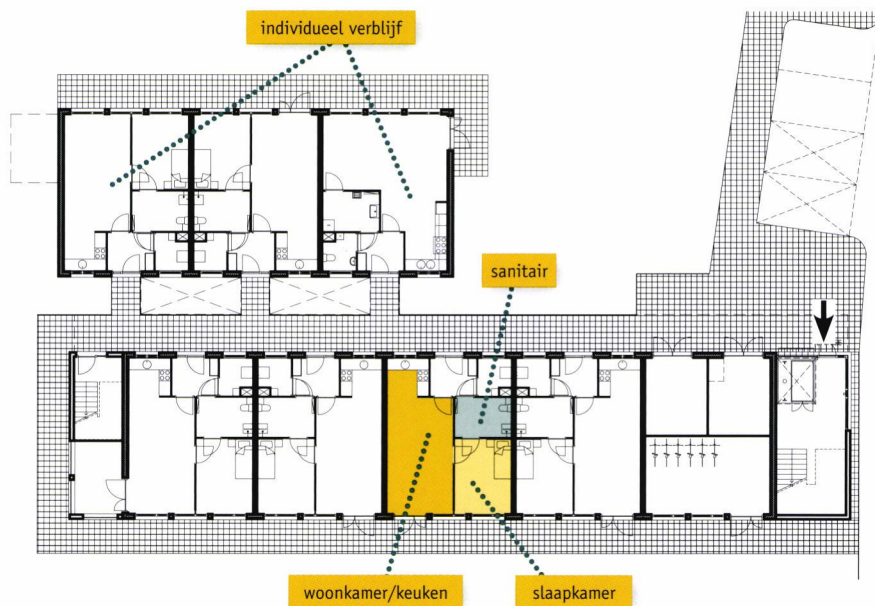
#### *Type ruimten (voorzieningenniveau)*

Bij kleinschalige zorg vinden alle dagelijkse activiteiten in de wooneenheid plaats en wordt een gezamenlijk huishouden gesimuleerd. De bewoners beschikken over een eigen zit-/slaapkamer (eventueel met eigen sanitair). Keuken, woonkamer, tuin en vaak ook de sanitaire ruimten worden gemeenschappelijk gebruikt. Eventueel is er ook een was- en droogruimte aanwezig. De gemeenschappelijke woonkamer is ruim genoeg om samen te eten en is ook geschikt voor andere activiteiten; bijvoorbeeld in de vorm van meerdere zit-/leefgedeelten. Dit is van belang omdat bewoners (met dementie) hun dag grotendeels in de woonkamer doorbrengen. Uit oogpunt van privacy heeft iedere bewoner een eigen kamer en eventueel eigen sanitair. Een bewoner kan zich hierdoor aan de groep onttrekken, bezoek ontvangen, etc.

Voor mensen met somatische zorgvragen ligt het accent vaak minder op het groepsleven. Zij willen over het algemeen de regie in eigen handen houden en hechten veel waarde aan een (grotere) individuele leefruimte. Het ligt dan voor de hand om meer individuele ruimte beschikbaar te stellen en minder gemeenschappelijke ruimte. Dit kan bijvoorbeeld door naast een eigen woonkamer, ook een eigen slaapkamer, sanitair en eventueel een pantry te realiseren. De beschutting van een groep, c.q. het kunnen terugvallen op medebewoners kan gecreëerd worden door verschillende appartementen te clusteren en tevens een gezamenlijke woonkamer te maken (zie ook praktijkvoorbeeld 7).



9. Huiskamer De Winde, Deventer (zie ook praktijkvoorbeeld 12).



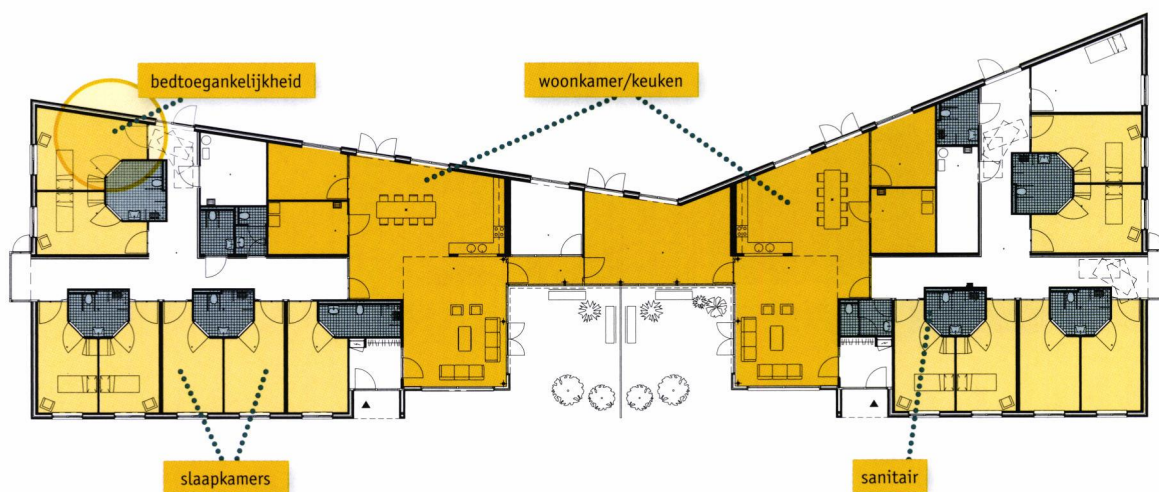
10. Geclusterde individuele eenheden die samen een groep vormen (GGZ Noord-Holland Noord, Heiloo, zie ook praktijkvoorbeeld 13).

Gezien het voorgaande kan het daarom raadzaam zijn om naar differentiatie te streven: kleinschalige wooneenheden waarin relatief veel in het groepsleven wordt geïnvesteerd en wooneenheden waarin de eigen regie op de voorgrond staat. Kleinschalige wooneenheden kunnen daarnaast ook gebaseerd zijn op verschillende leefstijlen, zodat mensen met dezelfde achtergrond samenwonen (Te Boekhorst, e.a., 2007).

### Groepsgrootte

Hoewel de meningen over de optimale groepsgrootte verdeeld zijn, is een groep van zes bewoners een gangbare omvang. Het biedt cliënten een woonplek die klein genoeg is om voldoende intimiteit te hebben en bij dit aantal heeft men niet het idee op een afdeling te wonen. Bij een beperkt aantal bewoners kan de begeleiding een goede relatie met hen opbouwen en anticiperen op hun gedrag. Het aantal van zes refereert tot op zekere hoogte aan een gezinsgrootte en is ook in psychologisch opzicht te overzien. In één oogopslag kan men medebewoners in beeld hebben. Hetzelfde geldt voor het personeel. Met zes bewoners kan één persoon goed overzicht houden op de activiteiten van de groep. Bij een groep van acht wordt dit al een stuk lastiger. Bovendien verschijnen er dan al snel twee eettafels, wat ten koste gaat aan de 'gezinsfeer' en het beeld van een afdeling geeft. Ook zijn er praktische bezwaren voor een groter aantal dan zes. Een basaal punt hierbij is dat de maatvoering van pannen om te koken niet meer past. Daarnaast moet de begeleider alle bewoners kunnen verzorgen, ook als hij/zij alleen werkt, wat in de praktijk niet altijd is te voorkomen (NIZW, 2006).

Uit oogpunt van efficiëntie of exploitatie wordt overigens vaak gekozen voor acht of zelfs meer bewoners. Een mogelijk exploitatieprobleem is ook te ondervangen door meerdere eenheden (van bijvoorbeeld zes bewoners) te clusteren. Uit oogpunt van privacy van de groep is dan wel van belang dat de wooneenheden fysiek van elkaar gescheiden zijn. Een nooddeur tussen twee huiskamers wordt bijvoorbeeld al gauw gebruikt als gewone doorgang. Hoe makkelijker een wooneenheid is te betreden, hoe meer kans bestaat dat dit veelvuldig wordt gedaan. Een fysieke scheiding betekent o.a. een eigen entree en een eigen 'verkeersgebied' per wooneenheid.



11. Clustering van meerdere eenheden met een fysieke scheiding tussen de eenheden (SVRZ Magistraatwijk, Middelburg, zie ook praktijkvoorbeeld 15).

In het volgende hoofdstuk volgt een analyse van praktijkvoorbeelden van kleinschalig wonen. De aandacht gaat dan vooral uit naar de fysieke omgeving, de bouwkundige uitwerking en de exploitatie van de kleinschalige voorzieningen.

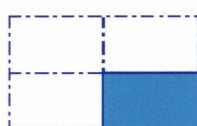
In dit hoofdstuk worden diverse praktijkvoorbeelden geanalyseerd. In paragraaf 3.1 tot en met 3.3 worden drie varianten besproken en in paragraaf 3.4 worden de verschillende varianten met elkaar vergeleken en conclusies getrokken.

Door een aantal praktijkvoorbeelden van kleinschalige voorzieningen onderling met elkaar te vergelijken, ontstaat een beeld hoe kleinschalige woonvormen in de praktijk worden opgezet. Daarnaast kan de invloed van onder meer schaalgrootte, groepsgrootte en zorginhoudelijke opzet van de voorziening worden geanalyseerd<sup>3</sup>.

In totaal zijn 24 kleinschalige voorzieningen met elkaar vergeleken, waarvan 16 via de WTZi en 8 in het kader van de NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen zijn gerealiseerd. Alle geanalyseerde gebouwen zijn reeds in gebruik. Het merendeel betreft voorzieningen voor dementerende ouderen. Verder zijn ter vergelijking een voorziening voor somatische zorg, een hospice voor palliatieve zorg, een kleinschalige verzorgingsunit en een voorziening voor chronisch psychiatrische cliënten in de analyse betrokken.

Op grond van de bouwkundige opzet en de verschijningsvorm zijn in de praktijk grofweg drie varianten van kleinschalige voorzieningen te onderscheiden:

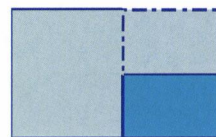
- A Eén of meerdere (eventueel geclusterde) wooneenheden in een wijk (stand-alone)
- B Eén of meerdere wooneenheden in de directe nabijheid van een intramurale instelling
- C Eén of meerdere wooneenheden binnen een intramurale instelling



A



B



C

Uiteraard zijn er ook mengvormen tussen A, B en C en combinaties van kleinschalige woonvormen met andersoortige voorzieningen zoals een dagbestedingscentrum, een gezondheidscentrum, e.d. Kleinschalig wonen kan ook onderdeel uitmaken van een wijkgericht zorgaanbod.

In hoofdstuk 4 worden van de verschillende varianten diverse praktijkvoorbeelden getoond. Daaruit blijkt de grote variatie in de manier waarop kleinschalige zorg in gebouwen wordt gerealiseerd.

In de analyse is per variant gekeken naar de thema's schaalgrootte, groepsgrootte, ruimtelijke opzet, oppervlakte, installatietechniek, personele bezetting, exploitatiekosten, kapitaallasten en de mate van zelfstandig functioneren van de voorziening.

Een kanttekening moet worden geplaatst bij de volledigheid en onderlinge vergelijkbaarheid van de aangeleverde informatie over met name de exploitatiekosten en de personele bezetting. Door het beperkte aantal projecten en de niet altijd even volledige informatie per project heeft de analyse een beperkte waarde. Daarom is naast een rekenkundig gemiddelde vaak ook een bandbreedte aangegeven waarbinnen de geanalyseerde projecten zich bevinden.

<sup>3</sup> In totaal zijn ruim 30 zorgaanbieders met kleinschalige projecten aangeschreven, zoals bekend bij het Bouwcollege en de NZa. Als selectiecriteria golden: recent in gebruik genomen, gerealiseerd via de WTZi of via de NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen, met voldoende onderlinge diversiteit in bouwkundige verschijningsvorm (schaal- en groepsgrootte, relatie met andere voorzieningen, mate van zelfstandig functioneren, e.d.) om een analyse van de diverse verschijningsvormen te kunnen verrichten. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in 24 projecten.

### 3.1 Eén of meerdere (eventueel geclusterde) wooneenheden in een wijk (stand-alone) (variant A)

Variant A sluit gevoelsmatig nog het meest aan bij het beeld dat we hebben van kleinschalig wonen: een woning zoals iedere andere, in de wijk en los van een zorginstelling, een zelfstandig functionerende eenheid; oftewel genormaliseerd qua opzet, verschijningsvorm en functioneren (geen instituut). Vaak wordt ervoor gekozen meerdere van dergelijke wooneenheden te clusteren. Dit kan een fysieke clustering zijn (meerdere wooneenheden gekoppeld, dan wel gesitueerd in elkaars nabijheid) en/of een clustering op organisatieniveau (facilitaire diensten, personeel, e.d.). Exploitatievoordelen en bezetting gedurende de nacht vormen meestal de aanleiding om meerdere wooneenheden te clusteren.

Van de geanalyseerde projecten vallen 14 projecten onder deze variant.

#### Schaalgrootte

De geanalyseerde stand-alone voorzieningen in de wijk variëren van 5 tot 30 plaatsen. De gemiddelde omvang is 14 plaatsen. Zeven projecten hebben minder dan 12 en drie projecten meer dan 24 plaatsen.

Aantal plaatsen	Aantal projecten
Minder dan 12 plaatsen	7
Tussen 12 en 24 plaatsen	4
Meer dan 24 plaatsen	3

Soms vormt de voorziening een onderdeel van een groter geheel, waarbij is aangehaakt bij huur- en koopappartementen waar extramurale zorg wordt geboden. Ook wordt in een enkel geval een combinatie gevormd met voorzieningen voor gehandicaptenzorg, buitenschoolse opvang, een kinderdagverblijf of openbare voorzieningen als een bibliotheek, winkels of een sporthal.

#### Groepsgrootte

Voor zover sprake is van een groepswoning, varieert de groepsgrootte van 5 tot 6 plaatsen. Naast groepswoningen is in een enkel geval ook sprake van individueel verblijf, geclusterd tot een groep van 5 tot 6 personen op een bouwlaag. Het betreft hier somatische zorg. De groepsgrootte van 6 plaatsen voor kleinschalig groepsverblijf is niet alleen ingegeven vanuit de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen, maar sluit aan bij de praktijk en wordt vanuit zorginhoudelijk oogpunt als een wenselijke omvang gezien (zie ook 2.3).

#### Ruimtelijke opzet

De gemiddelde groepswoning bestaat uit 6 zit-/slaapkamers met al dan niet kamergebonden sanitair, een huiskamer met (open) keuken, een personeelsruimte ('teampost' of kantoorruimte eventueel voorzien van een ruimte voor de slaapwacht), bergruimten en een personeels-/bezoekerstoilet. Slechts in een enkel geval is een logeerkamer, een multifunctionele ruimte, een zorgbadkamer, een snoezelbadkamer of een speelruimte gerealiseerd. In 57% van de gevallen is sprake van individueel kamergebonden sanitair. In de overige gevallen wordt het sanitair gedeeld door 2 tot 4 bewoners, in feite vergelijkbaar met een normale gezinssituatie. In een enkel geval is de gedeelde sanitaire cel rechtstreeks toegankelijk vanuit twee bewonerskamers, hetgeen de privacy niet bevordert.

Waar sprake is van individueel verblijf zijn naast de tweekamerappartementen een multifunctionele activiteitenruimte c.q. gezamenlijke huiskamer, een kantoorruimte (al dan niet voorzien van een ruimte voor de slaapwacht), een gemeenschappelijke zorgbadkamer, een personeels-/bezoekerstoilet en bergruimte gerealiseerd.

Alle voorzieningen zijn rolstoel- dan wel bedtoegankelijk. Er zijn brede gangen gerealiseerd en indien sprake is van meerlaagse bouw is een (bedden)lift aangebracht. De meeste voorzieningen kunnen worden aangemerkt als specifieke bouw. Slechts een enkele voorziening gaat uit van een woningbouwstramen of is vergelijkbaar met reguliere woningbouw.

#### Oppervlakte

De bruto vloeroppervlakte van de geanalyseerde stand-alone projecten bedraagt gemiddeld 62 m<sup>2</sup> per plaats. Voor zover sprake is van een groepswoning, varieert de grootte van de zit-/slaapkamer van 16 tot 22 m<sup>2</sup> en bedraagt de gemiddelde kamergrootte 18 m<sup>2</sup>. Bij individueel verblijf varieert de appartementgrootte van 42 tot 48 m<sup>2</sup> nvo.

In vergelijking met de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen (Cbz, 2007) ligt de gemiddelde nuttige vloeroppervlakte van de bewonerskamers ruim boven het minimum, terwijl de appartementgrootte rond het minimum ligt. De gemiddelde bruto vloeroppervlakte per plaats is ongeveer gelijk aan de ruimtebehoefte

zoals vermeld in de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen. Opgemerkt wordt dat niet alle beschikbare normatieve oppervlakte wordt ingezet in deze voorzieningen, maar dat er ook ruimte wordt gereserveerd voor centrale voorzieningen (kantoorruimten en andere ondersteuning op bijvoorbeeld de hoofdlocatie).

### *Installatietechniek*

In de geanalyseerde projecten wordt gebruik gemaakt van diverse vormen van domotica en geavanceerde installatietechnieken.

Bij veel bewoners is sprake van valgevaar of desoriëntatie in met name de nacht. Om de bewoners op afstand te kunnen 'bewaken' worden vaak uitluistersystemen toegepast. Hierbij wordt de slaapwacht in de nacht vervangen door een centrale van waaruit men meerdere locaties kan bewaken. Zwerfwachten worden aangestuurd door de centrale. In enkele gevallen wordt de bewaking aangevuld met camera's.

Voor dementerenden zijn voor overdag dwaaldetectie-systemen gangbaar. Hiermee kunnen op subtiele wijze deuren gesloten worden als dat nodig is.

Toegepaste hulpmiddelen zijn infrarooddetectoren, bewegingsmelders, geluidssensoren en deurstandsignaleringen. Hiermee is het mogelijk na te gaan of sprake is van een ongewenste situatie.

Sturing van de verlichting (zogenoemde looplijnverlichting) is gangbaar voor de nacht. In een enkel geval is sprake van vertragende lichtschakelaars en van automatische verlichting gekoppeld aan bewegingsmelders. Tevens worden vaak schakelingen aangebracht om kookplaten automatisch uit te schakelen of om alles uit te schakelen als de bewoner de woning verlaat.

In de meeste gevallen eist de brandweer branddetectie door middel van automatische melders. De meest efficiënte methode is deze te koppelen aan de toch al aanwezige oproepsystemen. Dit gebeurt in de meeste gevallen dan ook.

Veelal is sprake van een persoonsbeveiligings-, personenzoek- en/of een zusteroproepsysteem. Een zusteroproepsysteem kan het kleinschalige karakter van de voorziening echter in de weg staan en is meer geschikt voor mensen met somatische problemen. Om deze reden worden dergelijke systemen bij sommige kleinschalige woonvormen juist bewust niet toegepast.

De verpleging of verzorging is meestal uitgerust met telefoontoestellen met paging (berichten). Dit kunnen DECT-telefoons zijn voor lokaal gebruik of GSM's bij gebruik op meerdere locaties.

Soms is sprake van een netwerkverbinding met een op afstand gelegen woonzorgcentrum of zorginstelling. Om veiligheidsredenen zijn warmwaterkranen veelal voorzien van temperatuurbegrenzing.

In een enkel geval is topkoeling of airconditioning aangebracht.

De buitendeuren (bij voorzieningen voor bewoners met psychogeriatrische problematiek) zijn veelal voorzien van een elektronisch codeslot, zodat mensen zich niet ongewenst in- en uit de wooneenheid kunnen begeven. Het sluiten van binnen- en buitendeuren kan het genormaliseerde karakter van een kleinschalige voorziening echter in de weg staan en te veel doen denken aan een gesloten afdeling.

### *Personele bezetting*

De personele bezetting van de geanalyseerde stand-alone voorzieningen omvat gemiddeld 0,96 fte per cliënt. De totale formatie verschilt van 0,76 tot 1,09 fte per cliënt. Naast het personeel van de instelling wordt veel gebruik gemaakt van vrijwilligers en mantelzorg.

In de nacht wordt in een stand-alone voorziening veelal één medewerker ingezet op meerdere groepen of wooneenheden. In een reguliere nachtsituatie, waarin van 22.30 uur 's avonds tot 07.30 uur 's ochtends één medewerker aanwezig is, levert dit een (directe) personeelsinzet op jaarbasis van tenminste 2,19 fte op voor de gehele voorziening.

### *Exploitatiekosten*

Van slechts zes van de stand-alone voorzieningen is bekend wat de exploitatiekosten zijn.

De exploitatiekosten vertonen een enorme verscheidenheid en variëren van € 513,- tot € 1.349,- per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte en € 24.600,- tot € 70.136,- per plaats (prijsspeil 2007). De laagste exploitatiekosten hebben betrekking op een kleinschalig verzorgingshuis, dat gecombineerd is met appartementen voor zelfstandig wonende ouderen. De voorzieningen voor mensen met een intensievere zorgbehoefte kennen een gemiddeld hogere exploitatielast. De gemiddelde exploitatiekosten voor de groepswoningen, zijnde € 1.056,- per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte en € 58.339,- per plaats (prijsspeil 2007), komen redelijk overeen met de in het onderzoek van Huijsman (2007) gevonden gemiddelde waarden.

Gemiddeld 63% van de exploitatiekosten bestaat uit personeelskosten (salarissen, loonbelasting, sociale lasten e.d.), hetgeen nagenoeg overeenkomt met het landelijk gemiddelde van de gehele verpleeghuissector (CBS, 2003). Gezien de kleinschaligheid zou men hier een hoger percentage verwachten. Mogelijk zijn sommige kosten verschillend toegerekend aan de exploitatie van de overkoepelende organisatie.

### Kapitaallasten

Een deel van de exploitatiekosten bestaat uit kapitaallasten. Kapitaallasten bestaan in geval van eigendom van de huisvesting voor een groot deel uit de rente en afschrijving van de investeringskosten. Ook wordt in veel gevallen (11 projecten) gehuurd, waarbij sprake is van een kale huur en additionele servicekosten.

De huur- en investeringskosten van de stand-alone voorzieningen kennen een hoge mate van variatie. De naar prijspeil januari 2007 geïndexeerde investeringskosten inclusief grond- en startkosten bedragen gemiddeld € 1.673,-- per m<sup>2</sup>, inclusief BTW, en houden het midden tussen de kostennormen voor verblijf in specifieke en a-specifieke bouw volgens de Bouwkostennota 2007<sup>4</sup>. Kale huurprijzen variëren van € 81,-- tot € 199,-- per m<sup>2</sup> BVO per jaar, dan wel € 398,-- tot € 940,-- per plaats per maand (prijspeil 2007). De laagste huurprijzen komen overeen met sociale woningbouwvoorwaarden. De hoogste huurprijzen gaan het normatieve kapitaalslastenbudget uit de NZa-beleidsregel Kleinschalig Wonen ver te boven. Uiteraard zijn grond- en huurkosten regiogebonden, waardoor deze in bijvoorbeeld de binnenstad van Amsterdam hoger uitpakken dan in een buitenwijk van Groningen.

### Zelfstandig functioneren

In alle stand-alone groepswoningen wordt gekookt op de groep. In 12 van 14 projecten wordt ook de was in de woning zelf gedaan. De stand-alone voorzieningen zijn, voor zover de instellingen dit hebben aangegeven, verantwoordelijk voor hun eigen budget.

## 3.2 Eén of meerdere wooneenheden in de directe nabijheid van een intramurale instelling (variant B)

In de opzet volgens variant B staan de kleinschalige wooneenheden op het terrein van een intramurale zorginstelling zoals een verpleeghuis (eventueel met een interne verbindingsgang) of in de directe omgeving, op loopafstand (maximaal 500 m). De wooneenheden vormen weliswaar onderdeel van de 'aanpalende' voorziening, maar dat is in het dagelijks functioneren van de eenheid niet/nauwelijks merkbaar voor de bewoners. Van de geanalyseerde projecten vallen 8 projecten onder deze variant.

### Schaalgrootte

De geanalyseerde voorzieningen in de nabijheid van een intramurale instelling variëren van 10 tot 32 plaatsen, met een gemiddelde omvang van 20 plaatsen, iets groter dan de omvang van de geanalyseerde stand-alone voorzieningen.

Aantal plaatsen	Aantal projecten
Minder dan 12 plaatsen	1
Tussen 12 en 24 plaatsen	4
Meer dan 24 plaatsen	3

### Groepsgrootte

Voor zover sprake is van een groepswoning, varieert de groepsgrootte van 6 tot 8 plaatsen. Een in de analyse opgenomen hospice voor palliatief-terminale zorg omvat een groep van 10 plaatsen. Strikt genomen voldoet een groepsgrootte van meer dan zes bewoners niet meer aan de definitie van een groepswoning volgens de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen, maar is dan sprake van afdelingsverblijf. Naast groepswoningen is in één project sprake van individueel verblijf voor chronisch psychiatrische cliënten. Opvallend is dat de groepsgrootte bij de voorzieningen annex een intramurale instelling, evenals de schaalgrootte, iets toeneemt ten opzichte van de geanalyseerde stand-alone voorzieningen in de wijk.

### Ruimtelijke opzet

De gemiddelde groepswoning bestaat uit 6 tot 8 zit-/slaapkamers met veelal kamergebonden sanitair, een huiskamer met (open) keuken, een rookruimte, een personeelsruimte ('teampost' of kantoorruimte, eventueel voorzien van een ruimte voor de slaapwacht), bergruimten en een personeels-/bezoekerstoilet. Slechts in een enkel geval is een logeerkamer, multifunctionele ruimte, zorgbadkamer of snoezelbadkamer gerealiseerd. Voor palliatieve zorg wordt voorzien in een familiekamer c.q. stilteruimte en is een spoelruimte toegevoegd. In 63% van de gevallen is sprake van individueel kamergebonden sanitair. In de overige gevallen wordt het sanitair gedeeld door 2 tot 4 bewoners, in feite vergelijkbaar met een normale gezins-

<sup>4</sup> De analyse is gebaseerd op 3 projecten, alle overige projecten (11) betroffen huur.

situatie. In een enkel geval is de gedeelde sanitaire cel rechtstreeks toegankelijk vanuit twee bewonerskamers, hetgeen de privacy niet bevordert.

Waar sprake is van individueel verblijf wordt naast de tweekamerappartementen een multifunctionele activiteitenruimte c.q. gezamenlijke huiskamer gerealiseerd.

Alle voorzieningen zijn rolstoel- dan wel bedtoegankelijk. Er zijn brede gangen gerealiseerd en indien sprake is van meerlaagse bouw is een (bedden)lift aangebracht. De meeste voorzieningen kunnen worden aangemerkt als specifieke bouw. Slechts een enkele voorziening is gestoeld op een woningbouwstramen.

Opvallend is dat hier gemiddeld meer gemeenschappelijke algemene ruimten (multifunctionele activiteitenruimten en personeelsruimten) zijn gerealiseerd dan bij de gemiddelde kleinschalige stand-alone voorziening in de wijk, terwijl men voor dit type ruimten zou kunnen aanhaken bij de aanpalende intramurale instelling.

#### *Oppervlakte*

De bruto vloeroppervlakte van de geanalyseerde projecten in de nabijheid van een intramurale instelling bedraagt gemiddeld 74 m<sup>2</sup> per plaats. Hierbij wordt opgemerkt dat de twee projecten met de hoogste bruto vloeroppervlakte per plaats het hospice voor palliatieve zorg en de appartementen voor chronisch psychiatrische cliënten betreffen. De bruto vloeroppervlakte van de groepswoningen voor dementerende bewoners bedraagt gemiddeld 68 m<sup>2</sup> per plaats, hetgeen in vergelijking met de stand-alone voorzieningen (gemiddeld 62 m<sup>2</sup> BVO) voor deze doelgroep groter is. De toename is voornamelijk toe te schrijven aan het gebruik van meer gemeenschappelijke algemene ruimten (zie ook 3.4).

Voor zover sprake is van een groepswoning, varieert de grootte van de zit-/slaapkamer van 15 tot 24 m<sup>2</sup> en bedraagt de gemiddelde kamergrootte 18 m<sup>2</sup>. De appartementen voor chronisch psychiatrische cliënten hebben een nuttige vloeroppervlakte van circa 50 m<sup>2</sup>.

De gerealiseerde oppervlakte overstijgt over het algemeen de minimale (nuttige) oppervlakte volgens de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen.

#### *Installatietechniek*

De mate van gebruik van domotica en geavanceerde installatietechnieken verschilt niet met de kleinschalige stand-alone voorzieningen in de wijk. De toegepaste technieken zijn vergelijkbaar.

#### *Personele bezetting*

De personele bezetting omvat gemiddeld 0,81 fte per cliënt<sup>5</sup>, hetgeen iets lager ligt dan de stand-alone voorzieningen (gemiddeld 0,96 fte per cliënt). Vaak is er een duidelijke samenwerking zowel overdag als 's nachts met de annex gelegen zorgvoorziening, waardoor meer inzet van personeel aan zorgtaken mogelijk is. Hierbij moet worden opgemerkt dat de groepswoningen voor dementerende bewoners een gemiddeld hogere formatie kennen dan bijvoorbeeld de voorziening met individueel verblijvende chronisch psychiatrische cliënten.

In de nacht wordt, evenals bij een stand-alone voorziening, veelal één medewerker ingezet op meerdere groepen of wooneenheden.

Naast het personeel van de instelling wordt veel gebruik gemaakt van vrijwilligers en mantelzorg.

#### *Exploitatiekosten*

Van slechts de helft van de voorzieningen in de nabijheid van een intramurale instelling is bekend wat de exploitatiekosten bedragen. Zoals eerder vermeld moet een kanttekening worden geplaatst bij de volledigheid en onderlinge vergelijkbaarheid van de aangeleverde informatie van de exploitatiekosten.

De exploitatiekosten variëren van € 672,-- tot € 989,-- per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte en € 53.992,-- tot € 62.125,-- per plaats (prijspeil 2007). De gemiddelde exploitatiekosten voor de groepswoningen, zijnde € 879,-- per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte en € 58.137,-- per plaats (prijspeil 2007), komen redelijk overeen met de in het onderzoek van Huijsman (2007) gevonden gemiddelde waarden.

Gemiddeld 68% van de exploitatiekosten bestaat uit personeelskosten (salarissen, loonbelasting, sociale lasten e.d.), hetgeen nagenoeg overeenkomt met het landelijk gemiddelde van de gehele verpleeghuissector (CBS, 2003). Gezien de kleinschaligheid zou men hier een hoger percentage verwachten. Mogelijk zijn sommige kosten verschillend toegerekend aan de exploitatie van het aanpalende verpleeghuis of woonzorgcentrum.

<sup>5</sup> Op basis van vier projecten waarvan de personeelsformatie bekend is. Hiervan is voor het gemiddelde de voorziening voor chronisch psychiatrische cliënten buiten beschouwing gebleven.

### *Kapitaallasten*

Er wordt in tegenstelling tot de stand-alone voorzieningen relatief meer in eigendom gerealiseerd (zes projecten) dan in huur (vier projecten).

De huur- en investeringskosten van de voorzieningen in de nabijheid van een intramurale instelling kennen een hoge mate van variatie. De naar prijspeil januari 2007 geïndexeerde investeringskosten inclusief grond- en startkosten, bedragen gemiddeld € 1.845,-- per m<sup>2</sup>, inclusief BTW, en komen gemiddeld nagenoeg overeen met de kostennormen voor verblijf in specifieke bouw volgens de Bouwkostennota 2007<sup>6</sup>. De gemiddelde huurprijs (€ 138,-- per m<sup>2</sup> BVO per jaar, prijspeil 2007) bedraagt beduidend meer dan de gemiddelde huur van stand-alone voorzieningen. De hoogste huurprijzen (€ 1.077,-- per plaats per maand, prijspeil 2007) gaan het normatieve kapitaalslastenbudget uit de NZa-beleidsregel Kleinschalig Wonen ver te boven. Het uiteenlopen van deze huurprijzen kan deels worden verklaard uit regiogebonden grond- en (markt)huurkosten.

### *Zelfstandig functioneren*

Slechts twee van de acht instellingen geven aan dat er binnen de groepswoningen volledig wordt gekookt op de groep. Daarnaast wordt in slechts twee van de acht projecten ook de was (voor een deel) in de woning zelf gedaan. Drie voorzieningen zijn (deels) verantwoordelijk voor hun eigen budget. Hieruit blijkt duidelijk dat de voorzieningen gebruik maken van de nabijgelegen zorgvoorzieningen en in vergelijking met de stand-alone voorzieningen minder zelfstandig functioneren. Sprake is van voorzieningen met een meer institutioneel karakter, waarbij in feite niet wordt voldaan aan het tweede kenmerk van kleinschaligheid, dat 'er een gewoon huishouden gevoerd wordt' (Te Boekhorst, e.a., 2007, zie paragraaf 2.1).

## **3.3 Eén of meerdere wooneenheden binnen een intramurale instelling (variant C)**

Bij variant C worden kleinschalige eenheden ondergebracht binnen de muren van een intramurale instelling. Dit is een vaak gekozen optie bij renovatieprojecten. Feitelijk worden de voordelen van kleinschaligheid voor de kwaliteit van het leefklimaat van cliënten gecombineerd met het voordeel van grootschaligheid voor de beschikbaarheid en efficiëntie van de zorgorganisatie. Of in deze opzet sprake is van kleinschalige zorg zal sterk afhangen van de mate waarin het personeel de juiste sfeer en attitude kan bereiken en niet terugvalt op 'instellingsoplossingen' die inherent lijken aan een grootschalige context. Van de geanalyseerde projecten vallen twee projecten onder deze variant.

### *Schaalgrootte*

Bij de twee geanalyseerde projecten is sprake van nieuwbouw van een compleet verpleeghuis, waarbij de capaciteit van de 'kleinschalige' groepsverblijven voor dementerende bewoners alleen al 78 respectievelijk 90 plaatsen omvat.

### *Groepsgrootte*

De groepsgrootte is in beide gevallen 6 plaatsen.

### *Ruimtelijke opzet*

De groepswoningen bestaan in beide gevallen uit 6 zit-/slaapkamers met gedeeld kamergebonden sanitair, een huiskamer met (open) keuken, een multifunctionele activiteitenruimte, een personeelsruimte ('team-post' of kantoorruimte, eventueel voorzien van een ruimte voor de slaapwacht), bergruimten en een personeels-/bezoekerstoilet. In één project zijn naast de genoemde ruimten logeer- en familiekamers gerealiseerd. In het andere geval is per groep een snoezelbadkamer aanwezig.

De kamergebonden sanitaire cel wordt gedeeld door twee bewoners, hetgeen de privacy niet bevordert. Er is in het kader van dit cahier verder geen onderzoek gedaan naar cliëntsatisfactie.

Beide voorzieningen zijn rolstoel- en bedtoegankelijk en er zijn brede gangen gerealiseerd. De voorzieningen zijn één- en tweelaags. In de tweelaagse bouw zijn meerdere (bedden)liften aangebracht. Beide voorzieningen kunnen worden aangemerkt als specifieke bouw.

Opvallend is dat gemiddeld meer gemeenschappelijke algemene ruimten (multifunctionele activiteitenruimten en personeelsruimten) worden gerealiseerd dan bij de gemiddelde kleinschalige stand-alone voorziening in de wijk.

<sup>6</sup> Er zijn zes projecten meegenomen, de overige projecten betroffen huurprojecten (4).

#### *Oppervlakte*

De bruto vloeroppervlakte van de twee projecten bedraagt gemiddeld 65 m<sup>2</sup> per plaats. De zit-/slaapkamers zijn gemiddeld slechts 14 m<sup>2</sup> en voldoen niet meer aan de huidige prestatie-eisen voor nieuwe AWBZ-voorzieningen. De relatief kleine zit-/slaapkamers benadrukken de institutionele setting waarin de kleinschalige groepsverblijven zijn gesitueerd des te meer.

#### *Installatietechniek*

De mate van gebruik van domotica en geavanceerde installatietechnieken verschilt niet met de kleinschalige stand-alone voorzieningen in de wijk. De toegepaste technieken zijn vergelijkbaar, met dien verstande dat men kan aanhaken bij de systemen van de overkoepelende instelling.

#### *Personele bezetting*

De personele bezetting van de twee voorzieningen is per cliënt relatief laag, hetgeen niet verwonderlijk is gezien de grootschalige setting en het medegebruik van overkoepelend personeel van de instelling. De aangeleverde informatie over de personele bezetting is echter onvolledig en derhalve onderling niet goed vergelijkbaar.

#### *Exploitatiekosten*

De exploitatiekosten van één van de twee projecten van variant C bedragen € 1.058,-- per m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte en € 65.772,-- per plaats (prijsspeil 2007), hetgeen in vergelijking tot de overige varianten hoog voorkomt. Door het realiseren van grotere clusters of combinaties met andere voorzieningen zouden juist voordelen in de exploitatie kunnen worden behaald. Dit blijkt niet uit de opgegeven exploitatiekosten. Mogelijk zijn sommige kosten onevenredig toegerekend aan de exploitatie van de aanpalende voorzieningen (woonzorgcentrum, winkels en recreatieve voorzieningen). De exploitatiekosten bestaan voor 72% uit personeelskosten (salarissen, loonbelasting, sociale lasten e.d.), hetgeen niet te verwachten valt gezien de relatief lage personeelsbezetting.

#### *Kapitaallasten*

Beide grote projecten zijn in eigendom gerealiseerd. De kapitaallasten bestaan dan ook voor een groot deel uit de rente en afschrijving van de investeringskosten. De naar prijspeil januari 2007 geïndexeerde investeringskosten inclusief grond- en startkosten bedragen gemiddeld € 2.035,-- per m<sup>2</sup> en komen, rekening houdend met diverse toeslagen, gemiddeld nagenoeg overeen met de kostennormen voor verblijf in specifieke bouw volgens de Bouwkostennota 2007. Uiteraard zijn grondkosten regiogebonden. De voorzieningen zijn echter niet in de duurste regio's gebouwd. Opvallend zijn de relatief hoge investeringskosten, terwijl men juist voordelen zou verwachten vanwege de schaalgrootte en het repetitie-effect van de gebouwen.

#### *Zelfstandig functioneren*

Er is een sterke koppeling aangebracht tussen de individuele groepswoningen en de algemene voorzieningen. Deze koppeling verloopt via een centrale gang. De eigen voordeur is voor bezoekers van buitenaf beschikbaar. Maar alle interne verplaatsingen vinden via deze centrale gang plaats. In één voorbeeld kunnen ook alle deuren tussen de groepswoningen worden geopend, zodat één grote groep kan ontstaan, of 's nachts zonder omlopen tussen groepswoningen kan worden heengelopen. Er wordt slechts ten dele gekookt en gewassen op de groep. Uiteraard is bij deze variant van kleinschalig wonen het minst sprake van zelfstandig functioneren en vormen de wooneenheden een onderdeel van het grotere geheel. In die zin is sprake van voorzieningen met een nog enigszins institutioneel karakter, waarbij in feite niet wordt voldaan aan het tweede kenmerk van kleinschaligheid, dat 'er een gewoon huishouden gevoerd wordt' (Te Boekhorst, e.a., 2007, zie paragraaf 2.1).

### **3.4 Beschouwing**

In de voorgaande paragrafen zijn drie verschillende typologieën weergegeven. In deze paragraaf zal gekeken worden wat de verschillen tussen de verschillende typologieën zijn en of hierover in meer algemene zin ook uitspraken kunnen worden gedaan. De vergelijking van de 24 kleinschalige voorzieningen, waarvan 20 voor groepsverblijf van dementerende bewoners, op enkele kenmerken is in onderstaande tabel samengevat.

Tabel 1: Samenvatting vergelijking 24 kleinschalige projecten						
	Totaal 24 projecten			20 projecten PG-groepsverblijf		
	MIN	MAX	Gemiddeld	MIN	MAX	Gemiddeld
Aantal plaatsen	5	90	21	6	90	23
Groepsgrootte	5	10	6,1	5	8	6
m² BVO per plaats	48	106	67	52	82	64
m² NVO zit-/slaapkamer	14	24	17	14	22	17
m² NVO appartement	42	50	47			
Investeringskosten incl. BTW, grond- en startkosten, prijspeil januari 2007	€ 1.042	€ 2.142	€ 1.831	€ 1.042	€ 2.142	€ 1.881
Kale jaarhuur per m² BVO (2007)	€ 81	€ 199	€ 122	€ 81	€ 199	€ 124
Kale maandhuur per plaats (2007)	€ 398	€ 1.077	€ 630	€ 425	€ 1.077	€ 653
Exploitatiekosten per m² BVO	€ 513	€ 1.349	€ 904	€ 871	€ 1.349	€ 1.016
Exploitatiekosten per plaats	€ 24.600	€ 70.136	€ 54.728	€ 49.360	€ 70.136	€ 59.711
Aandeel personeelskosten	50%	75%	65%	55%	73%	65%
NB: van 10 projecten zijn de investeringskosten meegenomen. Van 11 projecten zijn alleen huurprijzen bekend. De exploitatiekosten van 11 projecten zijn meegenomen in deze tabel.						

*Verschillen bouwregime ex WTZi – NZa-beleidsregel*

De projecten die via de NZa-beleidsregel Kleinschalig Wonen worden gefinancierd wijken in opzet, afwerkingniveau en investeringskosten niet veel af van de binnen het bouwregime ex WTZi opgerichte plannen. Bij de voorzieningen in het kader van de NZa-beleidsregel is in alle geanalyseerde gevallen sprake van huur, terwijl de bouwregime-initiatieven zowel gehuurd worden als in eigendom zijn van de zorginstellingen. De NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen is voor de ouderenzorg pas sinds 1 januari 2006 van kracht. De meeste in gebruik genomen plannen werden dan ook ontwikkeld in de veronderstelling dat deze nog onder het bouwregime ex WTZi zouden vallen, wat een reden zou kunnen zijn dat de verschillen in de geanalyseerde projecten (nog) beperkt zijn.

*Verschillen tussen de varianten A, B en C*

De grootste verschillen zijn te vinden tussen de initiatieven die als stand-alone in de wijk fungeren en kleinschalige zorgvoorzieningen die annex een grotere intramurale voorziening zijn geplaatst. Allereerst is de locatiegrootte hierbij van belang. Het aantal plaatsen dat gemiddeld wordt gebouwd in een stand-alone is veel lager dan wanneer kleinschalige zorg als separate eenheid wordt aangeboden annex een intramurale instelling. Wellicht heeft dit te maken met de experimentstatus van de projecten of de idee dat kleinschalige zorg in de wijk ook in aantallen plaatsen beperkt moet blijven.

Als gekeken wordt naar het zelfstandig functioneren (met name het koken en wassen op de groep) blijken de stand-alone voorzieningen in de wijk nog het meest te voldoen aan het tweede kenmerk van kleinschaligheid, dat ‘er een gewoon huishouden gevoerd wordt’ (Te Boekhorst, e.a., 2007, zie paragraaf 2.1). Deze blijken daarmee qua sfeer het meest kleinschalig en het minst institutioneel te zijn.

Tabel 2: Verschillen tussen de variant A (stand-alone in de wijk) en de varianten B en C (annex of binnen intramurale instelling)						
	Variant A: stand-alone (n=14)			Variant B en C: annex zorg (n=10)		
	MIN	MAX	Gemiddeld	MIN	MAX	Gemiddeld
Aantal plaatsen	5	30	14	10	90	32
m² BVO per plaats	48	73	62	58	106	72
Gemiddelde kamergrootte (m²)	16	22	18	14	24	17
Inv.kosten per m² (p.p. jan 2007)	€ 1.042	€ 2.064	€ 1.673	€ 1.103	€ 2.142	€ 1.899
Kale jaarhuur per m² (p.p. juli 2007)	€ 81	€ 199	€ 118	€ 120	€ 157	€ 138
Kale maandhuur per plaats (p.p. juli 2007)	€ 398	€ 940	€ 575	€ 674	€ 1.077	€ 875

Uit tabel 2 is op te maken dat de varianten B en C gemiddeld genomen iets ruimer van opzet zijn (in bruto m² per plaats). Daarnaast komen de huur- en investeringskosten bij de stand-alone voorzieningen (variant A) gemiddeld wat lager uit.

Er wordt bij de varianten B en C meer in eigendom gerealiseerd dan bij stand-alone voorzieningen, waar weer meer wordt gehuurd. Voor in de woonwijk gelegen kleinschalige voorzieningen wordt vaak ruimte gehuurd van een woningcorporatie. In deze gevallen maakt het onderdeel zorg deel uit van een groter project met tal van andere (zorg)gerelateerde voorzieningen (reguliere appartementen, zorgsteunpunten, buitenschoolse opvang of winkels), waardoor naast voordelen in exploitatie ook een verlaging van een deel van de (gemeenschappelijke) bouwkosten kan worden behaald. Dit lijkt in een aantal projecten aan de hand te zijn. Slechts twee projecten zijn als volledig zelfstandig gebouw neergezet.

Eén van de verschillen tussen de varianten A en B is te vinden door te kijken naar het aanwezige voorzieningenniveau in het gebouw, oftewel de gemeenschappelijke voorzieningen en de algemene ruimten die aanwezig zijn naast de functie groepsverblijf (zie tabel 3). Bij variant B worden meer en frequenter dergelijke algemene voorzieningen gerealiseerd dan bij variant A. Dit is opmerkelijk te noemen: bij variant B is namelijk een directe relatie te leggen met al aanwezige algemene voorzieningen in het op korte afstand gelegen instellingsgebouw. Het realiseren van deze algemene voorzieningen zou juist eerder verwacht worden bij variant A, omdat daar geen terugval mogelijk is op een dichtbij gelegen gebouw en juist deze voorzieningen dus ontbreken. Voor het kunnen realiseren van sommige voorzieningen (multifunctionele (activiteiten)ruimten en stiltecentra) is wellicht een zekere schaalgrootte benodigd.

In voorzieningen in de wijk zijn relatief meer personeelsruimten gecombineerd met slaapwachtruimten aanwezig, hetgeen niet vreemd is gezien het vereiste 24-uurstoezicht. Dit wordt bij de andere categorie voorzieningen meer vanuit de annex gelegen zorgvoorziening geregeld en deze personeelsruimten zijn daarmee niet noodzakelijk binnen de kleinschalige woongroepen.

Opvallend is tevens het verschil als bijvoorbeeld gekeken wordt naar rookruimten. In een nadere toelichting hebben veel zorginstellingen laten weten een strikt niet-roken beleid in de kleinschalige voorzieningen in de wijk toe te passen en geen aparte rookruimte te realiseren. In een genormaliseerde thuisomgeving is doorgaans geen aparte rookruimte te vinden. In een institutionele setting wordt kennelijk door de instelling met een rookruimte rekening gehouden.

Tabel 3: Verschillen in voorzieningenniveau tussen de variant A (stand-alone in de wijk) en de variant B (annex intramurale instelling)			
Voorzieningenniveau	Variant A	Variant B	Verskil (absoluut)
Rookruimte	0%	63%	63%
Multifunctionele (activiteiten)ruimte	25%	63%	38%
Teampost/personeelsruimten	25%	63%	38%
Kantoor (incl. evt. slaapwachtruimte)	83%	50%	33%
Zorgbadkamer	33%	50%	27%
Personeels/bezoekerstoilet	92%	75%	18%
Stiltecentrum/familiekamer	0%	13%	13%
Logeerkamer	25%	13%	12%
Speciale snoezelbadkamer	8%	13%	5%
Spoelruimte	8%	13%	5%
Bergruimte(n)	92%	88%	4%

Conclusies

Uit de projecten en de verschillende typologieën komt niet duidelijk naar voren wat de meest gebruikelijke vorm of opzet en het meest gebruikelijke voorzieningenniveau zijn voor kleinschalig wonen in de ouderenzorg. Dit sluit wel aan bij de in hoofdstuk 2 benadrukte en gewenste variatie in het aanbod en het bouwbeleid.

Bij veel van de voorzieningen die dichtbij of binnen een intramurale zorginstelling zijn gelegen is sprake van een nog enigszins institutioneel karakter, waarbij in feite niet wordt voldaan aan het tweede kenmerk van kleinschaligheid, dat ‘er een gewoon huishouden gevoerd wordt’ (Te Boekhorst, e.a., 2007, zie paragraaf 2.1). Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar het koken en wassen op de groep blijken de stand-alone voorzieningen in de wijk nog het meest kleinschalig en het minst institutioneel qua sfeer.

Opmerkelijk is de paradox dat de projecten die dicht bij andere zorgvoorzieningen zijn gelegen met meer gezamenlijke voorzieningen zijn uitgerust dan stand-alone projecten, terwijl juist gemeenschappelijke voorzieningen als zorgbadkamers, multifunctionele en activiteitenruimten vaak op korte afstand te vinden zijn en daarmee wellicht dubbelop.

Er wordt (ongeacht de variant of typologie) nog opvallend veel specifiek gebouwd in plaats van dat gebruik wordt gemaakt een woningbouwstramien of van reguliere al dan niet bestaande woningbouw.

Er is van oudsher een sterke relatie tussen de in de regelgeving minimale oppervlaktenormen en kwaliteitsniveaus en de daaruit voortvloeiende kostenniveaus. Met de uitbreiding van de reikwijdte van de NZa-beleidsregel Kleinschalig wonen per 1 januari 2008 zal deze regeling vaker worden gebruikt. Wellicht dat hiermee in de komende jaren tot een nog grotere differentiatie in de gebouwde omgeving van kleinschalige zorg wordt gekomen.

## 4 Praktijkvoorbeelden

### 4.1 Eén of meerdere (eventueel geclusterde) wooneenheden in een wijk (stand-alone) (variant A)

Van deze variant zijn achtereenvolgens de volgende praktijkvoorbeelden opgenomen:

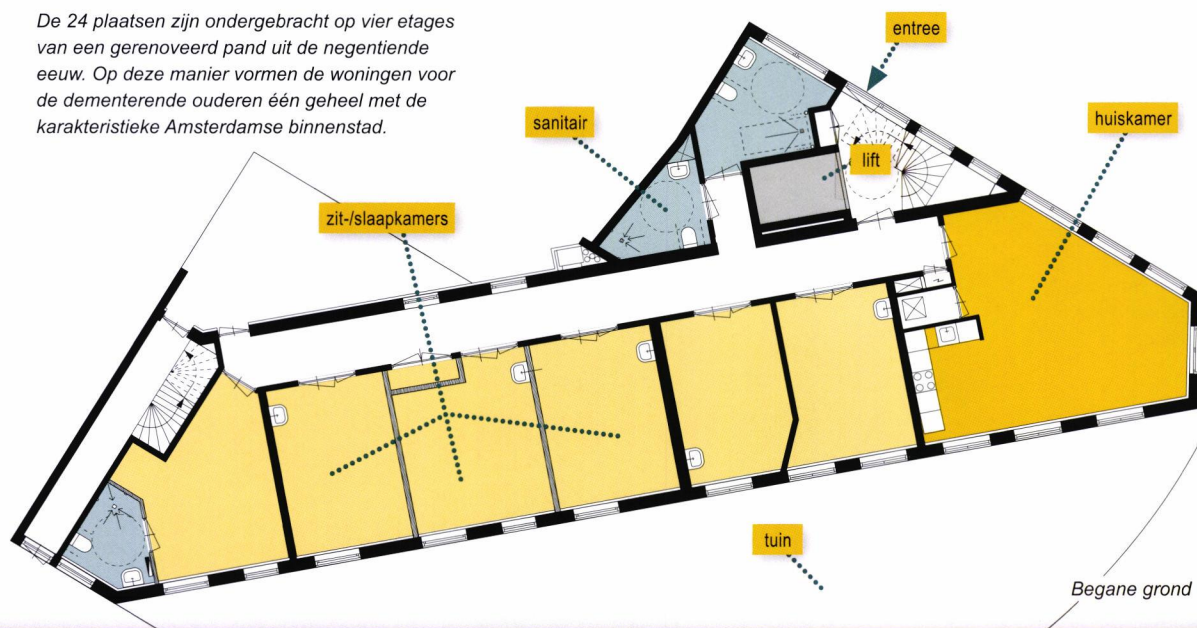
1. Amsterdam – Czaar Peterpunt
2. Breda – Zorgpunt Brabantpark
3. Enschede – Roomveldje
4. Helden-Panningen – Ruijsstraat
5. Kruiningen – Hof Cruninghe
6. Soest – De Wiekslag (Smitsveen)
7. Soest – De Wiekslag (Boerenstreek)
8. Zuid-Beijerland – Dorpzigt
9. Zuidhorn – Woonhaven



## Czaar Peterpunt Amsterdam



De 24 plaatsen zijn ondergebracht op vier etages van een gerenoveerd pand uit de negentiende eeuw. Op deze manier vormen de woningen voor de dementerende ouderen één geheel met de karakteristieke Amsterdamse binnenstad.



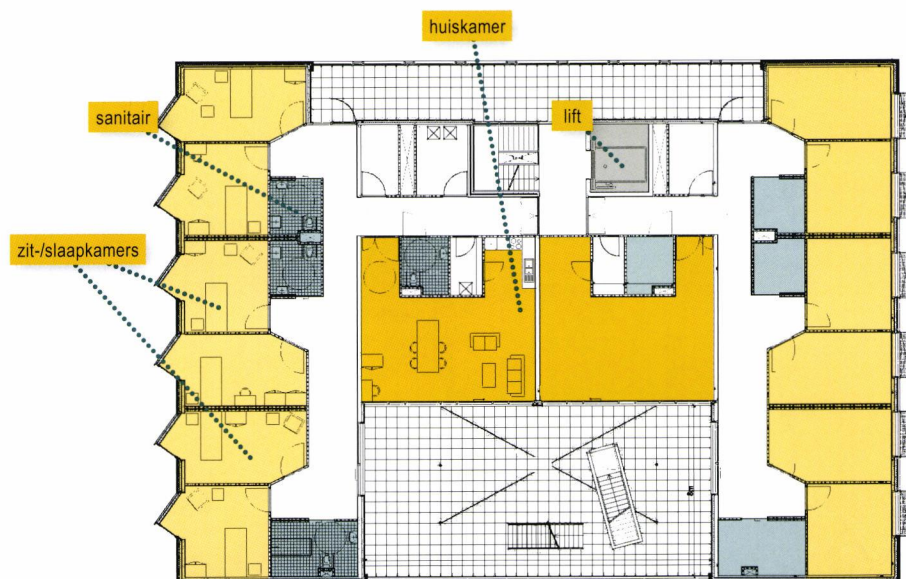
<b>Zorginstelling</b>	Stichting Amsta
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	24 (4 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant A, stand alone in de wijk
<b>Aantal fte's totaal</b>	18,3
<b>BVO per plaats</b>	57 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 16,5 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (gemiddeld 1 sanitaire ruimte op 2 plaatsen)
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Camerasbewaking, brandmeldcentrale, bewegingssensoren, videofoon, DECT-telefonie
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Nee
<b>Architect</b>	Opbouw Amsterdam BV



## Zorgpunt Brabantpark Breda



Op de eerste en tweede verdieping van het bouwblok op locatie Brabantpark wordt zorg gegeven aan 24 cliënten met een lichamelijke beperking. Het zorgpunt Brabantpark maakt verder gebruik van voorzieningen in de wijk zoals verschillende winkels, een kerk, bibliotheek, schoonheidsspecialist en kapper.



Eerste verdieping

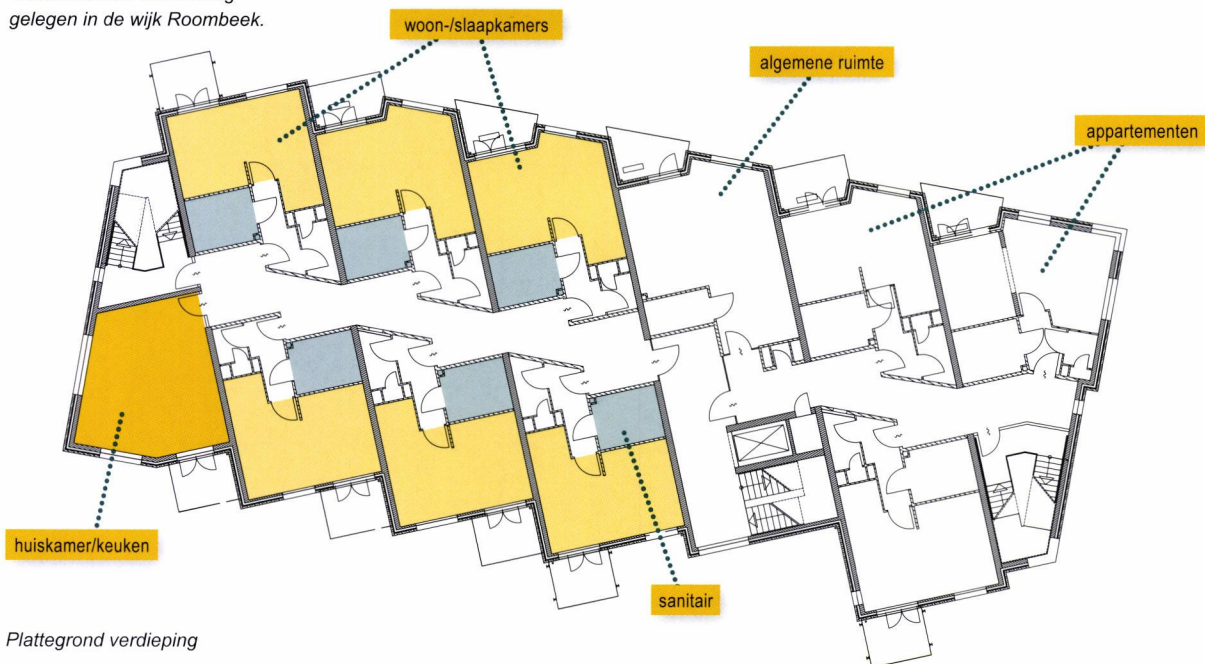
<b>Zorginstelling</b>	Aeneas
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	24 (4 x 6 plaatsen zwaar p.g.)
<b>Type</b>	Variant A, voorziening in de wijk
<b>Aantal fte's totaal</b>	23,1
<b>BVO per plaats</b>	72 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 16 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (3 sanitaire ruimten op 6 plaatsen)
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Alarmsysteem, zusteroproep met DECT-telefonie, elektronische toegangscontrole
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja, consultatiebureau en 3 appartementen
<b>Architect</b>	Oostveen Architectuur, Breda



## Roomveldje Enschede



Gevels van de voorziening  
gelegen in de wijk Roombeek.



Plattegrond verdieping

**Zorginstelling**  
**Doelgroep en aantal plaatsen**  
**Type**  
**Aantal fte's totaal (waarvan fte's in de nacht)**  
**BVO per plaats**

**Koken**  
**Financieringsregime**  
**Domotica**  
**Combinatie met andere (zorg)voorzieningen**

**Architect**

Ariëns Zorgpalet  
12 plaatsen (2 x 6 plaatsen licht dementerenden)  
Variant A, stand alone  
Onbekend  
48 m<sup>2</sup> (appartement met woonkamer (17 m<sup>2</sup>) en slaapkamer (14 m<sup>2</sup>), bergruimten (4 m<sup>2</sup>) en eigen sanitair (7,8 m<sup>2</sup>))  
Dagelijks koken in de gemeenschappelijke keuken  
NZa-beleidsregel  
Dwaalbescherming, brandmelding, DECT-telefonie  
Onderdeel van appartementencomplex. Dichtbij gelegen zijn een jeugdhonk, twee basisscholen, een grand café, dagbesteding voor VG en een multifunctionele ruimte  
Molenaar & van Winden, Delft





## Ruijsstraat Helden - Panningen



Hoewel de groepswoningen zijn  
gekoppeld, zijn ze apart te identificeren.

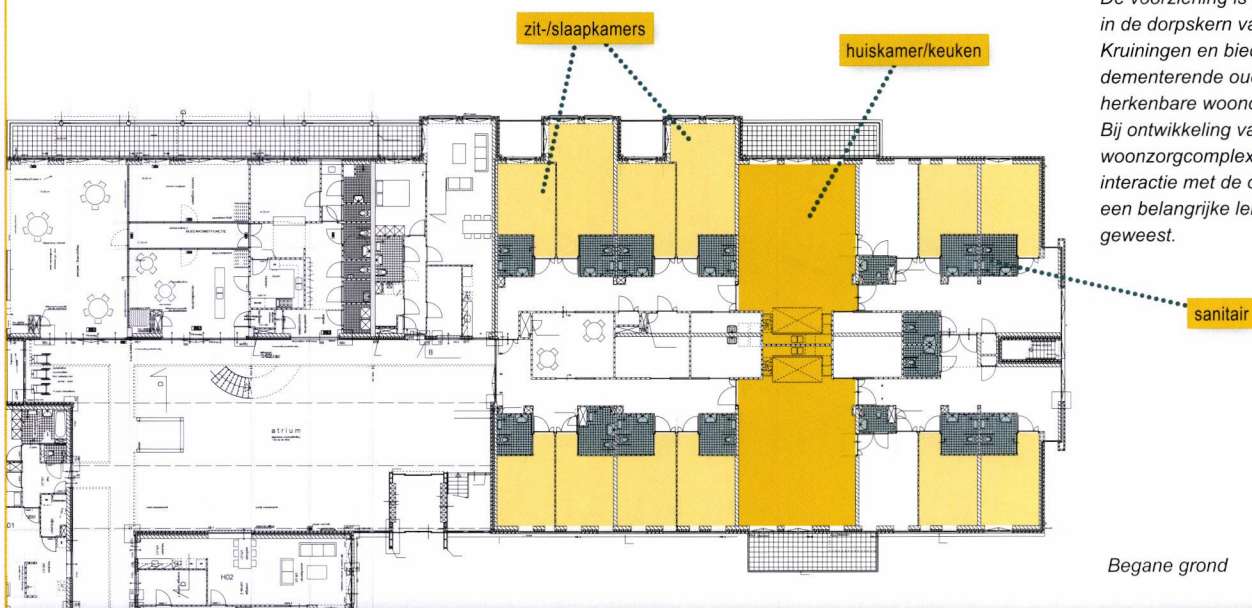


<b>Zorginstelling</b>	Zorggroep Noord-Limburg
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	30 (5 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type (afstand tot 'back-up')</b>	Variant A, stand alone in de wijk (2,5 km)
<b>Aantal fte's totaal</b>	25,2
<b>BVO per plaats</b>	63 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 15,5 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (2 sanitaire ruimten op 6 plaatsen)
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Dynamische verlichting, bewegingssensoren, DECT-telefonie
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Nee
<b>Architect</b>	Satijn plus architecten, Born



## Hof Cruninghe

Kruiningen



De voorziening is gelegen in de dorpskern van Kruiningen en biedt de dementerende ouderen een herkenbare woonomgeving. Bij ontwikkeling van het woonzorgcomplex is interactie met de omgeving een belangrijke leidraad geweest.

Begane grond

<b>Zorginstelling</b>	Zorggroep Ter Weel
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	12 (2 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type (afstand tot 'back-up')</b>	Variant A, stand alone (6 kilometer)
<b>Aantal fte's totaal (waarvan fte's in de nacht)</b>	11,9 (2,2)
<b>BVO per plaats</b>	68 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 17 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Kamergebonden
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	NZa-beleidsregel
<b>Domotica</b>	DECT-telefonie, geluidssensoren en alarmering
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja, dagopvang en 35 appartementen extramuraal
<b>Architect</b>	Architectenburo Fierloos bv, Goes



# Wiekslag (Smitsveen)

Soest



De groepswoningen bevinden zich op de begane grond. Boven de groepswoningen zijn appartementen gerealiseerd.



Plattegrond van twee groepswoningen

<b>Zorginstelling</b>	Zorgpalet Soest Baarn
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	12+1 (2 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant A, stand alone in de wijk
<b>Aantal fte's totaal</b>	11,4
<b>BVO per plaats</b>	53 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld circa 17 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld per groep
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZI
<b>Domotica</b>	Netwerkaansluiting, brandmeldinstallatie, elektronisch codeslot buitendeur, zusteroproep
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Zorgappartementen op de verdieping
<b>Architect</b>	JINX Architecten BNA, Amersfoort



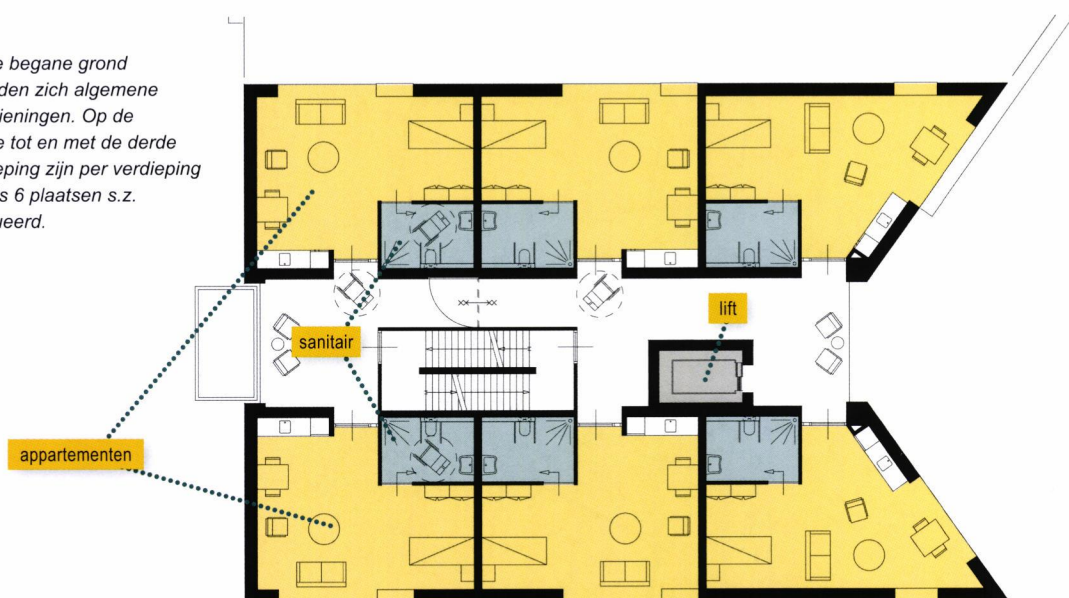


## Wiekslag (Boerenstreek)

Soest



Op de begane grond bevinden zich algemene voorzieningen. Op de eerste tot en met de derde verdieping zijn per verdieping steeds 6 plaatsen s.z. gesitueerd.



Verdieping

<b>Zorginstelling</b>	Zorgpalet Baarn-Soest
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	18 individuele appartementen (zwaar s.z.)
<b>Type</b>	Variant A, stand-alone in de wijk
<b>Aantal fte's totaal</b>	16
<b>BVO per plaats</b>	73 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 42 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Kamergebonden sanitair
<b>Koken</b>	Keuze cliënt
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Draadloze personenalarmering, netwerkaansluiting, brandmeldinstallatie
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Nee
<b>Architect</b>	Ernst Havermans, Oomen Havermans Waltjen bv te Breda

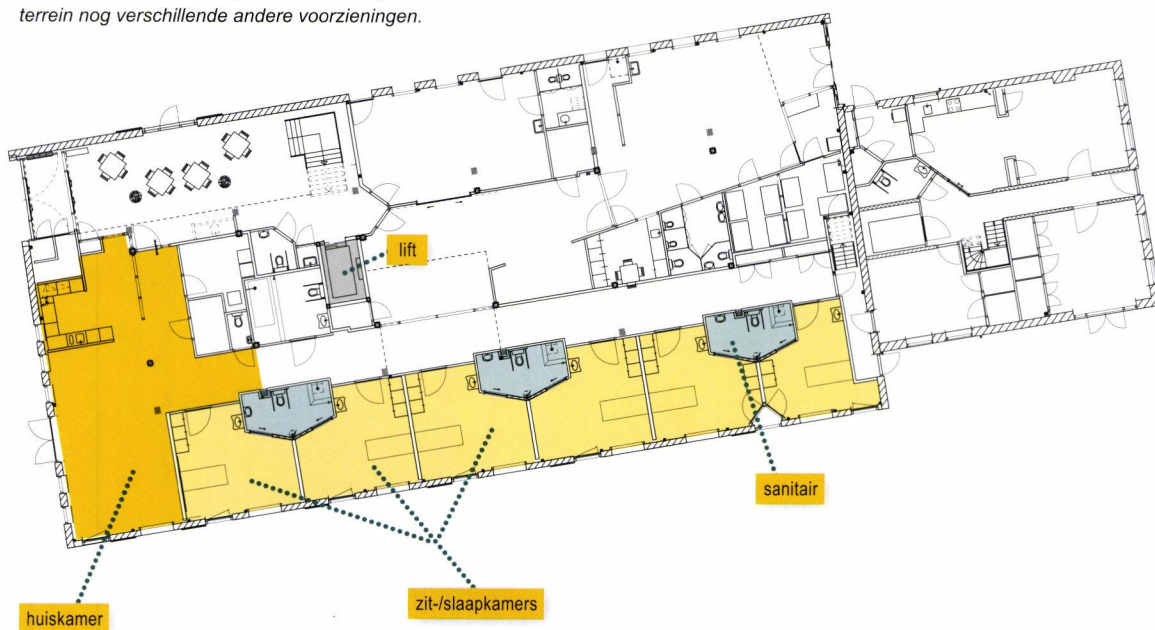


## Dorpzicht Zuid-Beijerland



'Boerderij Dorpzicht' is  
gelegen in het centrum  
van Zuid-Beijerland.

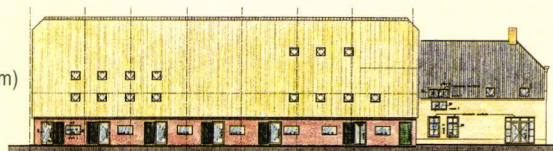
Naast huisvesting voor een groep van  
6 dementerende ouderen, bevinden zich op het  
terrein nog verschillende andere voorzieningen.



Begane grond

**Zorginstelling**  
**Doelgroep en aantal plaatsen**  
**Type (afstand tot 'back-up')**  
**Aantal fte's totaal**  
**BVO per plaats**  
**NVO zit-/slaapkamer**  
**Sanitair**  
**Koken**  
**Financieringsregime**  
**Domotica**  
**Combinatie met andere (zorg)voorzieningen**  
**Architect**

Sabina van Egmont  
6 plaatsen p.g.  
Variant A, voorziening in de wijk (15 km)  
6,1  
60 m<sup>2</sup>  
Gemiddeld 20 m<sup>2</sup>  
Gedeeld (1 sanitaire ruimte op 2 plaatsen)  
Koken op de groep  
WTZi  
Videobewaking, lichtsensoren, cliëntmonitoring, DECT-telefonie  
Ja, hospice (4 plaatsen), buitenschoolse opvang, bibliotheek  
GBS architecten, Boskoop

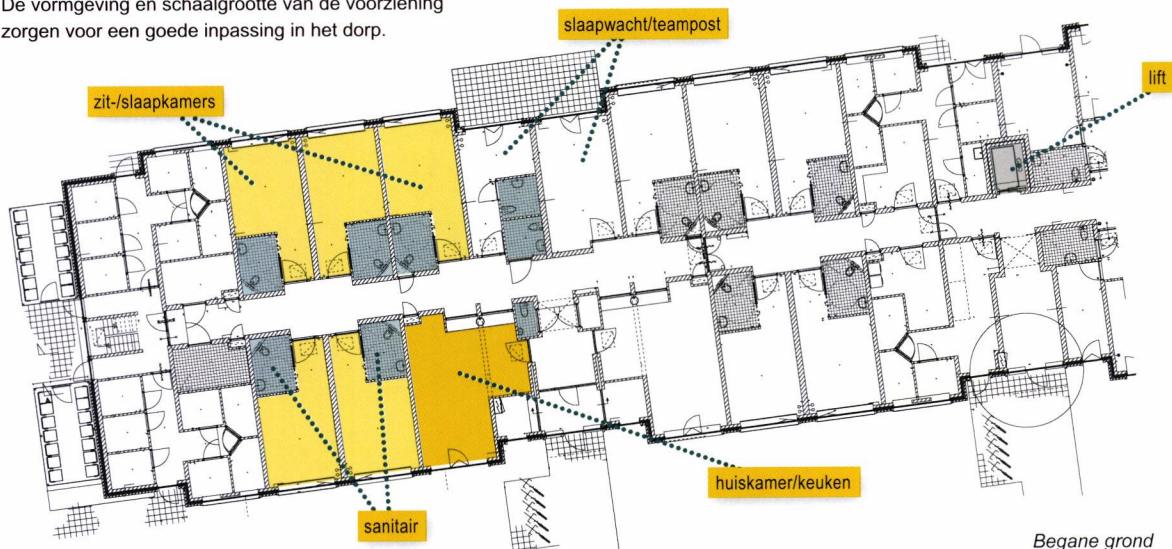




## Woonhaven Zuidhorn



De groepswoningen zijn gelegen op de begane grond.  
De vormgeving en schaalgrootte van de voorziening  
zorgen voor een goede inpassing in het dorp.



Begane grond

<b>Zorginstelling</b>	Stichting Woonzorgcentra Westerkwartier
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	10 (2 x 5 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant A, voorziening in de wijk
<b>Aantal fte's totaal (waarvan fte's in de nacht)</b>	10,88 (1,95)
<b>BVO per plaats</b>	65 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 21,8 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Eigen sanitair
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	NZa-beleidsregel
<b>Domotica</b>	Uitluistersysteem, netwerkaansluiting
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Op bovengelige verdiepingen bevinden zich ouderenappartementen
<b>Architect</b>	Artès, bureau voor architectuur en interieur, Groningen

#### 4.2 Eén of meerdere wooneenheden in de directe nabijheid van een intramurale instelling (variant B)

Van deze variant zijn achtereenvolgens de volgende praktijkvoorbeelden opgenomen:

10. Amersfoort – Villa De Eik
11. Apeldoorn – Woonhaven Orden
12. Deventer – Hospice De Winde
13. Heiloo – GGZ Noord-Holland Noord
14. Maassluis – Molenkwartier
15. Middelburg – Magistraatwijk



## Villa De Eik

Amersfoort



De groepswoningen zijn ondergebracht op de begane grond en de eerste verdieping van een gerenoveerde villa in een bosrijke omgeving aan de buitenzijde van Amersfoort.



Begane grond

<b>Zorginstelling</b>	Zorg Accent
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	14 (2 x 7 plaatsen p.g.)
<b>Type (afstand tot 'back-up')</b>	Variant B, dichtbij zorgvoorziening (500 m)
<b>Aantal fte's totaal</b>	12,4
<b>BVO per plaats</b>	58 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 17 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (gemiddeld 1 sanitaire ruimte op 3,5 plaatsen)
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Onder andere infrarooddetectie
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Nee
<b>Architect</b>	Jorissen Simonetti Architecten, Maarssen

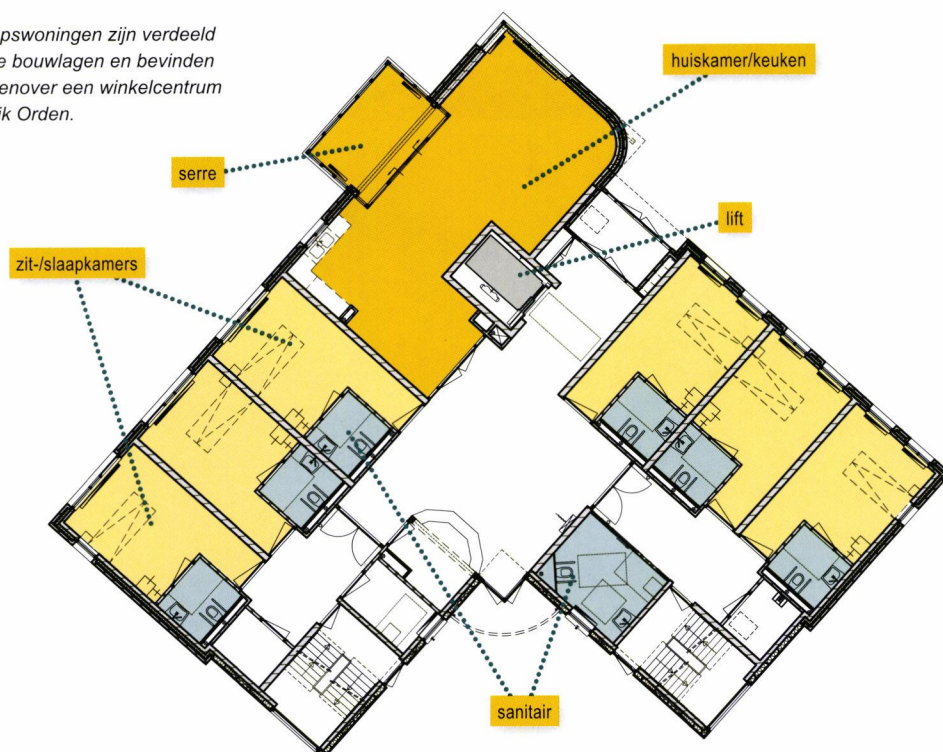


## Woonhaven Orden

Apeldoorn



De groepswoningen zijn verdeeld over drie bouwlagen en bevinden zich tegenover een winkelcentrum in de wijk Orden.



Begane grond

<b>Zorginstelling</b>	Zorggroep Apeldoorn en omstreken
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	18 (3 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant B, dichtbij zorgvoorziening
<b>Aantal fte's totaal</b>	14,9
<b>BVO per plaats</b>	68 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld circa 18 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Kamergebonden
<b>Koken</b>	Grotendeels uit centrale keuken
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Combi van zusteroproep met audio surveillance systeem, deurstand-signalering, IP techniek, DECT-telefonie
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja, tegenover is een GHZ woonvoorziening gelegen
<b>Architect</b>	MTB architecten, Apeldoorn



## Hospice De Winde

Deventer

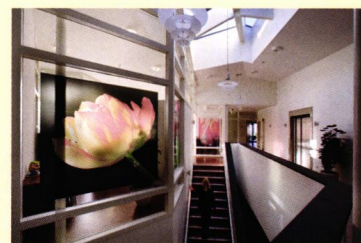


De huisvesting is gerealiseerd op het terrein van het P.W. Janssenhuis in een bosrijk, geaccidenteerd gebied. Het ontwerp speelt in op de hoogteverschillen van het terrein.



1e verdieping

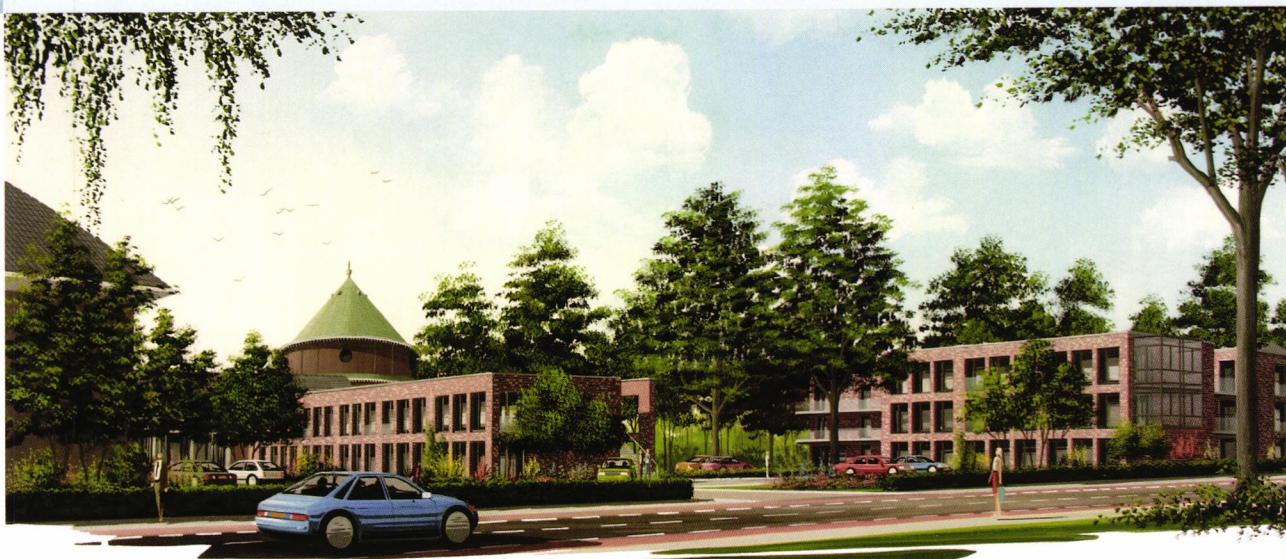
<b>Zorginstelling</b>	Solis Zorggroep
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	10 plaatsen palliatieve zorg
<b>Type (afstand tot 'back-up')</b>	Variant B, annex verzorgingshuis (10 meter)
<b>Aantal fte's totaal</b>	7,2
<b>BVO per plaats</b>	80 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 24 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Kamergebonden
<b>Koken</b>	Uit centrale keuken
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Bewegingssensoren verlichting, DECT-telefonie, deurstandsignalering, PZI
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja
<b>Architect</b>	Lengkeek Architecten bv, De Bilt





# GGZ Noord-Holland Noord

Heiloo

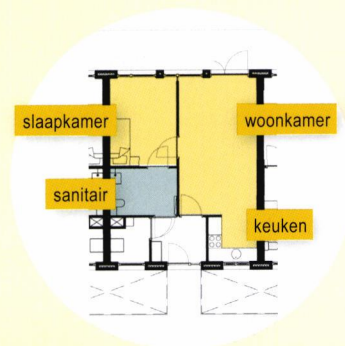


Het woongebouw bevindt zich aan de rand van het huidige instellingsterrein in Heiloo en maakt deel uit van een mix met onder andere zorgwoningen en reguliere huurwoningen.



Begane grond bouwdeel B

<b>Zorginstelling</b>	Stichting GGZ Noord-Holland Noord
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	28 plaatsen, chronisch psychotische cliënten
<b>Type</b>	Variant B, op zorgterrein
<b>Aantal fte's totaal (waarvan fte's in de nacht)</b>	7,0 (2,0 gedeeld)
<b>BVO per plaats</b>	106 m <sup>2</sup>
<b>NVO appartement</b>	49,6
<b>Sanitair</b>	In appartement
<b>Koken</b>	Deels gezamenlijk koken
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Persoonsbeveiligingssysteem
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Medegebruik faciliteiten hoofdlocatie
<b>Architect</b>	Zijlstra Schipper Architectenbureau, Wormer





## Molenkwartier

Maassluis



Aanzicht van een bouwblok met twee groepswoningen, één gesitueerd op de begane grond en één op de eerste verdieping.

Aanzicht "theetuin" die de verbindingsgang onderbreekt



Plattegrond van een groepswoning

<b>Zorginstelling</b>	Argos Zorggroep
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	32 (4 x 8 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant B, annex verpleeghuis
<b>BVO per plaats</b>	63 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 17 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (1 sanitaire ruimte op 2 plaatsen)
<b>Koken</b>	Uit centrale keuken
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Bewegingsmelders, cameratoezicht, automatische verlichting, spreekluisterverbinding
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja, via verbindingsgang in verbinding met verpleeghuis
<b>Architect</b>	Lengkeek Architecten bv, De Bilt



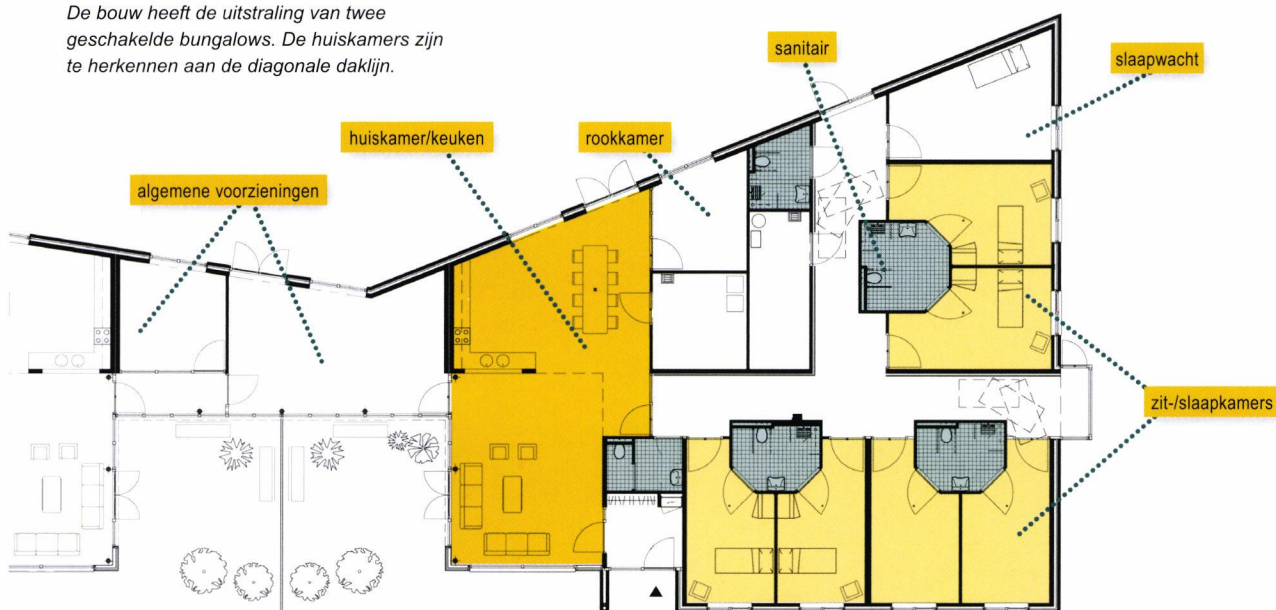


## Magistraatwijk

Middelburg



De bouw heeft de uitstraling van twee geschakelde bungalows. De huiskamers zijn te herkennen aan de diagonale daklijn.



Plattegrond groepswoning

**Zorginstelling**  
**Doelgroep en aantal plaatsen**  
**Type (afstand tot 'back-up')**  
**BVO per plaats**  
**NVO zit-/slaapkamer**  
**Sanitair**  
**Koken**  
**Financieringsregime**  
**Combinatie met andere (zorg)voorzieningen**  
**Architect**

Stichting voor Regionale Zorgverlening Zeeland  
12 (2 x 6 plaatsen p.g.)  
Variant B, in nabijheid van 2 zorgcentra (150 meter)  
70 m<sup>2</sup>  
Gemiddeld 16,4 m<sup>2</sup>  
Gedeeld (1 sanitaire ruimte op 2 plaatsen)  
Koken op de groep  
WTZi  
Nee  
Van Aken Architectuur bv, Eindhoven



#### **4.3 Eén of meerdere wooneenheden binnen een intramurale instelling (variant C)**

Van deze variant zijn achtereenvolgens de volgende praktijkvoorbeelden opgenomen:

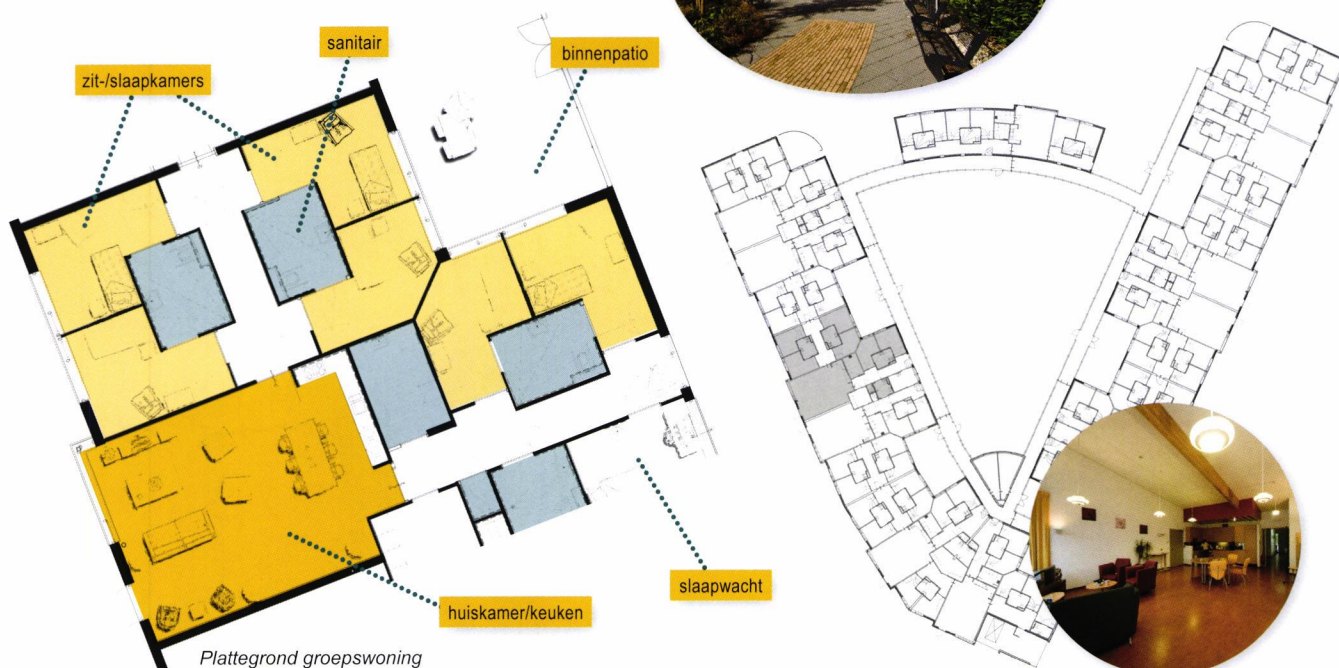
- 16. Goes – Ter Valcke
- 17. Vlissingen – Ter Reede



## Ter Valcke Goes



De groepswooningen voor de p.g. plaatsen maken deel uit van een groot geheel. De woningen zijn gekoppeld aan een glazen rondgang met een binnentuin.



Plattegrond groepswooning

<b>Zorginstelling</b>	Stichting Voor Regionale Zorgverlening.
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	78 (13 x 6 plaatsen zwaar p.g.)
<b>Type</b>	Variant C, annex verpleeghuis
<b>BVO per plaats</b>	68 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 15 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld sanitair per twee bewoners
<b>Koken</b>	Deels wordt er gekookt op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Niet bekend
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Gerealiseerd naast een verpleeghuis, daar bevinden zich 76 plaatsen s.z.
<b>Architect</b>	Archikon b.v. te Goes





## Ter Reede Vlissingen



De voorziening is een voorbeeld van kleinschalig wonen in een grootschalige setting. Elke woning heeft een eigen entree aan de openbare weg. De woningen zijn echter wel intern gekoppeld.



<b>Zorginstelling</b>	Stichting voor Regionale Zorgverlening
<b>Doelgroep en aantal plaatsen</b>	90 (15 x 6 plaatsen p.g.)
<b>Type</b>	Variant C, combi met woonzorgcentrum
<b>BVO per plaats</b>	62 m <sup>2</sup>
<b>NVO zit-/slaapkamer</b>	Gemiddeld 13,5 m <sup>2</sup>
<b>Sanitair</b>	Gedeeld (1 sanitaire ruimte op 2 plaatsen)
<b>Koken</b>	Koken op de groep
<b>Financieringsregime</b>	WTZi
<b>Domotica</b>	Toegangscontrole, centraal sluitplan, DECT met zusteroproepsysteem, bewegingsmelders
<b>Combinatie met andere (zorg)voorzieningen</b>	Ja, via gangen gekoppeld aan 320 appartementen en diverse welzijns- en commerciële voorzieningen
<b>Architect</b>	EGM Architecten bv, Dordrecht



## Bijlage 1: Geraadpleegde literatuur

S. te Boekhorst, M.F.I.A. Depla, J. de Lange, A.M. Pot, J.A. Eefsting (Trimbos-instituut en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) VUmc) – Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 2007, vol. 38, p.17-26.

Carbo, C. Kleinschaligheid werkt – een beetje. Onderzoek Trimbos-instituut nuanceert succes. ZorgVisie, 1 maart 2007, nummer 3, jaargang 37.

College bouw zorginstellingen. Prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen. Rap.nr. 1.22. Utrecht (2007).

Huijsman, R., Pol, B. Onderzoek kleinschalig wonen voor dementerenden (iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam). Inclusief kostenonderzoek naar bedrijfsvoering kleinschalige zorg voor dementerenden; i.s.m. Ernst & Young (2007).

Van IJperen, M. Kleinschalige zorg. Grote Verschillen? (doctoraalscriptie). Erasmus Universiteit Rotterdam (2005).

Kiers, B. Kleinschaligheid is geen tovermiddel. De schaduwzijde van kleinschalig wonen. ZorgVisie, 1 augustus 2007, nummer 8, jaargang 37.

Van 't Leven, N., J. De Lange en C. Klingeman. Kleinschalige zorg voor mensen met dementie: een onderzoek naar de overgang naar een nieuwe woonomgeving en hoe verzorgenden mensen met dementie daarbij ondersteunen. Rotterdam, Kenniskring Transitie in de Zorg, Hogeschool Rotterdam (2004).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan. Den Haag, 31 mei 2007 (DLZ/KZ-2771018).

NIZW-zorg. Basisdocument kleinschalig wonen in Lorentzhof en Robijnhof. Utrecht (2006).

Nouws, H. (NIZW). Huiselijk en vertrouwd. Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden. Utrecht (2001).

Nouws, H. op verzoek van CareWest (projectbureau Antaris, Amsterdam). Standaard Programma van Eisen. Groepswonen voor mensen met dementie (2006).

Wijntjes, M. (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg) en Paquay, H. Toepassingsvormen van kleinschalig wonen. Utrecht (2004).



## Bijlage 2: Verantwoording beeldmateriaal

Plaats	Instelling(en)	Architect	Afbeelding
Malden / Gennep	Dichterbij (locaties Grote Loef, Malden en Beerenklauw, Cuijk)	Foto's Cbz	Afbeelding 3
Warmond	Psychogeriatrisch Centrum Mariënhave	Spring architecten, Rotterdam	Afbeelding 4
Eersel	Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen	Architecten aan de Maas, Rotterdam en Maastricht	Afbeelding 5
Eindhoven	Verpleeghuis de Weerde (Vitalis Zorg Groep)	IAA Architecten, Enschede	Afbeelding 6
Den Haag	Zorgcentrum De Strijp/WZH	Luthi & Niclaes, bureau voor architectuur, onderzoek en procesregie, Rotterdam	Afbeelding 7
Breda	Amarant	Foto's Cbz	Afbeelding 8
Amsterdam	Amsta	Cornelis Willemsen, Opbouw Amsterdam BV, Amsterdam	Praktijkvoorbeeld 1
Breda	Aeneas	Oostveen Architectuur, Breda	Praktijkvoorbeeld 2
Enschede	AriënsZorgpalet	Molenaar & Van Winden architecten, Delft, in opdracht van De Woonplaats, Groenlo	Praktijkvoorbeeld 3
Venlo	Zorggroep Noord-Limburg	SATIJNplus Architecten, Born	Praktijkvoorbeeld 4
Goes	Zorggroep Ter Weel	Architektenburo Fierloos bv, Goes	Praktijkvoorbeeld 5
Soest	Zorgpalet Baarn-Soest	JINX Architecten BNA, Amersfoort	Praktijkvoorbeeld 6
Soest	Zorgpalet Baarn-Soest	Oomen Havermans Waltjen bv, Breda	Praktijkvoorbeeld 7
Oud-Beijerland	Sabina van Egmont	GBS architecten, Boskoop	Praktijkvoorbeeld 8
Zuidhorn	Woonzorgcentra Westerkwartier	Artès, bureau voor architectuur en interieur, Groningen	Praktijkvoorbeeld 9 Afbeelding 2
Amersfoort	Zorgaccent Amersfoort	Jorissen Simonetti Architecten, Maarssen	Praktijkvoorbeeld 10
Apeldoorn	Zorggroep Apeldoorn e.o.	MTB Architecten, Apeldoorn	Praktijkvoorbeeld 11
Deventer	Solis Zorggroep	Lengkeek architecten en ingenieurs bv, De Bilt	Praktijkvoorbeeld 12 Afbeelding 9
Heiloo	GGZ Noord-Holland Noord	Zijlstra Schipper Architectenbureau, Wormer	Praktijkvoorbeeld 13 Afbeelding 10
Schiedam	Argos Zorggroep	Lengkeek architecten en ingenieurs bv, De Bilt	Praktijkvoorbeeld 14
Middelburg	SVRZ	Van Aken Architectuur bv, Eindhoven	Praktijkvoorbeeld 15 Afbeelding 11
Middelburg	SVRZ	Archikon, Goes	Praktijkvoorbeeld 16
Vlissingen	Stichting Werkt voor Ouderen, locatie Ter Reede	EGM Architecten bv, Dordrecht	Praktijkvoorbeeld 17 Afbeelding 1







**College bouw  
zorginstellingen**

Postbus 3056  
3502 GB Utrecht  
T (030) 298 31 00  
F (030) 298 32 99  
E [cbz@bouwcollege.nl](mailto:cbz@bouwcollege.nl)  
I [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl)

**Bezoekadres**

Churchilllaan 11  
3527 GV Utrecht