

Bron: Lectoraat ZorgGericht Bouwen, Tussenstand, juni 2012.
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Auteurs: Mr. T. Vroon, drs. ing. G. Thaens, drs. C.J.L. Swen en ing. T. van Lieshout 1)

Jaar: 2011

Kleinschalig wonen... optimaal?

Vastgoedpartijen die investeren in zorggericht vastgoed overzien regelmatig niet waaraan ze beginnen en wat bij deze investeringen de succesfactoren zijn. En dat terwijl dat juist nu zo hard nodig is, omdat AWBZ budgetten krimpen en marktwerking zijn intrede doet. Een goed voorbeeld daarvan is het beleggen in kleinschalige woonvormen voor dementerenden. Uit een recent onderzoek onder zorginstellingen blijkt, dat veelal een integrale businesscase ontbreekt en toevallige factoren (een beschikbare locatie, de bestaande bedrijfscultuur en faciliteiten) veelal leidend zijn. Als gevolg daarvan bestaan grote onzekerheden over de exploitatie en de toekomstige rendementen voor investeerders. Volgens ons is dit onnodig en kan investeren in dit soort vastgoed juist aantrekkelijk zijn, mits partijen vanaf het begin een gezamenlijke businesscase uitwerken rond zorg- en vastgoedexploitatie.

Kleinschaligheid in Nederland

Kenmerkend voor de Nederlandse samenleving is wel dat veel van wat zich voordoet als een geloofsartikel wordt benaderd en vervolgens even zoveel hartstochtelijke aanhangers als geharnaste bestrijders kent. Dat geldt ook voor het verschijnsel van de kleinschalige zorg voor dementerenden. Voor sommigen hét kenmerk van het ware, voor anderen van nog van onbewezen kwaliteit. Dat zou er al meteen op kunnen duiden, dat niet slechts één goed zorgconcept bestaat, maar dat de vraag of zo'n concept goed, laat staan het beste, is in verschillende situaties verschillend zal worden beantwoord. In sommige gevallen zal de zorgvisie van een instelling dominant zijn waarin een veelheid van afwegingen en keuzes wordt gemaakt. In andere gevallen de financiële mogelijkheden, de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit of de mogelijkheid een zekere schaal te realiseren om kwetsbaarheden te verminderen.

Het onderzoek

Er is de laatste jaren veel onderzoek verricht op het terrein van de kleinschalige voorzieningen voor dementerenden. Voorbeelden daarvan zijn dat van Zuidema 2), het Trimbosinstituut 3), Vilans en Akta 4), Te Boekhorst 5) en de Universiteit van Maastricht.

Het onderzoek Kleinschalig wonen. Optimaal? dat de HAN in opdracht van TUIM en ZBz Partners heeft ondernomen vormt een ander voorbeeld. Het onderzoek beoogt initiatiefnemers in staat te stellen een beter gefundeerde keuze rond de inrichting van kleinschalig wonen te maken en daartoe het inzicht te vergroten rond de groepsomvang, de omvang van de locatie en de exploitatiekaders die de AWBZ biedt.

Feitelijk zijn in dit laatste onderzoek vier onderzoeksvragen geformuleerd:

- welke spreiding in locatietype en groepsomvang constateren we in Nederland?
- welke richtinggevende kwalitatieve afwegingen hebben ten grondslag gelegen aan de keuzes van initiatiefnemers?
- van welke kengetallen gaan initiatiefnemers uit bij hun exploitatieberekeningen?
- wat bepaalt de keuze van deze initiatiefnemers bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van een kleinschalige woonvorm?

Het onderzoek is in belangrijke mate gebaseerd op interviews met leidinggevendenden binnen zorginstellingen die vanuit de praktijk bekend waren met kleinschalig wonen voor dementerenden. De instellingen waarvan leidinggevendenden om een interview werd gevraagd werden willekeurig gekozen.

Welke spreiding in locatietype en groepsomvang wordt nu in Nederland aangetroffen?

“No best way to organize” lijkt het als je kijkt naar de grote verscheidenheid van verschijningsvormen. Overigens kent het merendeel van de initiatieven (90%) groepen van 6 tot 8 bewoners, maar groepen van 9 of meer zijn geen uitzondering. Veelal zijn deze groepen geclusterd in een aantal van 4 of meer; in verreweg de meeste gevallen ligt het aantal bewoners per locatie boven 28.

Welke richtinggevende kwalitatieve afwegingen hebben ten grondslag gelegen aan de keuze van de initiatiefnemer?

Bij het organiseren van de zorgexploitatie lijkt vooral de roostering van de nachtdienst dominant.

Dat wil vervolgens niet zeggen, dat geen opvattingen bestaan over kwalitatief-zorginhoudelijke aspecten, maar die hebben niet exclusief betrekking het kleinschalig karakter van het wonen. Dat is mogelijk wel het geval bij de selectie van cliënten: stadium van dementie en sociale vaardigheden bepalen wie wordt toegelaten. Ofschoon overplaatsing als een ethisch probleem wordt ervaren, vormen dwaalgedrag en gedragsstoornissen vanwege het effect op de andere bewoners en de noodzaak tot extra personele inzet toch vaak de aanleiding om overplaatsing te overwegen. Bewoners in een palliatieve fase worden niet meer overgeplaatst. Overigens wordt niet gestreefd naar (blijvende) homogeniteit van de groep in die zin dat elke bewoner zich in hetzelfde stadium van dementie bevindt.

Belevingsgerichte zorg is uitgangspunt, maar indien dat de dagelijkse inschakeling van bewoners bij huishoudelijke activiteiten betekent, wordt daarop nog al eens gereduceerd vanwege de extra inzet van personeel die dat vergt.

Van welke kengetallen gaan initiatiefnemers uit bij hun exploitatieberekeningen? Wat bepaalt hun keuze bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van de kleinschalige woonvorm?

Een aantal feitelijke gegevens van de geïnterviewde groep:

- Het merendeel (80%) van de voorzieningen voor kleinschalig wonen is (zeer) centraal gelegen ten opzichte van de algemene voorzieningen van een grotere voorziening. Het kan niet anders of dit leidt tot een efficiëntere inzet van personeel;
- In tweederden van de gevallen is de overhead bij de instelling als geheel na introductie van kleinschalig wonen niet gewijzigd;
- De meest voorkomende personele inzet (excl. overhead) per bewoner ligt tussen 0,8 en 0,87 FTE, hetgeen een bedrag, inclusief werkgeverslasten vergt van € 35.200 tot € 37.000.
- De kosten voor de voeding ligt meestal tussen € 1825 en € 2000 per bewoner per jaar; de kosten voor welzijn komen neer op een bedrag tussen € 45 en € 75 per bewoner per jaar; de onderhoudskosten liggen meestal op € 2700 per jaar. De kosten voor overhead, de hotelmatige en algemene kosten zijn zeer divers.

Wat bepaalt de keuze van initiatiefnemers bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van een kleinschalige woonvorm?

Wat motiveert een initiatiefnemer nu voor een keuze tot kleinschalig wonen?

Als het doel al **de verbetering van de exploitatie zou zijn**, dan wordt dat doel **niet** gehaald. Kleinschalig wonen leidt niet per definitie tot die platte organisatie en die vermindering van overhead die aanvankelijk wel als voordeel werden genoemd. Weliswaar neemt de beschikbaarheid van mantelzorg in kleinschalige woonvormen substantieel toe, maar de organisatie van de zorg in de nachtsituatie is niet zonder problemen en lijkt initiatiefnemers te stimuleren tot grotere groepen en tot clustering van meer groepen per locatie.

Is dan **het welzijn van de cliënt** leidend bij de besluitvorming? Ook dat lijkt in eerste aanleg niet het geval, ook al bieden de onderzoeken van Zuidema en Akta/Vilans daar alle aanleiding toe. Nagenoeg elke respondent verwijst bij kleinschalig wonen naar de algemene trend, de mode van het moment en naar de wetgeving, de financiering en het rijksbeleid en niet naar het welzijn van de cliënt. Een groter gebouw blijkt ook op het punt van welzijnsactiviteiten voor de bewoners aanzienlijk meer te bieden te hebben. De toegenomen inzet van mantelzorg vertegenwoordigt aanzienlijke toegevoegde waarde, maar de continue beschikbaarheid van mantelzorgers in de toekomst wordt betwijfeld.

Dat neemt overigens niet weg, dat géén van de geïnterviewden terug zou willen naar een situatie van de grotere verpleegafdelingen uit het verleden, al bestaat uiteindelijk geen eenstemmigheid over het de optimae verschijningsvorm.

Geeft soms de **andere ruimtelijke en functionele vormgeving** van kleinschalig wonen de doorslag?

Mogelijk wel. Vaak wordt daarbij gedacht aan het huiselijk karakter, zo gewoon mogelijk wonen in een familie achtige setting. De grootte van de verblijfsruimten/zitslaapkamers die in de onderzochte situaties wordt gerealiseerd, varieert van 20 tot 35m², en is in iets minder dan de helft van de gevallen tussen 28 en 35m² groot. Ze zijn daarmee ruim groter dan wat tot voor kort in de reguliere verpleeghuizen aangeboden placht te worden. Klaarblijkelijk heeft de in het midden van de jaren '90 ingezette privacybeweging nog niet haar eindpunt bereikt.

We vonden in dit verband nog wel een bijzondere correlatie: daar waar de bewonerskamers groter waren was de gemiddelde personele inzet kleiner. Of hier van een oorzakelijk verband sprake is kon overigens niet worden vastgesteld.

Opgeteld blijken bij de keuze rond het principe van kleinschalig wonen vooral overwegingen te spelen van trend en mode en van de klaarblijkelijke maatschappelijke appreciatie, en bij de keuze rond de vormgeving een hele reeks toevallige en exploitatie gerelateerde omstandigheden. Dat neemt niet weg dat de keuze voor kleinschalig wonen, indien eenmaal gemaakt, uiteindelijk toch ook vanuit zorginhoudelijke overwegingen met overtuiging wordt verdedigd.

Tot slot

Succesvolle woonvormen worden gevonden bij organisaties die een heldere visie hebben uitgezet waarin de behoeften en de vraag bewoner centraal staat. Van daaruit wordt een locatie geselecteerd, de indeling gemaakt en het zorg- en ondersteunend proces vorm gegeven. Vastgoedpartijen moeten zich verdiepen in deze materie en niet blijven hangen in exit scenario's (alternatieve aanwendbaarheid) in het geval de zorgexploitatie niet rendeert. De waarde van het vastgoed word, vergelijkbaar met een hotel, ontleend aan de mate van succes van de exploitatie.

Of kleinschalig wonen in absolute zin het beste zorgconcept biedt, is de vraag. Het is goed te bedenken, dat kleinschalige vormgeving van de zorg zoals die in het begin van de jaren '90 van de vorige eeuw ontwikkeld werd, tot op zekere hoogte een reactie vormde op het toentertijd grootschalige verpleeghuis, met zijn medisch getinte model, witte jassen, grote slaapzalen, beperkte privacy en een zekere onpersoonlijke, meer collectieve benadering van bewoners. Dát verpleeghuis bestaat niet meer.

Feitelijk zijn de twee naar elkaar toegegroeid: aan de ene kant zien we kleinschaligheid soms gepresenteerd worden in een grootschalige setting, anderzijds zijn ook in het grotere verpleeghuis belevingsgerichte zorg en de wensen van de individuele cliënt uitgangspunt. Uiteindelijk is de cliënt met name daarbij gebaat. Die zorg kan uitstekend geboden worden binnen een kleinschalige setting. Maar niet exclusief daar.

- 1) De schrijvers zijn respectievelijk lector ZorgGericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), oprichter Thaens Urban Investment & Management (TUIM), zorgvastgoed interim manager en consultant bij TUIM, junior onderzoeker bij het lectoraat ZorgGericht Bouwen.
- 2) Zuidema, S.U., Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten
- 3) Pot, A.M. en Lange, J. de, Monitor woonvormen dementie (Trimbosinstituut)
- 4) Liempd, H.J.M.A. van e.a., Evaluatie onderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie (Vilans & Akta)
- 5) Boekhorst, S. Te, Group living homes for older people with dementia. Concepts en effects