

Zorgvastgoedconcepten in de care

Van visie naar concept



Colofon

Titel Zorgvastgoedconcepten in de care

Auteur F. (Francesco) Ferreri
Email: f.ferreri@student.rug.nl
Studentnummer: s1927817

Opleiding Master Vastgoedkunde
Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen

Begeleider:
Dr. M. H. (Martin) Stijnenbosch

Tweede beoordelaar:
Prof. Dr. E.Z. (Ed) Nozeman



**rijksuniversiteit
groningen**

faculteit ruimtelijke
wetenschappen

Afstudeerbedrijf RO groep
Wilhelminasingel 58
6221 BK Maastricht

www.rogroep.nl

Begeleider:
ir. J. (Jos) Severijns



RO groep

van waardevol

naar waardevast

Status Versie 1 (aangepast) - 24 april 2013

In coming decades, many forces will shape our economy and our society, but in all likelihood no single factor will have as pervasive an effect as the aging of our population.

(Ben Bernanke, U.S. Federal Reserve Chairman, 2006)

Voorwoord

De afgelopen tijd ben ik bezig geweest met het schrijven van mijn master thesis in het kader van de opleiding vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Het schrijven van dit rapport en het inlezen in het onderwerp heeft het nodige bloed, zweet en tranen gekost. Desalniettemin heeft het (uit)eindelijk tot een bevredigend resultaat geleid.

Bij de opleiding Vastgoedkunde worden de nodige onderdelen die gerelateerd zijn aan het vastgoed behandeld. Van financiële tot juridische en beleidsmatige aspecten. Verschillende sectoren passeren hierbij de revue. Aandacht voor zorgvastgoed is echter minimaal. Wat is de reden hiervoor? Is dit een minder interessante markt? Valt hier minder financieel resultaat te behalen? Een ding is zeker, zorgvastgoed zal aan belang winnen gezien de demografische en maatschappelijke omstandigheden in Nederland. Beleidsmatig gebeurt er veel in de zorgsector en daarmee ook indirect met het zorgvastgoed. Hierbij valt te denken aan thema's als het scheiden van wonen en zorg. Ook op financieel gebied is het zorgvastgoed onderhevig aan veranderingen, zoals het overstappen van een vorm van nacalculatie naar prestatiebekostiging (NHC). Dit, en vele andere thema's, maken de markt van zorgvastgoed boeiend maar ook ingewikkeld om te begrijpen. Reden te meer om je goed in te lezen in het betreffende onderwerp.

Het (toenemende) belang van zorgvastgoed werd gelukkig ook ingezien door RO groep: adviseur, ontwikkelaar en bouwer van vastgoed met commerciële gebruiksfuncties. Zij hebben me de mogelijkheid geboden om me te verdiepen in het onderwerp. Ze hebben de tijd en het geduld getoond en gehad om de zorg- en de zorgvastgoedsector goed te doorgronden. Daarvoor mijn dank aan iedereen bij RO groep. Met name wil ik mijn begeleider, dhr. J. Severijns, bedanken voor het geduld en kritische en scherpe opmerkingen gedurende mijn stageperiode. Meelopen bij een organisatie als RO groep heeft voor mij enorm veel meerwaarde gehad. Dit heeft de nodige extra kennis van vastgoed en de bouw opgeleverd, maar ook de (praktijk)ervaringen had ik absoluut niet willen missen.

Eveneens wil ik graag mijn scriptiebegeleider, dr. M. Stijnenbosch, bedanken voor de snelle op kritische feedback op de ingestuurde vorderingen van mijn rapport. Het doen van wetenschappelijk onderzoek was mij vrij onbekend. Met behulp van de nodige sturing en begeleiding heb ik dit alsnog op goede wijze kunnen verbeteren.

Verder wil ik alle mensen bedanken die hebben meegewerkt en hebben bijgedragen aan mijn scriptie. Zowel de mensen die de tijd en moeite hebben genomen om deel te nemen aan de interviews en hebben voorzien in het geven van een rondleiding rond de verschillende projecten in de zorg, als ook de mensen die op andere wijze hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze scriptie.

Maastricht, 24 april 2013

Francesco Ferreri

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op zorgvastgoed in de ouderenzorg, oftewel de verpleging & verzorging. De ouderenzorg is op te splitsen in twee doelgroepen, namelijk ouderen met een somatische aandoening (lichamelijke aandoening) en ouderen met een psychogeriatrische aandoening (mensen met een cognitieve beperking). Dit onderzoek richt zich op de doelgroep ouderen met een PG aandoening. De verwachting is dat deze doelgroep de komende jaren zeer sterk zal stijgen met 132% in 2050 (ten opzichte van het jaar 2011).

De centrale vraag van dit onderzoek is:

“Wat zijn mogelijke nieuwe intramurale zorgvastgoedconcepten voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening?”

Om de vraag te beantwoorden is qua theorie aansluiting gezocht bij het begrip concepting, zoals dat door Rijkenberg is verwoord. Centraal daarin staat dat er een duidelijke visie moet zijn die zo vertaald wordt dat er volgroepen ontstaan en er een soort ‘branding’ van het product of dienst ontstaat. Dat betekent in dit concrete geval dat uitgezocht wordt of er mogelijke nieuwe zorgvastgoedconcepten voor mensen met een PG aandoening bestaan. Dit gebeurt enerzijds door de verschillende algemene (zorg)visies in kaart te brengen die worden gehanteerd bij de zorgverlening voor ouderen met een PG aandoening. Anderzijds zijn er negen verschillende zorgvastgoedconcepten in de provincie Limburg geïnventariseerd, aangevuld met twee unieke zorgconcepten voor ouderen met een PG aandoening in Nederland. Met behulp van interviews is achterhaalt wat de visie / strategie achter de totstandkoming van het zorgvastgoed is geweest en hoe deze visie daadwerkelijk is verwerkt in het vastgoed.

Elke (zorg)vastgoedontwikkeling dient gefundeerd te worden door een duidelijke visie. Hierin moeten de belangrijkste onderdelen staan verwoord waaraan het toekomstig vastgoed moet voldoen om zorg te dragen voor optimale huisvesting en een goed zorgproces. De uitgangspunten en/of de visie die wordt gehanteerd dient nauw aan te sluiten bij de wensen en eisen van de toekomstige gebruikers, de zorgbehoevenden (en het verzorgend personeel). Dit sluit aan bij de algemene trend in de samenleving van een aanbodgerichte naar meer vraaggerichte zorgverlening.

De belangrijkste uitgangspunten die in de praktijk worden gehanteerd door zorginstellingen bij de ontwikkeling van haar vastgoed zijn:

- huiselijkheid;
- herkenbaarheid;
- creëren van een veilige omgeving.

Deze uitgangspunten sluiten goed aan bij de algemene zorgvisie van “belevingsgerichte zorg” die door elke zorginstelling wordt gehanteerd bij de zorg voor mensen met een PG aandoening. Het huisvestingsconcept van kleinschalig groepswonen zorgt ervoor dat deze onderdelen duidelijk omgezet kunnen worden in het zorgvastgoedconcept. In de praktijk blijkt er echter zeer weinig onderscheidend vermogen en/of differentiatie waar te nemen tussen de verschillende onderzochte instellingen als het gaat over de uitwerking van deze elementen in het vastgoed.

Er is niet één mogelijk nieuw intramurale zorgvastgoedconcept vast te stellen. Het vastgoedconcept is afhankelijk van meerdere factoren. Het belangrijkste hierbij is dat de gebruiker/ de zorgbehoevende centraal wordt gesteld. De persoonlijke (on)mogelijkheden en beleving bepaalt het juiste concept.

Enkele aandachtspunten zijn echter wel te geven voor zorgvastgoedconcepten, namelijk:

- kleinschalig groepswonen (eventueel meerdere groepswoningen geclusterd);
- inspelen op de persoonlijke beleving (psychobiografie) van de bewoner, eventueel door middel van het gebruik van technologie;
- individuele ruimtes afstemmen op de fysieke situatie/ het bereik van de bewoner;
- technologie implementeren om de veiligheid te bevorderen, maar ook om beter in te spelen op de beleving van de bewoner;
- werkproces zoveel mogelijk standaardiseren en ruimtegebruik hierop aanpassen;
- beschermde buitenruimte bieden om het prikkel aanbod te reguleren.

Deze onderdelen dienen echter geïntegreerd te worden in de omgeving van het toekomstig concept en in het beleid van de individuele zorginstelling.

Inhoudsopgave

Voorwoord	i
Samenvatting	ii
1 Inleiding	1
1.1 Achtergrond	1
1.2 Vraagstelling	3
1.3 Doelstelling	3
1.4 Onderzoeksofzet	3
1.5 Relevantie	4
1.6 Leeswijzer	4
2 Theoretisch Kader	5
2.1 Concepting	5
3 Zorgvisies	8
3.1 Zorg	8
3.2 Bejegening	11
3.3 Proces	13
3.4 Conclusie	13
4 Strategieën zorgvastgoed	15
4.1 De Tabakshof - Elst	16
4.2 De Herbergier - Grathem	19
4.3 Hornerheide - Horn	22
4.4 Camillus - Roermond	26
4.5 Daniken - Geleen	29
4.6 La Famille - Elsloo	32
4.7 Heiveld - Landgraaf	35
4.8 Oranjehof - Heerlen	37
4.9 Parc Imstenrade - Heerlen	40
4.10 't Brook - Voerendaal	43
4.11 Klein Gulpen - Gulpen	46
4.12 Conclusie	49
5 Conclusie en aanbevelingen	53
5.1 Conclusie	53
5.2 Aanbevelingen	56
5.3 Reflectie	57
Literatuur	58
Bijlagen	61
Bijlage I: Semi-gestructureerd interview	62
Bijlage II: Inventarisatie zorginstellingen en -projecten in Limburg	63
Bijlage III: Interviews	68
Bijlage IV: Project inventarisatie	69

1 Inleiding

De voorliggende scriptie is geschreven in het kader van de opleiding Vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen (RuG). Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van RO groep. RO groep is een organisatie die adviseert, ontwikkelt, realiseert en beheert omtrent huisvestings- en vastgoedvraagstukken met maatschappelijke gebruiksfuncties.

In dit hoofdstuk zal de opzet van het onderzoek worden besproken.

1.1 Achtergrond

De term vergrijzing wordt vaak genoemd in Nederland. Nederland heeft op dit moment ongeveer 4 miljoen 55-plussers, zo'n 25% van de totale bevolking. De verwachting is dat de omvang van deze groep sterk zal toenemen in de komende jaren, terwijl de omvang van de groep jonger dan 55 jaar gelijk zal blijven (Garssen, 2011) (fig. 1.1). Deze veranderende samenstelling van de bevolking zorgt voor een veranderend ziektebeeld en zorgvraag.

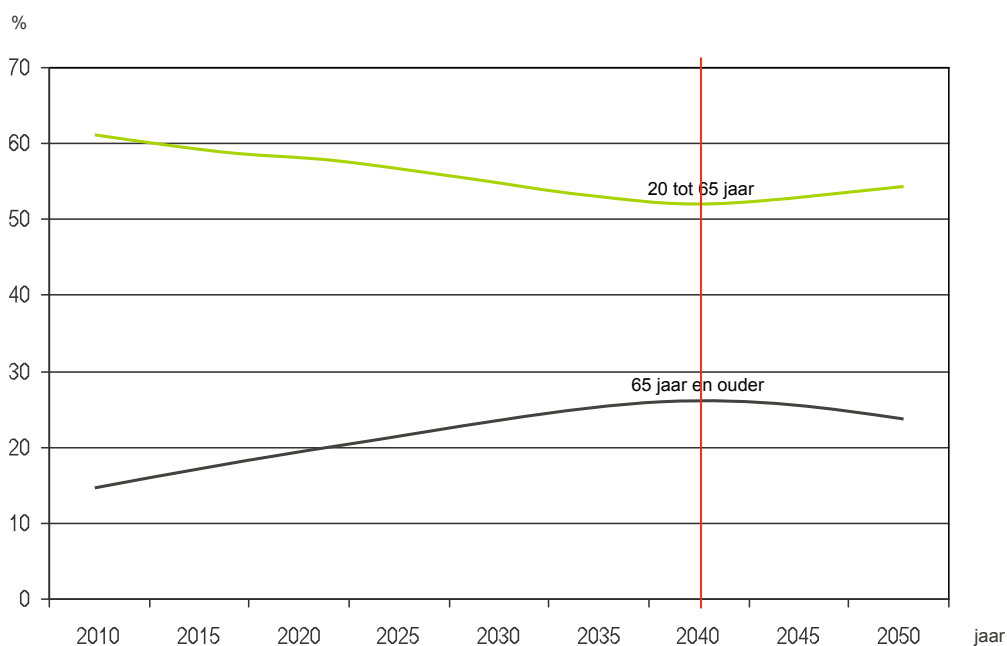


Fig. 1.1: Prognose leeftijdsopbouw 2010 – 2050 (Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012)

Gezien bovengenoemde trend van vergrijzing zal de vraag naar zorg toenemen en de tijd dat van deze zorg gebruik wordt gemaakt langer worden. Dit leidt ertoe dat er steeds meer aanspraak wordt gemaakt op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De kosten voor deze collectieve ziektekostenverzekering zullen daardoor gigantisch oplopen en onbeheersbaar worden (zorgvisie, 2011). Om de kwaliteit van de toekomstige zorg te borgen en de kosten van de AWBZ beheersbaar te houden zijn er reeds enkele hervormingen doorgevoerd (of worden op korte termijn doorgevoerd) (Ministerie van Financiën, 2012). Enkele hervormingsmaatregelen zijn het (versneld) invoeren van het scheiden van wonen en zorg, de extramuralisering en het invoeren van de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Deze hervormingen zijn niet alleen tot stand gekomen door de financiële noodzaak. Dit is mede het gevolg van de veranderende maatschappelijke en sociale omstandigheden. De toekomstige zorgvragers hebben een kritischere houding dan vroegere generaties, zijn beter geïnformeerd over mogelijkheden, zijn welvarender en hoger opgeleid (Ministerie van VROM, 2010). De beleidswijzigingen moeten daardoor ook zorgen voor meer keuzevrijheid voor de klant en een kwalitatief betere zorgverlening (Ministerie van VWS, 2011).

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er een medische grondslag aanwezig zijn waardoor iemand bepaalde activiteiten niet zelfstandig kan verrichten. De zes grondslagen die in het besluit Zorgaanspraken zijn verwoord zijn: somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening/beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (Ministerie van VWS, 2012). Per 1 januari 2009 zijn de zorgzwaartepakketten (ZZP) ingevoerd waarin een profielomschrijving is opgenomen van de grondslagen behorende bij de ZZP. Deze ZZP's zijn onderdeel van de AWBZ en daardoor krijgt iedereen met de functie "zorg met verblijf" een ZZP. De ZZP's voor verpleging en verzorging zijn als volgt opgebouwd (Ministerie VWS, 2012):

ZZP 1: Beschut wonen met enige begeleiding
ZZP 2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging
ZZP 3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
ZZP 4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
ZZP 5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
ZZP 6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
ZZP 7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen met de nadruk op begeleiding
ZZP 8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
ZZP 9a: Geriatrische revalidatiezorg
ZZP 9b: Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
ZZP 10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Een van de grondslagen is een psychogeriatrische aandoening of beperking (PG aandoening). Mensen met een PG aandoening hebben een cognitieve stoornis, zoals een vorm van dementie. Bij mensen met dementie is het bovenbrein ernstig beschadigd. Dit heeft grote invloed op hun gedrag en hoe zij hun omgeving beleven. Het onderbrein zijn de emotionele hersenen en het bovenbrein zijn de denkende hersenen. Met de denkende hersenen houden we onze emotionele hersenen in bedwang. Met het bovenbrein zijn we in staat weldoordacht iets te doen. We hebben zelfinzicht, kunnen initiatieven nemen, kunnen onze impulsen beheersen en uitstellen, zijn in staat ons af te stemmen op de ander en op de situatie en we kunnen ons gedrag sociaal aanpassen. Demente mensen hebben een ernstig beschadigd bovenbrein. Daardoor wordt hun gedrag sterk afhankelijk van de omgeving. Hun gedrag is altijd impulsief, intuïtief en reflexmatig. Ze zijn dus snel boos, bang, blij en bedroefd. Dit gedrag kan gunstig beïnvloedt worden als een "gunstige" omgeving voor het onderbrein wordt gecreëerd. Hierdoor zal er tevredenheid ontstaan bij bewoners en zal hun functioneren verbeteren (Breincollectief, 2012).

Volgens prognoses van Alzheimer Nederland (2011) zal, als gevolg van de vergrijzing, het aantal mensen met dementie meer dan verdubbelen tot ruim 565.000 mensen in 2050. Het aantal mensen dat intramuraal zal verblijven zal eveneens snel toenemen (tabel 1.1).

Tabel 1.1: Prognoses bevolking en dementie

	2011	2020	2030	2040	2050
bevolkingsomvang	16.654.455	17.228.780 (+3,4%)	16.687.800 (+6,2%)	17.840.780 (+7,1%)	17.781.680 (+6,7%)
bevolking 65+	2.594.942	3.400.409 (+31%)	4.197.046 (+61,7%)	4.625.271 (+78,2%)	4.457.427 (+71,8%)
dementie	243.140	301.710 (+24,1%)	407.305 (+67,5%)	513.734 (+111,3%)	565.000 (+132,4%)
Intramuraal verblijf	68.370	87.770 (+28,4%)	119.274 (+74,5%)	151.279 (+121,3%)	

Bron: Alzheimer Nederland, 2011 ; CBS, 2012 & Horizonline, 2010

Kenmerkend voor deze groep zorgvragers is dat zij hun wensen en behoeften moeilijk kenbaar kunnen maken en dat zij vaak worden geconfronteerd met een continue achteruitgang van hun cognitieve en fysieke gesteldheid. Voor deze doelgroep zal intramurale zorg het uitgangspunt blijven. Het is daarom een uitdaging voor verschillende marktpartijen in de zorgsector, maar ook in de vastgoedsector, om het aanbod zo goed mogelijk aan te sluiten op de toekomstige cliënten. Enerzijds zal er nieuwbouw moeten plaatsvinden van zorgvastgoed, maar anderzijds moet ook worden gekeken of bestaand vastgoed kan worden getransformeerd tot (passend) zorgvastgoed.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag voor dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Wat zijn mogelijke nieuwe intramurale zorgvastgoedconcepten voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening?

Onder de groep ouderen met een PG aandoening die in aanmerking komen voor intramurale huisvesting vallen de ouderen met dementie die elke dag ondersteuning nodig hebben en waarbij voortdurend een zorgverlener nabij moet zijn. Deze ouderen komen in aanmerking voor een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor een ZZP 4, 5 of 7.

De hoofdvraag kan onderverdeeld worden in enkele aparte deelvragen waardoor uiteindelijk in de synthese de hoofdvraag kan worden beantwoord.

De volgende deelvragen zijn hiervoor geformuleerd:

1. Welke zorgvisies worden gehanteerd bij de zorg voor de doelgroep ouderen met een psychogeriatrische aandoening?
2. Hoe worden deze zorgvisies in de praktijk in het vastgoed vertaald?
3. Welke visie/ strategie hanteren zorginstellingen bij de ontwikkeling van haar zorgvastgoed voor deze doelgroep?

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te komen tot mogelijke nieuwe zorgvastgoedconcepten voor de doelgroep mensen met een PG aandoening. Hierbij dient eerst de huidige markt in kaart te worden gebracht. Duidelijk moet worden waar zorginstellingen zich op richten bij het ontwikkelen van vastgoed voor deze doelgroep. Wanneer dit helder in beeld is gebracht zal het uiteindelijk mogelijk moeten zijn om nieuwe zorgvastgoedconcepten te ontwikkelen. Het ontwikkelen van een nieuw zorgvastgoedconcept voor deze doelgroep moet passen binnen de kaders van het huidige beleid van de overheid (financieringsstelsel (NHC) en het scheiden van wonen en zorg).

1.4 Onderzoekopzet

Door de jaren heen is er veel onderzoek gedaan binnen de zorg en binnen maatschappelijk vastgoed, de combinatie van huisvestingsconcepten en zorg blijft daarbij onderbelicht. Dit is onbegrijpelijk, gezien de maatschappelijke trends en de kenmerken van vastgoed. Vandaar dat is gekozen voor een explorerend onderzoek om de maatschappelijke trends en de mogelijkheden voor zorgvastgoedconcepten voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening te onderzoeken (Baarda en de Goede, 2001).

De hoofdvraag van dit onderzoek zal worden beantwoord door middel van literatuurstudie gecombineerd met empirisch onderzoek. Bij de literatuurstudie zal met name gebruik worden gemaakt van relevante boeken en publicaties in de vakliteratuur op het gebied van verpleging, psychologie, neurowetenschappen en vastgoed. Op deze wijze zal een goed beeld worden

verkregen van de reeds verschenen literatuur over dit onderwerp. Het empirisch onderzoek wordt uitgevoerd door middel van interviews. Het interview is de aangewezen methode van onderzoek als informatie vergaard moet worden wanneer het om kennis of opinies gaat (Baarda en de Goede, 2001). Wie op zullen treden als gesprekspartners zal gaandeweg het onderzoek in goed overleg worden bepaald.

1.5 Relevantie

Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan passende huisvestingsconcepten voor ouderen met een intensieve zorgvraag. Deze groep mensen kan vaak hun wensen niet concreet kenbaar maken gezien hun fysieke gesteldheid. Door een explorerend onderzoek uit te voeren naar de huidige concepten en een relatie te leggen met de gebruikerswensen van de doelgroep en wetenschappelijk onderzoek (evidence based) kunnen de juiste concepten ontwikkeld en gerealiseerd worden. Hierdoor wordt het aanbod zo goed mogelijk afgestemd op de vraag. Eveneens is het mogelijk oplossingen en alternatieven te bieden voor het huidig minder passend zorgvastgoed, dat naar verwachting in de nabije toekomst een lagere bezettingsgraad zal krijgen door de extramuralisering.

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar maatschappelijk- en zorgvastgoed. Deze onderzoeken gaan veelal over de curatieve zorg. Aan integraal onderzoek voor de doelgroep ouderen met een psychogeriatrische aandoening voor zowel zorg, wonen als welzijn is vrijwel niets te vinden.

1.6 Leeswijzer

De opbouw van dit onderzoek is opgesplitst in verschillende delen. In dit hoofdstuk (één) is gestart met de achtergronden van dit onderzoek. Hieruit blijkt de relevantie van het onderzoek en worden de kwantitatieve gegevens van de ziekte dementie kenbaar gemaakt. In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader geschetst die het mogelijk maakt om een nieuw zorgvastgoedconcept te ontwikkelen, gelet op de huidige markt. Omdat elke (vastgoed)ontwikkeling tot stand komt naar aanleiding van een duidelijke wens/eis over de zorgverlening zal in hoofdstuk drie de verschillende zorgvisies voor mensen met dementie worden geïnventariseerd. Dit zal voor de meeste zorginstellingen, maar ook voor vastgoedontwikkelaars, een uitgangspunt moeten zijn bij het ontwikkelen van zorgvastgoed voor ouderen met dementie. Na deze inventarisatie zal gestart worden met het empirisch onderzoek. Hiervoor zullen in hoofdstuk vier verschillende projecten/ zorgvastgoedconcepten voor mensen met dementie worden verwoord en vergeleken. Gevolgd door een conclusie met betrekking tot de verschillen en overeenkomsten tussen deze projecten. Uiteindelijk zal in hoofdstuk vijf een handreiking worden gedaan voor nieuwe zorgvastgoedconcepten.

2 Theoretisch Kader

Ongemerkt, maar onmiskenbaar vinden er grote veranderingen plaats in de maatschappij. Hierdoor zijn vastgoedconcepten van voorheen minder geschikt voor de huidige generatie en wellicht zijn de huidige concepten niet geschikt voor toekomstige generaties. Volgens Ridderstråle en Nordstrom (2007) komt dit door kennisontwikkeling (en de daarmee samenhangende techniek), door instituties (en globalisering) en door veranderende waarden. Daarom is het van belang om de concepten alsmaar aan te passen en nieuwe concepten te ontwikkelen die geschikt zijn voor komende generaties en doelgroepen.

Rijkenberg (2009) geeft vier mogelijke redenen om nieuwe concepten te ontwikkelen:

1. bestaande markten zitten vol;
2. het marktaandeel heeft zijn grens bereikt;
3. de consument zoekt nieuwe ervaringen;
4. het oude product of concept heeft zijn tijd gehad.

In dit hoofdstuk zal eerst worden ingegaan op het theoretisch raamwerk waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Duidelijk zal worden wat een concept is en hoe dit tot stand komt.

2.1 Concepting

Het (geslaagd) op de markt brengen van nieuwe concepten en producten is geen sinecure. De conceptontwikkelaar dient oog te hebben voor zijn doelgroep en de ontwikkelingen in de samenleving. In de marketing zijn duidelijke paradigma verschuivingen te zien in de wijze van communicatiestrategieën (Rijkenberg, 2009; Vargo & Lusch, 2004; Kotler, Kartajaya, & Setlawan, 2010). Marketingstrategieën zijn veranderd en geëvolueerd van product georiënteerd naar verkoop georiënteerd (vanaf de jaren '20), naar service georiënteerd (vanaf 1956), naar concept georiënteerd (vanaf ca. 2000) (Rijkenberg, 2009). De productgerichte conceptontwikkeling is geëvolueerd naar een belevingsgeoriënteerd productontwikkelingsproces, waarbij de waarden, het gedachtegoed en de visie een centrale rol spelen. Hoewel dit in de literatuur verschillende benamingen heeft, zoals concepting (Rijkenberg, 2009), service dominant logic (Vargo & Lusch, 2004) en marketing 3.0 (Kotler, Kartajaya, & Setlawan, 2010) heeft dit allen min of meer dezelfde betekenis en uitgangspunten.

Binnen de huidige markt wordt geconcurrereerd en “gevochten” om marktaandeel. Hoewel de groep dementerende ouderen autonoom en sterk groeit is hiermee duurzame groei zeker niet vanzelfsprekend. Wanneer de grootte van de doelgroep, in verhouding tot het aantal aanbieders, zal stijgen zullen de winstmarges toenemen. Door de toename van de winstmarges zullen nieuwe aanbieders toetreden tot de markt. Deze nieuwe aanbieders zullen gaan concurreren binnen de huidige markt waardoor het marktaandeel en de winstmarges weer gaan dalen. Uiteindelijk levert dit geen duurzame groei op voor de onderneming als je je ook begeeft binnen zo'n bloedige concurrentiestrijd. Waarom zou je dan de concurrent gaan beconcurreren om een stuk marktaandeel te winnen dat wellicht van tijdelijke aard is? In een dergelijke concurrentiestrijd zal het stukje marktaandeel wellicht in een later stadium worden verloren, wat uiteindelijk resulteert in een zero-sum game. In deze situatie leidt concurrentiestrijd alleen nog maar tot een bloedige rode oceaan van rivalen die strijden om een alsmaar krimpende winstmarge. Duidelijk is dat de concurrentie en strategiebepaling op een andere wijze moet worden benaderd (Rijkenberg, 2009; Chan Kim & Mauborgne, 2012; Scharmer, 2009).

Om duurzame groei te garanderen is het noodzakelijke om nieuwe markten te verkennen en je te begeven in een rustige blauwe oceaan waar de concurrentie weinig invloed heeft op je marktaandeel en winstmarges (Chan Kim & Mauborgne, 2012). Consumenten ontlenen steeds minder status aan merken (Readers Digest, 2012). Klanten moeten dus op een andere wijze

worden gebonden aan het concept. Een middel hiervoor is niet dat je een doelgroep zoekt bij je product, maar je creëert volggroepen, mensen die zich achteraf als een soort gemeenschap bij een merk aansluit (Rijkenberg, 2009). Het product dient dan ontwikkeld te worden vanuit een duidelijke visie (gedachtegoed) die aansluit bij de wensen van de volggroep (zie fig. 2.1). Op deze wijze wordt een klantenkring gecreëerd die zich uitbreidt met consumenten die geloven in deze visie en zich hiertoe aangetrokken voelen. De consument schaft geen merken aan om hier status uit te ontlenuen, maar om het gedachtegoed en de belevenis die het oproept (FEM De Week, 2000). Dit sluit uitstekend aan bij de ontwikkelingen van de marketing, waar het huidige sentiment is gericht op belevingsgeoriënteerde conceptontwikkeling.

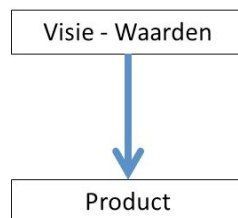


Fig. 2.1: Concepting

Het basisprincipe van de marketing blijft ook hier in stand, namelijk luisteren naar wat de markt vraagt. Het wezenlijke verschil met de traditionele vorm van marketing is dat niet meer wordt gekeken/geluisterd naar wat de mensen in grondstoffelijke zin vragen (producten), maar naar wat zij op geestelijk niveau vragen (Rijkenberg, 2009 blz. 60). Waarde gestuurde bedrijven, zoals Apple, Nike en Virgin, lijken geen moeite te hebben met het aantrekken van klanten. In plaats van producten te pushen verkondigen zij een mentaliteit. Bij het ontwikkelen van een nieuw concept draait het om het creëren van waarden met en door de klanten, oftewel co-creatie. Prahalad en Ramaswamy (2004) omschrijven dit als volgt:

"The meaning of value and the process of value creation are rapidly shifting from a product- and firm-centric view to personalized consumer experiences. Informed, networked, empowered, and active consumers are increasingly co-creating value with the firm. The interaction between the firm and the consumer is becoming the locus of value creation and value extraction. As value shifts to experiences, the market is becoming a forum for conversation and interactions between consumers, consumer communities, and firms. It is this dialogue, access, transparency, and understanding of risk benefits that is central to the next practice in value creation".

Het uitgangspunt is dus een concept ontwikkelen vanuit een duidelijke visie en met duidelijke waarden. De belevingsgeoriënteerde producten staan hierbij centraal. Maar hoe nu te komen tot een product dat voldoende onderscheidend is en "unique buying points" heeft voor de volggroep? Chan Kim en Mauborgne (2012) hanteren hiervoor het criterium van waarde innovatie. Waarde innovatie komt tot stand door het gelijktijdig verminderen van de kosten voor de onderneming en het verhogen van de waarde voor klanten (fig. 2.2). Hierdoor ontstaat een win-win situatie: meer waarde voor zowel klanten als de eigen onderneming.

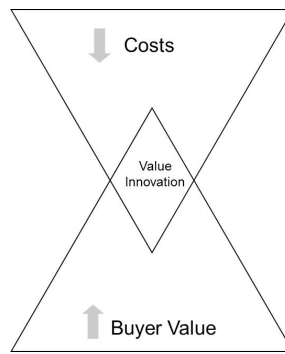


Fig. 2.2: Blue Ocean Strategy- Value innovation

Als startpunt moet hiervoor worden uitgegaan van de huidige markt. De kenmerken waarop deze huidige markt concurreert kunnen met behulp van een strategieplaatje inzichtelijk worden gemaakt. Hierbij behoren niet alleen de directe concurrenten (andere verpleeghuizen) tot de huidige markt, maar eveneens aanvullende segmenten (ziekenhuizen, hotels, extramuraal verblijf) moeten worden meegenomen. Met behulp van het strategieplaatje wordt duidelijk op welke waardefactoren de markt zich focust en waarop geconcentreerd wordt. Hiervoor kunnen de waardefactoren van de concurrentie op de x-as en de mate van aanbod op de y-as worden weergegeven.

Het strategieplaatje dient als uitgangspunt te worden genomen voor het 4 acties kader. Binnen dit kader wordt gekeken (Chan Kim & Mauborgne, 2012 blz. 33):

- welke in de branche vanzelfsprekende factoren moeten *geschrapt* worden?
- welke factoren moeten *afgezwakt* worden tot onder de branchenorm?
- welke factoren moeten *versterkt* worden tot boven de branchenorm?
- welke factoren, die de branche nooit heeft geboden, moeten *gecreëerd* worden?

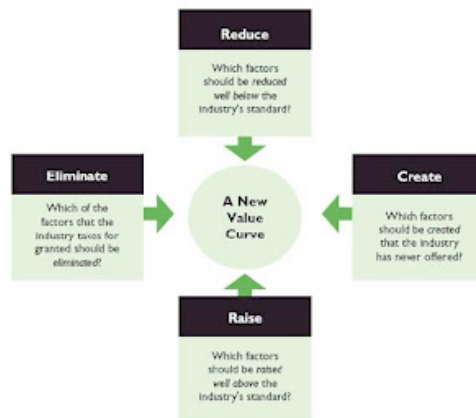


Fig. 2.3: 4-actieskader (Chan Kim & Mauborgne, 2012)

Op deze wijze kan een concept tot stand komen dat waarde innoverend is en welke voldoende “unique buying point” oplevert voor de klanten. De nieuwe strategie dient voldoende focus, differentiatie van de concurrentie en een duidelijke leuze te hebben (Chan Kim & Mauborgne, 2012 blz. 40).

3 Zorgvisies

Vanuit het theoretische raamwerk van concepting blijkt dat een product wordt gefundeerd door een duidelijke visie en/of waarden (zie fig. 2.1 concepting blz. 6) om zo bepaalde volggroepen aan te trekken. Bij de zorg voor mensen met een PG aandoening worden enkele duidelijke zorgvisies gehanteerd. Deze zorgvisies worden nader besproken en uiteengezet in dit hoofdstuk. Een zorgvisie is te omschrijven als: “de opvattingen over hoe de zorg georganiseerd moet zijn, uitgaand van bepaalde mensbeelden” (Thesaurus zorg en welzijn, 2012). Een mensbeeld is de wijze waarop tegen de mens wordt aangekeken. In de zorgsector wordt meestal een holistisch mensbeeld aangehangen. Dit houdt in dat de mens wordt gezien als een eenheid op geestelijk, sociaal en lichamelijk vlak (Partners in zorg, 2008). Hier zal veelal op worden ingespeeld door zowel welzijn, wonen en zorg aan te bieden. Ondanks de definitie van Thesaurus zorg en welzijn is duidelijk dat de zorgvisie een breed en “fuzzy” begrip is. Zorginstellingen hanteren dit begrip om hun denkwijze over de zorg aan te geven, maar dit wordt ook vaak toegepast voor marketingdoeleinden. De visies kunnen dan ook betrekking hebben op verschillende onderdelen van het verzorgingsproces.

Zorg	Bejegening	Proces
Aanbodgerichte zorg	- Fred Lee	- Lean
Vraaggerichte zorg	- Gastvrijheidszorg	
- Belevingsgerichte zorg	- Verwenzorg	
- Geïntegreerde belevingsgerichte zorg		
- Menslievende zorg		
- Omgevingszorg		
- Psychobiografisch verpleegmodel		
Vraaggestuurde zorg		

In dit hoofdstuk zal een inventarisatie worden gemaakt van de huidige zorgvisies voor mensen met een PG aandoening, onderverdeeld in de bovengenoemde categorieën zorg, bejegening en proces. Er zal een beeld worden geschetst van de inhoud en het verschil tussen deze zorgvisies en -benaderingen. Uiteindelijk zal duidelijk moeten worden hoe de verschillende zorgvisies, die worden gehanteerd bij de zorg voor mensen met een PG aandoening, zijn weerslag hebben en tot uitdrukking komen in het vastgoed.

3.1 Zorg

De zorgvisies gericht op zorg zijn op te splitsen in twee niveau's. Enerzijds is er een algemene trend waarneembaar in de maatschappij naar meer mondigere, kritischere en beter geïnformeerde burgers. Hierdoor verschuift ook de zorgverlening van een aanbodgerichte benadering naar een vraaggerichte en vraaggestuurde benadering. Waar voorheen een aanbodgerichte zorgvisie voor de hand lag is dit in de huidige samenleving haast niet meer denkbaar. De zorgconsument wilt zelf bepalen welke zorg hij krijgt en hoe deze zorg ingevuld moet worden. Binnen de huidige samenleving is vraaggerichte zorg dan ook het uitgangspunt. Niet langer wordt het accent gelegd op het creëren van een aanbod waarvan vooral de zorgaanbieder zelf denkt dat het in een behoefte voorziet. Het accent is meer komen te liggen op het goed luisteren naar de vraag, om vervolgens daarop een zo passend mogelijk aanbod te creëren (ethicas, 2012). Deze omschakeling, van aanbodgericht naar vraaggerichte zorg, zorgt voor een cultuurverandering binnen zorginstellingen en andere participerende partijen. Er zal meer en beter geluisterd moeten worden naar de klant (Verbeek, 2003).

De belangrijkste kenmerken van vraaggerichte zorg zijn (Verbeek, 2003):

- de cliënten hebben invloed op doelen, vorm, tijdstippen, enz. van de zorg;
- het aanbod past zoveel mogelijk bij de vraag;
- de zorgverlener blijft verantwoordelijk voor kwaliteit, levering en organisatie;
- vaak: groepsaanbod voor cliënten met vergelijkbare behoeftes.

Vraaggestuurde zorg gaat een stap verder dan vraaggerichte zorg. Bij vraaggestuurde zorg geeft de cliënt niet alleen richting aan het zorgaanbod, zoals bij vraaggerichte zorg, maar bepaalt de cliënt ook zelf de inhoud van de zorg. De machtsmiddelen om met de vraag het aanbod te sturen liggen bij de cliënt (Prinsen, 2002). De ultieme vorm van vraaggestuurde zorg is het persoonsgebonden budget (PGB). De cliënt krijgt hierbij een budget, waarbij hij zelf de keus heeft om deze in te zetten. De cliënt beschikt hierbij dus over zeer grote keuzevrijheid en zelfbeschikking ten opzichte van de mogelijkheden van de zorg.

Eveneens zijn er ook zorgvisies ontwikkeld specifiek voor mensen met een PG aandoening. Dit zijn allen vraaggerichte visies waarbij de klant/ bewoner centraal wordt gesteld.

Belevingsgerichte zorg

Belevingsgerichte zorg is een antwoord op de veranderende eisen die aan de zorg voor chronische zieken worden gesteld. Om te beginnen sluit het aan bij de ervaringen van chronische zieken dat zij geen baat hebben bij een ziektegerichte benadering omdat voor hen de belangrijkste opgave is de chronische aandoening in te passen in hun levensloop.

Belevingsgerichte zorg is de zorg waarbij de beleving van de bewoner als uitgangspunt dient bij de zorgverlening, wat voelt, vindt en wil de bewoner. Zijn of haar specifieke zorgvraag staat centraal. Er wordt ingesprongen op de individuele behoefte van de patiënt, waardoor sociaal contact verbetert, probleemgedrag afneemt en op de patiënt aangepaste psychosociale interventies ervoor zorgen dat de kwaliteit van leven verbetert. De betekenis die de cliënt (en zijn naasten) heeft van zijn situatie, zijn levensverhaal, het ziek zijn en de (on)mogelijkheden zijn het uitgangspunt van de zorgverlening.

De kernwaarden en doelen van belevingsgerichte zorg zijn: gelijkwaardigheid (de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en de deskundigheid van de zorgverlener zijn niet gelijk, maar wel van gelijke waarde), gezamenlijkheid en gepastheid (vorm, inhoud en bejegening passen bij de cliënt en zijn situatie). De vierde kernwaarde is autonomie, niet zo zeer in de zin van zelfbeschikking, maar meer het in staat stellen om zijn zienswijze kenbaar te maken aan de zorgverlener en om de eigen leefstijl te behouden (Pool, Mostert & Schumacher, 2003).

Om het levensverhaal van de cliënt te achterhalen heeft de zorgverlener meerdere mogelijkheden. Enkele therapieën en benaderingswijzen die hiervoor gehanteerd kunnen worden zijn (BTSG, 2012): realiteitsoriëntatie therapie (ROT), warme zorg, reminiscentie, valideren, zintuigactivering, psychomotorische therapie, levensboeken en passiviteit van het dagelijks leven.

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg (Maieutische zorg of Zingevingmodel) is gericht op het verbeteren van het emotioneel en sociaal functioneren en de kwaliteit van het leven, specifiek bij ouderen met dementie. Centraal in de begeleiding staat het aansluiten bij de beleving en de mogelijkheden van de persoon. Van der Kooij (2003) definieert geïntegreerde belevingsgerichte zorg als: "het op de individuele dementerende verpleeghuisbewoner afgestemde geïntegreerde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, rekening houdend met diens gevoelens, behoeften, lichamelijke en psychische beperkingen. Het doel is dat de bewoners zo veel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en

de verpleeghuisopname, dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden”.



Fig. 3.2: Schematische weergave van het zingevingmodel (van der Kooij, 2003)

Het zingevingmodel kent vijf concepten die geïmplementeerd kunnen worden bij de verzorging van dementerende ouderen, namelijk professionaliteit, creativiteit, contact, communicatie en zorgrelatie (van der Kooij, 2003).

Bij geïntegreerde belevingsgerichte zorg kan de zorgverlener dezelfde benaderingswijze toepassen als bij belevingsgerichte zorg. Verder zijn er nog andere methodische instrumenten die het belevingsgericht werken ondersteunen, zoals het hanteren van een ZorgLeefplan of een zorgoverzicht (zorgkaart) (IMOZ, 2012).

Menslievende zorg

Menslievende zorg, ook wel presentie benadering genoemd, is ontwikkeld door Andries Baart. De presentie benadering wordt gedefinieerd als: “goede, nabije afgestemde zorg die professioneel en met liefde wordt gegeven” (Baart, 2004). Deze visie gaat uit van het scheppen van menselijke liefdevolle verhoudingen. Menslievende zorg wordt niet alleen toegepast in de ouderenzorg, maar het is ook goed mogelijk om deze visie toe te passen in de verslavingszorg, psychiatrie of jeugdzorg.

Uitgangspunt bij deze visie is het bieden van zorg met bekommernis, met medeleven, aandacht en trouw. Van belang hierbij is tevens het aansluiten bij en afstemmen op de belevingswereld en de historische achtergrond van de zorgbehoevende.

Specifieke kenmerken van de presentie beoefening zijn (Baart, 2004):

- beweging plaats en tijd (de beroepskracht van de ander/ zorgbehoevende)
- ruimte en begrenzing (uit één stuk werken in plaats van specialisering)
- aansluiting (bij het geleefde leven zijn)
- zich afstemmen (het goed van de ander centraal stellen)
- betekenis (erkenning en relatie; op dezelfde hoogte zitten)

Omgevingszorg

Deze visie op de zorg voor dementerende ouderen is ontwikkeld door sociaal geriater Anneke van der Plaats. Uitgangspunt van deze visie zijn de nieuwe inzichten over de werking van de hersenen en het (probleem)gedrag bij mensen met dementie. Om dit gedrag te beïnvloeden is er een koppeling gemaakt tussen de werking van de hersenen en de omgeving rondom de mensen met dementie.

De 8 principes (neurologische wetmatigheden) die bij de ontwikkeling van de omgevingszorg in acht zijn genomen zijn (Verbraeck & van der Plaats, 2012):

1. er is een indeling van hersenen naar vier niveaus en de bijbehorende functies;
2. een dementerende is afhankelijk van zijn omgeving;
3. bij dementerenden is het doseren van prikkels belangrijk;
4. het is ongunstig dementerende te laten falen;
5. het geheugen bestaat uit plaatjes;
6. externe prikkels kunnen bij dementerenden doelgerichte bewegingen bevorderen;
7. dementerenden kunnen impulsen, emoties en stemmingen niet meer bedwingen;
8. dementerenden hebben minder behoefte aan slaap en meer behoefte aan dutten en veel licht overdag.

Om omgevingszorg toe te passen in het vastgoed zullen deze wetmatigheden geïnterpreteerd moeten worden en hier een passende uitwerking voor moeten bedenken in het vastgoed.

Psychobiografisch verpleegmodel

Het psychobiografisch verpleegmodel is een visie op zorg die (nog) niet wordt gehanteerd in Nederland. In de Duitstalige landen, daarentegen, wordt deze visie al geruime tijd toegepast bij de zorg voor mensen met dementie.

Het psychobiografisch verpleegmodel is een holistische benadering voor de zorg en ondersteuning / dagbesteding van mensen met dementie (Becx, 2011). Het is eveneens een belevingsgerichte visie waarbij de wensen en behoeften van de mens met dementie centraal staan. Uitgangspunt bij de verlening van de zorg is dat er voor elk individu een (psycho)biografie wordt bekeken en wordt vastgesteld. Eveneens wordt de stadia van de dementie (oftewel zoals Böhm het noemt, de 'interactieniveaus') van de individu beoordeeld. Wanneer deze twee elementen zijn beoordeeld is het mogelijk om de juiste zorgbehoefte in kaart te brengen en zodoende een goed individueel zorgplan op te stellen.

Dit model impliceert dat ieder mens uniek is en op zijn eigen wijze is "gevormd". De tijd waarin de mens met dementie verkeert en waarin, voor de beleving van deze persoon, het leven zich afspeelt is met name de periode van het 25ste - 30ste levensjaar.

Deze zorgvisie kan worden toegepast voor zowel activerende als reactiverende zorg. Voor de mensen met een beginnende fase van dementie wordt het activerende toegepast doordat de eigen regie en verantwoordelijkheid wordt behouden. Wanneer de fase van dementie vordert heeft het voornamelijk een reactiverende toepassing doordat er impulsen worden gegeven die tot doel hebben de jeugd te herbeleven.

De combinatie van de psychobiografie van de mens en zijn interactieniveau maakt het mogelijk om een, speciaal op het individu, afgestemd zorgplan samen te stellen. Wanneer het juiste zorgplan is opgesteld, en zo wordt voldaan aan de zorgbehoefte van de persoon, zal de achteruitgang van de interactieniveaus stabiliseren waardoor deze persoon langer aanspreekbaar en bereikbaar blijft.

3.2 Bejegening

Enkele zorgvisies hebben ook alleen betrekking op de bejegening van de klant. Deze zijn soms afkomstig uit commerciële sectoren om de klanttevredenheid te vergroten of de ervaringen te verbeteren. Bij de bejegening van de zorgbehoevende wordt rekening gehouden met de wijze hoe de gast behandeld en benaderd dient te worden. Doordat er ook in de Care sector meer vraaggericht wordt gewerkt zal ook hier de bejegening van de gast onderhevig zijn aan veranderingen.

Fred Lee

De visie van Fred Lee wordt tot op heden vooral toegepast binnen de cure. Dit is niet vreemd aangezien Fred Lee een voormalig ziekenhuisdirecteur is en eveneens medewerker bij Disney is geweest. Deze visie is erop gericht dat de klanten op een vriendelijke en klantgerichte wijze benaderd dienen te worden. Mensen zijn ziek, lijden of hebben pijn en dat vereist, naast het bieden van service, de zorg voor een optimale ervaring van patiënten in het ziekenhuis. Vriendelijkheid is niet voldoende, er moet sprake zijn van compassie. Het streven moet niet gericht zijn op goede zorg en dienstverlening, maar op excellente/ uitmuntende zorg (Lee, 2009).

Uiteindelijk zullen de klanten de zorg niet uitsluitend beoordelen op de geleverde diensten, maar voornamelijk op de ervaringen en belevingen tijdens het verblijf. Dit neemt niet weg dat de zorg geen prioriteit heeft, er wordt van uitgegaan dat de zorg altijd van dien aard is/moet zijn dat de kwaliteit goed is. De kwaliteit van de zorg zal daarom niet als beoordelingscriterium voor de zorginstelling gelden. De klanten zullen een zorginstelling beoordelen aan de hand van de beleving en ervaringen gedurende het verblijf. Belevingswaarde wordt bepaald aan de hand van loyaliteit. Dit is niet de mate van patiënttevredenheid, maar de mate waarin een patiënt de zorginstelling aan zal raden aan bekenden.

Een optimale beleving kan en zal niet tot stand komen wanneer de zorgverlening volgens vaste protocollen wordt verleend. De verpleging zal een grote mate van creativiteit en vrijheid moeten krijgen om deze beleving te creëren. Efficiency is daarom van ondergeschikt belang bij deze visie. Deze visie van klantbenadering zal binnen de gehele organisatie toegepast moeten worden.

Gastvrijheidszorg

Het verblijf in een intramurale setting is veelal niet de eerste wens van een zorgbehoevende. Aangezien de zorgbehoevenden meestal de rest van hun leven intramuraal verblijven is het van belang om deze zich thuis te laten voelen. Gastvrijheid door de zorginstelling is hierbij een vereiste. Hierbij hoort ook het denken in 'gasten' in plaats van 'cliënten en patiënten'. Dit kan ook in de zorg tot een attitudeverandering leiden die noodzakelijk is om te komen tot goede vraaggerichte zorg (Messing, 2011). Gunnarsson en Blohm (2012) hebben het idee van hostmanship, welke het idee is achter gastvrijheid in de zorg, uitgewerkt. De visie van hostmanship heeft dan ook zijn oorsprong in commerciële sectoren waar gastvrijheid al veel langer nadrukkelijk wordt toegepast.

In de zorg wordt de gastvrijheidszorg gemeten met het instrument "Gastvrijheidszorg met sterren". Belangrijke onderdelen van het instrument zijn: gezond en lekker eten en genieten van een goede maaltijd in een prettige ambiance, maar ook de manier waarop cliënten door het personeel worden geholpen dankzij een gastvrije bejegening. Zorginstellingen die meedoen krijgen een vermelding in de Sterrengids Gastvrijheidszorg. Zorginstellingen die meedoen krijgen een vermelding in de Sterrengids Gastvrijheidszorg. Hierbij zal er beoordeelt worden op de thema's eten & smaak, gezelligheid, gezond & lekker en Textielbeheer, zorgondersteuning, dienstverlening & comfort (www.zorgmetsterren.nl).

Verwenzorg

Voor chronisch zieke mensen is het soms moeilijk om nog een menswaardig leven te lijden met pijn en eenzaamheid. In de hedendaagse gezondheidszorg wordt gehamerd op het belang van autonomie en zelfzorg. Aan autonomie en eigen regie ontbreekt het juist vaak bij chronische zieken zoals ouderen met dementie. Door automatiseringen en het gebruik van standaard werkprotocollen wordt de zorg minder menselijk en vermindert het menselijk contact tussen verzorgend personeel en de zorgbehoevende. Juist aan dit menselijk contact hebben de chronisch zieken veel behoeften..

Verpleegkundigen, verzorgenden en andere personeelsleden in de gezondheidszorg moeten, buiten de gewone zorg, extra aandacht hebben voor de groep langdurig zieken. Mantelzorgers en

verzorgers moeten hen helpen om hen te laten genieten, geluk te laten voelen, mooie dingen te zien of te doen. Chronische zieke mensen moeten vaker en regelmatig in de watten worden gelegd om hen een goed gevoel te geven (verwenzorg.nl, 2012). Verwenzorg initiatieven kunnen komen vanuit de zorginstelling (organisatie), individueel verzorgingspersoneel of vanuit de mantelzorgers en kunnen variëren van regelmatige therapeutische massages tot bezoeken aan bijvoorbeeld dierentuinen. Dit speelt met name bij de ouderenzorg, maar ook binnen de gehandicaptenzorg.

3.3 Proces

Door de huidige omstandigheden in de gezondheidszorg, waarbij budgetten onder druk staan en de werkprotocollen beter ingericht kunnen worden, wordt het werkproces nader bekeken. Bij de visies die gericht is op het werkproces staat efficiëntie en effectiviteit voorop. Om goede zorg te kunnen verlenen zullen de werkprocessen geïnventariseerd en opnieuw ingericht moeten worden.

Lean

De betekenis van Lean is: "hetzelfde doen met de helft minder", oftewel effectiever en efficiënter werken. Deze visie komt oorspronkelijk niet uit de zorg, maar is ontwikkeld vanuit het productieproces van de auto-industrie (Toyota). Inmiddels heeft deze visie ook andere sectoren bereikt en daarmee ook de zorg (met name de cure) en de bouw (o.a. van der Voort, 2009 & van Randen, 2012).

Lean heeft als startpunt het zien van welke onderdelen waarde creëren voor de cliënt en de organisatie. Deze waarde moet geoptimaliseerd worden door de zeven benoemde vormen van verspilling te elimineren of te minimaliseren. De zeven vormen van verspillingen zijn (van der Voort, 2008):

- overproductie (meer doen dan nodig is);
- wachten (zowel patiënt, zorgverlener als apparaat of ruimte);
- transport (verplaatsen van patiënten of middelen);
- onnodige processtappen activiteiten die geen waarde toevoegen voor patiënten);
- voorraad (bijv. medicatie, formulieren, verbandmateriaal);
- beweging (omdat iets niet binnen handbereik is);
- correcties (iets corrigeren dat niet in een keer goed is uitgevoerd).

3.4 Conclusie

Zoals blijkt uit voorgaande worden verschillende visies en standpunten aangehouden bij de zorg in de Care. Deze visies hebben allen betrekking op meer vraaggerichte zorg, waarbij de wensen van de klant/ bewoner meer centraal komen te staan. In de verschillende visies wordt steeds meer mogelijkheden geboden aan de zorgbehoevenden om zijn wensen kenbaar te maken met als gevolg om hier de zorg beter af te stemmen. Dit leidt er uiteindelijk toe dat het aanbod meer op de belevingswereld van de mens met dementie wordt afgestemd. Hoewel belevingsgerichte zorg en het psychobiografisch verpleegmodel geen directe en concrete uitwerkingen geven om het vastgoed zodanig in te richten op de belevingswereld van de mens met dementie, gebeurt dit wel op indirecte wijze doordat de zorgbehoevende meer inspraak krijgt in het verzorgingsproces. Omgevingszorg daarentegen gaat wel direct in op de invulling van de omgeving (inclusief vastgoed en inrichting) om meer op de beleving van de zorgbehoevende in te spelen. Hierdoor kan er met name veel van omgevingszorg worden geleerd over de inrichting, materiaal- en kleurgebruik van het vastgoed.

Naar aanleiding van de inventarisatie van de zorgvisies blijkt dat het vastgoed nauwelijks wordt betrokken bij de visies. De visies hebben meer betrekking op de dienstverlening van en voor de

bewoners en in mindere mate op het gebruik van hulpmiddelen (bijv. vastgoed) en toepassingen (bijv. zorgtechnologie) voor de bewoners. Ondanks de relatief summiere relatie met het vastgoed kunnen er toch enkele onderdelen worden gedestilleerd uit de overeenkomsten tussen de verschillende visies.

Bij de ontwikkeling van een vastgoedconcept voor de doelgroep mensen met een PG aandoening kunnen de volgende onderdelen in acht worden genomen:

- Inspelen op de populatie van de nabije toekomst in verpleeghuizen. Deze zal voornamelijk bestaan uit mensen van de zogenaamde “protestgeneratie” (geboren tussen 1945 en 1954). Kenmerken van deze groep zijn: autonomie, onafhankelijkheid, mondigheid, kritische instelling en niet-hiërarchische instelling (Becker, 1992).
- Inspelen op de individuele (psycho)biografie van de bewoner om zodoende de herkenbaarheid voor de bewoner te bevorderen. Dit kan gebeuren middels technologie of door kenmerkende architectuur en inrichting.
- Architectonische kenmerken zoals gebruikelijk uit de jeugdtijden van de “protestgeneratie”. Hierbij valt te denken aan woningen in jaren ‘30 stijl.
- Ruimtegebruik af stemmen op de mobiliteit, behoefte en “reikwijdte” van de bewoner. Mensen met een beperking (somaïsch of psychogeriatrisch) zijn vaak niet meer volledig mobiel. Door de ruimtebehoefte hierop af te stemmen, met dien verstande dat het oppervlak voldoende groot is voor rolstoeltoegankelijkheid maar niet te groot is zodat de bewoners zich overal kunnen begeven, zal de veiligheid van de bewoners toenemen. Minimale eisen om de toegankelijkheid te bevorderen kunnen mede uit de prestatie-eisen nieuwbouw van het voormalig College bouw zorginstellingen worden gehaald (Cbz, 2007).
- Bieden van verschillende prikkels. Dit is mogelijk door het toepassen van ruimten met verschillende thema’s of door middel van technologische toepassingen.
- Zorgen voor voldoende daglicht toetreding en biodynamisch licht (van Someren e.a., 2008).
- Faciliteren in voldoende (buiten)ruimten voor activering van de bewoners om de cognitieve achteruitgang zo veel mogelijk te beperken (Scherder, 2012).

De daadwerkelijke uitwerking en diepgang van deze verschillende onderdelen is afhankelijk van de gebruiker. Ook de doelgroep mensen met een PG aandoening kan verder gesegmenteerd worden naar welvaartssituatie of leefstijl. Het ligt voor de hand dat, wanneer de financiële tegenprestatie van de zorgbehoevende hoger is, er meer geboden kan worden aan (ruimtelijke) diversiteit.

4 Strategieën zorgvastgoed

Vanuit een visie zal uiteindelijk een zorgvastgoedconcept, oftewel het product, conform het idee van concepting (zie fig. 2.1 concepting blz. 6) moeten worden gecreëerd. In dit hoofdstuk zullen verschillende zorgvastgoedconcepten in de ouderenzorg worden geïnventariseerd. Hiermee wordt een beeld geschetst van de huidige markt van zorgvastgoedprojecten in de ouderenzorg. Het empirisch onderzoek is uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews (bijlage I). Met behulp van interviews is het mogelijk om de achterliggende strategieën en visies bij de ontwikkeling van de projecten te achterhalen. Ook zal hierdoor moeten blijken wat de positieve en negatieve aspecten van het betreffende zorgvastgoedconcept zijn (Flowerdew & Martin, 2005).

De geïnventariseerde cases zijn geselecteerd aan de hand van enkele criteria. Dit zijn geweest:

- Afbakening gebied
- Grootte van de zorginstellingen
- Unieke concepten voor mensen met een PG aandoening

Het bereik van het onderzoek is geografisch afgebakend tot de provincie Limburg. Voor deze afbakening is gekozen omdat dit het voornaamste werkgebied van RO groep (waar dit onderzoek wordt uitgevoerd) is. Eveneens is de demografische situatie in deze provincie zodanig dat er een groot aantal ontwikkelingen gaande zijn, of reeds hebben plaatsgevonden, op het gebied van zorgvastgoed voor ouderen. Deze ontwikkelingen zullen, naar verwachting, representatief zijn voor de zorginstellingen in Nederland.

Alvorens gestart kan worden met de interviews zijn eerst de zorginstellingen in Limburg en de daarbij behorende projecten (inclusief bouwjaren) geïnventariseerd (bijlage II). De registratie van dit soort (bouw)gegevens van zorginstellingen in Nederland laat te wensen over. Deze gegevens worden weliswaar bijgehouden en geregistreerd in de databank Wonen-Zorg bij Aedes-Actiz kenniscentrum wonen en zorg¹, echter zorginstellingen moeten deze gegevens zelf bijwerken en invoeren. Hierdoor zal de databank niet volledig zijn. De inventarisatie van zorginstellingen en projecten in Limburg is daarom opgezet met behulp van de databank Wonen-Zorg, aangevuld met gegevens van de internetsites van de individuele zorginstellingen. Vanuit de inventarisatie van zorginstellingen in Limburg zijn de "grotere" zorginstellingen (meer dan vijf projecten) benadert. Dit is gedaan vanuit de veronderstelling dat juist bij deze instellingen de meeste zorginhoudelijke en vastgoed/ bouwtechnische aanwezig is. Deze instellingen zullen eveneens meer ervaring hebben met het ontwikkelen en bouwen van zorgvastgoed.

De keuze voor het specifieke project van elke zorginstelling is gemaakt door de betreffende respondent. Door de onderzoeker is hierbij alleen een beperking opgelegd dat het project tenminste gerealiseerd moest zijn na het jaar 2007 en dat het project huisvesting moet bieden aan mensen met een PG aandoening. Deze beperkingen zijn opgelegd vanuit de veronderstelling dat juist bij de recentere projecten de nieuwste kennis en technologie zal zijn geïmplementeerd.

Het onderzoek is verder uitgebreid met een tweetal landelijk instellingen die specifiek zijn gericht op zorg en huisvesting voor mensen met een PG aandoening. Dit zijn het Martha Flora zorgconcept in de Tabakshof te Elst en de Herbergier.

De zorginstellingen die hebben meegewerkt en bereid zijn geweest informatie te verstrekken voor dit onderzoek zijn weergegeven in bijlage III. Er is gekozen om dit hoofdstuk op te bouwen aan de hand van de verschillende projecten. Zo zal duidelijk worden wat precies de strategie en visie van de zorginstelling bij het project is. Eveneens is het zo mogelijk om de verschillende projecten met elkaar te vergelijken en overeenkomsten/verschillen te achterhalen.

Als toevoeging op dit hoofdstuk zijn in bijlage IV de projecten met plattegrond, situatietekeningen en eventueel ook met behulp van foto's visueel weergegeven.

¹ www.kcwz.nl --> databank Wonen-Zorg

4.1 De Tabakshof - Elst

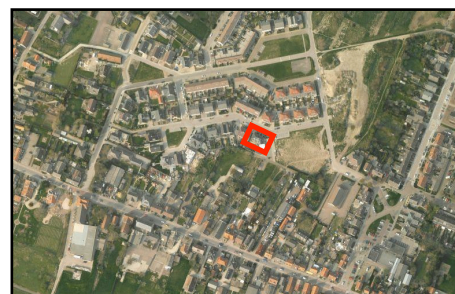
Het project de Tabakshof in Elst (provincie Utrecht) maakt deel uit van zorginstelling Quarijn. De Tabakshof heeft kleinschalige woonzorg voor mensen met dementie op basis van het Martha Flora zorgconcept. Het Martha Flora zorgconcept (wonen, zorg en welzijn) is een concept voor mensen met dementie. De tabakshof is het eerste, en op dit moment het enige, verpleeghuis in Nederland dat met het Martha Flora concept werkt.

Het Martha Flora zorgconcept wordt gekenmerkt door de volgende onderdelen (Martha Flora, 2012):

- individuele zorg;
- familie die erbij hoort;
- professionele en betrokken medewerkers;
- welbevinden van bewoners;
- aantrekkelijk wonen.

Bij deze kenmerken komen duidelijk de onderdelen zorg, welzijn en wonen (vastgoed) naar voren. In dit onderzoek zullen alleen de onderdelen die te maken hebben met het vastgoed, en waar mogelijk een relatie hebben met de andere kenmerken, aan bod komen.

De Tabakshof is gelegen in Elst midden in het dorp. In de directe omgeving zijn veel ontwikkelingen gaande ten behoeve van nieuwbouw (gezins)woningen. Hierdoor is er veel contact met de omgeving en zijn er eveneens voldoende voorzieningen in de nabijheid die voorzien in de behoeften van de bewoners.



Het verpleeghuis is gelegen op de begane grond van het gebouw. Hier worden 12 bewoners met een PG aandoening gehuisvest. Op de overige twee verdiepingen zijn zorgappartementen gerealiseerd, hier kunnen mensen met een lichtere zorgvraag wonen. De Tabakshof heeft in 2010 zijn intreden gedaan in het gebouw. Voor deze tijd werd hier verpleeghuiszorg voor mensen met een somatische aandoening verleend. Ten behoeve van het vastgoed verschillen de wensen en eisen van deze doelgroepen niet veel.

De visie/ uitgangspunten bij het Martha Flora concept, gelet op het onderdeel aantrekkelijk wonen kan worden verwoord als (Martha Flora, 2012):

- ligging midden in de samenleving;
- individuele woningen met eigen sanitair en pantry;
- uitgebreid prikkelaanbod;
- architectuur/ interieur afgestemd op de behoeften van de mensen met dementie.

Opgemerkt dient te worden dat dit de wensen/eisen van Martha Flora zijn. Niet alle wensen zullen daadwerkelijk tot uitvoer komen. Bij de Tabakshof had dit met name te maken doordat het reeds een bestaand gebouw was. Hierdoor moest een adequate oplossing worden gezocht binnen de contouren van het gebouw.



Bij de Tabakshof in Elst heeft elke bewoner een eigen zit-slaapkamer op de begane grond van het gebouw. Hier is de bewoner bevoegd om zijn eigen bezittingen mee te nemen en de kamer naar wens in te richten.

De individuele kamer is voorzien van een eigen sanitaire ruimte. Bij de Tabakshof hebben de bewoners echter geen eigen pantry's. Binnen de structuur van het huidige gebouw was het niet mogelijk om dit aan te passen zonder al te grote verbouwingen. Deze pantry's worden door Quarijn echter ook niet noodzakelijk geacht omdat er wel wordt voorzien in een ruime keuken en restaurant. De meeste bewoners zullen toch niet meer in staat zijn om voor zichzelf te koken of koffie te zetten, waardoor de pantry's ook overbodig zijn. De individuele kamers zijn eveneens voorzien van een vast tillift systeem. Dit was echter ook geen specifieke wens, maar was reeds aanwezig voor de doelgroep die er voorheen werden gehuisvest, ouderen met een somatische aandoening. Ondanks dat dit geen specifieke wens is komt dit systeem wel degelijk van pas bij de verzorging van enkele bewoners.

Om tot de eis van een uitgebreid prikkelaanbod te komen zijn er bij de Tabakshof verschillende aaneengeschakelde gemeenschappelijke ruimtes gecreëerd, de zogenaamde Meander. Dit zijn ruimtes als zalen, kamers, nisjes en hoekjes met elk zijn eigen sfeer en een verschillend prikkelaanbod. De bewoners kunnen zich door de ruimtes bewegen, oftewel meanderen, en zo op zoek gaan naar de gewenste prikkels. Hierdoor kan de bewoner zelf beoordelen en voelen waar hij zich het prettigst voelt.

De verschillende gemeenschappelijk ruimtes die bij de Tabakshof zijn gerealiseerd:

- woonkamer;
- familiekamer (groot en klein);
- bibliotheek;
- tuinkamer;
- keuken;
- atelier.

De inrichting en architectuur is tot stand gekomen door intensieve samenwerking met het Dementia Services Development Centre (DSDC) van Stirling University in Schotland². Hierdoor worden er theoretische en praktische oplossingen aangereikt, op het gebied van dementiezorg, die een positieve invloed hebben op het welbevinden van de bewoners. Dit is een zorgvisie die ook wel getypeerd kan worden als omgevingszorg.

De invloeden van het DSDC zijn met name terug te zien in:

- het kleurgebruik;
- het materiaalgebruik/ vormgeving

Als voorbeeld hiervoor kan het kleurgebruik in de verschillende "belevingshoekjes" worden gegeven. Zo is er bijvoorbeeld een groene, bosrijke omgeving die moet zorgen voor rust. De wandafwerking van de verkeersruimte is voorzien van een licht roze kleur, dit heeft een kalmerende en rustgevende werking op het gedrag en de beleving van mensen met dementie.

Een goed voorbeeld van materiaalgebruik voor mensen met dementie zijn de gebruikte stoelen. Stoelen met "oortjes" zorgen ervoor dat de mensen zich kunnen concentreren en niet snel zijn afgeleid. Eveneens is er gelet op de hardheid van de vulling van de meubels. Hierin dient een balans te zitten omdat te hard niet goed is, maar te zacht wordt ook als oncomfortabel ervaren.



² <http://dementia.stir.ac.uk/>

Concluderend kan worden gesteld dat het Martha Flora concept met name tot uitdrukking komt in de bejegening en verzorging van de bewoners. Gelet op het vastgoed vormt de Meander wel een onderscheidend onderdeel, echter dit kan en wordt bij meerdere instellingen in meer op mindere mate gehanteerd. Vanuit de visie van het Martha Flora concept, wat uitgaat van individuele zorg, wordt er ook weinig gebruik gemaakt van technologie (alleen bewegingsmelders).

Het huisvestingsconcept bij de Tabakshof wordt gekenmerkt door "kleinschalig groepswonen". Voor het groepswonen houdt dit in dat er individuele zit-slaapkamers zijn en dat de gemeenschappelijke ruimten worden gedeeld per groep. Voor onderstaande gegevens is dit van belang omdat de voorzieningen voor de groepswoningen zullen worden gedeeld door de grootte van de groep.

In onderstaande tabel zijn enkele gegevens van de Tabakshof weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (ouderen)	12		
Gebied			
Oppervlakte kavel		± 2.459	
Oppervlakte bebouwd		± 987 (40,14%)	
Wonen/ verblijf			
Ind. zit-slaapkamer	12	± 246	± 20,50
Ind. sanitair	12	± 80,4	± 6,70
Gem. woonkamers ('meander')	5	± 105,4	± 8,78
Gem. keuken	1	± 45,4	± 3,78
Gem. ruimte (multifunctioneel/ atelier)	1	± 56,3	± 4,69
Gem. sanitair	4	± 30,3	± 2,53
Gem. textielbeheer	1	± 10	± 0,83
Gem. spoelruimte	1	± 9,1	± 0,76
Gem. berging	5	± 49,5	± 4,13
Verkeersruimte		± 136,4	± 11,37
Beschermde buitenruimte		± 208,4	± 17,36
Personeel/ kantoor/ overleg	1	± 14,1	± 1,18
Personeel			
Personeel (fte)	14		
Personeel per gast	1,17		

4.2 De Herbergier - Grathem

De Herbergier is een concept speciaal voor mensen met dementie. Deze zorgformule is eigendom van De Drie Notenboomen b.v. (DDN) en wordt uitgedragen door middel van een franchising formule. Het verschilt eveneens van reguliere zorginstellingen omdat dit geen AWBZ instelling is. Inmiddels zijn er 18 Herbergiers in Nederland, waarvan één in Limburg (Grathem). Het aantal vestigingen stijgt de laatste jaren gestaag, ook in Limburg worden op dit moment drie initiatieven voor een dergelijk concept ontplooit.

De zorgformule heeft als zorgvisie/ uitgangspunt: "bijzonder gewoon". Deze visie is gebaseerd op de gedachte dat mensen met dementie het meest gebaat zijn bij een situatie waar de inrichting, het dagelijks leven, de manier van omgang met elkaar en de zorg zoveel mogelijk aansluiten bij de beleving en herkenbaarheid van de bewoners (De Drie Notenboomen, 2012). In de ogen van DDN is dit ogenschijnlijk gewone handelen bijzonder bij de omgang met mensen met dementie.

Elke Herbergier kent een aantal kenmerken:

- staat onder leiding van een zorgondernemer;
- weinig tot geen bureaucratie;
- karakteristieke/ monumentale panden;
- beschermde (maar niet besloten) omgeving;
- vrijheid voor bewoners (en zorgondernemer).

De Herbergier staat onder leiding van een zorgondernemer. Dit echtpaar woont en leeft in het gebouw, maar is ook verantwoordelijk voor de zorg van de bewoners. Voor deze zorg neemt zij (part-time) personeel in dienst om hen bij te staan in de verzorging tijdens de uren wanneer dit nodig is. Door de zorg en het personeel af te stemmen op de zorgbehoefte kunnen de (financiële) middelen efficiënter worden ingezet. Verder staat bij de Herbergier het normale leven en intensieve contacten met de bewoners centraal. Volgens dhr. Beijers en het verzorgend personeel van de Herbergier Grathem is het zorgproces zodanig ingericht dat er zo min mogelijk bureaucratie is. Dit zorgt voor een prettige werksfeer en lage overhead kosten.

Kenmerkend voor Herbergiers zijn de karakteristieke en/of monumentale panden. Er wordt zoveel mogelijk gestreefd om de mensen met dementie te huisvesten waarmee ook de herkenbaarheid voor de bewoners wordt vergroot. Deze karakteristieke panden zijn vaak in opzet voldoende groot om de 15 à 16 bewoners (en de zorgondernemer) te huisvesten. Ook zal hier vaak voldoende buitenruimte aanwezig zijn waar de bewoners zich kunnen begeven. Wanneer de karakteristieke panden worden aangekocht (nooit door DDN zelf, maar altijd in samenwerking met een lokale woningcorporatie) zal er veelal een intensieve verbouwing aan te pas komen. Hierdoor wordt het mogelijk om het vastgoed aan te passen aan de wensen en eisen van DDN en de zorgondernemers. Doordat de huisvesting van de bewoners plaats zal vinden binnen bestaand vastgoed zijn er vaak beperkingen en kaders waarbinnen de verbouwingen plaats zullen vinden. Dit zal uiteindelijk resulteren in een divers aanbod van zit-/ slaapkamers qua oppervlak, maar ook van huurprijzen.



De Herbergier in Grathem is gelegen in een landelijk gebied aan de rand van het dorp Grathem. Hier zijn voldoende voorzieningen in de nabijheid zodat het mogelijk is om met de bewoners naar de winkel te gaan. Dit zorgt ervoor dat de bewoners het normale leven zoveel mogelijk benaderen. De voorkeur voor landelijke gebieden/ dorpen is er eveneens omdat in deze gebieden meer sociale controle zal zijn. Hierdoor kennen de mensen elkaar en weten ze wie de bewoners van de Herbergier zijn. Dit maakt het mogelijk dat, wanneer een bewoner gaat dwalen door het dorp, de bewoner waarschijnlijk snel zal worden herkend en terug zal worden gebracht naar een Herbergier. Hierdoor is het mogelijk om de woning niet geheel af te sluiten zodat de bewoners zich niet opgesloten voelen. Dit heeft uiteindelijk positieve effecten voor de stress beleving/ gedrag van de bewoners.



Bij een Herbergier hebben de bewoners, maar ook de zorgondernemers grote keuzevrijheid. De keuzevrijheid voor de bewoners heeft met name betrekking op het behouden van de eigen leefstijl en bezigheden. Concreet komt dit tot uitwerking op de vrijheid om de eigen zit-/slaapkamer in te richten met eigen bezittingen, maar ook om de eigen dagindeling te maken zoals de bewoner dit het liefst heeft. Voor de zorgondernemers bestaat de vrijheid om de woning in te richten naar de wensen van de zorgondernemer. Bij de Herbergier Grathem heeft dit wel geresulteerd in een inrichting die aansluit bij de beleving van mensen met dementie. Dit wordt doorgezet bij de inrichting van de buitenruimte die tot stand is gekomen aan de hand van literatuurstudie en eigen ervaringen.

Doordat altijd rekening moet worden gehouden met de bestaande context van het karakteristieke gebouw zullen de Herbergiers op enkele punten verschillen. Dhr. Beijers geeft aan dat de volgende uitgangspunten specifiek gelden voor de Herbergier Grathem:

- bewoners hebben ZZP 4, 5 of 7;
- 15 appartementen en 2 logeerkamers;
- individuele badkamers en pantry's (niet kenmerkend voor een Herbergier);
- elke zit-slaapkamer wordt betreden vanuit een entree/hal;
- vrijheid om huisdieren mee te nemen/ contact met dieren in de tuin wordt gestimuleerd en positief ervaren
- inrichting buitenruimten in 8-vorm.

Het huisvestingsconcept bij de Herbergier wordt gekenmerkt door "kleinschalig groepswonen". Voor het groepswonen houdt dit in dat er individuele zit-slaapkamers zijn en dat de gemeenschappelijke ruimten worden gedeeld per groep. Voor onderstaande gegevens is dit van belang omdat de voorzieningen voor de groepswoning zullen worden gedeeld door de grootte van de groep. Gezien het feit dat de zorgondernemer ook ter plaatse woont worden de gemeenschappelijke voorzieningen, die ook gebruikt worden door de zorgondernemer, gedeeld door het totaal aantal bewoners van het gebouw.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	15		
Zorgondernemer	2		
Gebied			
Oppervlakte kavel		2.035	
Oppervlakte bebouwd		± 875 (43%)	
Wonen/ verblijf			
Ind. zit-slaapkamer	15	± 566,3	± 37,75
Ind. badkamer	12	± 59,3	± 4,94
Ind. entree	15	± 35,9	± 2,39
Gem. badkamer (voor 3 bewoners)	1	± 6,5	± 2,17
Gem. woonkamer/ keuken	1	± 140	± 9,33
Gem. sanitair	2	± 22,6	± 1,51
Gem. textielbeheer	1	± 7,2	± 0,48
Logeerkamer	2	± 29,5	± 1,97
Gem. berging	2	± 14,4	± 0,96
Verkeersruimte		± 241,8	± 16,12
Beschermde buitenruimte/ patio	1	± 146,3	± 9,75
Wonen/ verblijf zorgondernemer			
Slaapkamer	3	± 80,5	
Woonkamer	1	± 58	
Badkamer	1	± 8,9	
Toilet	2	± 2,8	
Berging	1	± 9,7	
	Totaal zorgondernemer	± 159,9	± 10,66
Personeel			
Personeel (fte)	15		
Personeel per gast	1		

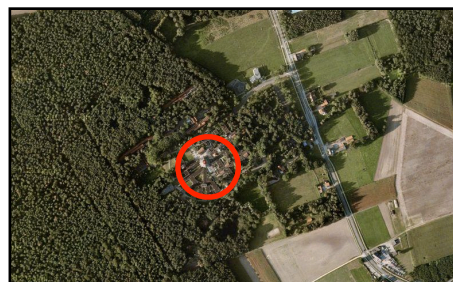
4.3 Hornerheide - Horn

Hornerheide is een zorgcentrum, inclusief kleinschalig groepswonen in de vorm van de 'Care village', van zorginstelling Proteion Thuis. Proteion thuis verleent zorg vanuit verschillende zorginstellingen in midden-Limburg, waaronder ook in Hornerheide. Binnen dit onderzoek is niet het gehele project Hornerheide opgenomen, maar alleen de 'care village'. 'Care village' is het kleinschalig groepswonen voor (jong)dementerenden en mensen met een chronisch lichamelijke aandoening. Dit betreft 12 woningen die in fasen zijn opgeleverd. De laatste woningen/ fase is in 2009 opgeleverd en in gebruik genomen. Woning 1 t/m 9 zijn bestemd voor ouderen met een PG aandoening, in woning 10 en 11 worden jong dementerenden gehuisvest en in de 12^{de} woning worden mensen met een chronisch lichamelijke aandoening gehuisvest (mensen met een somatische aandoening).

De 'care village' maakt onderdeel uit van het groter geheel Hornerheide (care village + zorgcentrum). Bij het zorgcentrum zijn verschillende ondersteunende diensten aanwezig voor de bewoners en voor extramurale cliënten. Deze voorzieningen zijn:

- revalidatieafdeling;
- zorg en ademhalingsondersteuning aan mensen met een longaandoening (COPD);
- dagbehandeling (jong)dementerende en somatische cliënten;
- behandelcentrum, o.a.:
 - diëtetiek;
 - ergotherapie;
 - fysiotherapie;
 - logopedie;
 - psychologie.

De naam Hornerheide is toepasselijk gezien de historische ligging van het complex. Tot de jaren twintig van de 20^{ste} eeuw lag in dit gedeelte een groot heideveld dat aansloot bij het (nog steeds bestaande) Beegderheide. Deze heide/ gebied werd de Hornerheide genoemd. De omgeving, aansluitend bij de Beegderheide en in een bosrijk gebied, kan gekenschetst worden als een landelijk gebied. De omgeving biedt rust en mogelijkheden tot recreatie. Zowel voor de bewoners als voor derden. Hierdoor wordt eveneens een beschermde en rustgevende omgeving geboden die aansluit bij de wensen en behoeften van de doelgroepen van Hornerheide. Ondanks de ligging in een landelijk gebied is het complex goed toegankelijk en bereikbaar via de provinciale wegen.



De 12 groepswoningen in de 'care village' zijn stand-alone woningen, gezamenlijk vormen de woningen een geheel. In elke woningen worden zes (of zeven) bewoners gehuisvest. Ondanks dat er, door de 12 woningen te clusteren, een behoorlijke schaalgrootte is, worden deze stand-alone woningen vanuit zorg- en financieel perspectief niet als positief ervaren. Wanneer de woningen fysiek gekoppeld zouden worden waardoor er een doorgang ontstaat tussen de verschillende woningen kan het zorgproces effectiever en efficiënter plaatsvinden.



Bij de ontwikkeling van de woningen van de 'care village' zijn een aantal uitgangspunten in acht genomen. De drie pijlers die terug moesten komen in het vastgoed zijn (Niesten, 2013):

- huiselijkheid;
- herkenbaarheid;
- veiligheid.

Deze drie pijlers zijn op verschillende wijzen duidelijk in het vastgoed terug te zien. De drie pijlers zijn "brede" begrippen en kunnen dus ook verschillend worden geïnterpreteerd. Deze pijlers hebben met name veel overeenkomsten met elkaar en kunnen dan ook niet los van elkaar worden gezien.

Om de bewoners een "thuis" gevoel te laten ervaren hebben ze allemaal een eigen zit-slaapkamer. Hier kunnen de bewoners hun eigen bezittingen plaatsen om zich thuis te voelen en om ook een herkenbare omgeving te creëren voor de individuele bewoner. Uiteraard is het uitgangspunt van het huisvestingsconcept, kleinschalig groepswoon, ook al om een thuissituatie na te bootsen door het gezamenlijk samenwonen en de activiteiten in de woning. Echter, niet in alle gevallen komt dit tot uitdrukking in de fysieke verschijningsvorm van het vastgoed. Doordat er bij Hornerheide stand-alone woningen zijn gebouwd is de huiselijkheid hier ook goed herkenbaar in het vastgoed. De woningen zouden geïntegreerd kunnen worden midden in een woonwijk (of wellicht in een vakantiepark). Bij een huiselijke situatie horen ook dagelijkse bezigheden/ handelingen als eten bereiden, wassen, gezelschapsactiviteiten, e.d. Doordat bij de 'care village' bij Hornerheide de woonkamer (inclusief keuken) zeer ruim zijn gedimensioneerd hebben de bewoners voldoende bewegingsvrijheid om zich in groepsverband te begeven of zich af te zonderen in een rustig hoekje. Huiselijkheid kan ook worden ervaren door de activiteiten die plaatsvinden in de omgeving. Het gaan wandelen met familie/kennissen of met mantelzorgers.

Herkenbaarheid heeft veel overeenkomsten met huiselijkheid. Zowel de mogelijkheid van het inrichten van de eigen zit-slaapkamer als ook de fysieke verschijningsvorm van de woningen. Herkenbaarheid gaat verder dan dat. Het gaat over de hele huissituatie, de dagelijkse bezigheden. In het vastgoed komt dit terug door de grote open keukens die ervoor zorgt dat deze ook goed toegankelijk is voor minder mobiele mensen. Hierdoor zijn zij ook in staat om zich in de keukens te begeven en hier mee te helpen. Verder is het kleurgebruik van de woningen gedifferentieerd. Elke woning heeft een ander kleurgebruik in bijv. de wandafwerking. Door het kleurgebruik kan dit als herkenbaar punt worden ervaren, maar het kan er ook voor zorgen dat bij elke woning een andere sfeer wordt ervaren. Er is reeds wetenschappelijk onderbouwd dat het kleurgebruik effect kan hebben op het gedrag van mensen met dementie. Bij Hornerheide lopen ze op dit moment met het idee om hier ook mee te experimenteren. Dit houdt in dat de "drukkende bewoners" verplaatst moeten worden naar woningen met rustgevendende kleuren (bijv. groen) en "te rustige bewoners" naar woningen met stimulerende kleuren. Dit is echter nog maar een idee en wordt op dit moment nog niet daadwerkelijk uitgevoerd.

Voor de doelgroep mensen met een PG aandoening is de veiligheid wellicht het belangrijkste. Hiervoor moet een beschermde omgeving geboden worden. Dit zowel in de eigen zit-slaapkamer, in de gemeenschappelijke ruimten, maar ook in de buitenruimte. De veiligheid in de individuele

kamers wordt geborgen door het toepassen van technologie. Bij Hornerheide wordt akoestische bewaking toegepast, wat in het kort inhoudt dat de verzorging wordt gealarmeerd wanneer de bewoners 's avonds geluid maakt (gaat dwalen). Hierdoor is de verzorging in staat om hierop te anticiperen wat het aantal valongelukken moet verminderen.

De veiligheid in de sanitaire ruimten wordt geborgen door enerzijds de standaard toepassingen bij zorgwoningen. Deze toepassingen zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid van minder mobiele bewoners te garanderen. Verder wordt bij Hornerheide een vast tillift systeem gehanteerd. De rail voor de loopkat is volledig geïntegreerd en weggewerkt in het systeemplafond. Dit zorgt ervoor dat deze niet nadrukkelijk in het zicht is, maar dat de veiligheid voor de bewoners toch wordt gewaarborgd.

Een andere maatregel voor het bevorderen van de veiligheid is de rookruimte. Deze ruimte is afhankelijk van het te voeren rookbeleid inzake de Tabakswet. In principe geldt voor zorggebouwen dat er in beginsel niet gerookt mag worden. Om de bewoners, die roken, niet te beperken in hun leefstijl is ervoor gekozen om een rookruimte te creëren in de woningen. Hier kunnen de bewoners, bezoekers en het verzorgend personeel roken zonder dat de andere mensen hier overlast van ondervinden.

Tevens is elke woning voorzien van een beveiligde/ omheinde buitenruimte. Dit beperkt de bewoners enigszins in hun bewegingsvrijheid. Indien technologie (bijv. dwaalpreventie) nadrukkelijker wordt toegepast zou het mogelijk moeten zijn om de bewoners meer bewegingsvrijheid te geven. Ondanks dat veel bewoners niet meer volledig mobiel zijn kan dit toch als positief worden ervaren voor de andere bewoners en/of bezoekers.

Het huisvestingsconcept wordt gekenmerkt door "kleinschalig groepswonen in een groter geheel". Bij Hornerheide wordt dit groter geheel gevormd doordat de 12 groepswoningen ('care village') geclusterd zijn. Hierdoor ontstaat een zorginitiatief dat efficiënt kan opereren door gebruik te maken door de voorzieningen en zorgverlening in de nabijheid. Ook kan de zorgverlening sneller tussen de woningen wisselen waardoor er in de nachtelijke uren op personeel kan worden bespaart.

Voor het berekenen van onderstaande oppervlaktes/ gegevens van het project zijn eerst de groepswoningen geïnventariseerd. Om te komen tot het oppervlakte per bewoner is dit gedeeld door de groepsgrootte.



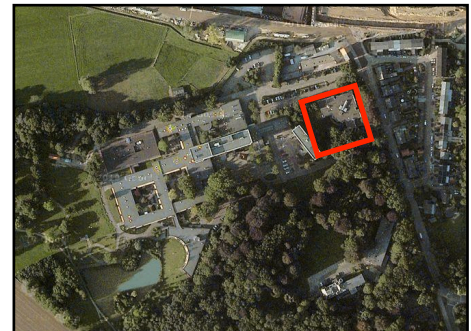
In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van Hornerheide weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (jong)	54		
PG (oud)	12		
Somatiek	6		
Gebied			
Oppervlakte kavel		24.225	
Oppervlakte bebouwd		4.341 (17,9%)	
Wonen/ verblijf			
Ind. zit-slaapkamer	6	± 95,4	± 15,90
Ind. berging	6	± 7,2	± 1,20
Gem. badkamer	2	± 16,8	± 2,80
Gem. toilet	1	± 4,7	± 0,80
Gem. woonkamer / keuken	1	± 104,9	± 17,48
Gem. textielbeheer	1	± 7,7	± 1,3
Gem. berging	1	± 4,4	± 0,7
Multifunctionele ruimte	1	± 15,9	± 2,7
Rookruimte	1	± 10,2	± 1,7
Verkeersruimte		± 43,7	± 7,3
Beschermde buitenruimte		± 288,1	± 48,01
Personeel			
Personeel (fte)	67,5		
Personeel per gast	0,94		

4.4 Camillus - Roermond

De Zorggroep is een grote zorginstelling die tot stand is gekomen door middel van vele fusies. Deze zorginstelling is met name actief in Noord- en Midden Limburg. Zo ook in Roermond. Aan de Heinsbergerweg heeft de zorginstelling een grote kavel waar reeds een verpleeghuis is gevestigd, Camillus. Dit is een grootschalig verpleeghuis die niet meer voldoet aan de huidige wensen van de zorginstelling. Daarom heeft De Zorggroep op dit terrein nieuwe kleinschalige groepswoonings voor mensen met dementie gebouwd en in 2012 opgeleverd. Deze kleinschalige groepswoonings voldoen aan de wensen en eisen die De Zorggroep stelt aan het verblijf van haar cliënten met een PG aandoening (van 't Hooft & Vervoort, 2012). Het project bestaat uit twee bouwblokken waar in elk gebouw vier groepen worden gehuisvest. Elke groep bestaat uit acht bewoners. In totaal worden bij Camillus 64 mensen met een PG aandoening gehuisvest.

De groepswoonings liggen in een groene omgeving aan de rand van Roermond, nabij Kasteel Schöndeln. Rond Camillus is een park met een grote vijver en hertenverblijf waar de bewoners samen met familie/vrienden kunnen gaan wandelen. De paden in dit park zijn rolstoel toegankelijk gemaakt zodat ook de minder mobiele bewoners in het park kunnen recreëren. Camillus is goed bereikbaar met openbaar vervoer en heeft ruime parkeermogelijkheden.



Bij Camillus wordt belevingsgerichte zorg, gecombineerd met omgevingszorg, geboden (van 't Hooft & Vervoort, 2012). Enkele onderdelen die gepaard gaan met deze zorgvisie zijn dan ook directe eisen geweest bij de ontwikkeling van de kleinschalige groepswoonings. Uitgangspunten bij de ontwikkeling zijn geweest (van daal, 2013):

- kleinschaligheid;
- gastvrijheid;
- herkenbaarheid, identiteit en privacy;
- veiligheid.



Het huidige verpleeghuis Camillus voldoet niet meer aan de maatstaven die De Zorggroep stelt aan de verzorging en het verblijf van mensen met een PG aandoening. Bij dit grootschalig gebouw is het institutionele karakter van de jaren '60-'70 nog duidelijk herkenbaar. Door middel van de nieuwbouw wordt getracht kleinschalige zorg te verlenen, mede door middel van het huisvestingsconcept kleinschalig groepswoon. Deze huisvestingsvorm zorgt ervoor dat de bewoners en de familie zich beter thuis voelen en dat het verzorgend personeel dicht bij de bewoner staat. Uitgangspunt van kleinschaligheid bij Camillus is dan ook dat het huis van de bewoners en haar familie is en dat het verzorgend personeel te gast is en als ondersteuning voor de bewoner dient, aldus mevr. van Daal. Door het kleinschalig karakter zal de mantelzorg eveneens worden gefaciliteerd. Familie en vrienden zijn sneller bereid om op bezoek te komen en activiteiten met de bewoner(s) uit te voeren. Om de mantelzorg verder te faciliteren wordt beoogd om zoveel mogelijk gastvrijheid uit te stralen. Dit is voornamelijk terug te vinden in de bejegening en benadering van de bewoners en haar familie. Het beste voorbeeld hiervan is dat er geen bezoektijden zijn vastgelegd die gehandhaafd moeten worden.

Het uitgangspunt van herkenbaarheid en privacy is wellicht het best terug te zien in het vastgoed. Gelet op de privacy heeft elke bewoner een ruime individuele zit-slaapkamer die voorzien is van alle hedendaagse voorzieningen zoals een internet aansluiting. Deze aansluiting zal

hoogstwaarschijnlijk niet veel door de huidige generatie ouderen gebruikt worden, maar kan toch voor de toekomstige generatie van pas komen. Hoewel niet elke bewoner een eigen natte cel heeft wordt deze gedeeld met een enkele andere bewoner.

Herkenbaarheid is een belangrijk onderdeel van omgevingszorg. Bij herkenbaarheid wordt vaak gedacht aan ouderwets meubilair en inrichting. Dit is bij Camillus niet het geval. Hier is gekozen voor een moderne inrichting. Volgens mevr. Van Daal wordt deze stijl goed ontvangen bij de bewoners. Wel zijn de bewoners bevoegd om eigen attributen te plaatsen in de gemeenschappelijke ruimten. Deze worden zoveel mogelijk gegroepeerd geplaatst zodat ook deze ruimtes overzichtelijk en geordend blijven. De herkenbaarheid voor de bewoners wordt bevorderd, zowel aan het interieur als exterieur, door het kleur- en materiaalgebruik bij het vastgoed. Voorbeelden hiervan zijn:

- lokale baksteen, kenmerkende dakpannen en houten kozijnen;
- verschillend kleurgebruik in elke groepswooning;
- duidelijke signalering van de ruimtes;
- aanduidingen individuele zit-slaapkamers.
- belevingsroutes met kenmerkende thema's.

Een ander belangrijk thema is de veiligheid van de bewoners. De beschermde, intramurale setting zorgt op zich al voor een veiligere omgeving. Om de veiligheid binnen de groepswooningen en in de gemeenschappelijke ruimten te bevorderen is in de verkeersruimte een leuning geplaatst ter ondersteuning van de bewoners. Hierdoor zijn de bewoners beter in staat om individueel te wandelen en zo voldoende activering te krijgen. Veiligheid wordt ook gecreëerd door het toepassingen van technologie. Bij Camillus is dit geen eis op zich geweest, maar kan dit wel zorgen voor besparingen in de nachtzorg. Bij Camillus is de infrastructuur van de technologie aangelegd, maar om ethische overwegingen wordt bijvoorbeeld camerabewaking (nog) niet toegepast. Technologie die wel al wordt toegepast zijn onder andere:

- spreek- kijk- luister verbinding bij centrale toegangsdeur;
- spreek- luister verbinding bij de individuele kamers (spreek functie wordt echter niet gebruikt i.v.m. met angst/ herkenbaarheid van de bewoner);
- dwaalpreventie d.m.v. GPS systeem.

Zoals reeds is gebleken is het huisvestingsconcept van Camillus gebaseerd op kleinschalig groepswoon. Dit concept is ingepast in een groter geheel. Hierdoor zijn twee bouwblokken gerealiseerd met elk vier groepswooningen. Binnen elk bouwblok is de bewegingsvrijheid van de bewoner erg groot. De bewoners zijn bevoegd om bij de andere groepswooningen op bezoek te gaan. Eveneens is er de gelegenheid voor de bewoner om gebruik te maken van de centrale belevingsroute. Deze belevingsroute is centraal gelegen waardoor het voor het verzorgend personeel altijd duidelijk en overzichtelijk is welke bewoner hier aanwezig is. Deze belevingsroute kan zorgen voor voldoende activering en stimulering/prikkels van de bewoner. Bij de verschillende hoekjes is een thema gecreëerd die voor een afwisseling aan prikkels zorg voor de bewoner. De thema's bij Camillus zijn:

- het koningshuis;
- stilte hoek/ geloofsruimte;
- bioscoop;
- kapper/ pedicure.

In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van Camillus weergegeven. Er is voor gekozen om de oppervlaktes te berekenen aan de hand van bouwblok A, ook wel Roerstaete genoemd. Hoewel de twee bouwblokken niet identiek zijn zullen de oppervlaktes niet significant afwijken van elkaar. De verschillen zitten dan ook niet in de individuele zit-slaapkamers, natte cellen en/of woonkamers,

maar alleen in de indeling en dus de verkeersruimte. Het leefgebied van de bewoners is op de begane grond, een gedeelte van de bouwblokken heeft echter ook een verdieping. Op deze verdieping zijn de technische ruimtes gesitueerd, maar er wordt ook aangegeven dat dit als opslag wordt gebruikt voor inventaris van de woningen (bijv. Kerst attributen). In onderstaand tabel is de 1^e verdieping echter niet meegerekend als opslag/ berging. Reden hiervoor is dat de ruimtebenamingen bij de plattegrond (werktekening) alleen technische ruimte wordt aangegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	64		
Gebied			
Oppervlakte kavel		<i>onbekend</i>	
Oppervlakte bebouwd		± 3.540	
Wonen/ verblijf	2		
Ind. zit-slaapkamer	32	± 556,8	± 17,40
Gedeelde badkamer	16	± 116,2	± 3,63
Gem. woonkamer/ keuken	4	± 258,0	± 8,06
Gem. toilet	4	± 6,4	± 0,20
Gem. textielbeheer	4	± 36,3	± 1,13
Gem. berging	5	± 53,7	± 1,68
Verkeersruimte	4	± 269,1	± 8,41
Beschermde buitenruimte/ voortuin	4	± 106,8	± 3,34
Belevingsroute	1	± 253,3	± 7,92
Snoezelruime	1	± 17,4	± 0,54
Patio	1	± 74,7	± 2,33
Personeel			
Personeel (fte)	24		
Personeel per gast	0,75		

4.5 Daniken - Geleen

Het project Daniken maakt deel uit van zorginstelling Orbis. Orbis verleent zorg vanuit verschillende zorginstellingen in de Westelijke Mijnstreek, waaronder ook Daniken. Dit complex is in 2012 in fasen opgeleverd en in gebruik genomen en is daarmee een van de recentste vastgoedprojecten van Orbis.

Daniken is gelegen aan de rand van Geleen, op de hoek van de Barbarastraat/ Lienaertsstraat, in een gebied waar een uitgestrekt recreatiegebied aanwezig is. Het woonzorgcomplex Daniken is ook wel beter bekend onder de naam 'de drie musketiers' omdat het drie losstaande gebouwen zijn die samen een geheel vormen. De drie losstaande gebouwen hebben elk een eigen naam gekregen van een musketier (Athos, Porthos en Aramis).



Athos is in eigendom van woningcorporatie Woonpunt, Porthos en Aramis zijn in eigendom van woningcorporatie ZO wonen.

Orbis huurt van elk gebouw de begane grond van de woningcorporaties en is hiermee een huurovereenkomst voor 20 jaar aangegaan. Hierdoor was het mogelijk om de wensen en eisen van de zorginstelling kenbaar te maken en ook mee te nemen bij de ontwikkeling van het vastgoed. Op de 1^{ste} en 2^{de} verdieping zijn zorgwoningen gecreëerd voor mensen met een zorgindicatie. Deze worden echter niet gehuurd door Orbis Thuis, maar worden door de woningcorporaties verhuurd aan zorgbehoevenden. Elk gebouw biedt plaats aan vier zorggroepen (4 X 6 bewoners) voor mensen met dementie, in totaal zijn er dus 12 zorggroepen voor 72 bewoners (waarvan 12 jong dementerend). Aangevuld met 66 zorgappartementen voor mensen met een zorgindicatie.

Vernieuwend, voor de Westelijke Mijnstreek, is de intramurale huisvesting voor jong dementerende. De verwachting is dat deze doelgroep de komende jaren eveneens sterk zal groeien. Orbis heeft hierop ingesprongen door voor deze doelgroep tijdig huisvesting te creëren binnen twee zorggroepen in het Athos gebouw. Kenmerkend voor deze doelgroep is dat het adherentiegebied groter is dan voor ouderen met dementie. Het enige verschil in huisvesting voor deze doelgroep, ten opzichte van ouderen met dementie, is dat voor elke zorggroep een extra badkamer (drie in plaats van twee) noodzakelijk is en dat de beschermde buitenruimte groter is bij het Athos gebouw. Het verschil tussen deze twee doelgroepen zit voornamelijk in de zorgverlening en in de dagactiviteiten (bewegingsbehoeften) van de zorgvrager. Dit heeft ook met de leeftijd en fysieke toestand van deze mensen te maken. De jongste bewoner bij deze groep is 42 jaar. Hoger gekwalificeerd personeel wordt bij de jong dementerende ingezet omdat deze bewoners moeilijk in bedwang zijn te houden door hun leeftijd en lichamelijke conditie. Veelal zullen deze mensen ook nog in een dynamische/ ontkennende fase verkeren waardoor ze psychische hulp nodig hebben. Dit leidt ertoe dat een multidisciplinair team (zoals verpleging, arts, psycholoog, fysiotherapeut, enz.) aanwezig is om deze mensen te begeleiden en te ondersteunen.

Voor de ontwikkeling van Daniken zijn een aantal uitgangspunten/ eisen gehanteerd. Deze kunnen als volgt worden omschreven:

- relatief kleine zit- slaapkamers en grotere woonkamers;
- mantelzorg faciliteren.
- verbinding mogelijk tussen de zorggroepen;
- verbinding met de omgeving;

Orbis hanteert een zorgvisie van belevingsgerichte zorg. Hierdoor wordt zoveel mogelijk ingespeeld op de wensen, behoeften en leefsituatie van de bewoners. Dit wordt zichtbaar doordat er wordt gestreefd om een normale gezinssituatie na te bootsen. Uiteraard kan dit nooit helemaal het geval zijn.

Bij Daniken wordt de nadruk gelegd op leef- en gemeenschappelijk ruimtes. De zit- slaapkamer is daardoor relatief klein (dit ten opzichte van de prestatie-eisen van het voormalige Cbz). Doordat deze ruimtes kleiner zijn gedimensioneerd blijft het bereik van de bewoners (die vaak ook minder mobiel zijn) vergroot, wat de eigen regie kan bevorderen. Doordat de zit-slaapkamers kleiner zijn was het mogelijk om de woonkamer met open keuken groter te dimensioneren. Hier speelt het leven zich dan ook overdag het meest af. In de woonkamer zijn de bewoners in staat om gezamenlijk een huishouding te voeren en (gezelschaps) activiteiten uit te voeren. Hierdoor ontstaat ook overzicht voor de zorgverlening waardoor dit efficiënter kan plaatsvinden.

Een andere bijkomstigheid bij deze indeling is dat hierdoor ook de mantelzorg wordt gefaciliteerd. Wanneer de bewoners familie of vrienden op bezoek krijgen is er echter nog ruimte om deze op de kamer te ontvangen of in de gemeenschappelijke ruimten, maar uit praktijkervaring blijkt dat, wanneer de slaapkamers kleiner zijn, hierdoor het bezoek vaker en sneller bereid is om bijvoorbeeld een wandeling met meerdere bewoners te gaan maken.

Bij Daniken zijn de bewoners bevoegd om hun eigen slaapkamer in te richten, waardoor de herkenbaarheid voor de bewoners wordt vergroot. De gemeenschappelijke kamers worden echter ingericht door interieurarchitecten, hiervoor mogen de bewoners geen eigen interieur inbrengen. De gemeenschappelijke ruimtes worden niet nostalgisch ingericht. Enerzijds komt dit omdat deze inrichting vaak veel ruimte in beslag neemt, maar anderzijds ook omdat dit in de ogen van de zorgmanager niet specifiek wordt gewaardeerd door de bewoners.

Binnen elk gebouw zijn de verschillende zorggroepen en het algemene gedeelte verbonden met elkaar. De centrale corridor zal niet onbeperkt gebruikt worden, maar deze corridor werd wel noodzakelijk geacht vanuit zorginhoudelijk oogpunt. Om de bewoners zo min mogelijk te storen worden de diensten op vaste tijdstippen geleverd en aangevuld. Hierbij valt te denken aan het textielbeheer en levering van voeding, medicijnen, e.d. Doordat hier zoveel mogelijk vaste tijden voor worden gehanteerd kan er enige regelmaat in het leven van de bewoners optreden, wat goed is voor de zorg en het welzijn. Een andere reden voor de centrale corridor is dat hierdoor kan worden bespaard op de personeelskosten, met name in de nachtdiensten. Het personeel kan zich snel en veilig, aangezien het personeel niet meer naar buiten hoeft, door het gebouw begeven wanneer dit nodig is.



Elke zorggroep is voorzien van een eigen voordeur. Dit zal voor de bewoners en bezoekers herkenbaarheid van huiselijkheid oproepen. Dit zal er ook toe leiden dat de bewoners, samen met bezoek of een zogenaamde "buddy", naar buiten gaat. De omgeving van het gebouw stimuleert eveneens het naar buiten komen en activeren van de bewoners. Doordat er een "parkachtige" omgeving is aangelegd, zowel voor de bewoners als voor derden, zijn de mensen sneller bereid om aan de vijver of buiten te gaan wandelen. Door het park toegankelijk te maken voor derden zal het ook een levendigere uitstraling krijgen. Daar staat tegenover dat, wanneer het park was afgezet, de beschermde omgeving en daarmee de leefcirkels van de bewoners kon worden vergroot. Dit is echter niet gebeurd doordat andere stakeholders andere eisen hanteerden.

De omgeving biedt ook mogelijkheden voor ondersteunende activiteiten en behandeling. Aan de zuidzijde van Daniken ligt het Orbis St. Jansgeleen, waarvan Orbis Thuis eigenaar is. Door de schaalgrootte van dit project zijn hier meer faciliteiten aanwezig en beschikbaar. De bewoners van

Daniken kunnen hier ook gebruik van maken. Hierdoor kan de zorg, maar ook het vastgoed/ huisvesting effectiever en efficiënter worden ingezet.

Het huisvestingsconcept wordt gekenmerkt door “kleinschalig groepswonen in een groter geheel”. Bij Daniken wordt dit groter geheel enerzijds gevormd door de vier zorggroepen te koppelen en samen gebruik te laten maken van de gemeenschappelijke voorzieningen per gebouw, zoals de multifunctionele ruimte en het kantoor. Maar anderzijds wordt het ook geclusterd door de drie gebouwen te koppelen. Hierdoor ontstaat een zorginitiatief dat efficiënt kan opereren door gebruik te maken door de voorzieningen en zorgverlening in de nabijheid.

Voor het berekenen van onderstaande oppervlaktes/ gegevens van het project moet er daardoor wel rekening worden gehouden met verschillende groepsgroottes. Enerzijds is er onderscheid gemaakt in zorggroepen (oppervlaktes per 6 bewoners), anderzijds zijn de gegevens weergegeven per gebouw, zoals de centrale voorzieningen in het gebouw (oppervlaktes per 24 bewoners). Elementen die beschikbaar zijn voor de bewoners van de geclusterde gebouwen zijn weer weergegeven en omgerekend voor alle 72 bewoners.

In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van Orbis Daniken weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (jong)	6		
PG (oud)	66		
Gebied			
Oppervlakte kavel		24.225	
Oppervlakte bebouwd		4.341 (17,9%)	
Gebouw (gemeenschappelijk)	3		
Gem. ruimte (multifunctioneel)	1	± 91,0	± 3,79
Gem. sanitair	1	± 13,8	± 0,58
Verkeersruimte	1	± 12,88	± 0,54
Personeel/ kantoor/ overleg	1	± 12,1	± 0,5
Wonen/ verblijf (woonunit)	12		
Ind. zit-slaapkamer	6	± 101,4	± 16,9
Gem. Woonkamer/ keuken	1	± 76,5	± 12,75
Gem. badkamer	2	± 13,8	± 2,30
Gem. toilet	1	± 1,9	± 0,32
Gem. berging	3	± 13,00	± 2,17
Gem. textielbeheer	1	± 3,1	± 0,52
Verkeersruimte		± 46,5	± 7,75
Beschermde buitenruimte		<i>onbekend</i>	
Personeel			
Personeel (fte)	± 64,32		
Personeel per gast	± 0,84 & 1		

4.6 La Famille - Elsloo

In het dorp Elsloo verleent zorginstelling Vivantes reeds intramurale zorg vanuit één instelling, Aelserhof. Naast dit complex wordt een nieuw zorgvastgoedconcept gerealiseerd door Vivantes. De naam van dit complex is 'La Famille', de eerste fase van de bouw is in januari 2013 opgeleverd, de rest volgt in mei/juni van 2013.

La Famille is een project dat onderverdeeld kan worden in drie eenheden:

- gezondheidscentrum;
- zorgwoningen;
- verpleegkliniek (somatiek en PG).



Het gezondheidscentrum biedt ruimte aan verschillende praktijken voor de zorg, zoals een huisartsenpraktijk, ergotherapie, podotherapie, apotheek, e.d. Het gezondheidscentrum biedt één centrale plaats voor de bewoners van Elsloo, uiteraard dus ook voor de bewoners van de verpleegkliniek, om te voorzien in verschillende (noodzakelijke) zorgvoorzieningen. De 18 zorgwoningen spelen in op de trend om zo lang mogelijk thuis (extramuraal) te kunnen blijven wonen. Doordat in deze woningen intensief gebruik wordt gemaakt van de technologische middelen is het mogelijk om ook hier hoog geïndiceerde verpleeghuiszorg te verlenen (mevr. Neilen, 2012).

De verpleegkliniek, welke onderdeel is van dit onderzoek, biedt op de begane grond plaats aan 24 bewoners met een somatische aandoening. Op de 1^{ste} verdieping, identiek aan de begane grond, kunnen 24 bewoners met een PG aandoening worden gehuisvest.

La Famille is gelegen in de dorpskern van Elsloo. Het andere complex van Vivantes ligt op loopafstand van La Famille, dit biedt dus ook mogelijkheden om nauw samen te werken en de zorg en ondersteunende diensten goed op elkaar af te stemmen. Direct naast het complex is ook een (basis)school gelegen. Volgens mevr. Neilen ontstaat er door het gezondheidscentrum en de activiteiten bij de school een levendige omgeving. Deze levendige omgeving kan positief werken op het welbevinden van de bewoners van de verpleegkliniek. De activiteiten en levendigheid in de omgeving voorzien de bewoners van voldoende en verschillende prikkels. Aangezien het adherentiegebied van een verpleegkliniek relatief klein is, is de doelgroep voor La Famille ook voornamelijk afkomstig uit het dorp of aangrenzende dorpen. De ligging midden in het dorp kan het bezoek en de mantelzorg faciliteren.



De strategie en/of visie bij de ontwikkeling van La Famille kan als volgt omschreven worden: *“waardig oud worden in de eigen omgeving”*.

Om een concept te ontwikkelen die recht doet aan deze visie zijn er bepaalde uitgangspunten in acht genomen:

- eigen leefstijl van de bewoners zoveel mogelijk laten behouden;
- eigen regie van de bewoners stimuleren;
- effectieve en efficiënte inzet van de middelen.

Deze drie onderdelen van de strategie kunnen niet los van elkaar worden gezien. Om tot invulling van deze drie uitgangspunten te komen zijn dan ook middelen gebruikt die invloed hebben op alle drie de onderdelen.

Hoewel elke bewoner het liefst in zijn eigen huis wil wonen en niet bij een verpleegkliniek, wordt er gestreefd om de bewoners zich zoveel mogelijk thuis te laten voelen. Dit wordt enerzijds gedaan door de bewoners hun eigen zit-slaapkamer in te laten richten met eigen herkenbare inrichting, maar anderzijds ook door het eigen leefritme en leefstijl, ook binnen de verpleegkliniek, zoveel mogelijk hetzelfde te behouden. Dit houdt in dat de nadruk op wonen ligt en in mindere mate op de zorg. Hoewel de zorg belangrijk is voor deze bewoners zal dit zoveel mogelijk worden geïntegreerd in het dagelijkse leven en activiteiten. Een belangrijk onderdeel bij het behouden van de eigen leefstijl is het streven naar zoveel mogelijk eigen regie van de bewoners.

Om de eigen leefstijl te behouden kunnen de bewoners aangegeven hoe hun voorkeuren zijn met betrekking tot eet- en leefgewoontes. Hier kan het zorgpersoneel rekening mee houden met het wekken en bereiden van de maaltijden. Met betrekking tot het vastgoed zijn er op elke afdeling drie woonkamers gesitueerd. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen een actieve- en een passieve kamer en een eetkamer. Het is hierdoor voor elke bewoner mogelijk om een keuze te maken waar hij/zij zich het prettigst voelt en zich daar dan ook te begeven. Dit draagt bij aan het behouden van de eigen leefstijl en wensen van de bewoners.

La Famille onderscheidt zich met name van andere projecten door de vergaande technologische toepassingen (domotica), zowel voor de doelgroep mensen met een somatische aandoening alsook voor mensen met een PG aandoening. Deze toepassingen vervullen meerdere doeleinden, zoals het bevorderen van de eigen regie van de bewoners, maar ook het faciliteren in een efficiënter zorgproces. De technologische toepassingen die bij La Famille worden gehanteerd zijn voor beide doelgroepen hetzelfde. De technologische toepassingen kunnen de eigen regie van de bewoners met een somatische aandoening bevorderen. De ouderen met een somatische aandoening hebben fysieke problemen, maar zijn mentaal en cognitief nog relatief goed in staat om deze toepassingen te hanteren. De vraag blijft of dit ook mogelijk is voor de doelgroep mensen met een PG aandoening. Bij Vivantes zijn ze ervan overtuigd dat het ook mogelijk moet zijn voor deze doelgroep, aldus mevr. Neilen. Dit vergt wel intensieve begeleiding van het zorgpersoneel. Bij La Famille worden dan ook onder andere de volgende technologische toepassingen gehanteerd om de eigen regie en het zorgpersoneel te ondersteunen (Vivantes Ouderenzorg, 2012):

- bedieningsscherm;
 - openen voordeur;
 - bediening verlichting;
 - beeldbellen;
 - bediening gordijnen;
 - e.d.
- bekijken zorgdossier;
- mogelijkheden tot nood-/ assistentieoproep door het zorgpersoneel;
- camera toezicht (uit privacy overwegingen standaard gericht op de wand);
- plaatsbepaling via halszender;
- dwaaldetectie.

Het gebruik van deze toepassingen kan ervoor zorgen dat het zorgpersoneel, met name in de nachtdiensten, kan worden teruggebracht van twee naar één verzorger (aangevuld met een zogenaamde ivoren wachter³).

Om het zorgpersoneel verder te ondersteunen in haar dagelijkse werkzaamheden is er een automatische tillift systeem met vaste loopkat geïntegreerd. Dit systeem heeft een bereik over de gehele kamer, zodat de bewoners niet handmatig verplaatst hoeven te worden. Om dit systeem

³ Flexibel inzetbaar studentenpersoneel voor ondersteunende werkzaamheden.

toe te kunnen passen, en ook toegankelijk te maken voor de badkamer, was het noodzakelijk om de binnenwanden niet geheel door te trekken van de vloer tot aan het plafond. Deze wanden zijn maar 2,24 m. hoog gemaakt, zodat het railsysteem door kan lopen. Hierdoor is het wel noodzakelijk om een degelijk afzuigsysteem aan te brengen voor condens- en geurverspreiding zo veel mogelijk tegen te gaan.

Het huisvestingsconcept kan het beste worden getypeerd als afdelingsverblijf. De afdeling voor de bewoners met een PG aandoening is een gesloten afdeling die alleen verlaten kan worden onder begeleiding. Door de ver doorgevoerde technologische toepassingen is het mogelijk om de leefcirkels van de bewoners toch zo groot mogelijk te maken wat de bewegingsvrijheid en het welzijn positief beïnvloed. Hoewel vaak wordt beargumenteerd dat de mensen met een PG aandoening gehuisvest moeten worden op de begane grond, om zo meer contact met de buitenwereld te krijgen en meer prikkels te kunnen ontvangen, is dit bij La Famille niet het geval. Mevr. Neilen beargumenteert dat, door de situering op de 1^{ste} verdieping, juist de leefcirkel en de beveiliging voor de bewoners worden gegarandeerd. Bij deze indeling zijn er meer controlepunten die het zorgpersoneel kunnen waarschuwen indien de bewoner dreigt weg te lopen.

Voor het berekenen van onderstaande oppervlaktes/ gegevens van het project is alleen rekening gehouden met de afdeling voor mensen met een PG aandoening en het grand café en de patio.

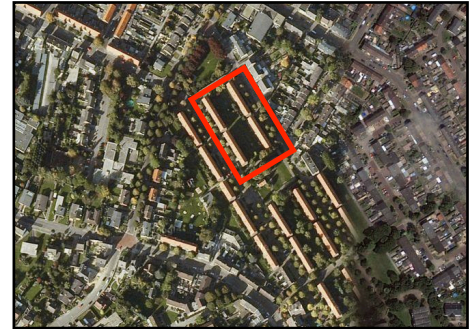
In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van La Famille weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	24		
Gebied			
Oppervlakte kavel		± 6.240	
Oppervlakte bebouwd		± 3.624 (58,08%)	
Wonen/ verblijf			
Ind. zit-slaapkamer	24	± 537,12	± 22,38
Ind. sanitair	24	± 126,73	± 5,28
Gem. woonkamer/ keuken	3	± 220,88	± 9,20
Gem. dakterras	2	± 71,65	± 2,99
Gem. sanitair	1	± 3,78	± 0,16
Gem. textielbeheer	1	± 16,21	± 0,68
Gem. berging	1	± 16,21	± 0,68
Verkeersruimte	1	± 254,6	± 10,61
Personeel/ kantoor/ overleg	2	± 19,88	± 0,83
Patio/ buitenruimte	1	± 137,94	
Grand Café	1	± 267	
Personeel			
Personeel (fte)	± 41		
Personeel (fte) per gast	± 0,85		

4.7 Heiveld - Landgraaf

In Landgraaf is MeanderGroep voornemens een zorgcentrum te realiseren voor mensen met een PG aandoening. Dit zorgcentrum maakt deel uit van een revitaliseringsprogramma voor de buurt Oud Nieuwenhagen. MeanderGroep wilt daar, in samenwerking met woningcorporatie Hestia, zes stand-alone groepswooningen realiseren waar in elke woning huisvesting wordt geboden aan zeven bewoners. In totaal moet dit project dus huisvesting bieden aan 42 mensen met een PG aandoening. Buiten deze intramurale verblijfseenheden zal MeanderGroep in samenwerking met Hestia eveneens zorgwoningen realiseren naast de groepswooningen.

De voorgenomen locatie van dit project is de “open ruimte” gelegen tussen de Irenestraat en Beatrixstraat in Landgraaf. Het zorgcentrum dient geïntegreerd te worden en deel uit te gaan maken van de woonwijk. In de nabijheid van de voorgenomen ligging zijn voldoende voorzieningen aanwezig. Hierbij valt te denken aan winkels voor de algemene dagelijkse voorzieningen maar ook aan een bibliotheek. De ligging in een woonwijk zorgt er eveneens voor dat het contact met de buitenwereld en met andere mensen wordt bevorderd, wat een positieve werking heeft op het welbevinden van de bewoners.



Belangrijke uitgangspunten bij de ontwikkeling van zorgcentrum Heiveld zijn (Eck, 2013):

- schaalgrootte creëren door intramurale capaciteit, zorgwoningen en thuiszorg;
- financiële haalbaarheid binnen de kaders van de NHC;
- grondgebonden woningen;
- huiselijkheid & herkenbaarheid;
- gedeelde natte cellen;
- gebruik van zorgcommunicatie technologie (ZCT).

Zoals eerder vermeld worden, buiten de zes groepswooningen voor mensen met een PG aandoening, ook zorgwoningen gerealiseerd. Door deze zorgbehoevende mensen te concentreren is het voor MeanderGroep mogelijk om de zorg efficiënt en effectief te verlenen. De zorgverlening is hierdoor in staat om binnen 5 minuten aanwezig te zijn op de locatie waar de zorg verleent dient te worden. Door deze verschillende woningtypes en zorgbehoevendenden te concentreren komt er een voldoende schaalgrootte tot stand om de exploitatieresultaat van de zorg positief te beïnvloeden. Uitgangspunt bij deze concentratie van woningen is dat de zorg altijd binnen 5 minuten aanwezig moet kunnen zijn.

De groepswooningen zullen worden gehuurd van woningcorporatie Hestia. Hier zal een langdurige huurovereenkomst mee worden afgesloten. Dit heeft echter wel tot gevolg dat MeanderGroep medezeggenschap heeft bij bepaalde onderdelen van de huisvesting. Een eis van de zorginstelling hierbij is dat de investering moet vallen binnen de kaders van de NHC. Dit houdt in dat de kosten voor huisvesting niet boven de kapitaallasten vergoeding die de zorginstelling krijgt mogen uitstijgen, aldus dhr. Eck.

Voor MeanderGroep is het ook zeer belangrijk dat alle woningen grondgebonden zijn. Voor de betreffende doelgroep heeft dit als voordeel dat hierdoor meer contact met de omgeving en de buitenwereld wordt gekregen. Dit maakt het mogelijk voor de bewoners om direct naar buiten te gaan en eventueel een wandeling in de gemeenschappelijke tuin te gaan maken. Hierdoor wordt ook het welbevinden bevorderd terwijl de achteruitgang van de fysieke toestand van de bewoner

wordt verminderd. Een bijkomstigheid van de grondgebondenheid is eveneens dat hierdoor de huiselijkheid en herkenbaarheid voor de bewoners wordt bevorderd.

Bij Heiveld is gekozen om gebruik te maken van een gemeenschappelijke natte cel. Dit resulteert in één "luxere" badkamer die is voorzien van een ligbad en één kleinere badkamer die alleen is voorzien van een douche. Door deze ruimtes te delen met alle bewoners kan er bespaard worden op de investeringskosten. Er wordt zo eveneens getracht om de huiselijkheid en herkenbaarheid te bevorderen. Immers, in een gewoon huishouden heeft ook niet elke bewoner een individuele natte cel. Individuele natte cellen worden niet noodzakelijk geacht omdat elke bewoner zijn eigen leefstijl- en ritme heeft wat ertoe zal leiden dat niet iedereen tegelijk gebruik zal maken van deze ruimte. Hierdoor is het niet noodzakelijk om individuele natte cellen te realiseren.

Een ander onderdeel dat van belang is bij de ontwikkeling van Heiveld is het gebruik van zorgtechnologie. Deze dient ter ondersteuning van de bewoners en van de zorgverlening. Ten behoeve van de implementatie van deze technologie is er een programma van eisen en een duidelijke visie opgesteld in opdracht van MeanderGroep (Stijnen Consultancy, 2012). Bij Heiveld wordt, buiten de standaard domotica toepassingen, onder andere camera bewaking, spreek-luisterunits, wifi access point en bewegingsmelders geïmplementeerd (Meander Wonen, 2013):

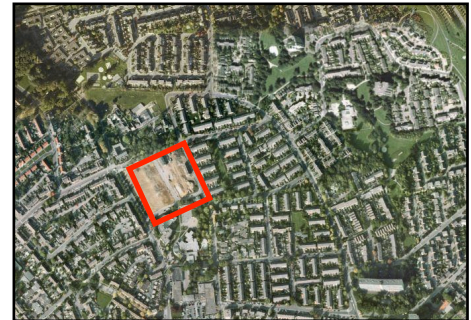
Zoals reeds eerder vermeld wordt het huisvestingsconcept bij Heiveld gekenschetst als kleinschalig groepswonen in een groter geheel. De groepswoningen zijn stand-alone woningen die ieder zelfstandig kunnen opereren. In onderstaande tabel zijn de oppervlaktes van een woning weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	42		
Gebied			
Oppervlakte kavel		<i>onbekend</i>	
Oppervlakte bebouwd		± 2.340	
Wonen/ verblijf	6		
Ind. zit-slaapkamer	7	± 110,9	± 15,84
Gem. badkamer	2	± 10,2	± 1,45
Gem. toilet	2	± 6,1	± 0,87
Gem. woonkamer / keuken	1	± 97,4	± 13,91
Gem. textielbeheer	1	± 4,79	± 0,68
Gem. berging	3	± 20,67	± 2,95
Rookruimte	1	± 7,9	± 1,13
Verkeersruimte		± 40,5	± 5,79
Beschermde buitenruimte		± 124,5	± 17,78
Personeel			
Personeel (fte)	n.t.b.		
Personeel per gast	n.t.b.		

4.8 Oranjehof - Heerlen

Het project Oranjehof is in oktober 2012 opgeleverd en maakt daarmee onderdeel uit van zorginstelling Sevagram. Oranjehof biedt huisvesting aan verzorgingshuis- en verpleeghuisbewoners. Het centrum bestaat uit een kleinschalige verpleegafdeling en woonzorgappartementen. In totaal zijn er 69 zorgappartementen waar mensen met verschillende zorgindicaties kunnen worden gehuisvest. Deze zorgappartementen zijn gesitueerd op de 1^e en 2^{de} verdieping. De verpleegafdeling voor mensen met een PG aandoening is gesitueerd op de begane grond. Hier wordt huisvesting geboden aan vier groepen in kleinschalige woonvorm. Kleinschalig wonen in Oranjehof betekent dat bewoners en medewerkers samen één huishouden runnen met de nadruk op veilig wonen, huiselijkheid en welzijn (Sevagram, 2013).

Oranjehof is gelegen in een buitenwijk van Heerlen. Het project staat midden in de wijk en maakt daar ook nadrukkelijk deel van uit. De wijk biedt voldoende voorzieningen voor de bewoners van de wijk, maar Oranjehof biedt eveneens goede voorzieningen voor de wijk. Er wordt dan ook gestreefd om zoveel mogelijk het contact met de wijk te vergroten en de verschillende functies met elkaar te verenigen. Er worden dan ook, voornamelijk in het ontmoetingscentrum/ grand café, activiteiten met en voor de wijk georganiseerd. Het ontmoetingscentrum vormt daardoor een belangrijk onderdeel van het zorgcentrum.



Het vastgoed is in eigendom van woningcorporatie Weller. Sevagram is echter een huurovereenkomst voor 40 jaar met de woningcorporatie aangegaan en heeft daardoor ook veel eigen inbreng bij de ontwikkeling gehad. Volgens mevr. Hermans onderscheidt het project Oranjehof zich van andere zorgcentra omdat het vastgoed volledig flexibel is ontwikkeld. Het vastgoed biedt ruimte en mogelijkheden om, indien gewenst, huisvesting te bieden aan mensen met verschillende zorgindicaties. Zowel aan mensen met een licht zorgvraag (ZZP 1 -4) tot zeer hoge zorgvraag (palliatieve zorg, ZZP 10). Binnen dit onderzoek wordt echter alleen maar gekeken naar de verpleegafdeling voor mensen met een PG aandoening op de begane grond. Bij de ontwikkeling van het vastgoed (en daarmee ook deze afdeling) zijn de volgende uitgangspunten in acht genomen (mevr. Hermans, 2013):



- comfort cliënten staat centraal;
- modern gebouw;
 - ruime dimensionering slaap en woonvertrekken;
 - veel lichttoetreding;
 - laagbouw;
 - PG op de begane grond.

Deze uitgangspunten moeten worden gezien in het kader van de eerder genoemde kernwoorden: veilig wonen, huiselijkheid en welzijn.

Bij Oranjehof staat het comfort van de bewoners centraal. Dit comfort kan op verschillende manieren geboden worden. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen de zorg/ bejegening en de materiële aspecten zoals het vastgoed.

Door de verschillende ruimtes relatief groot te dimensioneren wordt getracht om de mensen een eigen en rustige omgeving te bieden, zowel in groepsverband maar ook om individueel terug te trekken. Elke bewoner beschikt over een individuele badkamer wat het welzijn kan bevorderen. Vanuit het perspectief van veiligheid en huiselijkheid zijn de individuele badkamers niet noodzakelijk. Om de veiligheid te kunnen waarborgen, ook op de individuele badkamer, zijn deze voorzien van alarmeringen. Deze zijn enkele centimeters boven de afwerkvloer geplaatst, zodat de bewoners het verzorgend personeel kunnen waarschuwen indien zij gevallen zijn. Het toepassen van deze actieve alarmering roept vragen op bij de doelgroep mensen met een PG aandoening. Niet elke bewoner zal zich bewust zijn van de functie en werking van deze alarmering. Desalniettemin kunnen de individuele badkamers door de de bewoners en haar familie worden beoordeeld als extra comfort.

De woonkamer met open leefkeuken is bij Oranjehof ruim gedimensioneerd. Er wordt gestreeft om de bewoners zoveel mogelijk in groepsverband te laten verblijven om zo de activering en onderlinge contacten te vergroten. Dit heeft een positieve werking op het welbevinden van de bewoners. De woonkamer biedt de bewoners ook mogelijkheden om zich rustig terug te trekken in een afgezonderd hoekje. Hierdoor zijn de bewoners in staat om de gewenste prikkels/ stimulering op te zoeken. Om het welzijn van de bewoners verder te bevorderen is ervoor gekozen om de mensen met een PG aandoening te situeren op de begane grond. Hierdoor zijn de bewoners in staat om zich meer en sneller in de binnentuin te begeven en zo voldoende activering te krijgen. De binnentuin is bereikbaar via de voordeur of via een grote schuifpui. Als bijkomstigheid voorziet dit in een grote hoeveelheid daglichttoetreding. De binnentuin is toegankelijk voor alle bewoners van het zorgcentrum. Door de vorm van het gebouw en de ligging van de binnentuin wordt er een fysieke beschermde omgeving geboden die zorg draagt dat de bewoners niet weg kunnen lopen. Bij de indeling en routing van het gebouw is eveneens rekening gehouden met de looproute van de verpleegafdeling naar het ontmoetingscentrum. Deze kan benaderd worden vanuit de binnentuin zodat ook hier de kans op dwalen wordt verkleind.

Het ontmoetingscentrum is niet alleen van groot belang voor de bewoners van het zorgcentrum, maar zeker ook voor de bewoners van de verpleegafdeling. Deze doelgroepen verblijven door elkaar in het ontmoetingscentrum. De mensen uit de verpleegafdeling doen hier elke dag mee aan de welzijnsactiviteiten die worden geboden door Sevagram aldus mevr. Hermans.

Bij Oranjehof kan het verblijfsconcept getypeerd worden als kleinschalig groepswooningen voor mensen met een PG aandoening, geïntegreerd binnen een concept voor individueel wonen voor mensen met een lichtere zorgvraag. Binnen dit onderzoek worden alleen de onderdelen geïnterviewd die betrekking hebben op de doelgroep mensen met een PG aandoening. Voor dit project zijn dit de groepswooningen, de buitenruimte en het ontmoetingscentrum/ grand café.

In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van Oranjehof weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	32		
Gebied			
Oppervlakte kavel		<i>onbekend</i>	
Oppervlakte bebouwd		<i>onbekend</i>	
Groepswooning	4		
Individuele zit-slaapkamer	8	± 154,9	± 19,36
Individuele badkamer	8	± 62,5	± 7,81
Gemeenschappelijke woonkamer/keuken	1	± 102,2	± 12,77
Gemeenschappelijk toilet	1	± 4,0	± 0,50
Gem. textielbeheer	1	± 6,48	± 0,81
Verkeersruimte	1	± 59,9	± 7,49
Beschermde buitenruimte/ binnentuin	1	± 970,2	± 30,32
Grand café (incl. voorzieningen)	1	± 316,0	
Multifunctionele ruimte	1	± 116,2	
Personeel			
Personeel (fte)	± 18,51		
Personeel per gast	± 0,58		

4.9 Parc Imstenrade - Heerlen

Parc Imstenrade is onderdeel van Vitalis WoonZorg Groep. De organisatie biedt de klanten verschillende vormen aan van huisvesting, welzijn en zorg. Parc Imstenrade is een residentieel complex met ongeveer 250 stijlvolle (senioren)appartementen. Het dertien hectare grote terrein omvat zes gebouwen (parcimstenrade.nl, 2013):

- Gebouw A Aronskelk (woonhuis): 41 huurappartementen
- Gebouw B Bosanemoon (kliniek): 86 huurappartementen
- Gebouw C Clematis: 57 koopappartementen
- Gebouw D Daslook: 44 huurappartementen
- Gebouw E Eenbes: 78 huurappartementen
- Gebouw F Hoog Hees (zorghotel)



Op de bovenste verdieping (6^e verdieping) van gebouw E is een afdeling kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie ingericht. Hier wordt verpleeghuiszorg verleend aan bewoners met een zorgindicatie. Deze afdeling biedt plaats aan ongeveer 14 gasten en is hiermee maar een klein onderdeel van geheel Parc Imstenrade. Desalniettemin is dit project toch opgenomen in dit onderzoek. Door de locatie/omgeving, specifieke doelgroep en concept is dit een uniek project in Limburg.

Zoals de naam al doet vermoeden is de verpleegafdeling, en alle appartementen, gesitueerd in een parkachtige omgeving met aangrenzend een bos. Het park is toegankelijk voor alle bewoners. De tuinen van het park zijn divers waardoor de bewoners kunnen kiezen waar ze willen vertoeven. Het park voorziet in een uitgebreid aanbod aan activerings- en welzijnsactiviteiten, maar ook in rustgevend plekken waar voldoende rust- en lounge activiteiten plaats kunnen vinden. Bewoners van het park kunnen onder andere gebruik maken van: Vitaal Fitness Programma, jeu de boules banen, fitnessstuinen, het Crapelspad en van een divers aanbod van tuinen.



Het is haast vanzelfsprekend dat door het cliëntprofiel van de bewoners met een PG aandoening, en door de situering op de 6^e verdieping, de bewoners van de afdeling kleinschalig groepswonen niet zelfstandig gebruik kunnen maken het park. Deze bewoners wordt een beschermde setting geboden wat inhoudt dat hiervoor 24-uurs toezicht wordt geboden. Bij Parc Imstenrade wordt gestreefd om zoveel mogelijk individuele zorg te verlenen. Er is elke dag, zowel overdag als in de avond, een gastvrouw aanwezig die alle maaltijden vers bereid en zorgt voor permanente toezicht in de woonkamer/ keuken. Naast de intensieve zorg is er vijf dagen per week een activiteitenbegeleider op de afdeling die een gevarieerd activiteitenprogramma aanbiedt, gericht op zowel het individu als het samenzijn in de groep, hierbij ligt de nadruk voornamelijk op activering/ beweging. Door dit uitgebreid aanbod aan activiteiten en de inzet van verzorgingspersoneel zullen de bewoners toch veel gebruik kunnen maken van de omgeving en het park. Desalniettemin is er voor de bewoners van de afdeling ook een belevingsgericht dakterras ingericht. Hier kan eveneens voldoende worden gerecreëerd of activiteiten worden uitgevoerd.

De visie van Vitalis, met betrekking op het kleinschalig wonen in Parc Imstenrade, kan geformuleerd en samengevat worden in zes thema's, namelijk (Vitalis WoonZorg Groep, 2009):

- de bewoner: een "thuis"-gevoel en huiselijkheid creëren;
- de zorginhoud: persoonlijke bejegening en een holistische benadering;

- de medewerkers: flexibele werkhouding, in dienst van de bewoner en niet de (organisatie) structuur;
- de familie: mantelzorg betrekken;
- de ondersteunende diensten: service gerichte organisatie;
- het gebouw en de inrichting: infrastructuur van de gewenste zorg- en dienstverlening.

Zoals blijkt uit de verschillende thema's heeft de (zorg)visie van Parc Imstenrade betrekking op verschillende onderdelen. Vastgoed vormt hierbij een ondersteunend onderdeel in het zorgproces. Er is een duidelijke verschuiving waarneembaar in organisatiestructuur, vraaggerichte zorg en service verlening staan daarbij voorop, waardoor een veranderende werkhouding en flexibiliteit steeds belangrijker worden. Over deze thema's zal echter niet worden uitgeweid. Hier zal verder alleen aandacht worden besteed aan het gebouw en de inrichting en hoe hiermee de andere thema's worden ondersteund.

De afdeling kleinschalig groepswonen bij Parc Imstenrade is gesitueerd op de 6^e verdieping. De afdeling is geïntegreerd in een bestaand gebouw, waardoor de mogelijkheden beperkt waren omdat rekening moest worden gehouden met de contouren en (draag)structuur van het gebouw. De afdeling voorziet in 12 één-persoonskamers en één twee-persoonskamer. De kamers zijn gesitueerd aan de oost-zijde van het gebouw, aan de west-zijde is het belevingsgericht dakterras en de centrale corridor die toegang geeft tot elke individuele kamer en de gemeenschappelijke woonkamer gesitueerd. De ruimtes kunnen worden onderverdeeld in individuele- en gemeenschappelijke ruimtes.

De individuele ruimtes zijn de appartementen van de bewoners. Doordat rekening met de structuur van het gebouw moest worden gehouden zijn er verschillende typen/ oppervlaktes kamers aanwezig. De meeste kamers hebben een individuele badkamer en een eigen berging voor persoonlijke bezittingen. Er zijn echter ook drie kamers die geen eigen badkamer hebben. Hierdoor zullen deze drie bewoners gebruik maken van een gedeelde badkamer. Hoewel het de voorkeur heeft om elke bewoner te voorzien van een eigen badkamer is dit voor de doelgroep PG niet noodzakelijk, dit in tegenstelling tot de doelgroep somatiek, aldus mevr. Diks. Eveneens kunnen/moeten de bewoners hun eigen kamer inrichten. Hierdoor zal er huiselijkheid en herkenning optreden voor de bewoner.

De gemeenschappelijke ruimtes zijn de corridor, de centrale woonkamer, het belevingsgericht dakterras en ook de verpleegpost/ kantoor. Centraal op de afdeling, en eveneens aan de lift en het trappenhuis, is een verpleegpost gesitueerd. Hier kan medische zorg worden verleend, maar ook besprekingen met de bewoners/ familie of overleg tussen het zorgpersoneel. Doordat deze afdeling is aangebracht bij de lift en het trappenhuis is er altijd toezicht en controle op de aanwezige mensen op de afdeling en kan ook de afdeling worden beveiligd tegen het (eventuele) dwalen van de bewoners.

De centrale corridor is ingericht met kunstobjecten. Dit sluit aan bij de beleving van de doelgroep, welke vooral afkomstig is uit de hogere sociale klassen. De mensen hebben veelal in hun verleden ook kunst thuis gehad waardoor dit geschikte inrichting voor deze doelgroep is.

Hoewel de bewoners een individuele kamer hebben en er gestreefd wordt om de persoonlijke wensen en leefstijl van de bewoner te respecteren kan gesteld worden dat de meeste bewoners overdag de meeste tijd doorbrengen in de gemeenschappelijk woonkamer. Hier zullen dan ook de meeste activiteiten plaatsvinden. Bij Parc Imstenrade wordt relatief veel dagbesteding geboden, dit is mogelijk door de hogere financiële bijdrage (t.o.v.



“reguliere” AWBZ-instelling) die de bewoners betalen. De bewoners betalen een eigen bijdrage (vastgesteld en geïnd door het CAK) aangevuld met een luxe toeslag per dag (interview mevr. Diks). De luxe toeslag is niet expliciet terug te herleiden naar het vastgoed. Gezien het aantal fte per gast (zie tabel) komen de financiële middelen met name ten goede aan de zorgondersteuning, schoonmaak, activiteitenbegeleiding en een gastvrouw. Aangrenzend aan de woonkamer is een open keuken. Hierdoor behouden de bewoners contact met de mensen die het eten bereiden. Volgens mevr. Diks zijn de meeste bewoners niet meer in staat om actief deel te nemen aan het bereiden van de maaltijden, maar het is wel belangrijk dat deze bewoners betrokken worden bij het proces. Alleen al door mee te kijken en het eten te ruiken zullen ze zich toch meer betrokken voelen en actiever blijven.

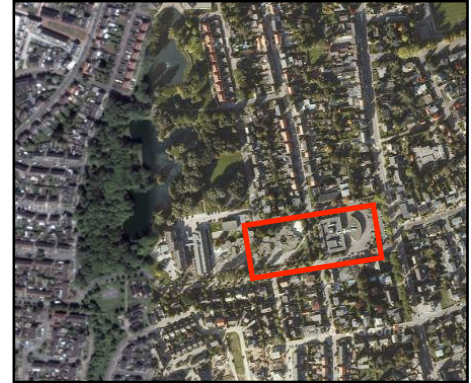
In onderstaande tabel zijn de oppervlaktes van de afdeling kleinschalig wonen weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	14		
Gebied			
Oppervlakte kavel		± 13 ha	
Oppervlakte bebouwd		<i>onbekend</i>	
Groepswoning			
Zit-slaapkamer	13	± 403,9	± 28,85
Badkamer	11	± 71,8	± 5,13
Berging	12	± 48,1	± 4,01
Individuele buitenruimte	7	± 76,6	± 10,94
Woonkamer / keuken	1	± 92,3	± 6,15
Gem. toilet	3	± 13,4	± 0,89
Gem. textielbeheer	1	± 4,4	± 0,32
Verkeersruimte		± 209,7	± 13,98
Beschermde buitenruimte/ (dak)terras	2	± 232,1	± 15,47
Personeel/ kantoor/ overleg	1	± 54,6	± 3,90
Personeel			
Personeel (fte)	16,47		
Personeel per gast	± 1,10		

4.10 't Brook - Voerendaal

In Voerendaal ligt zorgcentrum 't Brook. Dit project maakt al vanaf 1983 onderdeel uit van Cicero Zorggroep. 't Brook is een bestaand vastgoedproject waarvoor uitbreidingsplannen zijn. Het bestaande vastgoed blijft daarbij intact. Direct naast het gebouw zal een uitbreiding plaatsvinden die fysiek gekoppeld zal worden aan het bestaande zorgcentrum. 't Brook biedt op dit moment plaats aan 65 cliënten somatiek. Na de uitbreiding zal de capaciteit toenemen met 32 cliënten PG.

Het zorgcentrum is gelegen in de kern van het dorp Voerendaal. De omgeving biedt mogelijkheden voor de bewoners om te recreëren en voor andere dagactiviteiten. In de nabijheid van het zorgcentrum ligt een park met vijver hier kunnen de bewoners samen met familie/ vrienden gaan wandelen. Eveneens bevinden de winkels van het dorp zich op loopafstand zodat de bewoners, indien gewenst, zelf (onder begeleiding) hun boodschappen kunnen doen om zo aan voldoende beweging te komen.



Bij de ontwikkeling van de uitbreiding van 't Brook staan enkele uitgangspunten voorop. Deze uitgangspunten en/of visie bij de ontwikkeling worden enerzijds gehanteerd op organisatieniveau, maar anderzijds hebben bepaalde aspecten specifiek betrekking op dit project. De uitgangspunten bij de uitbreiding van 't Brook zijn (dhr. Leuven, 2013):

- thema creëren;
- hotel-achtige woonvoorzieningen;
- technologische toepassingen gebruiken;
- prettige werkomgeving creëren;

Het verblijfsconcept bij 't Brook kan worden getypeerd als kleinschalig groepswonen in een groter geheel. De vier groepswoningen worden enerzijds gescheiden doordat elke woning apart en individueel kan functioneren. Alle groepswoningen zijn voorzien van een eigen woonkamer en voldoende sanitair. Voor de bewoners is het echter mogelijk om vrij over de gehele beschermde afdeling PG te begeven. Hierdoor zijn ze vrij om de gewenste woonkamer te kiezen en om te gaan met de bewoners van andere groepswoning. Hierdoor is het ook mogelijk voor de bewoners om zich te begeven naar de overdekte thema tuinen.

Het ontwikkelen van een thema staat centraal bij de ontwikkeling van de uitbreiding van 't Brook. Bij het betreffende project wordt getracht een thema met unieke planten te implementeren. De belevingsgerichte binnentuinen springen hierbij het meest in het oog. Dit worden overdekte binnentuinen waarbij het klimaat dusdanig wordt geregeld dat hier planten kunnen groeien die normaal gesproken niet groeien in "verpleeg- of verzorgingshuizen". Het creëren van een thema is niet gebruikelijk bij een verpleeghuis. De bouw van deze ruimten zal daarom ook niet geheel vergoed worden door de NHC. Een dergelijk thema zal echter een hogere investering vergen voor onder andere de installaties voor de klimaatbeheersing.

Bij Cicero staat de wens van de bewoner voorop, aldus dhr. Leuven. Dit is een reden waarom elke individuele zit-slaapkamer wordt voorzien van een individuele sanitaire ruimte. Binnen deze ruimte wordt gebruik gemaakt van een mobiele tilliftsysteem. In de ogen van Cicero wordt met het bieden van een individuele badkamer met toilet een hotel-achtige ervaring aangeboden die aansluit bij de wensen van de bewoners. Hierbij wordt eveneens bij huiselijkheid aangesloten en wordt de privacy van de bewoners gewaarborgd.

Op organisatieniveau is Cicero zeer vooruitstrevend in het gebruik van domotica toepassingen. De positie die hierbij als onderneming wordt nagestreefd is die van 'early adaptor' en/of 'early majority' (Vilans, 2013). Dit houdt in dat intensief wordt gewerkt met nieuwe technologische (domotica) producten indien deze zich aanwenden op de markt of wanneer het product ergens reeds in de praktijk is bewezen. Bij Cicero is zelfs een visie op het gebruik van domotica toepassingen ingesteld. Met het gebruik van domotica wordt bij Cicero beoogd de volgende waarden te verbeteren (Vilans, 2013):

- veiligheid van de bewoners met als afgeleid doel: cliëntgebonden en niet meer toepassen dan nodig;
- kwaliteit van leven van de bewoners met als afgeleide nadere invulling voor met name voor de bewoners van de verpleegunits PG: iedereen maximale vrijheid binnen het zorgcentrum, tenzij de veiligheid in het gedrang komt en tenzij de betreffende bewoner(s) niet goed mengen met de andere bewoners van het zorgcentrum;
- zelfredzaamheid met als afgeleide nadere invulling voor met name bewoners met somatische klachten: sociale participatie;
- doelmatigheid met als mogelijke afgeleide doelen minder lopen door het zorgpersoneel en een verminderde inzet van nachtzorgpersoneel indien dit gezien de setting mogelijk is.

Met domotica zijn er meerdere mogelijkheden om de zorg op deze punten te verbeteren. Afhankelijk van de lokale situatie wordt beoordeelt welke toepassingen gehanteerd kunnen en zullen worden.

Met domotica kan eveneens gefaciliteerd worden in een prettigere werkomgeving. Door bepaalde toepassingen te hanteren, zoals bijvoorbeeld cameratoezicht of akoestische bewaking, kan ervoor gezorgd worden dat het verzorgingspersoneel niet onnodig veel loopbewegingen hoeven te maken. Hierdoor kan eerst op afstand worden beoordeeld of dit wel nodig is. Als bijkomstigheid wordt hierdoor de bewoner niet onnodig gestoord in haar nachtrust.

Een prettige werksfeer wordt ook gecreëerd door het bieden van goede parkeergelegenheden voor het personeel, aldus dhr. Leuven. Bij 't Brook is het mogelijk om deze parkeergelegenheden in voldoende mate te integreren bij de ontwikkeling. Buiten het feit dat dit moet zorgen voor een prettige werkomgeving voor het personeel, zal dit eveneens zorgen voor een beter aanzien bij de bezoekers. Bezoek en mantelzorg zal hierdoor eveneens gestimuleerd kunnen worden.

In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van 't Brook weergegeven. Binnen dit onderzoek wordt met name rekening gehouden met de uitbreiding van het zorgcentrum. Van het bestaande gedeelte zal ook het grand café worden meegenomen in de inventarisatie. Deze ruimte biedt ook recreatie mogelijkheden voor de bewoners van de "gesloten unit" en haar bezoekers.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	32		
Gebied			
Oppervlakte kavel		± 13.264	
Oppervlakte bebouwd		± 5.985	
Wonen/ verblijf			
Ind. zit-slaapkamer	32	± 518,4	± 16,20
Ind. sanitair	32	± 204,8	± 6,40
Gem. woonkamer	4	± 244,0	± 7,63
Gem. sanitair	5	± 32,4	± 1,01
Gem. snoezelkamer	1	± 14,0	± 0,44
Logeerkamer + sanitair	1	± 22,6	± 0,71
Gem. opslag/ berging	7	± 44,0	± 1,38
Gem. textielbeheer	2	± 17,6	± 0,55
Verkeersruimte		± 460,0	± 14,38
Beschermde buitenruimte	1	± 170,0	± 5,31
Thematuinen	2	± 210,0	± 6,56
Personeel/ kantoor/ overleg	5	± 53,0	± 1,66
Personeel			
Personeel (fte)	± 41		
Personeel (fte) per gast	± 0,85		

4.11 Klein Gulpen - Gulpen

Zorginstelling Vivre realiseert een zorgcomplex in Gulpen, genaamd Klein-Gulpen. Dit zorgcentrum zal medio juni 2013 worden opgeleverd. Klein-Gulpen zal plaats bieden aan 40 bewoners met een somatische aandoening, maar ook aan 13 bewoners met een PG aandoening. De mensen met een PG aandoening zullen worden gehuisvest in de vleugel die wordt ingericht als groepswooning voor deze 13 bewoners. Deze doelgroep wordt gesitueerd op de begane grond. De bewoners met een somatische aandoening worden gehuisvest op de begane grond en op de 1ste verdieping. Op de begane grond wordt eveneens een restaurant/café, kantoorfaciliteiten, opslag, e.d. gerealiseerd.

Het zorgcentrum wordt gerealiseerd in het dorp Gulpen. Gulpen is enkele dorpen verder dan Maastricht gelegen. Vivre opereert in Maastricht en in de nabijheid hiervan. Het zorgcentrum Klein-Gulpen is echter het verst gelegen van het huidige diensten aanbod. Volgens mevr. van Glabbeek kan dit leidt ertoe leiden dat de concurrentie met een andere zorgaanbieder groter is dan gebruikelijk. Klein-Gulpen wordt gerealiseerd aan de rand van het dorp in een rustige en groene omgeving. Bij de ontwikkeling wordt rekening gehouden met de lokale omgeving. Deze zal dan ook zoveel mogelijk worden geïntegreerd in het ontwerp en in de inrichting.



Mevr. Van Glabbeek geeft aan dat ze pas in een later stadium bij het plan van Klein-Gulpen is betrokken aangezien in eerste instantie iemand anders de functie als locatiemanager zou hebben. Het plan was in deze fase al uitgewerkt, waardoor ze niet geheel op de hoogte is geweest van de oorspronkelijke visie achter de ontwikkeling van het zorgcentrum. Desalniettemin kan ze melden dat haar opdracht was: “toepassen van slimme zorgtechnologie en -processen in het huidige plan”. Andere uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling zijn (van Glabbeek, 2013):

- bevorderen eigen regie bewoners;
- privacy;
- gastvrijheid;
- gebruik van zorgtechnologie en -zorgprocessen.

Vanuit het oorspronkelijke plan heeft mevr. van Glabbeek nog enkele wijzigingen kunnen doorvoeren die passen bij haar eigen visie met betrekking tot de verzorgingen voor de betreffende doelgroepen.

Bij Klein-Gulpen wordt getracht om de eigen regie van de bewoners te stimuleren. Hierdoor zullen de bewoners meer eigenwaarde hebben en zich minder hulpbehoevend voelen. Het stimuleren van de eigen regie gebeurt met name door zorgondersteunende technologieën en door de benadering van de zorgverleners. Dit uitgangspunt is dan ook niet goed terug te herleiden naar het vastgoed, met uitzondering van de gebruikte technologie.

Het bevorderen van de privacy is een zeer belangrijk uitgangspunt voor mevr. van Glabbeek. Klevarie (het verpleeghuis waar veel bewoners van worden overgeplaatst) scoort bij verschillende klant tevredenheid onderzoeken zeer hoog op de verschillende onderdelen, maar door de meerpersoonskamers blijft het achter op het onderdeel ‘privacy’, aldus mevr. van Glabbeek. Dit moet bij het nieuwe zorgcentrum verbeterd worden. In het vastgoed is dit met name te zien aan de grootte van de zit-slaapkamers van de bewoners en door het integreren van individuele natte

cellen. Individuele natte cellen komen vooral veel voor bij de doelgroep mensen met een somatische aandoening. Het is echter maar de vraag of ook de mensen met een PG aandoening hier veel meer privacy door ervaren. Het cognitieve vermogen van deze mensen functioneert niet meer optimaal, hierdoor kan het ervaren van privacy waarschijnlijk ook worden bevorderd bij gemeenschappelijke natte cellen (mits de natte cellen goed worden schoon gemaakt en het bezoek aan deze ruimtes goed worden georganiseerd door de zorgverlening). Eveneens worden in de individuele ruimtes van de bewoners een pantry aangebracht. Dit is een eenvoudige pantry waar bijv. koffie/thee, een magnetron en/of een ijskast kan worden gezet. Hoewel de meeste bewoners deze handelingen niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren heeft dit vooral voor het bezoek/ de familie meerwaarde. Voor deze belanghebbenden zal dit aspect dan van belang zijn als het gaat om de privacy.

De eigen pantry zorgt ook voor meer gastvrijheid. De bewoners en/of familie zijn in staat om zelf te beslissen wat en wanneer ze bijvoorbeeld koffie willen zetten. De bewoners zullen zich hierdoor meer thuis kunnen gaan voelen. Tevens wordt er ook beoogd om gastvrijheid te creëren doordat Klein-Gulpen een “open instelling” is. Iedereen is welkom in het zorgcomplex. Wanneer het complex wordt betreden komt men direct uit in het gemeenschappelijk restaurant/ grand café. Hierdoor zal er meer activiteit en levendigheid ontstaan in het zorgcentrum. Al met al kan gesteld worden dat gastvrijheid iets is wat wordt uitgedragen door het personeel. Dit heeft vooral te maken met de bejegening en attitude van de medewerkers onderling en tegen de gasten. Hierbij kan het vastgoed alleen maar een ondersteunende rol vervullen.

Om de exploitatie van het zorgcentrum zo gunstig mogelijk te beïnvloeden dient de zorg efficiënt georganiseerd te worden. Binnen de Care is het moeilijk om zorgprocessen te standaardiseren omdat het echt “mensenwerk” is. Door middel van het vastgoed kan er wel gefaciliteerd worden in een efficiënt zorgproces. Hierbij valt onderscheid te maken tussen de activiteiten voor de ondersteunende diensten en technologische ondersteuning bij de verzorging van de bewoners.

Bij het ontwerp van Klein-Gulpen is reeds rekening gehouden met een efficiënt werkproces. Dit is terug te zien in de routing van het gebouw waarbij vooral is gelet op de looproutes van het personeel en de goederen. Voor een goede routing is geïnventariseerd welke handelingen het personeel moet uitvoeren vanaf het begin van de (werk)dienst tot en met- en gedurende het verzorgingsproces. De routing van het gebouw is zodanig opgesteld dat dit de looproutes (een vorm van verspilling) zo kort mogelijk maakt. Op de verpleegafdeling wordt deze vorm van verspilling geminimaliseerd door het toepassen van domotica toepassingen. Voorbeelden hiervan zijn cameratoezicht, bediening van gordijnen/ tv/ verlichting, spreek-, luister- en kijkverbindingen tussen de gast en de verzorging. Dit zorgt ervoor dat de verzorgers niet onnodig hoeven te lopen of de gasten hoeven te wekken gedurende de nachtrust.

Een andere uitwerking van het procesmanagement die wel met het verzorgingsproces te maken heeft betreft het gebruik van de tilliften. Bij het gebruik van mobiele tilliften zijn twee verzorgers nodig om de mensen die niet meer mobiel zijn te verplaatsen van het bed naar bijvoorbeeld de douche. Door de kamers in te richten met een vaste rail-/ tillift systeem is het mogelijk om deze handeling door één verzorger uit te laten voeren. Bij Klein-Gulpen zullen de wanden van de badkamer niet door lopen tot het plafond, zodat het bereik van de rail en tillift over de gehele kamer wordt vergroot.

Voor het berekenen van onderstaande oppervlaktes/ gegevens van het project is alleen rekening gehouden met het gedeelte voor mensen met een PG aandoening. Eveneens is het restaurant en de andere voorzieningen die ook ten goede komen aan de bewoners met een PG aandoening ook geïnventariseerd. Om te komen tot het oppervlakte per bewoner is dit gedeeld door het totaal aantal bewoners van Klein-Gulpen.

In onderstaand tabel zijn enkele gegevens van Klein-Gulpen weergegeven.

	Aantal	Oppervlakte (m ²) Totaal	Oppervlakte (m ²) Per gast
Bewoners			
PG (oud)	13		
Somatiek	40		
Gebied			
Oppervlakte kavel		<i>onbekend</i>	
Oppervlakte bebouwd		± 2.020	
Groepswoning			
Ind. zit-slaapkamer	13	± 330,2	± 25,4
Ind. badkamer	13	± 87,1	± 6,7
Gem. woonkamer/keuken	1	± 100,5	± 7,73
Gem. toilet	1	± 1,2	± 0,09
Snoezelruimte	1	± 13,2	± 1,02
Gemeenschappelijke berging	1	± 4,8	± 0,37
Verkeersruimte	1	± 103,3	± 7,95
Beschermde buitenruimte	1	± 53,0	± 4,08
Grand café (incl. voorzieningen)	1	± 223,7	± 4,22
Kapsalon	1	± 13,0	± 0,25
Personeel/ kantoor/ overleg	1	± 32,7	± 0,62
Personeel			
Personeel (fte)	<i>n.t.b.</i>		
Personeel per gast	<i>n.t.b.</i>		

4.12 Conclusie

De zorgvisie, zoals verwoord in hoofdstuk drie, die wordt gehanteerd door iedere ondervraagde zorginstelling is “belevingsgerichte zorg”. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er weinig tot geen verschil is in huisvesting/ vastgoed tussen de verschillende specifieke belevingsgerichte zorgvisies. Hiervoor zijn meerdere redenen te noemen. Ten eerste is het mogelijk dat de zorgaanbieder de visie voornamelijk tot uitdrukking laat komen in de bejegening en benadering van de zorgbehoevende. Hierdoor worden de mogelijkheden van bedrijfsmiddelen als het vastgoed onbenut gelaten. Dit biedt mogelijkheden voor de toekomst om ook met deze bedrijfsmiddelen beter in te kunnen spelen op de wensen en beleving van de bewoner. Ten tweede hebben zorginstellingen vaak geen eigendomspositie, maar sluiten ze een (langdurig) huurovereenkomst met een woningcorporatie. In dat geval heeft de eigenaar (woningcorporatie) ook eisen en wensen ten aanzien van het vastgoed. Deze komen in de meeste gevallen uit op flexibel en courant vastgoed om deze aan het eind van de exploitatieperiode weer te kunnen verhuren/ af te stoten en zo de financiële haalbaarheid te vergroten. Ten derde bestaat er nog altijd een kloof tussen de vastgoedsector en de zorgmarkt (o.a. Van den Beld & van Zalk, 2010; Hanff, 2013). Bij de ontwikkeling van zorgvastgoed zijn veelal vastgoed deskundigen betrokken, zowel bij de zorginstelling en/of bij de corporatie. De zorgmarkt is een specifieke markt met een bijzondere doelgroep. Gebruikerswensen en -mogelijkheden mogen hierbij niet uit het oog worden verloren. Vastgoed deskundigen zijn vaak niet of onvoldoende op de hoogte van de (on)mogelijkheden van de gebruikers en het zorgproces en/of de zorgvisie om het concept exact af te stemmen op de gehanteerde zorgvisie. Uit de gevoerde gesprekken met zorgdeskundigen blijkt eveneens dat het onderscheid tussen de belevingsgerichte visies vooral theoretisch van aard is en in mindere mate praktisch gericht.

Naast deze specifieke zorgvisie (belevingsgerichte zorg) zijn bij de ontwikkeling van zorgvastgoed ook andere visies te herkennen die reeds in andere sectoren worden toegepast. De visie lean management, gericht op het verbeteren van het werkproces door middel van het reduceren van “verspillingen”, is bij bepaalde initiatieven (*drie van de 11*) duidelijk waarneembaar. Ook hier valt weer onderscheid te maken tussen kleinschalig groepswonen en afdelingsverblijf. Bij deze visie moet het mogelijk zijn om werkprocessen te standaardiseren. Het ligt dus voor de hand dat dit meer bij activiteiten van de ondersteunende diensten zoals de schoonmaak, het textielbeheer, horeca diensten of logistiek wordt toegepast dan bij de zorgverlening in de Care dat “de handjes aan het bed” vereist. Lean management is vooral zichtbaar in de situering van de ruimtes, de routing door het gebouw en het gebruik van technologie. Opmerkelijk is dat bij de ontwikkelingen van deze projecten de locatiemanagers (zorgdeskundigen) nadrukkelijk betrokken zijn bij het ontwikkelingsproces.

De meeste punten die in de conclusie van hoofdstuk drie worden opgesomd waaraan moet worden voldaan om de zorgvisie nadrukkelijk te integreren in het concept zijn in de zorgvastgoedconcepten geïntegreerd. De mate van integratie is afhankelijk van het concept en de zorginstelling.

- Inspelen op de toekomstige populatie en de functionele mogelijkheden van de doelgroep. Dit is bij elke zorginstelling het uitgangspunt. Hier is reeds enkele jaren geleden mee gestart door vraaggerichte zorg te verlenen.
- Inspelen op de persoonlijke biografie. Dit gebeurt (nog niet) door middel van het vastgoed. Dit gebeurt op dit moment alleen door de bejegening van de bewoner en de persoonlijke benadering. Bij de concepten waar veel individuele verzorging is zoals de Tabakshof, de Herbergier en Parc Imstenrade wordt dit dan ook nadrukkelijk zichtbaar.

- Architectonische kenmerken. Bij bijv. Camillus worden de architectonische kenmerken van de omgeving nadrukkelijk geïntegreerd. Dit gebeurt door middel van het materiaalgebruik van de buitengevel en de dakbedekking.
- Bieden van verschillende prikkels. Prikkel worden het meest gevarieerd geboden bij Camillus en de Tabakshof. Hier is dit uitgevoerd door een belevingsroute/ meander aan te leggen.
- Voldoende daglicht. Doordat bij de bouw van het vastgoed altijd bouwtechnische eisen/ wetgeving moet worden gehanteerd zal er altijd voldoende daglicht aanwezig zijn. Bij de verzorgingshuizen worden vaak grote schuifpuien en ramen geïntegreerd, waardoor het zicht naar buiten en het daglicht voldoende is. Bewoners met een PG aandoening hebben echter baat bij andere lichtsterktes. Bij Camillus wordt daarom ook gebruik gemaakt van biodynamisch licht.
- Buitenruimte: Met behulp van de buitenruimte wordt meer en afwisselende prikkels geboden. Dit hoeft niet per definitie in een normale tuin, maar kan ook worden gerealiseerd door middel van een dakterras, zoals dit bijvoorbeeld het geval is bij Parc Imstenrade.

Opvallend bij de ontwikkeling van het zorgvastgoed is dat de zorginstellingen niet nadrukkelijk de gehanteerde zorgvisies hanteren als uitgangspunt. Bij geen enkele instelling wordt dit als een uitgangspunt genoemd. Hierbij worden met name elementen als huiselijkheid, herkenbaarheid en een veilige omgeving gegeven.

Huiselijkheid en herkenbaarheid van de omgeving zorgen ervoor dat de bewoners, die onrustig kunnen zijn door hun mentale gesteldheid, rustig kunnen worden. Het is daarom van belang om de bewoners zich thuis te laten voelen. De uitwerking van de termen 'huiselijkheid' en 'herkenbaarheid' komt in de praktijk neer op het ontwikkelen van "reguliere woningen" waar een normaal huishouding in gevoerd kan worden. Voor herkenbaarheid wordt meestal gezorgd door de bewoners de vrijheid te geven om hun eigen privé ruimtes in te richten. In enkele gevallen is expliciet gelet op het materiaalgebruik van het vastgoed, maar in de meeste gevallen gaat deze herkenbaarheid niet verder dan het interieur.

Om een veilige omgeving te creëren, en dwaalgedrag te beperken, wordt overal een zogenaamde "leefcirkel" vastgesteld. Dit is de ruimte waar de bewoner zich vrij mag begeven. De grootte van de leefcirkel wordt mede bepaald door het vastgoed. Bij kleinschalige groepswoningen is de leefcirkel meestal de woning zelf. Hoe groter de leefcirkel, des te groter de bewegingsvrijheid en des te positiever dit wordt bevonden door de bewoners.

Het voormalig College bouw zorginstellingen (2007) heeft drie huisvestingsconcepten gedefinieerd die mogelijk zijn voor AWBZ-voorzieningen, namelijk individueel verblijf, kleinschalig groepswonen en afdelingsverblijf. Voor de doelgroep ouderen met een psychogeriatrische aandoening is een duidelijk trend waarneembaar naar kleinschalig groepswonen (*binnen dit onderzoek 10 van de 11 projecten*). Veelal zullen deze groepswoningen worden gerealiseerd in een groter geheel van groepswoningen en/of met andere huisvestingsconcepten zoals zorgwoningen (individueel verblijf) of andere doelgroepen. Het grotere geheel wordt gecreëerd om te voorzien in een bepaalde schaalgrootte om zo het zorgproces efficiënt en effectief, maar ook financieel haalbaar te krijgen.

Onderstaand zijn nogmaals de oppervlaktes van de ruimtes per bewoner weergegeven. Het ruimtegebruik bij de verschillende projecten verschilt minimaal. Woonkamers, zit-slaapkamers en sanitair worden (vanzelfsprekend) overal toegepast. Overige ruimtes worden ingepast naar gelang dit wenselijk wordt geacht door de zorginstelling. Keuzevrijheid in ruimtegebruik is dan ook aanwezig voor de zorginstellingen. Voorbeelden hiervan zijn de multifunctionele ruimten,

rookruimten en of ruimten voor het textielbeheer. Gebruik hiervan is afhankelijk van het werkproces en bijvoorbeeld het rookbeleid van de zorginstelling.

Bij de individuele zit-slaapkamers variëren de oppervlaktes aanzienlijk. Bij de Herbergier en Parc Imstenrade zijn de oppervlaktes, resp. 37,8 en 28,9 m², beduidend groter gedimensioneerd dan bij de overige groepswoonings. Bij deze instellingen dient veelal ook een hogere vergoeding te worden voldaan om hier zorg te ontvangen en te verblijven.

Buitenruimte wordt door elke zorginstelling, met name voor de doelgroep mensen met een PG aandoening, zeer positief bevonden. Dit moet zorgen voor voldoende prikkels bij de bewoners. Dit is een reden waarom deze bewoners meestal op de begane grond worden gepositioneerd (*acht van de 11*). Indien dit niet mogelijk is wordt er gezorgd dat de bewoners op andere wijze kunnen genieten van de buitenlucht. Het bieden van een dakterras is hierbij een middel om tot voldoende buitenruimte te komen. Oppervlaktes van de buitenruimte zijn voor een groot gedeelte afhankelijk van de locatie, de omgeving en de contouren van het gebouw. Bij Hornerheide is het aanzienlijk oppervlak aan buitenruimte dan ook voornamelijk hierdoor te verklaren. Bij Oranjehof is de buitenruimte eveneens een beschermde en beveiligde omgeving. Desalniettemin is deze ruimte ook toegankelijk voor de overige bewoners van het project.

	Tabakshof	Herbergier	Hornerheide	Camillus	Daniken	La familie	Heiveld	Oranjehof	't Brook	Klein-Gulpen	Parc Imstenrade
Zit-slaapkamer	20,5	37,8	15,9	17,4	16,9	22,4	15,8	19,4	28,9	16,2	25,4
Sanitair	9,2	5,9	3,6	3,8	3,2	5,4	2,3	8,3	6,0	7,4	6,8
Woonkamers	13,3	9,3	17,5	8,1	12,8	9,2	13,9	12,8	6,2	7,6	7,7
Berging/ opslag	4,1	1,0	1,9	1,7	2,2	0,7	3,0		4,0	1,4	0,4
Textielbeheer	0,8	0,5	1,3	1,1	0,5	0,7	0,7	0,8	0,3	0,6	
Personeel	1,1	10,7			0,5	0,8			3,9	1,7	0,6
Verkeersruimte	11,4	16,1	7,3	8,4	8,3	10,6	5,8	7,5	14,0	14,4	8,0
Buitenruimte	17,4	9,8	48,0	5,7	?	3,0	17,8	30,3	15,5	5,3	4,1
Multifunctioneel	4,7		2,7		3,8						
Rookruimte			1,7				1,1				
Snoezelruimte				0,5						0,4	1,0
Belevingsroute				7,9							
Thema kamers										6,6	

Onderscheidend vermogen wordt haast niet gehanteerd door zorginstellingen. In enkele gevallen wordt er een uniek onderdeel toegevoegd aan het concept, zoals de Meander (Tabakshof te Elst), de belevingsroute (Camillus te Roermond) en de thematuinen ('t Brook te Voerendaal).

Het gebrek aan onderscheidend vermogen kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste kan het te maken hebben met de autonome groei van de klanten. Niemand wilt in een verpleeghuis wonen, maar in sommige gevallen ontkom je er niet aan. Wanneer iemand genoodzaakt is om in een verpleeghuis te gaan wonen zal dit veelal gebeuren in het betreffende woongebied van de

bewoner. Ten tweede is de onzekerheid met betrekking tot het beleid in de zorgsector bepalend voor de marktwerking en concurrentie van de zorginstellingen. Maar ook het beleid met betrekking tot de financiering voor zorgvastgoed is onderhevig aan onzekerheid. Hierdoor wordt terughoudendheid getracht bij de ontwikkeling van excentrieke en/of innoverende initiatieven. Ten derde kan als mogelijke oorzaak het gebrek aan concurrentie worden genoemd. Toetreding tot de markt is echter ook niet snel te verwachten door de marginale winstmogelijkheden binnen de zorgsector.

5 Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze luidt: *“Wat zijn mogelijke nieuwe intramurale zorgvastgoedconcepten voor ouderen met een psychogeriatrische aandoening?”*

Eveneens zal dit hoofdstuk voorzien in aanbevelingen voor mogelijk toekomstig onderzoek en een reflectie op het uitgevoerde onderzoek.

5.1 Conclusie

1. Welke zorgvisies worden gehanteerd bij de zorg voor de doelgroep ouderen met een psychogeriatrische aandoening?

Voor een zorgvisie wordt de volgende definitie gehanteerd: “de opvattingen over hoe de zorg georganiseerd moet zijn, uitgaand van bepaalde mensbeelden” (Thesaurus zorg en welzijn, 2012). De zorgvisies kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: visies gericht op de zorg, de bejegening en het proces.

Zorg	Bejegening	Proces
Aanbodgerichte zorg	- Fred Lee	- Lean
Vraaggerichte zorg	- Gastvrijheidszorg	
- Belevingsgerichte zorg	- Verwenzorg	
- Geïntegreerde belevingsgerichte zorg		
- Menslievende zorg		
- Omgevingszorg		
- Psychobiografisch verpleegmodel		
Vraaggestuurde zorg		

Bij de visies gericht op de zorg is er een trend waarneembaar van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte en -gestuurde zorgvisie. Deze trend is al geruime tijd geleden ingezet en gesteld kan worden dat bijna elke zorginstelling inmiddels vraaggericht en -gestuurd werkt.

Eveneens zijn er specifieke vraaggerichte zorgvisies die worden gehanteerd bij de zorg voor mensen met een PG aandoening. Alle vraaggestuurde zorgvisies kunnen worden geschaard onder de paraplu van “belevingsgerichte zorg”. De betekenis die de cliënt (en zijn naasten) heeft van zijn situatie, zijn levensverhaal, het ziek zijn en de (on)mogelijkheden zijn het uitgangspunt van de zorgverlening.

Visies gericht op de bejegening van de zorgbehoevende zijn afkomstig uit andere (commerciële) sectoren. Desalniettemin worden elementen van deze visies in meer of mindere mate overgenomen in de ouderenzorg. Dit om klantgerichter en -vriendelijker te werken.

De visie “lean”, gericht op het verbeteren van het werkproces, is oorspronkelijk niet afkomstig vanuit de zorg. Desalniettemin wordt het ook in de zorg sector toegepast. Hoewel de sector Care echt “mensenwerk” is is het mogelijk om bepaalde ondersteunende activiteiten en -taken te standaardiseren en het proces efficiënter te laten verlopen.

2. Hoe worden deze zorgvisies in de praktijk in het vastgoed vertaald?

De zorgvisie van belevingsgerichte zorg wordt in de praktijk veelal vertaald door een herkenbare en huiselijke omgeving te bieden. Dit gaat meestal gepaard met het huisvestingsconcept kleinschalig groepswonen. Onderscheid in sub-typen van belevingsgerichte zorg is nauwelijks

herkenbaar in het vastgoed. Dit onderscheid is voornamelijk terug te zien in de bejegening en benadering van de zorgbehoevenden.

De visie “lean”, gericht op het proces is wel duidelijk herkenbaar in het vastgoed. Om deze visie toe te passen in het vastgoed dient echter bij het ontwikkelingsproces reeds veel zorginhoudelijke kennis aanwezig te zijn. Kennis van zorgprocessen en -taken van het personeel dienen in kaart te zijn gebracht om zo de ligging van de ruimtes en routing door het gebouw optimaal te kunnen situeren. De meeste mogelijkheden om deze visie optimaal te kunnen benutten dienen vooral gezocht te worden in de ondersteunende diensten zoals het textielbeheer, horeca diensten en/of de schoonmaak. Bij kleinschalige groepswoningen wordt deze visie vooral toegepast door woningen te verbinden met behulp van een corridor om zo het personeel sneller en veiliger ter plaatste te laten zijn.

De overige visies, die in hoofdstuk drie zijn genoemd, hebben geen specifieke uitwerking in het vastgoed. Deze hebben voornamelijk betrekking op de benadering en bejegening van de klant of deze worden niet toegepast bij de geïnventariseerde projecten.

3. Welke visie/ strategie hanteren zorginstellingen bij de ontwikkeling van haar zorgvastgoed voor deze doelgroep?

Elke zorginstelling heeft wensen en eisen bij de ontwikkeling van huisvesting voor haar klanten. De mate waarin deze wensen en eisen uitgevoerd kunnen en zullen worden is mede afhankelijk van de eigendomspositie en/of overeenkomsten tussen de zorginstelling en corporatie. De visie/ strategieën die worden gehanteerd komen in dit onderzoek tot uitdrukking als uitgangspunten die zijn gehanteerd. De meest gehoorde uitgangspunten hebben betrekking op:

- huiselijkheid;
- herkenbaarheid;
- veiligheid.

De specifieke uitwerking van deze uitgangspunten verschilt per zorginstelling. Het gebruik van herkenbare materialen en het creëren van een huiselijke sfeer door middel van groepsactiviteiten zijn hierbij de meest voorkomende onderdelen. Om de veiligheid te waarborgen zijn de afdelingen en/of groepswoningen vaak “beschermde leefcirkels”. Deze leefcirkels worden gehandhaafd door het gebruik van technologisch toepassingen.

Binnen de onderzochte zorgvastgoedconcepten zijn de aangegeven onderdelen om de zorgvisie te integreren in het vastgoed nadrukkelijk aanwezig. De mate waarin dit gebeurt is afhankelijk van het concept en de zorginstelling. De onderdelen die betrekking hebben op de bejegening van de bewoner zijn hierbij in mindere mate zichtbaar in het vastgoed.

Naar aanleiding van de literatuurstudie (waar weinig differentiatie is tussen de verschillende zorgvisies) en de evaluatie van verschillende zorgvastgoedconcepten blijkt dat er geen eenduidig antwoord valt te geven op de hoofdvraag. Er valt geen “best-fit-all” zorgvastgoedconcept te formuleren. De ontwikkeling van een nieuw en toekomstbestendig zorgvastgoedconcept is afhankelijk van verschillende factoren van de zorg en het vastgoed. Enkele voorbeelden van deze factoren zijn:

- ligging van het zorgvastgoedconcept (bijv. de historie en de achtergronden van de bewoners en de bebouwingmogelijkheden);
- gedachte, visie en/of beleid van de zorginstelling (hierbij valt te denken aan bijv. het rookbeleid);
- stand van de medische zorg en de (installatie)techniek.

Desalniettemin kan worden gesteld dat een duidelijke visie opgesteld moet worden waarin rekening wordt gehouden met bovenstaande elementen en de betreffende doelgroep (LOC, 2009). Buiten het feit dat er geen “best-fit-all” zorgvastgoedconcept is, kunnen wel enkele aandachtspunten worden gegeven waar een toekomstbestendig zorgvastgoedconcept aan moet voldoen. Deze aandachtspunten zijn gedestilleerd uit de voorgaande hoofdstukken.

- **Kleinschalig groepswonen voor mensen met een PG aandoening.** Dit huisvestingsconcept stimuleert de mantelzorg. De mantelzorg kan ondersteunende taken van het verzorgend personeel overnemen waardoor deze zich nadrukkelijk kan richten op de verpleging en verzorging van de bewoners. Dit huisvestingsconcept biedt eveneens meer mogelijkheden om een “reguliere” huiselijke situatie na te bootsen waardoor ook intensieve persoonlijke aandacht kan worden geboden.
- **Inspelen op de beleving.** Belevingsgerichte zorg is het uitgangspunt. Dit komt echter vaak niet verder dan de bejegening van de bewoner. Door op een innovatieve en creatieve manier om te gaan met het vastgoed en de inrichting hiervan zullen er mogelijkheden ontstaan voor nieuwe en unieke concepten. Als voorbeeld hiervan kan worden gekeken naar de twee projecten “t Brook” en “Camillus”. De gebruikte ruimtes hebben meerwaarde voor de bewoners (activering & beleving), bezoekers (privacy & beleving) en voor het verzorgend personeel.
- **Afstemming individuele zit-slaapkamer op de behoeften van de zorgbehoevende.** Er dient gelet te worden op de oppervlaktes van deze ruimten. De prestatie-eisen van het voormalige Cbz. geven een duidelijk beeld van de minimale oppervlaktes van deze ruimten. Hoewel vaak wordt gesteld dat er meer privacy voor de zorgbehoevende wordt nagestreefd is het niet aan te raden om dit te doen door de metrages van de individuele zit-slaapkamers veel toe te laten nemen. Te grote oppervlaktes zorgen ervoor dat de bewoners de eigen regie in de individuele ruimten verliezen waardoor “het bereik” van de bewoner verkleint. Er dient dus een duidelijke balans te worden gevonden tussen het oppervlakte en de mogelijkheden van de doelgroep.
- **Gedeelde natte cellen.** Vaak wordt gekozen voor individuele natte cellen met als stelling dat dit de privacy bevordert. De investeringskosten van de natte cellen zijn echter relatief hoog ten opzichte van andere ruimten. Het is maar de vraag of mensen met een PG aandoening individuele natte cellen als meer privacy ervaren, aangezien ze door hun cognitieve vermogen vaak niet zullen merken dat deze ruimten gedeeld worden. Om dit te bewerkstelligen dient er wel een goed en duidelijk werkproces opgesteld te worden om een dubbele bezetting tegen te gaan.
Eveneens kan gesteld worden dat, in het kader van een huiselijke situatie, de meeste woningen ook niet zijn voorzien van individuele natte cellen. Indien de woning wordt voorzien van één natte cel per 3 of 4 bewoners sluit dit dus beter aan bij de beleving van de bewoner.
- **Technologische toepassingen / domotica.** Techniek evolueert, ook de technologie die toegepast kan worden bij de verzorging voor mensen met een PG aandoening. In de meeste gevallen worden reeds enkele domotica toepassingen geïntegreerd in het concept. Van belang hierbij is dat de zorginstelling een duidelijke “domotica visie” heeft waarin duidelijk staat verwoord wat de zorginstelling wil bereiken met het gebruik van deze toepassingen. Vanuit de visie kan worden bepaald welke toepassingen geïntegreerd moeten worden in het concept. Hierbij zijn de fysieke mogelijkheden van de doelgroep leidend.
Opvallend is dat technologie voornamelijk wordt gehanteerd om de veiligheid te bevorderen. Mogelijkheden om beter in te spelen op de beleving van de individuele

bewoners wordt hierbij zeer sporadisch toegepast. De stand van de techniek is inmiddels zo ver dat hiervoor ook mogelijkheden zijn.

- **Werkproces in kaart brengen en standaardiseren.** Indien het werkproces duidelijk in kaart wordt gebracht kan de routing in het gebouw en het ruimtegebruik beter afgestemd worden op de wensen en eisen van de gebruikers. Investeringskosten en exploitatiekosten kunnen hierdoor worden gereduceerd. Hoewel het moeilijk is om het werkproces in een kleinschalige groepswoning te standaardiseren zijn er, ook hier, mogelijkheden voor bepaalde werkzaamheden en taken.
- **Beschermde buitenruimte.** Buitenlucht is voor elk mens noodzakelijk. Doordat mensen met een PG aandoening vaak niet de vrijheid hebben om zelf te bepalen wanneer ze zich willen begeven in de buitenlucht is het noodzakelijk om een beschermde buitenruimte te bieden. De buitenruimte kan hierbij zorgen voor contact met de omgeving en de natuur. Dit levert andere prikkels op dan de prikkels die de bewoner in de woning kan krijgen. Vaak wordt ervoor gekozen om daarom de bewoners op de begane grond te situeren. Dit is echter niet per definitie noodzakelijk. Buitenruimte kan ook worden geboden op bijvoorbeeld een dakterras (let wel, hiervoor dienen extra veiligheidsmaatregelen getroffen te worden). Met behulp van de inrichting (materiaal- en bloemenkeuzen) en indeling (indeling paden en materiaalkeuze) kan er verder worden ingespeeld op een goed en gevarieerd prikkelaanbod voor de bewoner.
- *Zoals eerder vermeld dient de wenselijkheid van de overige ruimtes, zoals multifunctionele ruimten en/of rookruimtes, te worden bepaald door de individuele zorginstelling. Waar mogelijk kunnen ruimtes worden gecombineerd of in een groter geheel worden toegepast. Uitwisseling met omliggend vastgoed is hierbij zeker niet uit te sluiten.*

5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor overig onderzoek en/of conceptontwikkeling. Hierbij valt een onderscheid te maken naar wetenschappelijke aanbevelingen en praktijkgerichte aanbevelingen.

Wetenschappelijke aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat er een duidelijke verschuiving waarneembaar is naar vraaggerichte zorg. Inspelen op de individuele wensen en eisen van de bewoners is hierbij een vereiste. Het is echter niet mogelijk om vastgoed af te stemmen op de individuele en tijdelijke bewoner. Door middel van wetenschappelijk onderzoek moet het wel mogelijk zijn om regionale verschillen in doelgroepen en de wensen van deze doelgroepen nauwkeuriger in kaart te brengen. Hierdoor kunnen zorgvastgoedconcepten beter aansluiten bij de beleving van de betreffende groepen. Dit heeft maatschappelijke voordelen in de vorm van betere concepten en financiële voordelen voor de zorginstellingen doordat hier minder leegstand zal optreden.

Het blijft echter moeilijk om concepten te realiseren en zo volggroepen te creëren aangezien niemand vrijwillig in een verpleeghuis verblijft. Doordat het adherentiegebied van verpleeghuizen relatief klein is is het eveneens moeilijk om deze volggroepen aan te trekken.

Praktijkgerichte aanbevelingen

Uit het empirisch gedeelte van dit onderzoek blijkt dat er weinig onderscheidend vermogen is tussen de verschillende zorgvastgoedconcepten. Dit biedt kansen voor zorginstellingen of adviseurs om nieuwe en innoverende concepten te ontwikkelen. Eveneens moet nog in de praktijk blijken hoe de mensen met een PG aandoening om kunnen gaan met technologie in de zorg. Hiervoor is het van belang om meer pilot projecten op te zetten waar de nieuwe technologische toepassingen worden getest.

5.3 Reflectie

Dit onderzoek is op zorgvuldige en nauwkeurige wijze uitgevoerd, desalniettemin is het verstandig om te reflecteren op de onderzoeksmethode en mijn werkwijze.

Onderzoeksmethode

Als onderzoeksmethode bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuurstudie en diepte interviews.

Bij de literatuurstudie is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van wetenschappelijke bronnen. Hiervoor is vooral gekeken naar de bronnen van ontwikkelaars en/of “vaandeldragers” van de betreffende zorgvisies. Enige subjectiviteit blijft aanwezig bij de interpretatie van deze bronnen. Het heeft echter de voorkeur om gebruik te maken van deze bronnen omdat hierdoor de oorspronkelijke gedachte van deze visies zoveel mogelijk behouden blijft. Dubbele interpretatie mogelijkheden blijven hierdoor achterwege.

Ook het houden van interviews geschiedt niet geheel objectief. Desalniettemin is getracht om de antwoorden zoveel mogelijk te objectiveren of te voorzien van beelden door middel van tekeningen en/of te complementeren met rondleidingen. Als onderzoeker ben ik me ervan bewust dat de antwoorden die de respondenten geven afhankelijk kunnen zijn van verschillende onderdelen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Als onderzoeker, in opdracht van RO groep, informatie verkrijgen van andere “commerciële” bedrijven. De mate en bereidheid tot informatieverstrekking kan hierdoor enigszins worden beïnvloedt.
- Betrokkenheid bij de ontwikkeling van het vastgoedconcept. Het is niet altijd even duidelijk wie, wanneer en hoe betrokken is geweest bij het zorgvastgoedconcept. De oorspronkelijk uitgangspunten staan niet altijd papier, waardoor deze alleen vermeld zullen worden door ervaring en fysieke kenmerken.
- Het belangrijkste onderscheid in antwoorden is wellicht zichtbaar in de achtergronden van de respondenten. Er is afwisselend gesproken met locatiemanagers (primair zorginhoudelijke kennis) en werknemers van de vastgoedafdelingen van een zorginstelling en (primair bouwtechnische kennis). Door de eerder genoemde “kloof tussen vastgoed- en zorgsector” kunnen de aandachtspunten en antwoorden verschillen tussen deze twee groepen deskundigen. Met dit onderzoek wordt dan ook enigszins getracht de kloof te dichten door zowel zorginhoudelijke kennis, in de vorm van de zorgvisies, te combineren met kennis van vastgoed.

Werkwijze

Het schrijven van mijn master thesis heeft veel tijd en energie in beslag genomen. Uiteindelijk heb ik me dan ook niet alleen verdiept in dit onderwerp, maar me ingelezen in veel aspecten van zorg, vastgoed, overheidsbeleid, financiering en technologische ontwikkelingen. Door mijn brede interesse is mijn kennis met betrekking tot deze sector dan ook enorm toegenomen. Ik achtte deze kennis noodzakelijk om de markt te doorgronden. Maar belangrijker nog is dat je hierdoor een volwaardig gesprekspartner wordt tijdens de interviews. Zowel de gesprekken met vastgoeddeskundigen als ook de gesprekken met zorgdeskundigen verloopt hierdoor makkelijker aangezien er van beide sectoren kennis aanwezig is.

Literatuur

- Alzheimer Nederland (2011). *Wereld Alzheimer Dag Rapport 2011: toekomstverkenning dementie in Nederland 2011 - 2050*. Bunnik.
- Baarda, D.B. & Goede, de M.P.M. (2001). *Methoden en Technieken, Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese Uitgevers: Leiden/ Antwerpen.
- Baart, A. (2004). *Een theorie van presentie*. Boom Lemma Uitgevers (3^e druk): Den Haag.
- Becker, H.A. (1992). *Generaties en hun kansen*. Meulenhoff: Amsterdam.
- Becx, D. (2011). *Het psychobiografisch verpleegmodel volgens professor Erwin Böhm*. Becx & van Loon.
- Beld, van den H. & Zalk, van D. (2010). *Essenties voor samenwerking in wonen en zorg: realiseer meer en beter woonzorgvastgoed*. Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum: Houten.
- College bouw zorginstellingen (2007). *AWBZ-voorzieningen: prestatie-eisen voor nieuwbouw*. Utrecht. Rapportnummer: 0.122.
- Chan Kim, W. & Mauborgne, R. (2012). *De blauwe oceaan: creatieve strategie voor nieuwe, concurrentievrije markten*. Uitgeverij Business Contact: Amsterdam/Antwerpen.
- FEM de week (2000). Marketing: het merk als kerk. *FEM de week*, 3 (49).
- Flowerdew, R. En Martin, D. (2005). *Methods in human geography: a guide for students doing a research project*. (2^e druk). Pearson Education Limited: Harlow.
- Garssen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Bevolkingstrends, 2e kwartaal 2011. Publicatie CBS.
- Gunnarsson, J. (2012). *Hostmanship: de kunst mensen het gevoel te geven dat ze welkom zijn*. Hostmanship Development Group (3^e druk): Huizen.
- Hanff, P. (2013, februari). *Zorg en vastgoed moeten elkaar beter leren begrijpen*. Vastgoedmarkt, p. 55.
- Hooft, P. van 't, & Vervoort, C. (2012). *Met andere ogen zien: zorg voor mensen met dementie*. De Zorggroep: Venlo.
- Informatiebrochure De Drie Notenbomen (2012). *Thomashuizen Herbergier & Vastgoed: waar herbestemming van cultureel erfgoed en betere kleinschalige zorg elkaar vinden*.
- Kooij, C. van der (2003). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen (dissertatie)*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit geneeskunde/Utrecht: Lemma.
- Kotler, P., Kartajaya, H. & Setlwan, I. (2010). *Marketing 3.0*. Wiley: Hoboken, New Jersey.

- Lee, F. (2009). *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9 ½ dingen die u anders zou doen*. Reed Business (2^e druk). Amsterdam.
- Meander Wonen. (2013). *Nieuwbouw Heiveld: concept PvE groepswooning*. 5^e concept. Landgraaf.
- Messing, H. (2011). *De patiënt als gast*. 31 maart 2011.
- Ministerie van Financiën (2012). *Voorjaarsnota 2012*. Kenmerk BZ/2012/283M. Den Haag.
- Ministerie van VROM (2010). *Senioren op de woningmarkt: nieuwe generatie andere eisen en wensen*. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2011). *Programmabrief langdurige zorg*. Kenmerk: DLZ/KZ-U-3067294. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2012). *Regeling zorgaanspraken AWBZ*. Ministeriële regeling. Den Haag.
- Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). *De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. NIZW: Utrecht.
- Prahalad, C.K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: the next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*. Vol. 18, No. 3.
- Prinsen, B. e.a. (2002). *Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk*. NIZW: Utrecht.
- Randen, A. van (2012). *Lean bouwen: waarde - tijd - leren*. Arpa: Veldhoven.
- Ridderstråle, J., Nordstrom, K. (2007). *Funky business forever: how to enjoy capitalism*. Pearson Education Limited (1^e druk revised edition, 1^e druk uit 1999): Harlow.
- Someren, E.J.W. Van, e.a. (2008). *Effect of bright light and melatonin on cognitive and non-cognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial*.
- Readers Digest (2012). *The brands you trust: reader's digest european trusted brands survey 2011*. <http://www.rdtrustedbrands.com/>.
- Rijkenberg, J. (2009). *Concepting: het managen van conceptmerken in het communicatiegeoriënteerde tijdperk*. BBNC (10^e druk, 1^e druk uit 1998): Utrecht.
- Scharmer, O. (2009). *Theory U: leading from the future as it emerges*. The Society for Organizational Learning: Cambridge.
- Scherder, E., & Eggermont, L. (2008). *Lichamelijke activiteit, cognitie en dementie: onderzoek naar interventies in verzorgingshuizen komt in beweging*. *Neuropraxis*, 12, 37-42.
- Stijnen Consultancy. (2012). *Conceptueel ontwerp zorgcommunicatie technologie kleinschalig wonen Heiveld*. Versie 0.4.
- Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004). *Evolving to a New Dominant Logic for Marketing*. *Journal of Marketing*. Vol. 68, No. 1.

Verbeek, G. (2003). *De cliënt centraal, hoe doen we dat? Coaching van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Reed Business: Amsterdam.

Verbraeck, B., & Plaats, A. van der (2012). *De wondere wereld van dementie: vanuit nieuwe inzichten omgevingszorg bieden aan dementerenden*. Reed Business: Amsterdam.

Vilans (2013). *Domotica voor een zorgcentrum van de Cicero Zorggroep: een functioneel programma van eisen voor domotica, zowel bestaand als nieuwbouw*. Versie 1.0.

Vitalis WoonZorg Groep (2009). *Kleinschalig wonen Parc Imstenrade, visie en beleid: ruimte voor een goed leven*. 24 maart 2009.

Vivantes Ouderenzorg (2012). *La famille: waardig oud worden in uw eigen omgeving*. oktober 2012.

Voort, M.R. van der (2009). *Lean denken en doen in de zorg: acht verhalen uit de praktijk*. Boom Lemma Uitgevers: Den Haag.

Internet

Breincollectief	www.breincollectief.nl
Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie	www.btsg.nl
CBS – Statline	http://statline.cbs.nl
Databank Wonen en Zorg	www.kcwz.nl/databank/databank
ETHICAS ontwikkeling van ethiek in de zorgpraktijk	www.ethicas.nl
IMOZ – Instituut voor Zingevende Zorg	www.imoz.eu
Martha Flora	www.marthaflora.nl
Parc Imstenrade	www.parcimstenrade.nl
Sevagram	www.sevagram.nl/oranjehof
Thesaurus Zorg en Welzijn	www.thesauruszorgenwelzijn.nl
Verwenzorg	www.verwenzorg.nl
Zorg met sterren	www.zorgmetsterren.nl
Zorgvisie – 9 februari 2011	www.zorgvisie.nl

Webapplicatie

Horizonline	www.horizonline.nl
-------------	--

Bijlagen

- Bijlage I: Semi-gestructureerd interview
- Bijlage II: Inventarisatie zorginstellingen en -projecten in Limburg
- Bijlage III: Interviews
- Bijlage IV: Project inventarisatie

Bijlage I: Semi-gestructureerd interview

Onderstaande onderdelen zijn bij de interviews aan de orde gekomen. De mate waarin antwoord is kunnen geven op deze onderdelen is onder andere afhankelijk van de kennis en functie van de respondent.

Afhankelijk van de instelling is doorgevraagd op specifieke onderdelen van het zorgvastgoed-concept en/of andere merkwaardige onderdelen hiervan.

- Zorgvisie
 - Welk type zorgvisie(s) wordt toegepast bij de verzorging van ouderen met een PG aandoening?
 - Waar is de zorgvisie aan te herkennen?
 - Hoe/ Wordt deze zorgvisie uitgewerkt in het vastgoed?
- Ontwikkeling zorgvastgoed
 - Wat zijn bij [CONCEPT] de uitgangspunten geweest bij de ontwikkeling van het vastgoed?
 - Hoe zijn deze uitgangspunten te herkennen in het vastgoed?
 - Denkt u dat er veel onderscheid is waar te nemen tussen de verschillende zorgvastgoedconcepten?
 - Wat is het onderscheidend vermogen van [CONCEPT]?
 - Wat zijn de knelpunten geweest bij de bouw van het vastgoed?
 - In hoeverre heeft de zorginstelling haar eisen/ wensen kunnen doorvoeren bij de ontwikkeling en bouw van het vastgoed?
- Doelgroep
 - Wat zijn de functionele (on)mogelijkheden van mensen met een PG aandoening?
 - Kunnen de meeste bewoners nog zelfstandig lopen of is zijn de meeste bewoners minder-mobiel?
 - Welk ZZP hebben de meeste bewoners? (ZZP 4,5 of 7?)
 - Hoe schat u de toekomst in van de zorgzwaartes bij intramuraal verblijf?
 - Welke aspecten van de omgeving hebben een positieve/ negatieve uitwerking op de mensen met een PG aandoening?
- Toekomstvisie
 - Welke mogelijkheden biedt technologie bij de verzorging van mensen met een PG aandoening?
 - Welke specifieke toepassingen worden reeds bij [CONCEPT] gehanteerd?
 - Hoe ziet u de toekomst voor het gebruik van technologie in de Care?
 - Verwacht u dat het scheiden van wonen en zorg ook door zal zetten naar de hogere ZZP's?

Bijlage II: Inventarisatie zorginstellingen en -projecten in Limburg

Orbis Thuis	
Project	Bouwjaar
Orbis Medisch Centrum	2009
Orbis de Baenje	± 1978
Orbise De Eghte	± 1996
Orbis 't Pejjerhoes	2011
Orbis Hoogstaete	± 2008
Orbis St. Jansgeleen	± 2000
Orbis Lembergh	± 1996
Orbis St. Odilia	± 1970
Orbis Vastrada	± 1980
Orbis Zilverlinde	± 2010
Orbis Daniken	2012
Orbis De Kollenberg	± 1967
Orbis Aldenhof	2012

Vivre	
Project	Bouwjaar / fase
Appelgaard	1990
Beukeloord	1996 (renovatie)
Croonenhoff	2010
De Bron	2010
De Lommer	2010
De Mins	2011
De Wilgenhof	2006
De Zeven Bronnen	2013 (renovatie en nieuwbouw)
Grubbeveld	2001
Hagerpoort	2011
Hospice Trajectum	2011
Klevarie	1970
Koepelhof	1991
La Valence	2007
Lenculenhof	2005
Molenhof	1998 (renovatie)
Motteburght	2010
Klein Gulpen	2013
Borgharen	nog niet gerealiseerd

Land van Horne	
Project	Bouwjaar
Woonzorgcentrum Agneshof	2008
Woonzorgcentrum Nedermazehof	2012
Zorgcentrum Marienburght	
Zorgcentrum Marishof	2005
Zorgcentrum Witven	

Woonzorgcentrum Egelshoeve	2010
Zorgcentrum Rust in Roy	1992
Zorgcentrum Van Berlo Heem	
Zorgcentrum Ververshof	1992
Woonzorgcentrum Bruggerhof	
Woonzorgcentrum Kwartierstaete	2011
Woonzorgcentrum Zuyderborgh	2008
Zorgcentrum St. Martinus	
Zorgcentrum Hieronymus	1999
Woonzorgcentrum St. Charles	
Zorgcentrum St. Elisabeth	2010 (renovatie)
Zorgcentrum St. Joseph	2013
Woonzorgcentrum Aan Stad-thoes	2004
Woonzorgcentrum Domus Bona Ventura	2007
Woonzorgcentrum Hushoven	2012 - 2013

Vivantes	
Project	Bouwjaar / oplevering
La Famille	2013
Aelserhof	
Bloemenhof	
Bunderhof	
Franciscus	1995
Moutheuvel	
Olympiastaete	
Oud Geleen	
Urmonderhof	

MeanderGroep	
Project	Bouwjaar / oplevering
Wijkzorgcentrum Firenschat	1971
Wijkzorgcentrum Kapelhof	1985
Wijkzorgcentrum Vroenhof	1976
Wijkzorgcentrum Hoog Anstel	1982
Wijkzorgcentrum Laethof	2011
Wijkzorgcentrum Dokter Calshof	
Wijkzorgcentrum Heereveld	
Wijkzorgcentrum Eschveld	
Laura Hoes	2007
Barbara Hoes	
Verpleeghuis Hambos	1972
Verpleeghuis Luckerheide	1972
Verpleeghuis De Dormig	1995
Groepswoningen Rode Beuk	
Wijkzorgcentrum Nulland	2012
Wijkzorgcentrum De Voort	2012
Wijkzorgcentrum Bocholtz	1980

Wijkzorgcentrum Sempelveld	2011
Zorgcentrum Heiveld	2014

De Zorggroep	
Projecten	Bouwjaar / oplevering
America	
De Waag	
Ter Borch	
St. Lucia	
't Prônk-eppelke	1995
Blerick	
de Ruijstraat	2007
Bosscherhof	
Herte	
Elzenhorst	
Berkele Heem	
Hof van Kessel	
Smetenhof	
Dr. Engelsoord	
In de Clockenslagh	
Maasduinen Staete	2002
Bergh	
De Wietel	
Porta Silva	
Offenbecker Hof	
Servicecomplex Bösdael	
De Ark	
Schoutgraaf	
Sevenheym	
't Valdere	
Zonnedauw	
Amaliahof	
Sint Jan Baptist	
Centime	
Witte Steen	
't Peske	1995
De Bongerd	1971
Servicecomplex De nieuwe munt	
Rozenhof	
De Linde	
Mariaweide	
De Beerendonck	
D'n Horstgraaf	
De Vorstenheuvel	
Meeuwbeemd	
Sinselhof	
Julianaflat	

Keijsershof	
St. Josefhof	
Ruysdonck	
Boulevard Hazenkamp	
De 5 Sprong	
Zonneveld	
Beukenrode	
het Schuttersveld	
Ambachtkwartier	
Zuiderpoort	
Fransiscus	
Eldershof	
Blauwververstraat	
Vincentiusterrein	
Hof te Berkel	
Broekstraat	
Groepswonen Camillus	2012
Ringovenpark	
Piushof / de Wietel	

Sevagram	
Projecten	Bouwjaar / oplevering
De Hollehof	
De Regenboog	
Elfershof	
Molenpark	
Oranjehof	2012
Piushof	
Plataan	
St. Anna	
Ter Eyck	
Tobias	
Langedael	
Hospice Martinus	
Dr. Ackenshuis	
De Hazelhof	
Geerlingshospice	
Valkenheim	
Oosterbeemd	
Fonterhof	
Panhuys	

Cicero	
Projecten	Bouwjaar / oplevering
Zorgcentrum Schuttershof	
Zorgcentrum Àve Maria	
Heemhof (palliatieve zorg)	

Zorgcentrum Huize Louise	
Zorgcentrum Op den Toren	2013
Zorgcentrum Pius	
Zorgcentrum Vroenhof	
Zorgcentrum 't Brook (uitbreiding)	2014
Zorgcentrum Aan de Bleek	
Zorgcentrum Catharine Daemen	
Zorgcentrum Emmastaete	
Zorgcentrum Bronnenhof	
Zorgcentrum Elvira	
Zorgcentrum Leontine	
Zorgcentrum de Beemden	

Proteion	
Projecten	Bouwjaar / oplevering
Libermannhof	
St. Magdalena	
De Kreppel	
Hornerheide	
De Merwijck	
RCG	
Roncalli	
Sterrebosch	
St. Jozef	
De Wachtpost	
Zorghoeve De Port	2013

kleinere zorginstellingen		
Zorginstelling	Projecten	Bouwjaar / oplevering
Mosae Zorggroep	Scharwyerveld	
Mosae Zorggroep	Campagne	
La Providence	Zorgcentrum La Providence	
Beek en Bos	Ouderen centrum Beek en Bos	
Vitalis Woonzorg groep	Kleinschalig groepswonen Parc Imstenrade	
Pantein	Norbertushof	2013
Pantein	Maartenshof	2006
Sint Jozef	Sint Jozef wonen en welzijn	
Stichting WZC de Beyart	Woonzorgcentrum de Beyart	
Bergweide	Verpleeghuis Bergweide	
Vincent Depaul	Zorgcentrum Vincent Depaul	2007

Bijlage III: Interviews

Quarijn Dichtbij in zorg	De Tabakshof (Martha Flora)	M. Pepping	Locatiemanager
De Drie Notenboomen	de Herbergier	S. Van Duren	Vastgoed coördinator
	de Herbergier (Grathem)	J. Beijers	Zorgondernemer de Herbergier Grathem
Proteion	Hornerheide	F. Niesten	Locatiemanager
De Zorggroep	Camillus	S. van Daal	Locatiemanager
De Zorggroep		R. van de Molengraaf	Stafhoofd bouw en huisvesting
Orbis Medisch en Zorgconcern	Orbis Daniken	J. Hochstenbach	Afdeling Vastgoed V&V
Orbis Medisch en Zorgconcern	Orbis Medisch Centrum	R. Smeets	Beleidsadviseur vastgoed service
Vivantes	La Famille	M. Neilen	Beleidsmedewerker
Sevagram	Oranjehof	R. Hermans	Locatiemanager
Cicero Zorggroep	t Brook	J. Leuven	Manager bedrijfsbureau
MeanderGroep	Heiveld	P. Eck	Manager vastgoed
Vitalis Woonzorg groep	Parc Imstenrade	C. Dijs	Hoofd team kleinschalig groepswonen Parc Imstenrade
Vitalis Woonzorg groep	Parc Imstenrade	L. Savelkoul	Directeur Vitalis Woonzorg groep
Vivre	Klein Gulpen	M. van Glabbeek	Locatiemanager
BFAS			
LOC	Mijn Buurtschap	C. Van Bentvelsen	Architect
		A. Boerwinkel	Adviseur
Bouwpool (LOC)		J. Meerpoel	Adviseur/architect
RO Groep		M. Bakker	Adviseur zorg

Bijlage IV: Project inventarisatie

Opgemerkt dient te worden dat de tekeningen en illustraties alleen zijn bedoeld voor deze scriptie. Deze mogen niet verder worden verspreid of worden gepubliceerd!

De Tabakshof

Het Bosje 11
3921 EH Elst

Contactpersoon:

Mevr. M. Pepping (Marja)
Locatiemanager

Bouw/ in gebruik name:

2010

Zorginstelling:

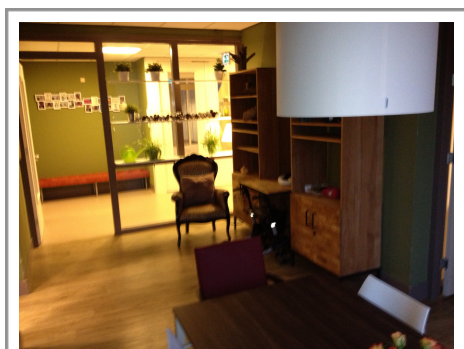
Quarijn. Dichtbij in Zorg

Architect:

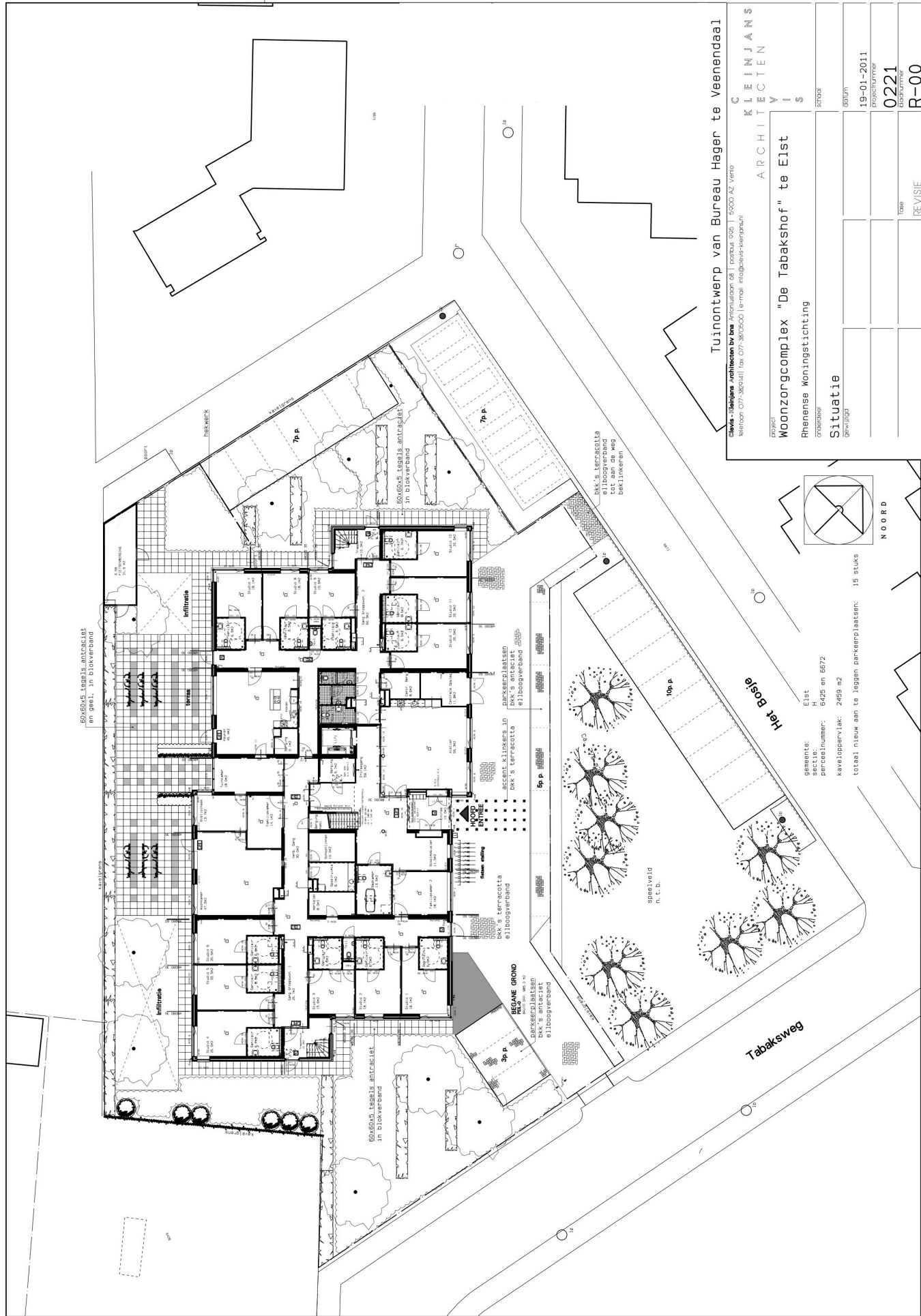
Clevis-Kleinjans Architecten

Doelgroep:

12 plaatsen psychogeriatric



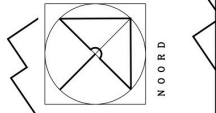
De Tabakshof



Tuinontwerp van Bureau Hager te Venendaal

C
K
L
E
I
N
J
A
N
S
A
R
C
H
I
T
E
N

PROJECT	WOONZONINGCOMPLEX "De Tabakshof" te Elst
OPDRACHTGEVER	Rhenense Woningstichting
SITUATIE	
OPDRACHT	
OPDRACHTNUMMER	19-01-2011
OPDRACHTDATERING	0221
REVISIE	R-00



gemeente: Elst
 sectie: H
 perceelnummer: 6425 en 6572
 kavelloppervlakte: 2459 m²
 totaal nieuw aan te leggen parkeerplaatsen: 15 stuks

Tabaksweg

Het Bosje

speelveld
n.l.b.

BEGANE GROND

60x60x5 tegels antecast
in blikverband

DKK's terracotta
eliboogverband

antecast baksteen in
DKK's antecast
eliboogverband

DKK's terracotta
eliboogverband
antecast baksteen
in blikverband

60x60x5 tegels antecast
en gres, in blikverband

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

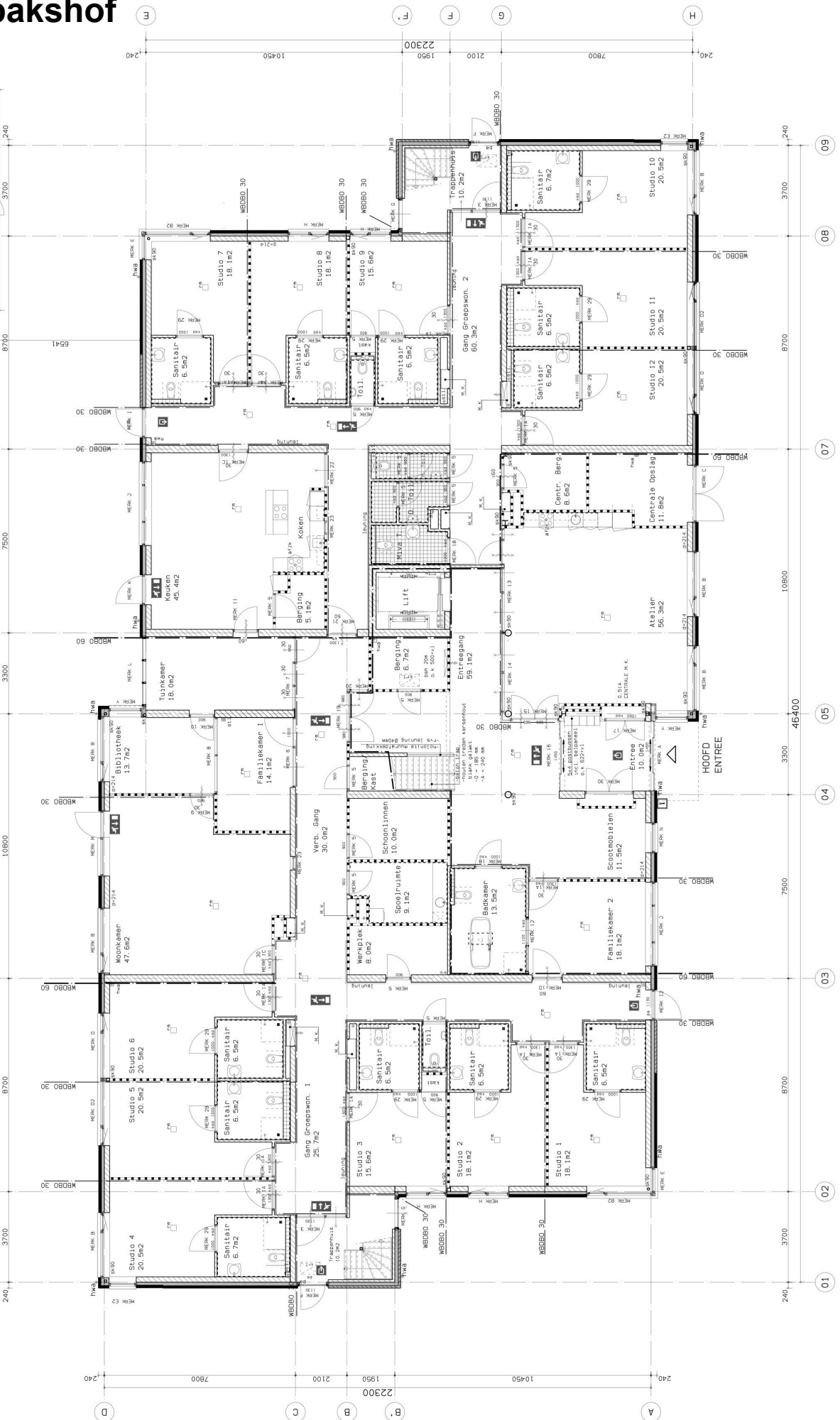
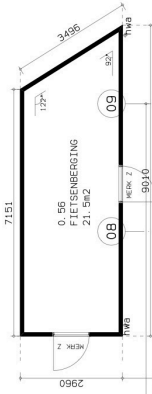
infiltratie

infiltratie

infiltratie

infiltratie

De Tabakshof



BEGANE GROND
PEIL 0
 BRUTO OPP. 965,0 m²

De Herbergier (Grathem)

Brugstraat 52
6096 AC Grathem

Contactpersoon:

Dhr. J. Beijers (Jos)
Zorgondernemer

Bouw/ in gebruik name:

2009

Zorginstelling:

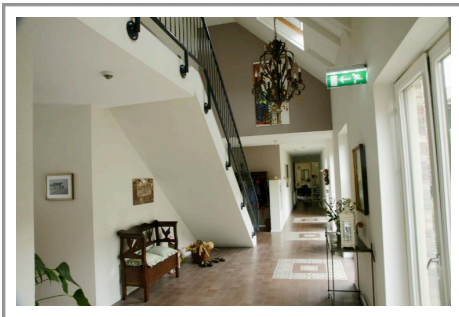
Franchisenemer van De Drie Notenboomen
(geen AWBZ instelling)

Architect:

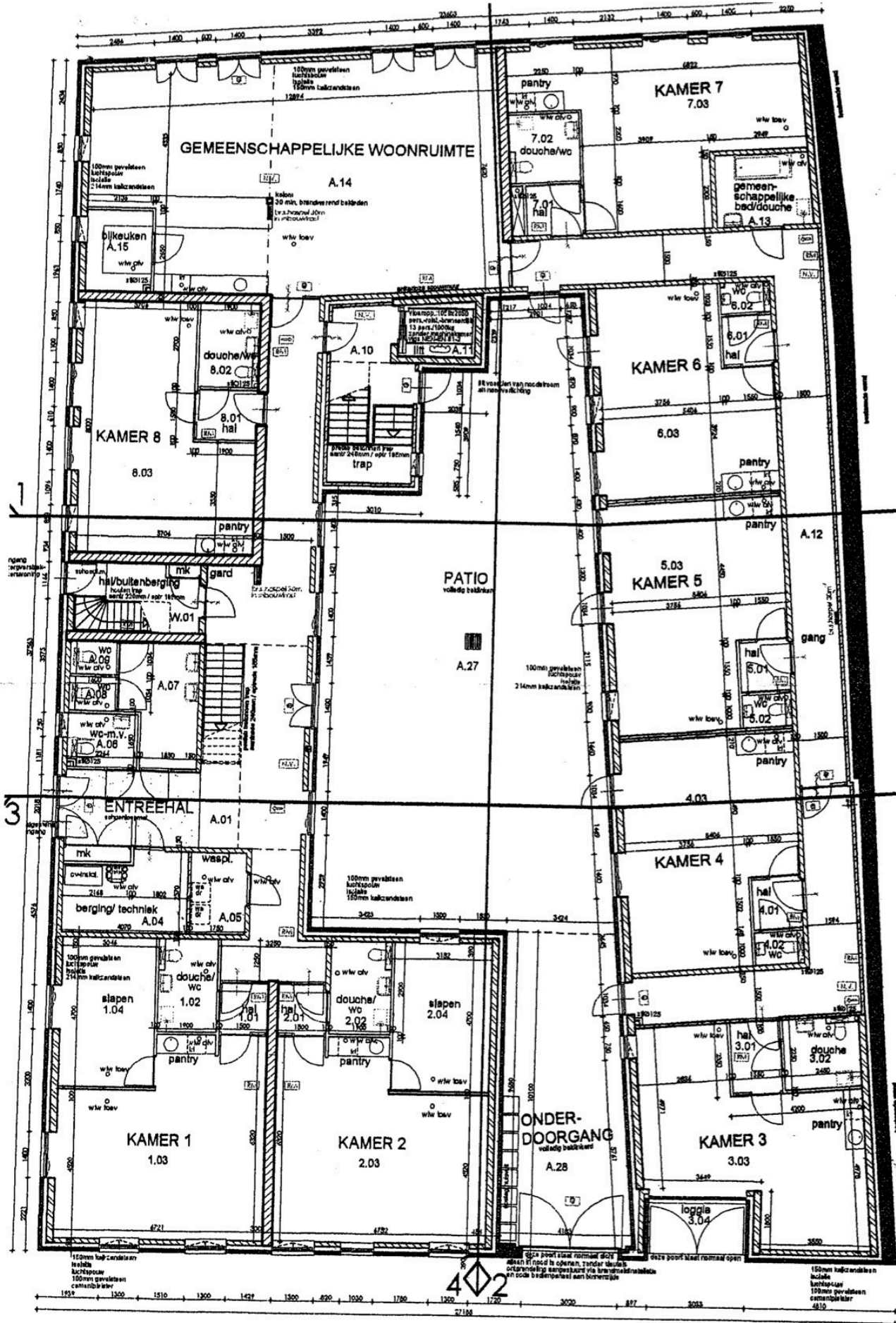
onbekend

Doelgroep:

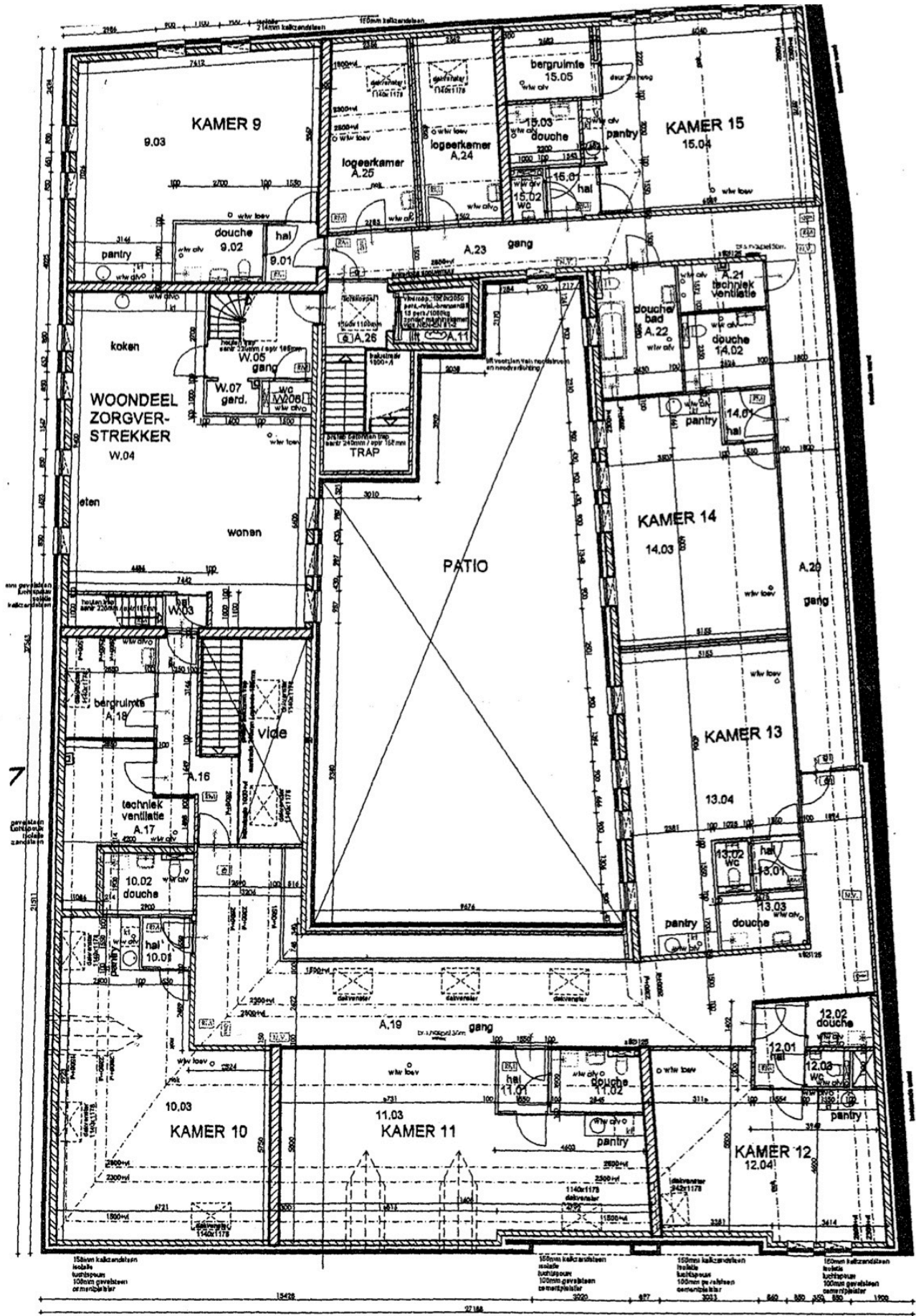
16 plaatsen psychogeriatric



De Herbergier (Grathem)

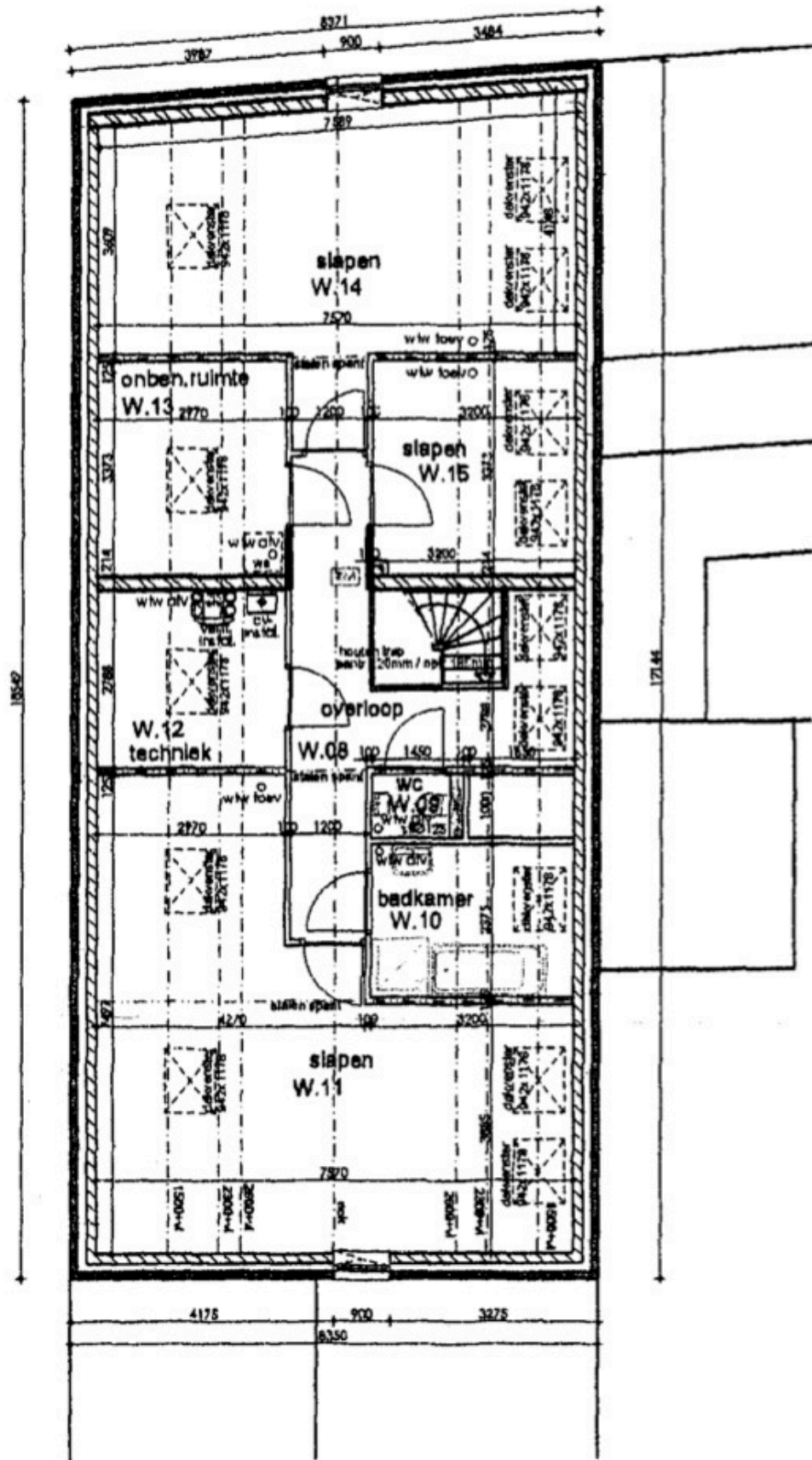


De Herbergier (Grathem)



1e VERDIEPING

De Herbergier (Grathem)



2e VERDIEPING

Hornerheide (Care Village)

Hornerheide 1
6085 NM Horn

Contactpersoon:

Dhr. F. Niesten (Frenk)
Locatiemanager

Bouw/ in gebruik name:

2009

Zorginstelling:

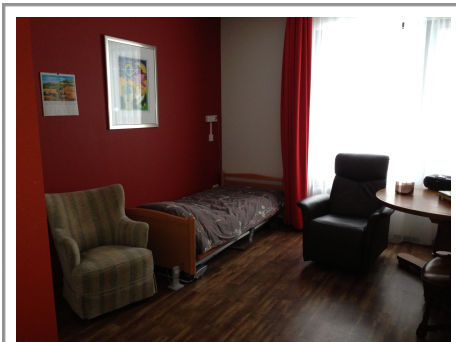
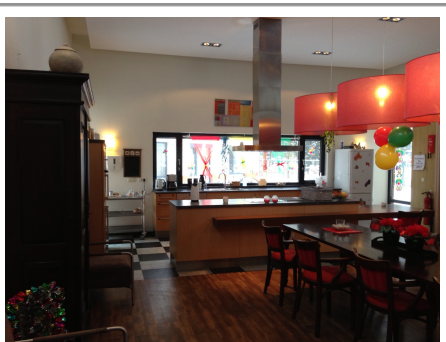
Proteion Thuis

Architect:

Kern Architecten

Doelgroep:

12 plaatsen psychogeriatric (jong)
+
54 plaatsen psychogeriatric (oud)
+
6 plaatsen somatiek



Hornerheide (Care Village)



Hornerheide (Care Village)



Camillus

Heinsbergerweg 176
6045 CK Roermond

Contactpersoon:

Mevr. S. van Daal (Suzan)
Locatiemanager
&

Dhr. R. van de Molengraft (Ron)
Stafhoofd Bouw en Huisvesting

Bouw/ in gebruik name:

2012

Zorginstelling:

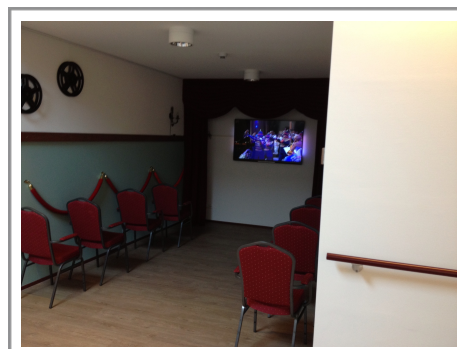
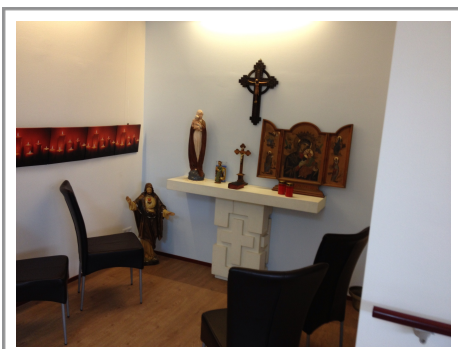
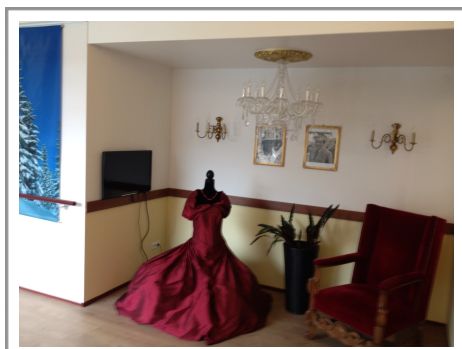
De Zorggroep

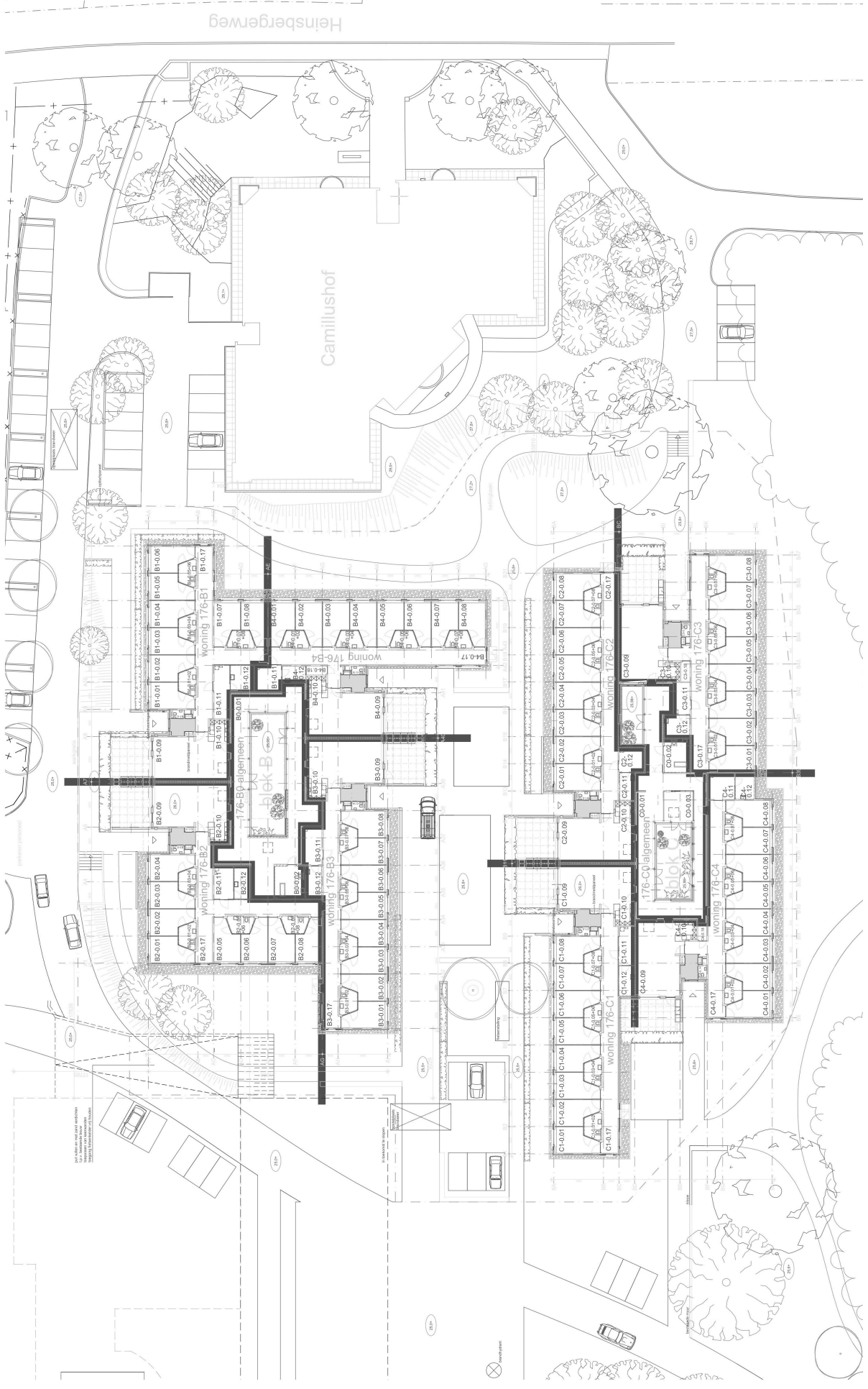
Architect:

De Bever Architecten

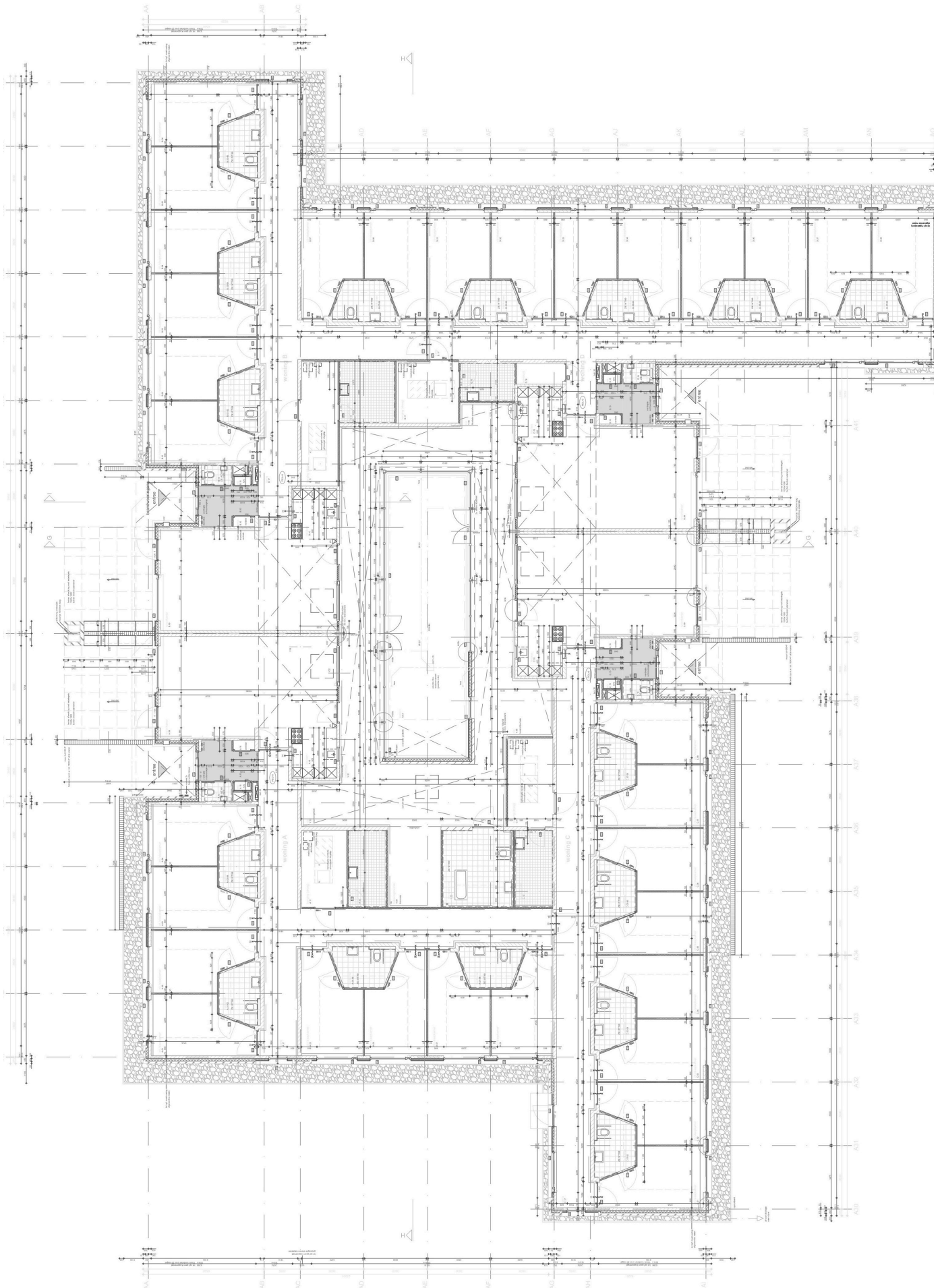
Doelgroep:

64 plaatsen psychogeriatric





Camillus



Orbis Daniken

Lienaertsstraat 159
6164 GH Geleen

Contactpersoon:

Dhr. J. Hochstenbach (Jo)
Afdeling vastgoed V&V

Bouw/ in gebruik name:

2012

Zorginstelling:

Orbis Medisch en Zorgconcern

Architect:

Schrijen Coonen Metz Architecten

Doelgroep:

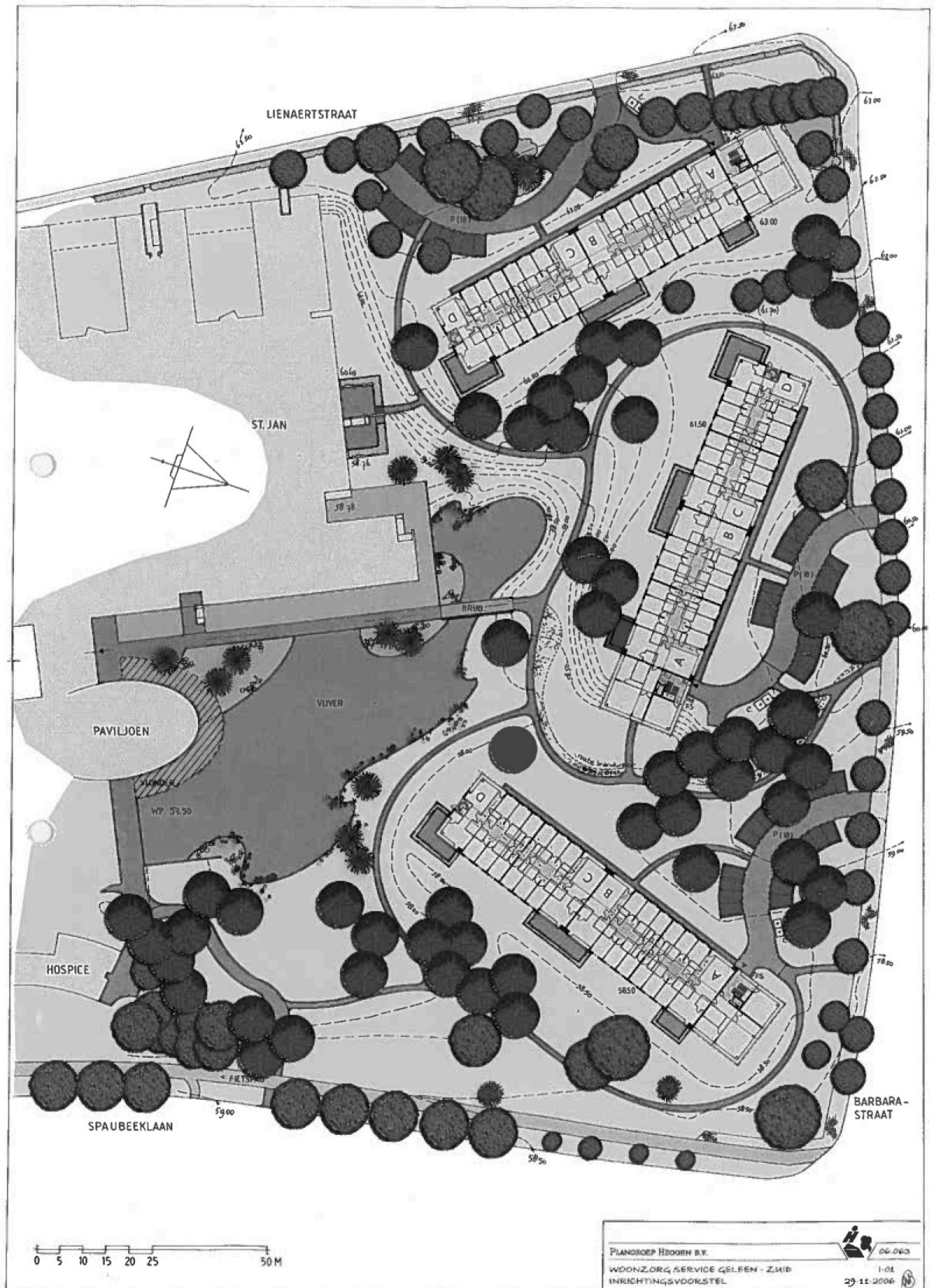
6 plaatsen psychogeriatric (jong)

+

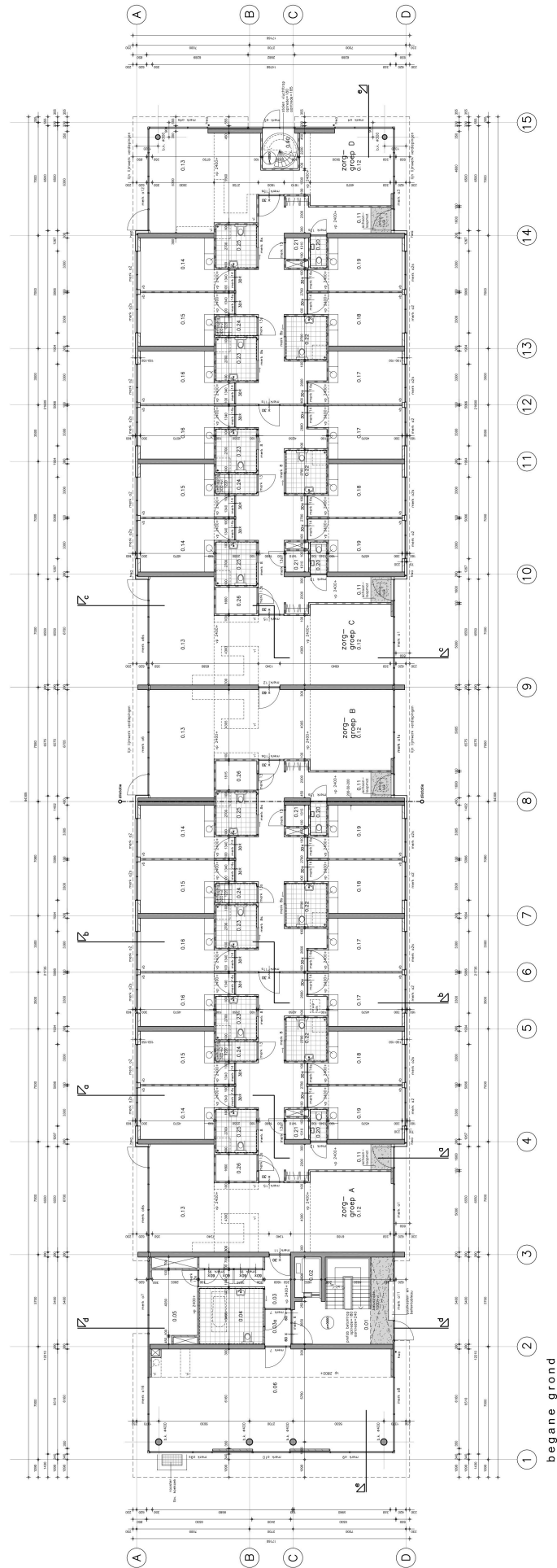
66 plaatsen psychogeriatric (oud)



Orbis Daniken



Orbis Daniken



La Famille

Aelserhof 51
6181 LB Elsloo

Contactpersoon:

Mevr. M. Neilen (Milou)
Beleidsmedewerker Vivantes

Bouw/ in gebruik name:

2013 (gepland)

Zorginstelling:

Vivantes Zorggroep

Architect:

Hoer Architecten

Doelgroep:

24 plaatsen somatiek

+

24 plaatsen psychogeriatric

+

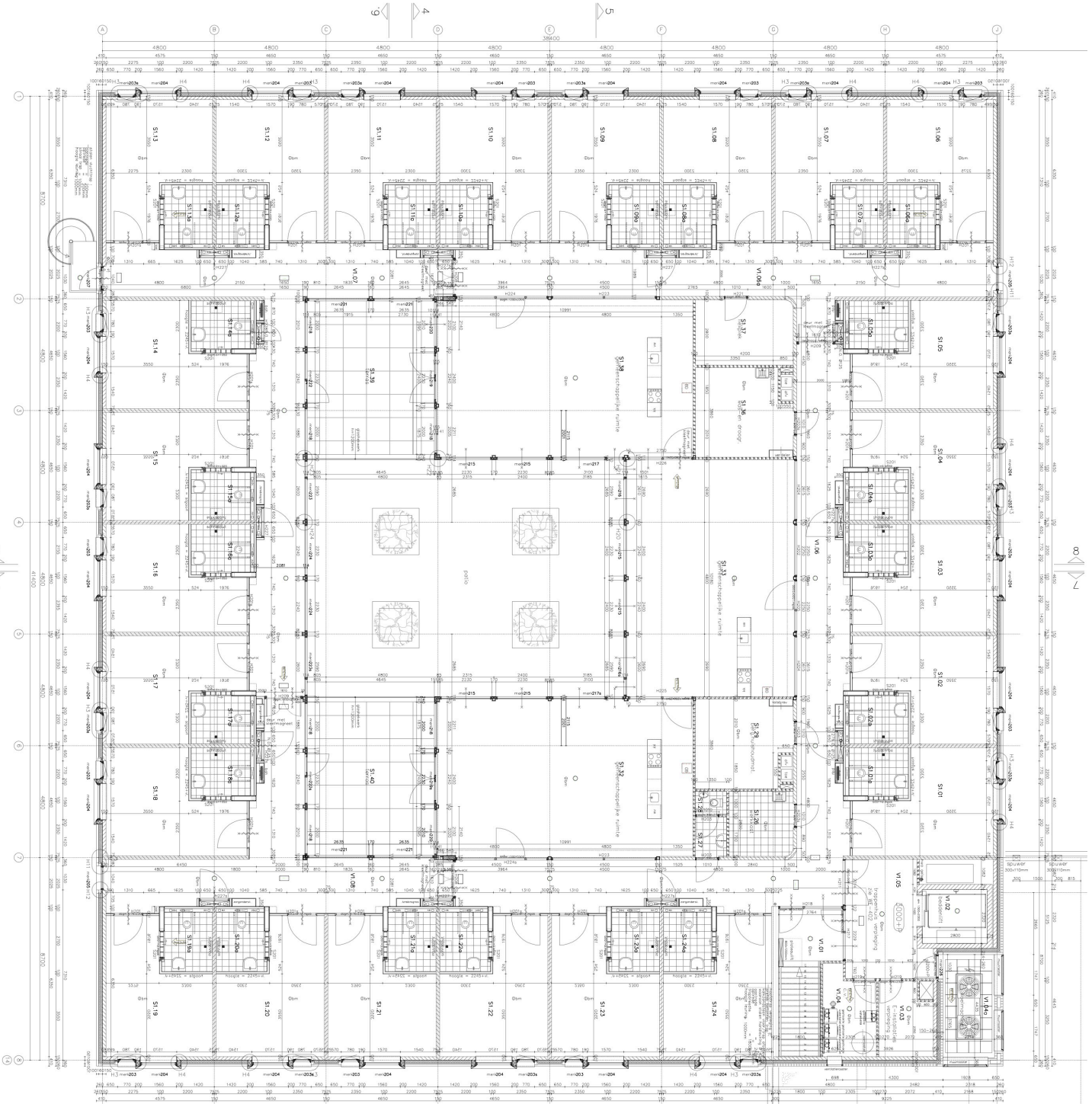
18 zorgwoningen



La Famille



La Famille



Heiveld

Irenestraat / Beatrixstraat
Landgraaf

Contactpersoon:

Dhr. P. Eck (Peter)
Manager Vastgoed

Bouw/ in gebruik name:

2014 (gepland)

Zorginstelling:

MeanderGroep

Architect:

iNeX Architecten

Doelgroep:

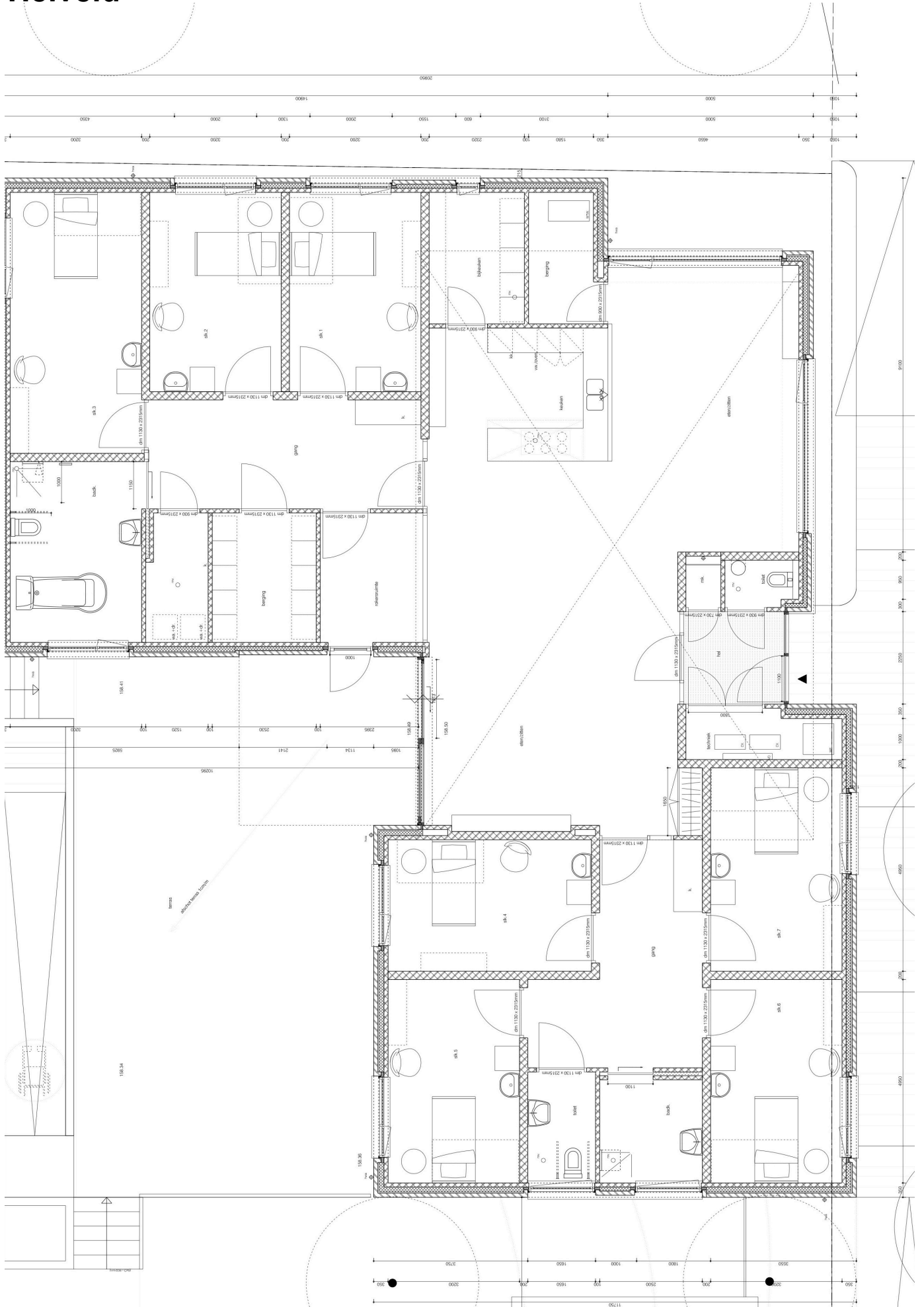
42 plaatsen psychogeriatric



Heiveld



Heiveld



Oranjehof

Vullingsweg 54
6418 HT Heerlen

Contactpersoon:

Mevr. R. Hermans (Ria)
Locatiemanager

Bouw/ in gebruik name:

2012

Zorginstelling:

Sevagram

Architect:

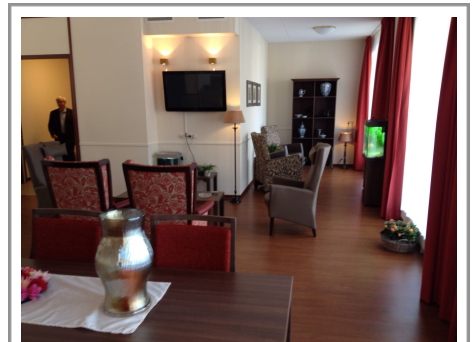
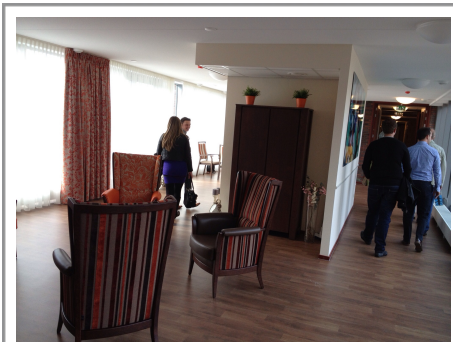
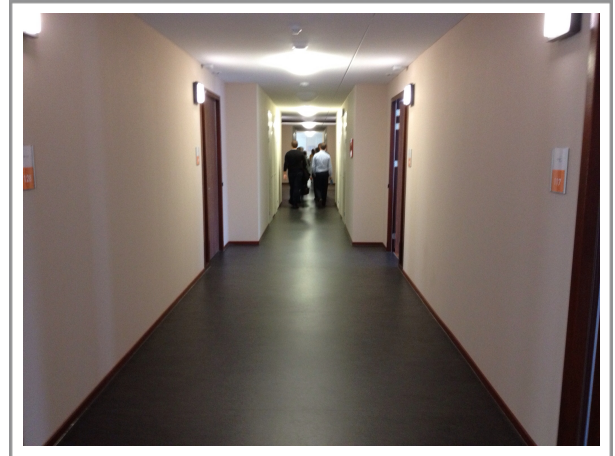
onbekend

Doelgroep:

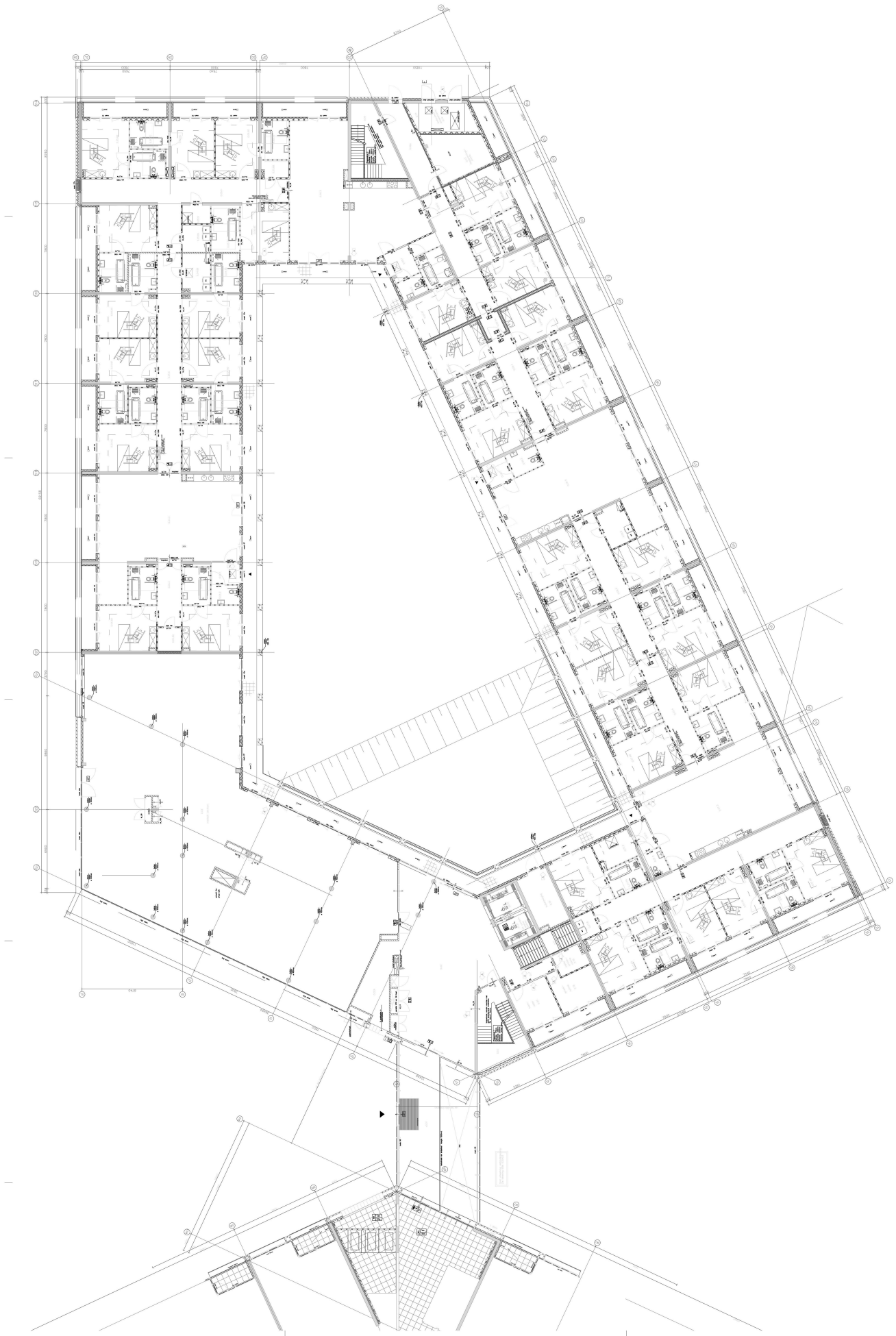
32 plaatsen psychogeriatric
(4 kleinschalige groepswoningen)

+

69 woonzorg appartementen



Oranjehof



Kleinschalig groepswonen Parc Imstenrade

Parc Imstenrade 66
6418 PP Heerlen

Contactpersoon:

Mevr. C. Diks (Carla)
Hoofd Zorg Wonen Welzijn

Bouw/ in gebruik name:

2008 (afdeling kleinschalig groepswonen)

Zorginstelling:

Vitalis WoonZorg Groep

Architect:

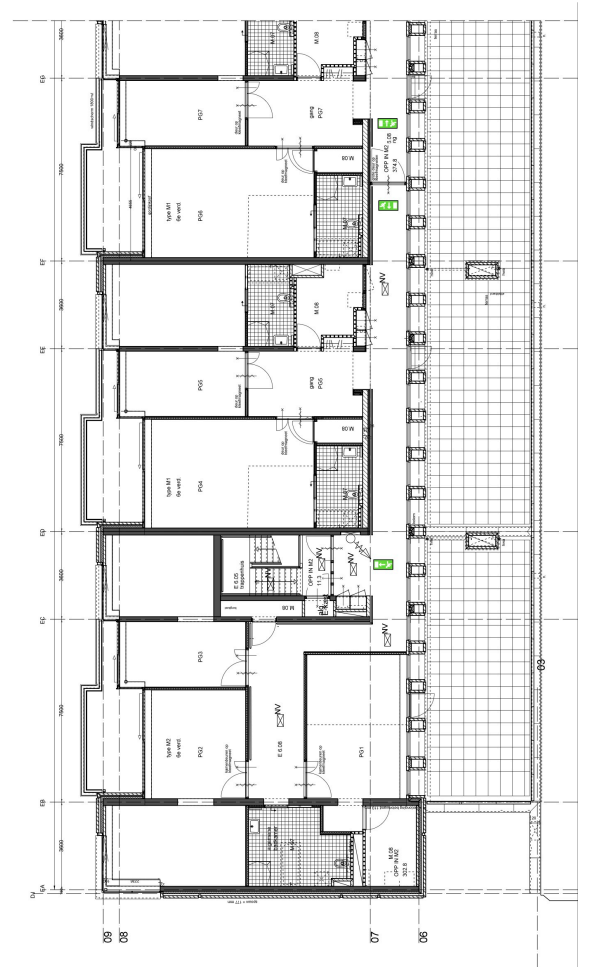
ARC.CO Harry Graaumans

Doelgroep:

14 plaatsen psychogeriatric



Kleinschalig groepswonen Parc Imstenrade



't Brook

Wachtendonkstraat 75
6367 VG Voerendaal

Contactpersoon:

Dhr. J. Leuven (Jos)
Manager Bedrijfsbureau

Bouw/ in gebruik name:

2013 (gepland)

Zorginstelling:

Cicero Zorggroep

Architect:

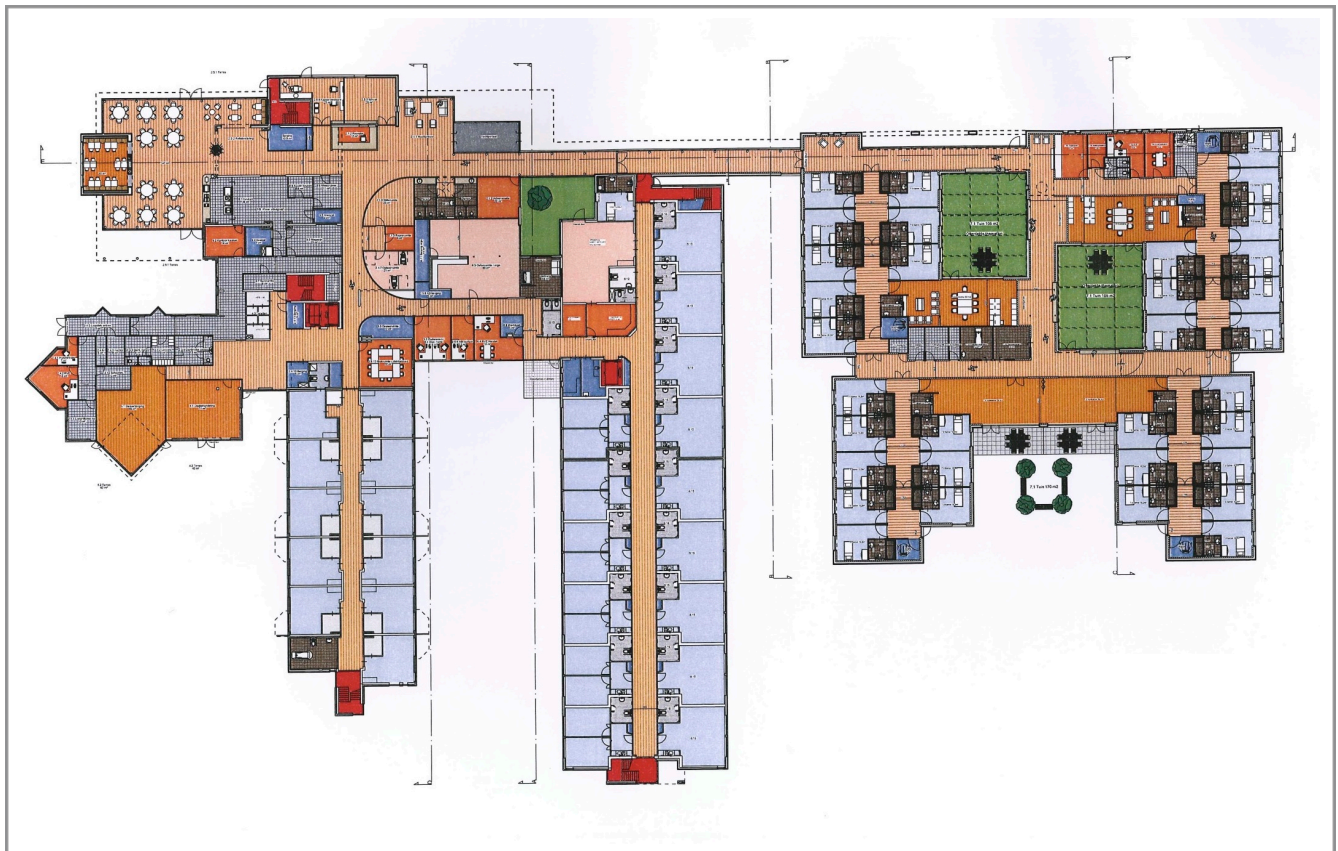
Widdershoven Architecten

Doelgroep:

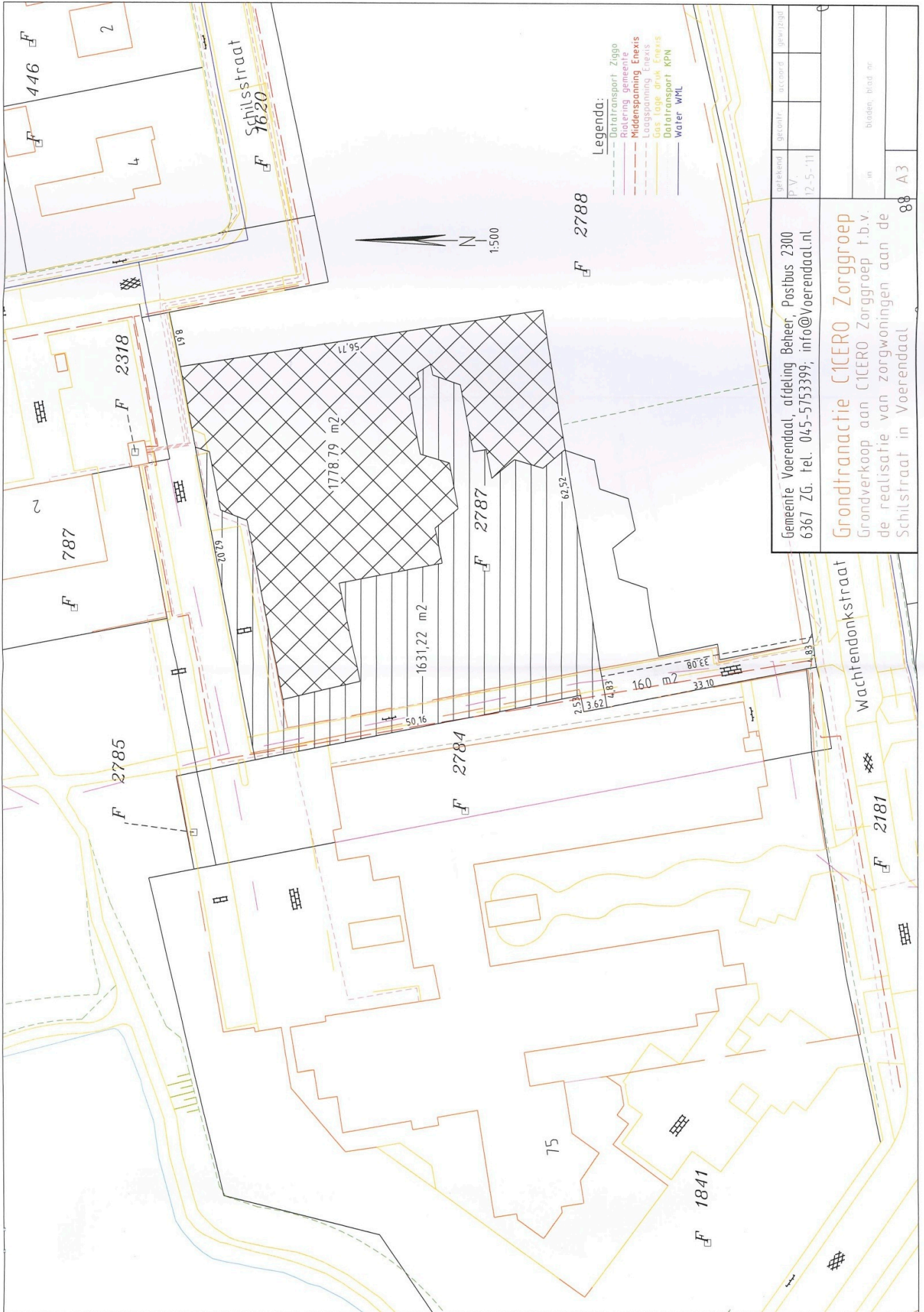
65 plaatsen somatiek (bestaand)

+

32 plaatsen psychogeriatric (uitbreiding)



't Brook



PG-afdeling

bureau voor
WIDDERSHOVEN
architectuur en
ARCHITECTENbV
ruimtelijke vormgeving



Klein Gulpen

Oude Rijksweg
Gulpen

Contactpersoon:

Mevr. M. van Glabbeeck (Miranda)
Locatiemanager

Bouw/ in gebruik name:

2013 (gepland)

Zorginstelling:

Vivre

Architect:

Verheij Architecten

Doelgroep:

40 plaatsen somatiek

+

13 plaatsen psychogeriatric



© Verheij Architecten

Klein-Gulpen



Klein-Gulpen



APPARTEMENTENGEBOUW
PEIL = 93.800 +N.A.P.

BEGANE GROND