



Kleinschalig woonconcept met zorg

Het ontwikkelen van een kleinschalig woonconcept in de verpleging

Chantalle Penders

Zuyd University of Applied Sciences



juni 2017

Een kleinschalig woonconcept met zorg



Titelpagina

<i>Auteur:</i>	<i>Chantalle Penders</i> chantallependers@msn.com <i>Tel. 06 409 819 78</i>
<i>Opdrachtgever</i>	<i>RO groep</i> <i>Wilhelminasingel 58</i> <i>6221 BK Maastricht</i> www.rogroep.nl <i>Zuyd Hogeschool</i> <i>Nieuw Eyckholt 300</i> <i>6419 DJ Heerlen</i> www.zuyd.nl
<i>Stagementor</i>	<i>Dhr. IR. J.P.G. Severijns</i>
<i>Stagedocent</i>	<i>Dhr. A.J.M. Hoen</i>
<i>Opleiding</i> <i>Uitstroomprofiel</i>	<i>Bachelor of Facility Management</i> <i>Real Estate Management</i>
<i>Versie</i>	<i>Definitief</i>
<i>Datum</i>	<i>26-06-2017</i>

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie waar ik de afgelopen maanden aan bezig ben geweest in het kader van de opleiding Facility Management aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen. Tijdens mijn studie ben ik vooral bezig geweest met commercieel vastgoed. Bij RO groep kreeg ik de kans om een onderzoek te doen naar maatschappelijk vastgoed in de zorg. Deze kans greep ik daarom met beide handen aan.

Alvorens ik aan de stageperiode begon, besepte ik me dat ik als leek in de zorg een inhaalslag diende te maken. De zorgsector is een complexe en dynamische wereld die constant in beweging is. Vooral de wet en regelgeving speelt hierbij een grote rol. De positie van de zorgbehoevenden is hierdoor sterk aan het veranderen.

Ik heb onderzoek gedaan naar kleinschalige woonconcepten met zorg waarbij gekeken is naar het optimale aantal bewoners om het concept rendabel te maken. Daarbij is rekening gehouden met de oppervlakten, de kwaliteit van de zorg en de beleving van de bewoners.

Via deze weg wil ik aantal personen hartelijk danken voor hun kennis en bijdrage aan mijn afstudeerscriptie, zonder hen was ik niet tot het gewenste eindresultaat gekomen:

Als eerst, de heer J. Severijns voor zijn uitstekende begeleiding en sturing. Door hem heb ik het eindresultaat kunnen neerzetten waar we naar gestreefd de afgelopen 20 weken; De heer A. Hoen voor zijn goede, betrokken begeleiding en motivatie van uit Zuyd Hogeschool; De heer N. Nezami voor zijn tijd en het inzicht geven in de zorgsector. Door hem ben ik in deze 20 weken van leek in de zorg naar kenner in de zorg gegaan; De heer W. van der Sanden van RO groep voor het vrij maken van zijn tijd en ondersteuning in de financiële aspecten; Mevrouw A. Lousberg van Martha Flora, mevrouw I. Gerritsen van Villa Keizerskroon en mevrouw M. Hameleers van Delphinium Zorg voor het tijd vrij maken voor mijn interview; RO groep Maastricht en medewerkers voor het beschikbaar stellen van een afstudeerplaats, de gezellige tijd, de leerzame gesprekken en de hulp die iedere dag beschikbaar was.

Maastricht, juni 2017

Chantalle Penders

Samenvatting

Het Nederlandse zorgstelsel staat bekend als een van de beste van Europa. Daarentegen heeft Nederland ook een van de duurste zorgstelsels van Europa. De oorzaak hiervan ligt voornamelijk bij de langdurige zorg in een instelling (intramuraal). Door de verder stijgende zorgkosten in de gezondheidszorg heeft de overheid ingrijpende maatregelen doorgevoerd. Deze maatregelen zijn voornamelijk gericht op bezuinigingen en hebben grote gevolgen voor het vastgoed in de zorgsector. Het volledige investeringsbedrag van het vastgoed werd voorheen volledig vergoed, tegenwoordig is deze vergoeding door middel van een nacalculatie vervangen door de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Door de invoering van het scheiden van wonen en zorg worden geen intramurale indicaties met zorgzwaartepakket 1, 2 of drie gegeven. Zij zullen hun zorg thuis, extramuraal moet inrichten. De mensen met een zorgzwaartepakket 4 t/m 10 kunnen vooralsnog in een zorginstelling te recht komen. Door deze verandering zien investeerders een kans om op een kleinschalig niveau kwalitatief betere zorg te verlenen. De probleemstelling van dit onderzoek is dat RO groep onvoldoende beeld heeft van kleinschalige woonconcepten met zorg. Om deze probleemstelling op te lossen is de volgende hoofdvraag geformuleerd: **Hoe kan een kleinschalig woon-zorgconcept (kleinschalige zorgvilla) rendabel zijn voor een investeerder?**

De opdracht voor RO groep is, om in een opkomende markt van kleinschalige woonconcepten met zorg een optimaal concept kan ontwikkelen dat voor alle partijen voldoet aan de eisen en wensen. Dit concept moet een indicatie geven wat de minimale financiële, ruimtelijke en programmatische eisen zijn binnen een zorgconcept. Dit onderzoek geeft een eerste opzet weer om te komen tot een optimaal concept.

Doordat burgers steeds meer kennis hebben, steeds mondiger worden en hogere eisen stellen, willen burgers meer keuzevrijheid. Dit leidt tot concurrentie tussen de zorginstellingen. Binnen de zorgmarkt heeft daarom de verandering van aanbodgerichte markt naar vraag-gestuurde markt plaatsgevonden. Kleine instellingen spelen makkelijker in op de wensen van de burger waardoor ze zich onderscheiden van de grotere instellingen. Dit doen de kleine instellingen door middel van het vastgoed en een uniek concept.

RO groep heeft gevraagd om een kleinschalig woonconcept met zorg te ontwikkelen waarin financiële, programmatische en ruimtelijke kaders samen een duidelijk beeld geven. Als financieel kader zijn de wet- en regelgeving onderzocht. Hierbij is gekeken naar de zorgbehoevenden en instellingen zelf. Binnen het programmatische kader zijn verschillende woonconcepten bezocht en geïnventariseerd om een beeld te krijgen wat er op de markt is en welke succesfactoren hier een rol bij spelen. Bij de ruimtelijke kaders is gekeken naar de minimale eisen en normen binnen een instelling met betrekking tot de oppervlakten en de financiering hiervan.

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat kleinschalig wonen betekent dat er 6 tot 8 personen in een woongroep wonen. Praktijk onderzoek levert een ander beeld op. Uit de inventarisatie van verschillende woonconcepten en/of instellingen in Limburg is gebleken dat 12 personen het minimale aantal is. Het blijkt dus dat 6 tot 8 personen niet haalbaar is voor de exploitatie van het vastgoed. Verder blijkt dat het vooral om beleving gaat en hierop ingespeeld moet worden door zorginstellingen. Zorgbehoevenden moeten zich meteen thuis voelen anders komen zij niet.

De financiering voor een kleinschalig woonconcept is opgezet in een model dat een antwoord geeft op zowel de investeringsvraag als op de ruimtelijke vraag. Het model is in te vullen naar de wensen en eisen van de opdrachtgever waardoor het optimaal te gebruiken is.

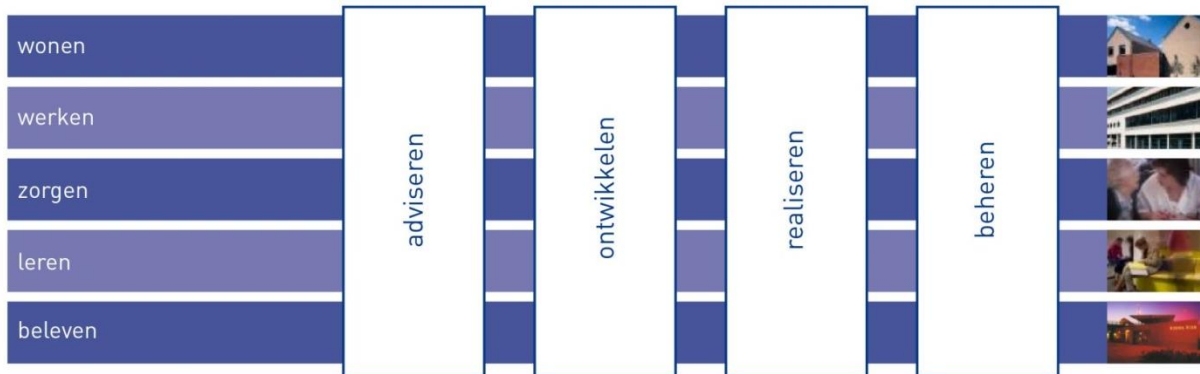
Inhoud

Een kleinschalig woonconcept met zorg	I
Titelpagina	I
Voorwoord	II
Samenvatting.....	III
1. Inleiding	6
1.1 Probleemstelling.....	6
1.2 Doelstelling.....	7
1.2 Vraagstelling	7
1.2.1 Deelvragen.....	7
1.3 Afbakening.....	8
1.4 Doelgroep	8
2. Theoretisch kader.....	10
2.1 Begrippen	10
2.2 Het Canvas Business Model.....	14
2.3 Proces	14
3. Onderzoeksmethode.....	15
3.1 Literatuuronderzoek.....	15
3.2 Deskresearch	15
3.3 Fieldresearch	15
3.3.1 Brainstormsessies.....	15
3.3.2 Interviews	15
4. Wet en regelgeving	16
4.1 Financiële kaders	16
4.1.1 Zorgzwaartepakketten (ZZP)	16
4.1.2 Zorgaanvragen.....	18
4.1.3 CAK	19
4.2 Programmatische kaders.....	19
4.2.1 Scheiden wonen en zorg	19
4.2.2 Zorgdomotica	20
4.3. Ruimtelijke kaders	21
5. Trends en ontwikkelingen	23
5.1 Sociaal netwerk belangrijker dan aanpassingen in woning	23
5.2 Groeiende eigen initiatieven	23

5.3	Kleinschalig wonen met dementie weer groter	23
5.4	Nederlands zorgvastgoed aantrekkelijk voor buitenlandse investeerders	23
5.5	Duurzaamheid en groen	23
5.6	Eigen bijdrage thuiszorg gestegen	24
5.7	Stijging aantal huishoudens komende jaren	24
6.	Financiën	25
6.1	Financieringsstroom zorgbehoevende	25
6.2	Vastgoed	26
6.3	Zorg	27
7.	Zorgconcepten	30
7.1	Martha Flora	30
7.2	Villa Keizerskroon	31
7.3	Delphinium Zorg	31
7.4	Oppervlakten referentieprojecten	31
7.5	Potentieel zorgconcept	32
8.	Stakeholders	36
9.	Conclusies	37
9.1	Bevindingen	37
9.2	Algemene conclusie	38
10.	Bibliografie	39
11.	Figuren- en tabellenlijst	43
12.	Bijlagen	44
12.1	Begrippen theoretisch kader	44
12.2	Opbouw NHC	45
12.3	Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten (Martha Flora 11-06-2017)	46
12.4	Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten Villa Keizerskroon	49
12.5	Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten (Delphinium Langraaf) 15-05-2017	51
12.6	Prestaties Zorgzwaartepakketten	54
12.7	Investeringsmodel	67
12.8	Limburg in kaart	69

1. Inleiding

Sinds de oprichting van RO groep in 1992 worden marktpartijen, instanties en overheden geadviseerd en ondersteund bij vraagstukken betreffende vastgoed en ruimtelijke inrichting. Het vastgoed waar mensen kunnen wonen, zorgen, leren, werken en beleven is voor RO groep maatschappelijk relevant. De kracht van RO groep ligt in de brede expertise. Kernactiviteiten die hiermee gepaard gaan zijn; duurzaam ontwikkelen, transformeren van vastgoedobjecten en gebiedsontwikkeling met een maatschappelijk doeleinde. RO groep biedt in zowel de plan-, ontwikkel- en realisatiefase de best mogelijke ondersteuning maar in het bijzonder het stimuleren van transformatietrajecten in de zorg- en onderwijssector (Fliet, 2013).



Figuur 1 Werkgebieden RO groep, (RO groep intern, 2017)

RO groep is momenteel bezig de interne kennis op het gebied van de zorgsector te verbreden. In de curesector (ziekenhuizen) is RO groep al betrokken bij het “Bouw bureau RO groep azM Maastricht”. RO groep is hier verantwoordelijk voor alle herbestemmingen en verbouwingen van het UMC+ te Maastricht. In de caresector (zorginstellingen) heeft RO groep nog een inhaalslag te maken. RO groep voert hiervoor verschillende onderzoeken uit waar vooral afstudeerders voor worden ingezet. RO groep streeft met behulp van deze onderzoeken in te kunnen spelen op de vragen en ontwikkelingen in de zorgmarkt (Fliet, 2013).

1.1 Probleemstelling

Zorg is de laatste jaren veel aan het veranderen. Door de gewijzigde wet- en regelgeving zijn de zekerheden voor de zorginstellingen voorbij. Al deze wijzigingen in wet- en regelgeving hebben gevolgen voor de cure en care sector. De wijzigingen voor het vastgoedbezit en –beleid zijn vanaf 2006 tot op heden aanzienlijk. De zorgsector is in 2009 overgestapt op de zogeheten zorgzwaartepakketten (ZZP) nu zorgprofielen. Tegenwoordig dienen de mensen met een zorgprofiel 1 t/m 3 thuis te blijven wonen want de grote zorginstellingen krijgen voor deze mensen geen vergoedingen meer. Er zijn in totaal 51 verschillende zorgprofielen. Verpleging en verzorging (V&V), gehandicaptenzorg (GHZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn de sectoren waar ze zich op richten. Een zorgzwaartepakket, kortweg ZZP, geeft aan op hoeveel uren zorg per week een cliënt recht heeft en daaraan is een bepaalde vergoeding gekoppeld. Voor de intramurale V&V-sector bestaan er sinds 1 januari 2015 nog 7 ZZP's. Per 1 januari heten die formeel zorgprofielen en zijn de vermelding van functies en uren vervallen. Bij verpleging en verzorging zijn deze gecategoriseerd van 4 (licht zorgbehoevend) t/m 10 (intensieve palliatief-terminale¹ zorg). Al deze pakketten hebben een andere huisvestingsvraag. *In dit onderzoek zal gekeken worden naar de sector verpleging en*

¹ De zorg is bedoeld om de kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden in de laatste maanden van iemands leven, en om de naasten te ondersteunen

verzorging. Ouderen die hun zorg intramuraal² willen regelen dienen te voldoen aan een CIZ verklaring (Centrum Indicatiestelling Zorg). Dit is nodig om een WLZ (Wet Langdurige Zorg) aanvraag te kunnen doen. Ouderen met een ZZP van 1, 2 of 3 zullen hun zorg extramuraal moeten regelen. Zorginstellingen krijgen voor deze groep geen vergoedingen meer. Een andere ontwikkeling is het scheiden van wonen en zorg (Fliet, 2013).

Kleinschalige woonconcepten met zorg zijn vaak onbetaalbaar voor mensen met een lager inkomen. Deze zijn vaak zo duur dat zich maar een kleine groep mensen dit kan permitteren. Dit komt omdat huisvestingconcepten zoals zorgvilla's alle services bieden die men zich kan bedenken. Families worden totaal ontzorgd en kunnen gewoon weer familie zijn.

Probleemstelling van dit onderzoek is: RO groep heeft onvoldoende beeld van kleinschalige woonconcepten met zorg.

Een woonconcept is opgebouwd uit drie kaders, namelijk het ruimtelijke-, het financiële-, en het programmatische kader.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is: een concept ontwikkelen voor kleinschalige huisvesting voor ouderen (met) zorg.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag voor dit onderzoek is:

Hoe kan een kleinschalig woon-zorgconcept (kleinschalige zorgvilla) rendabel zijn voor een investeerder?

1.2.1 Deelvragen

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, dienen de volgende deelvragen beantwoord te worden:

Deelvraag 1: Wat zijn de gevolgen van de gewijzigde wet- en regelgeving met betrekking tot langdurig ouderenzorg?

Omdat de wet- en regelgeving continu kan veranderen is het belangrijk dat deze duidelijk op papier staan en dat men zich hier ook aan houdt.

Deelvraag 2: Hoe is de doelgroep opgebouwd en wat zijn de bijzonderheden?

Hoe de doelgroep is opgebouwd wordt al een klein beetje duidelijk uit de afbakening. Maar hier komt nog meer bij kijken dan alleen de leeftijd en het zorgzwaartepakket.

Deelvraag 3: Welke gevolgen heeft het voor de exploitatie wanneer woonzorgconcepten een kleine groep ouderen huisvest?

Het is belangrijk dit goed uit te zoeken omdat de exploitant natuurlijk wil weten of dit een haalbaar concept is.

² Intramurale zorg (letterlijk: zorg binnen de muren) is gezondheidszorg die gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden wordt in een zorginstelling, zoals een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten.

Deelvraag 4: Welke kleinschalige woonzorg concepten zijn er?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een marktonderzoek nodig. Als deze vraag beantwoord is, is er een duidelijk beeld welke concepten er zijn en welke wellicht ontbreken in de markt. Hier kan dan goed op ingespeeld worden.

Deelvraag 5: Wat zijn de functionele en ruimtelijke eisen?

Om een woonconcept met zorg te kunnen indelen zijn er verschillende eisen. Deze eisen zijn functioneel en ruimtelijk. Het ruimtelijke deel zal op basis van referentieprojecten ingevuld gaan worden.

Deelvraag 6: Wat zijn de kosten van de functionele en ruimtelijke eisen?

De kosten van het gehele woonconcept met zorg zijn van belang voor de verschillende stakeholders. Voor hen is het belangrijk om te weten wat de investering- en exploitatiekosten zijn.

1.3 Afbakening

Tijdens de opstartfase zal duidelijk worden welke aspecten wel en welke aspecten niet behandeld zullen worden in het onderzoek. De zorgsector is een complexe en dynamische markt waar veel partijen participeren. Daarom wordt dit onderzoek afgebakend op basis van het beperken tot een deelsector.

Er is gekozen voor de verzorg- en verpleegsector met zorgzwaartepakket 5 en 7. Deze sector kent nog niet veel kleinschalige woonconcepten met zorg. Het gaat in deze sector om ouderenzorg, waarbij met de vergrijzing in de toekomst, de verpleeg- en verzorgingssector onbetaalbaar dreigt te worden. In deze sector gaat het meeste geld om en is de grootste sector in de langdurige zorg.

Drie categorieën maken duidelijk hoe het concept uit komt te zien.

De eerste categorie is het *woonconcept*. Dit zal zich bevinden te Zuid Limburg. De omvang van het woonconcept zal maximaal 16 personen zijn. Partners van zorgbehoevende zijn welkom. Er zal intramurale zorgverlening zijn met een all-in service. Samen zal gekookt worden in de gemeenschappelijke keuken. Bewoners hebben geen eigen keuken op hun privé kamers. Deze kamers zullen voldoen aan de minimale oppervlaktennormen. Het personeel dat per dag aanwezig is, zijn 13 a 14 medewerkers. De verpleegkundigen zullen hoogopgeleiden zijn en de stagiaires hebben minimaal niveau 3 van het mbo.

Het financiële aspect is de tweede categorie. De investering hangt af van het aantal plaatsen en de minimale oppervlakten. De bewoners betalen hun zorg via een pgb (persoonsgebonden budget).

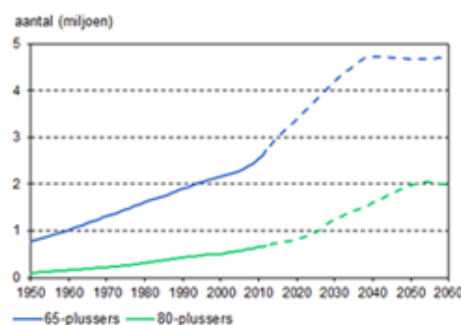
De laatste categorie is *de doelgroep*. De doelgroep die past bij dit concept zijn ouderen van 60 jaar of ouder met een psychogeriatrische aandoening. In principe zijn alle leeftijden welkom maar deze leeftijd is het meest gangbaar bij dit probleem. Deze ouderen zullen een zorgzwaartepakket nodig hebben van 5 of hoger. Ook zullen zij een bijdrage moeten leveren dat zich bevindt tussen de €1500 en €2000 bevindt. Zie de volgende paragraaf voor meer informatie over de doelgroep.

1.4 Doelgroep

Onder de groep ouderen met een psychogeriatrische aandoening die in aanmerking komen voor een extramurale huisvesting in een kleinschalig huisvestingsconcept vallen de *ouderen met dementie* die elke dag ondersteuning nodig hebben en waarbij voortdurend een zorgverlener nabij dient te zijn. Deze ouderen komen in aanmerking voor een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor een ZZP 5 of 7 (CIZ, z.d.). In dit hoofdstuk wordt deelvraag 2 beantwoord: *“Hoe is de doelgroep opgebouwd en wat zijn de bijzonderheden?”*.

Geografische kenmerken

Volgens het CBS neemt het aantal ouderen rap toe. Waren er in 2012 nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zullen er dat 4,7 miljoen zijn. Met de toename van de ouderen stijgt de vraag naar zorg ook. Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft de helft meer dan een chronische ziekte. Verschillende krimp gebieden zijn Parkstad Limburg, Maastricht-Mergelland en de westelijke Mijnstreek. Daarom ligt de focus van dit onderzoek met name op Zuid Limburg (Rijksoverheid, z.d. c) (Schumacher, 2017).



Figuur 2 bevolkingsgroei Nederland 2017 (Schumacher, 2017)

Prognose bevolking kerncijfers, 2014-2060			
			Leeftijdsgroepen
		Bevolkingsomvang	65 jaar en ouder
Prognose	Perioden	aantal	aantal
Prognose	2014		
Prognose	2015	16898898	3005744
Prognose	2020	17248834	3402050
Prognose	2025	17524138	3805642
Prognose	2030	17748974	4227879
Prognose	2035	17905596	4576104
Prognose	2040	17982704	4752501
Prognose	2045	18002344	4726772
Prognose	2050	18008402	4682717
Prognose	2055	18023386	4664303
Prognose	2060	18057326	4692778

Tabel 1 Prognose bevolking kerncijfers, 2014-2060 (Centraal bureau voor de statistiek, 2007)

Sociale situatie

Over het algemeen voelen de meeste ouderen zich gezond en vitaal. Bij een klein deel van de ouderen stapelen zich risicofactoren op. Hier kan gedacht worden aan lage opleiding, laag inkomen, slechte gezondheid en een sociaal isolement. Deze mensen hebben vaak geen partner meer, zijn langdurig zorgbehoevend of van allochtone afkomst. Ouderen behoren daarom ook tot de risicogroepen voor eenzaamheid en sociaal isolement (Penninx, 2005).

Financiële positie

Uit de miljoenennota tijdens Prinsjesdag 2015 blijkt dat ouderen er financieel op achteruit gaan. De oorzaak hiervan is dat de ouderenkorting in dat jaar ingekort wordt met een totaal van 195 miljoen euro. Ouderen die in het bezit zijn van vermogen, dat kan zijn dat ze in het bezit zijn van een huis dat volledig is afbetaald of dat ze nog een spaarrekening hebben, ontvangen geen ouderenkorting meer.

“De ouderenkorting is een korting die je kunt toepassen als je de AOW leeftijd hebt bereikt. Deze wordt verrekend met de inkomstenbelasting en zorgt ervoor dat er iets minder belasting hoeft te worden betaald. Door het inperken van de korting moet er nu dus meer belasting worden betaald.”

Vanaf 2017 is de zorgpremie duurder geworden en de toeslag meegestegen voor de lagere inkomensgroepen. Na jaren van bezuinigingen komt er meer geld vrij voor ouderenzorg en pgb's (Zorgwijzer, 2016).

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk behandelt de actuele begrippen die van toepassing zijn op het concept. Deze hebben te maken met de wet en regelgeving en het veranderend karakter van de zorg. Overige wet en regelgeving komen in hoofdstuk 4 aan bod. In dit hoofdstuk is het Canvas business model uitgewerkt tot een bruikbaar conceptueel overzicht. In bijlage 12.1 is een extra lijst toegevoegd met bruikbare begrippen uit de zorg.

2.1 Begrippen

ZIN: Zorg in natura

“Bij zorg in natura (ZIN) krijgt u zorg van een zorgaanbieder waarmee uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. Uw zorgverzekeraar betaalt de kosten voor uw zorg direct aan uw zorgaanbieder” (Betekeningsdefinitie, z.d.).

WMO: Wet maatschappelijke voorzieningen

Wet die ervoor zorgt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en blijven participeren in de samenleving. De Wmo verving de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dat nu wet langdurige zorg is (WLZ). Gemeenten kunnen de Wmo uitvoeren met veel beleidsvrijheid (Regie Raad, 2013).

WLZ: Wet langdurige zorg

Wet langdurige zorg is een volksverzekering, waar men zich niet apart voor hoeft te verzekeren. De wet is bedoeld voor de zogenaamde ‘onverzekerbare’ risico’s. Deze wet vergoedt vanaf 1 januari 2015 de zorg voor mensen die 24 uur per dag intensieve zorg in nabijheid en toezicht nodig hebben. Motto van de wet is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk (De zorgboog, 2015).

VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van

Dit ministerie draagt in de eerste plaats de zorg voor de volksgezondheid. Dit betreft onder andere het beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen. Verder is het ministerie verantwoordelijk voor het preventiebeleid, de preventieve gezondheidszorg, de publieke gezondheid en de voedselveiligheid. Ook het welzijnsbeleid zoals: de ouderenzorg, het jeugdbeleid, het sociaal-cultureel werk, de verslaafdenzorg en de maatschappelijke dienstverlening, behoort tot het taakveld. Daarnaast is het ministerie verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van de sport (Rijksoverheid, z.d. i).

GGZ Geestelijke Gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg is, als vakgebied van de gezondheidszorg, een toegepaste wetenschap die zich met de psychische gezondheid van mensen bezighoudt. Naast onderzoek en studie van deze gezondheid omvat ggz ook toepassing van die kennis om de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de mens te bevorderen en/of herstellen. Ook streeft de ggz naar het voorkómen van psychische problemen (Encyclo, 2010).

Psychogeriatrische aandoening

Ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom. Deze aandoening gaat vaak gepaard met aantasting van het denkvermogen, gevoelsleven, intellect en het geheugen. Soms is er ook sprake van een afname van motorische functies en een vermindering van de sociale redzaamheid (Rijksoverheid, z.d. f).

Somatische aandoening

Somatisch betekent 'lichamelijk'. Dit is het tegenovergestelde van psychisch. Iemand met een somatische aandoening heeft lichamelijke klachten. Dit beperkt iemand in het normale functioneren en kan levensbedreigend zijn. Een somatische aandoening kan op verschillende vlakken zijn. Het kan bijvoorbeeld gaan om problemen met motoriek of het hart, maar kunnen ook problemen aan het zenuwstelsel zijn, zoals de ziekte van Parkinson. De somatische aandoening kan tijdelijk zijn, maar ook chronisch (Rijksoverheid, z.d. g).

CIZ: centrum indicatiestelling zorg

Dit is een landelijke organisatie die in opdracht van het Ministerie van VWS vaststelt op welke zorg patiënten recht hebben. Het gaat hier om zorg die betaald wordt uit de AWBZ, zoals thuiszorg, of zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. Iemand die net een knieoperatie heeft ondergaan, moet bijvoorbeeld revalideren. Elke patiënt die bij een verzorg- of verpleeghuis terecht wil, heeft een geldige indicatie nodig. Anders wordt de zorg niet vergoed (CIZ, z.d.).

PGB: persoonsgebonden budget

Chronisch zieken, ouderen of gehandicapten mogen via het PGB zelf bepalen welke hulp en begeleiding ze inkopen en bij wie. Met deze regeling kunnen patiënten familieleden of kennissen betalen voor verpleging, begeleiding of hulp in de huishouding. Nadeel is dat de patiënt zelf zorgovereenkomsten moet afsluiten met de hulpverleners die hij in dienst neemt en daarvoor een administratie bij moet houden (Rijksoverheid, z.d. e).

ZZP: zorgzwaartepakket

Waar managers in ziekenhuizen spreken over DBC, gebruiken medewerkers in verzorg- en verpleeghuizen de term ZZP. Ieder zorgzwaartepakket bevat een bepaalde hoeveelheid aantal uur aan zorg en begeleiding. Het ministerie VWS heeft 52 pakketten gedefinieerd voor verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Deze zijn ingedeeld in verschillende zwaartepunten. Hoeveel en welke zorg een cliënt ongeveer nodig heeft, staat beschreven in het zorgzwaartepakket waar hij in valt (Rijksoverheid, z.d. h).

Normatieve Huisvestingscomponent (NHC)

Normatieve Huisvestingscomponent is een productie gebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw) bouw en instandhouding van vastgoed van zorginstellingen. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw WLZ-voorziening, rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven bij een bezettingspercentage van 97% en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken. In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en -programmatuur.

De NHC is opgebouwd uit de kosten die instellingen kwijt zijn aan bouwen, grond, onderhoud en aflossing van rente. Nu krijgen zorginstellingen die kosten nog volledig vergoed van de overheid. In het overgangsregime, dat zes jaar duurt, krijgen ze een steeds groter deel van de bouwkosten via de NHC. Vanaf 2018 is de woonvergoeding vrij onderhandelbaar (Rijksoverheid, z.d. d) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Zie bijlage 12.2 voor de opbouw van de NHC.

Intramuraal

Intramurale zorg betreft de zorg die ouderen ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een instelling. Het gaat om zorg in een verpleeghuis of verzorgingshuis, instelling voor gehandicapten of instelling voor ouderen met langdurige psychische problemen.

Binnen de AWBZ was sprake van intramurale zorg wanneer de cliënt minimaal 4 etmalen per week in de instelling verbleef. Ook de verblijfscomponent van kort verblijf was (tot 2015) opgenomen in de AWBZ en viel onder intramurale zorg; de overige functies van kort verblijf waren opgenomen bij extramurale zorg.

Vanaf 2015 valt de intramurale zorg onder de Wlz. Kort verblijf is overgegaan naar Wmo 2015 en de Jeugdwet.

De Nederlandse Zorgautoriteit hanteert de term 'intramurale zorg' bij de prestatiebeschrijvingen in haar beleidsregels over de bekostiging van AWBZ-zorg. Binnen de Monitor Langdurige Zorg (MLZ) wordt deze term daarom gebruikt bij de indeling van de nagecalculeerde uitgaven en volume.

Hoewel het Zorginstituut Nederland bij haar gegevens uitvraag de term 'zorg met verblijf' hanteert, wordt binnen de MLZ voor de vergelijkbaarheid met de nacalculatie/afspraken ook bij de indeling van de gedeclareerde uitgaven en volume de term 'intramurale zorg' gebruikt (Rijksoverheid, z.d. b).

Extramuraal

Extramurale zorg betreft de zorg aan ouderen die niet in een instelling verblijven. Het is zorg die de cliënt op afspraak bij de zorgaanbieder krijgt, of die de zorgaanbieder bij de cliënt aan huis levert.

Extramurale zorg was er binnen de AWBZ voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een handicap, mensen met langdurige psychische problemen of mensen die tijdelijk zorg nodig hadden. Ook de 'overige functies' (niet zijnde verblijf) van kort verblijf waren opgenomen onder extramurale zorg; de verblijfscomponent van kort verblijf was opgenomen bij intramurale zorg.

Vanaf 2015 valt de extramurale zorg voornamelijk onder de Wmo 2015, Jeugdwet, en Zvw. Uitzondering vormt de Wlz-zorg die in de vorm van een modulair pakket thuis (mpt) wordt geleverd en het kort verblijf dat middels het overgangsrecht en subsidieregeling eerstelijns verblijf onder de Wlz blijven vallen (bijv. kort verblijf na ziekenhuisopname).

De Nederlandse Zorgautoriteit hanteert de term 'extramurale zorg' bij de prestatiebeschrijvingen in haar beleidsregels over de bekostiging van AWBZ/Wlz-zorg. Binnen de MLZ wordt deze term daarom gebruikt bij de indeling van de nagecalculeerde en afgesproken uitgaven en volume.

Hoewel het Zorginstituut Nederland bij haar gegevensuitvraag zelf de term 'zorg zonder verblijf' hanteert, wordt binnen de MLZ voor de vergelijkbaarheid met de nacalculatie ook bij de indeling van de gedeclareerde uitgaven en volume de term 'extramurale zorg' gebruikt (Rijksoverheid, z.d. a).

Kleinschalig wonen

Kleinschalig wonen is hedendaags een begrip dat op verschillende wijzen geïnterpreteerd kan worden. Om tot een juiste betekenis te komen voor dit onderzoek zijn verschillende organisatie en partijen met elkaar vergeleken.

Aedes Actiz

We spreken van 'kleinschalig wonen' als een kleine groep mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben, met elkaar in een groepswoning wonen, waardoor het voor hen mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden (Aedes Actiz, 2009).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Kleinschalige woonvoorzieningen worden in de bouwmaatstaven van het CollegeBouw gedefinieerd als voorzieningen voor groepsverzorging in een groep van maximaal 6 á 8 bewoners die gezamenlijk een huishouden vormen. De omgeving waarin dit plaatsvindt kan zijn binnen de muren van een grootschalige WLZ voorziening, maar ook op een aparte kleinschalige locatie in de wijk.

Als kleinschalige locatie wordt uitgegaan van een capaciteit van maximaal 24 plaatsen voor mensen met dementie met een zware indicatie inclusief verblijf: ZP 5 of hoger.

Kleinschalige voorziening in de wijk heeft naast deze kleinschalige zorg ook betekenis voor een grotere spreiding, een betere fysieke bereikbaarheid van de zorg en een betere inbedding in de maatschappelijke/sociale omgeving voor de cliënt. Onder andere het contact met achterblijvende mantelzorgers blijft beter in stand en er wordt een beter klimaat voor de bijdrage van vrijwilligers gerealiseerd. Met name kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk hebben betekenis voor het vergroten van de diversiteit in het aanbod aan zorgvoorzieningen (Rijksoverheid, 2009).

Martha flora

Martha Flora werkt met kleinschalige woongroepen van 9 bewoners. Martha Flora Maastricht telt 18 bewoners in totaal. Echter wordt hier altijd gesproken over twee keer 9 bewoners per groep. Iedere groep heeft haar eigen woonkamer en keuken. Iedere groep heeft haar eigen medewerkers. Een medewerker op drie bewoners. Daarnaast zijn er verschillende studenten in opleiding aanwezig voor genoeg aanspraak voor bewoners (Martha FLora, 2013).

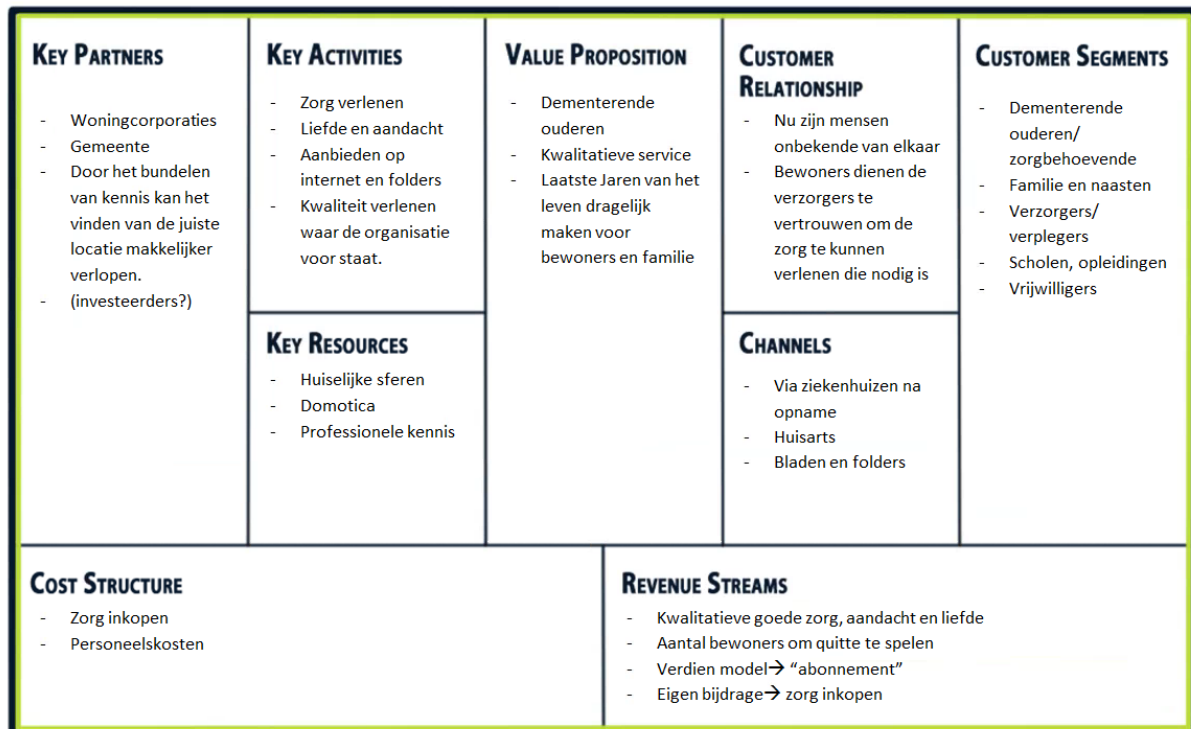
Villa keizerskroon

Villa Keizerskroon werkt met twee woongroepen van ieder 12 bewoners. Per locatie zijn overdag drie zorgverleners continu aanwezig. Iedere woongroep heeft haar eigen woonkamer en keuken. Beide locaties beschikken over een personenlift (Villa Keizerskroon, z.d.).

Kijkend naar de doelgroep van dit onderzoek komt de definitie van www.dementie.nl het meest overeen. Kleinschalig betekent dat naasten in een kleine groep van meestal zes tot acht personen in de woonvoorziening wonen. Samen met een vast team van medewerkers vormt deze groep een eigen huishouden. De vragen en gewoonten van bewoners zijn leidend in het bepalen van de dagindeling. Het accent voor de medewerkers ligt vooral op de begeleiding en de verzorging en minder op de verpleging (Dementie, 2017).

2.2 Het Canvas Business Model

Binnen het theoretisch kader is gekozen om gebruik te maken van het Canvas Model. Het Canvas Business Model kan ingezet worden als hulpmiddel voor het ontwikkelen van een nieuw, of het analyseren en in kaart brengen van een bestaand business model van een onderneming. Het geeft een grafische weergave van een aantal variabelen die de waarden van de organisatie weergeven. In dit schema is in een oogopslag te zien hoe het conceptueel uit komt te zien en wie er mee te maken kan krijgen (Intermarketing, 2015).

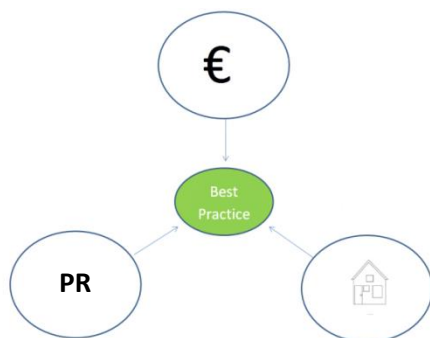


Figuur 3 Canvas Business Model (Intermarketing, 2015)

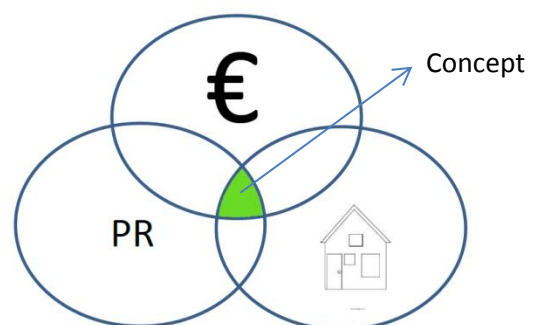
2.3 Proces

Vastgoed Concept ontwikkeling

Binnen de concept ontwikkeling kan een splitsing gemaakt worden tussen de verschillende kaders van het vastgoed. De kaders zijn financiën, programma en ontwerp. Door middel van de GOKIT (geld, organisatie, kwaliteit, informatie, tijd) komen deze drie kaders tot het optimale concept. Naast deze kaders is er ook nog een technisch kader dat in deze scriptie achterwegen gelaten wordt omdat dit concept uiteindelijk aan het bouwbesluit getoetst zal worden (RO groep intern, 2017).



Figuur 4 Proces naar best practice, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)



Figuur 5 Best practice, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)

3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk komen de onderzoeksmethoden aan bod die voor dit onderzoek van toepassing zijn. Belangrijk bij het ontwikkelen van een vastgoedconcept is, dat er drie aspecten extra belicht worden namelijk; programma, financiën en het ontwerp.

3.1 Literatuuronderzoek

Tijdens het literatuuronderzoek wordt er gebruik gemaakt van relevante artikelen en publicaties. Al vorens de start van de afstudeerperiode is gezocht naar wetenschappelijke artikelen. RO groep heeft een eigen bibliotheek met daarin uiteenlopende boeken, tijdschriften en vakliteratuur op het gebied van vastgoed en zorg. Essentiele stukken worden in deze scriptie gebruikt ter ondersteuning van de onderzoeksvragen. Hier kan gedacht worden aan de wet en regelgeving en de aanvragen van zorg. De rol van het CAK wordt beschreven om een duidelijk beeld te krijgen van het proces binnen de zorg.

3.2 Deskresearch

Met deskresearch wordt het verzamelen van gegevens en informatie bedoeld uit websites, krantenartikelen, interne bronnen van RO groep en databanken (zoals het CBS en <http://wetten.overheid.nl>) Dit is nodig om als leek inzicht te krijgen in de zorg. Verder wordt deze onderzoeksmethode gebruikt om het concept in kaart te kunnen brengen. Hierbij wordt gekeken naar het Canvas Business Model, een SWOT analyse en een dashboard.

Tijdens het inlezen in het onderwerp gedurende de eerste drie a vier weken van de afstudeerperiode, zijn een aantal stappen gezet om de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling helder en concreet te formuleren. Vanuit verschillende informatiebronnen is geselecteerd welke informatie relevant is en bijdraagt aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

3.3 Fieldresearch

Door middel van fieldresearch is gekeken naar verschillende concepten die al bestaan en of deze bruikbaar zijn in de ontwikkeling van een nieuw concept.

3.3.1 Brainstormsessies

Verschillende gesprekken met medewerkers van RO groep hebben duidelijkheid gecreëerd over het onderwerp. Aan ideeën die naar voren kwamen, is een prioriteit gekoppeld. Mede hierdoor zijn projectgrenzen afgebakend en is uiteindelijk bepaald welke richting het onderzoek kreeg.

3.3.2 Interviews

Naast desk- en fieldresearch zijn ook verschillende betrokken partijen geïnterviewd.

Denk hierbij aan referentieprojecten, specialisten en experts. De intentie hiervan is dat aan de verschillende geïnterviewde de zelfde vragen worden gesteld en zo duidelijk kan worden wat de standpunten en beweegredenen zijn. Deze kunnen op die manier eenvoudig met elkaar vergeleken worden.

De geïnterviewde partijen in dit onderzoek zijn drie verschillende particuliere zorginstellingen in Zuid Limburg die gericht zijn op dementie en een kleinschalig concept hanteren. Dit zijn ook de referentieprojecten die gebruikt worden in dit onderzoek. In bijlage 12.3 t/m 12.5 zijn de interviews terug te lezen. Tevens is er van ieder interview een beknopte samenvatting geplaatst in het verslag.

4. Wet en regelgeving

Binnen de wet en regelgeving kan een splitsing gemaakt worden tussen de verschillende kaders van de conceptontwikkeling. Deze kaders zijn financiën, programma en ontwerp. In dit hoofdstuk wordt “*deelvraag 1: Wat zijn de gevolgen van de gewijzigde wet- en regelgeving met betrekking tot langdurig ouderenzorg?*” beantwoord.

4.1 Financiële kaders

Binnen de financiële kaders zijn de zorgzwaartepakketten, de zorgaanvraag en het CAK van belang. Het CAK is van belang tijdens de zorg aanvraag en de financiële gegevens van de zorgbehoevende. Zij controleren het inkomen en het vermogen van de cliënt.

4.1.1 Zorgzwaartepakketten (ZZP)

Een zorgzwaartepakket, kortweg ZZP, geeft aan op hoeveel uren zorg per week een cliënt recht heeft en daaraan is een bepaalde vergoeding gekoppeld. Voor de intramurale Verpleging & Verzorging-sector bestaan er sinds 1 januari 2015 nog 7 ZZP's. Per 1 januari heten die formeel zorgprofielen en zijn de vermelding van functies en uren vervallen. Niet iedereen met een Wlz-indicatie heeft dezelfde soort en hoeveelheid zorg nodig. Daarom bestaan er zorgprofielen, voorheen ook zorgzwaartepakketten genoemd. Een zorgprofiel geeft aan welke zorg iemand nodig heeft (Coolen, z.d.).

VV 4 Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging

Dit is wonen in een verzorgingshuis of verpleeghuis voor mensen die veel verzorging en begeleiding nodig hebben. De begeleiding geeft veiligheid en is voortdurend dichtbij.

VV 5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

Hier is sprake van wonen in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Het is voor mensen die intensieve zorg en veel bescherming nodig hebben. Het is een pakket voor mensen die ernstig dement zijn.

VV 6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Dit is wonen in een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Het is voor mensen die lichamelijk ziek zijn en veel zorg nodig hebben. Het gaat om een chronische ziekte: een ziekte die heel lang duurt, steeds terugkomt of niet overgaat.

VV 7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Dit pakket is bestemd voor ouderen die al heel lang psychiatrische problemen hebben en daarbij zulke grote lichamelijke problemen hebben dat ze niet thuis kunnen wonen. Ook is het pakket geschikt voor mensen onder de 65 jaar die ernstig dement zijn of een niet-aangeboren hersenbeschadiging hebben.

VV 8 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging

Dit pakket is bestemd voor mensen met een ernstige lichamelijke ziekte. Zij hebben daardoor heel speciale zorg nodig.

VV 9b Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging

Dit pakket houdt in herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging voor mensen die al wonen en worden behandeld in een WLZ-instelling.

VV 10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Dit pakket is bedoeld voor mensen die een terminale ziekte hebben en in de eindfase van die ziekte verkeren (Zorgkantoor, z.d.).

Een gevolg van de afschaffing van de eerste drie zorgprofielen, zorgt ervoor dat ouderen met deze indicatie langer thuis moeten blijven wonen en hun zorg extramuraal dienen te regelen. Tevens is dit een maatschappelijke trend die de overheid volgt en faciliteert. De overheid kan trends niet sturen zegt minister van Directie langdurige zorg van het ministerie van VWS Roland Beukers (Hagendijk, 2015)

Hoogleraar vastgoedfinanciering Universiteit Maastricht en partner Finance Ideas Piet Eichholtz presenteerde op de Dag van het Zorgvastgoed (Hagendijk, 2015) dat in 2030 een kwart van de Nederlandse bevolking 65+ is en dat iemand van 80 jaar oud nog een levensverwachting heeft van 10 jaar, terwijl het aantal dementie patiënten met 70% zal stijgen. In 2017 wordt het dal bereikt van een tijdelijke daling van intramurale zorg. Dan trekt de vraag weer aan met 2,5% per jaar (Hagendijk, 2015).

Normatieve huisvestingcomponent

De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is een productie gebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw) bouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw Wlz-voorziening, rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven bij een bezettingspercentage van 97% en bijeen vastgestelde investeringsnorm te dekken. In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in inventaris. De NHC is ingevoerd per 2012. Onder het oude bouwregime werden alle kosten van grond, bouw, onderhoud en kapitaalrente zonder meer vergoed. Via de NHC wordt de vergoeding gemaximeerd. Tot 2017 is sprake van een overgangperiode waarin nacalculatie volgens het oude bouwregime stap voor stap wordt afgebouwd. Vanaf 2018 zal sprake zijn van een integraal zzp-tarief (zorgzwaartepakket) voor wonen en zorg samen. Over de hoogte van de zzp-vergoeding zal de zorgaanbieder moeten onderhandelen met het zorgkantoor. Specifiek betekent dit dat de huisvestingsvergoeding, in onderhandeling met het zorgkantoor, aanpasbaar is aan het verschil tussen kapitaalrente en inflatie. Het bedrag per ZZP-dag dat, op grond van de uitgangspunten zoals verwoord in deze beleidsregel, beschikbaar is om de bouw van de Wlz voorzieningen in de vorm van nieuwbouw te kunnen realiseren. Vanaf het jaar 2013 zijn ook de kapitaallasten dagbesteding (intramuraal met indicatie voor dagbesteding) opgenomen in het invoertraject (Hagendijk, 2015) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

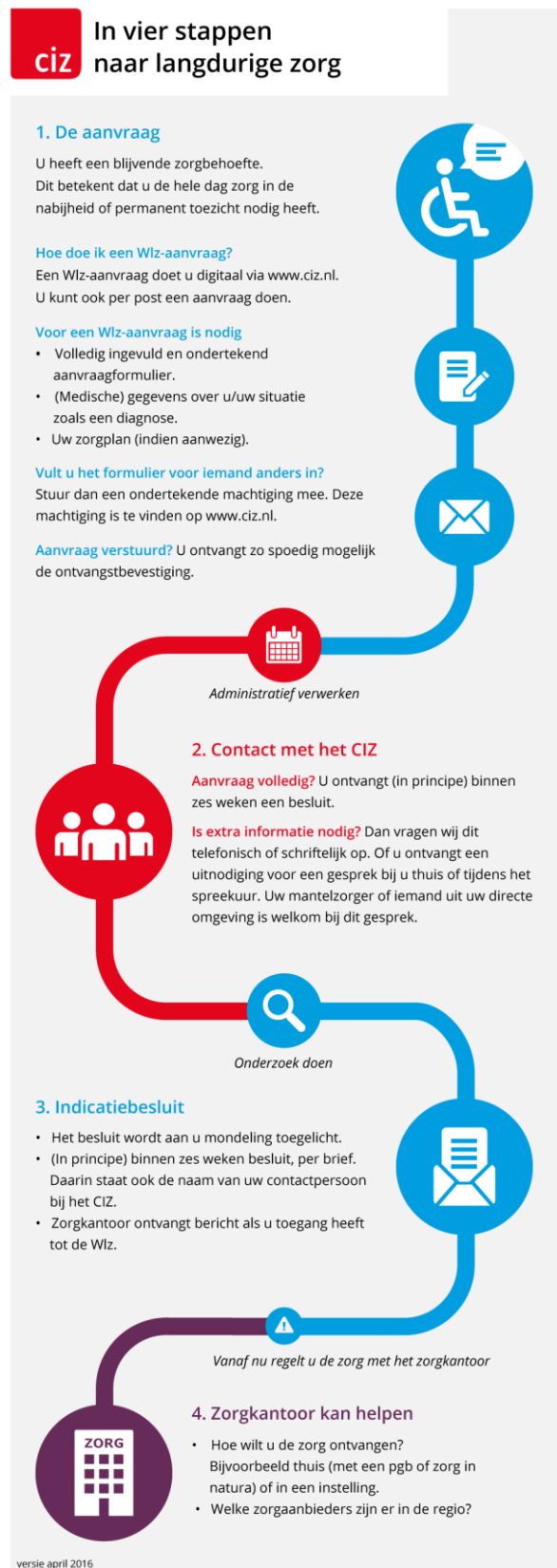
De NHC zal in hoofdstuk 7 gebruikt worden om een indicatie te geven van de voor de huisvestingscomponent.

4.1.2 Zorgaanvragen

Nadat de aanvraag is ingediend bij het CIZ, wordt binnen zes weken een besluit geveld over de aanvraag. Wanneer extra informatie gewenst is, wordt contact opgenomen met de desbetreffende persoon of mantelzorger.

Het indicatiebesluit wordt altijd per brief gestuurd. Daarin wordt ook de contactpersoon vermeld van het CIZ. Wanneer men toegang krijgt tot de Wlz, wordt het zorgkantoor hierover geïnformeerd.

Bij het zorgkantoor wordt advies gegeven en gekeken naar de zorgbehoeften. Het zorgkantoor weet welke zorginstellingen er zijn en welke aan de wensen voldoet van de zorgvrager (CIZ, z.d.).



Figuur 6 Wlz aanvraag proces (CIZ, z.d.)

4.1.3 CAK

Het CAK voert vijf wettelijke taken uit voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

- Vaststellen en innen van de eigen bijdrage op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Voor gemeenten vaststellen en innen van de eigen bijdrage op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- Verrichten van betalingen aan zorgaanbieders op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Legaliseren van verklaringen voor het meenemen van medicijnen naar het buitenland (Schengenverklaringen).
- Regelingen voor klanten die anders buiten het Nederlandse zorgstelsel vallen: de regeling wanbetalers, de regeling onverzekerden, de regeling gemoedsbezwaarden, de regeling onverzekerbare vreemdelingen en de buitenlandregeling (verdragsgerechtigden) (CAK, z.d.).

Het CAK als schakel tussen burger en overheid

Het CAK voert de regelingen niet alleen uit, maar ontwikkelt zich ook steeds meer tot informatiepunt en wegwijzer. Ze vertalen wet- en regelgeving naar begrijpelijke en toegankelijke informatie. Zo helpen ze klanten hun weg te vinden en inzicht en overzicht te bieden binnen de regelingen en loketten in het zorgdomein. Op deze wijze vormen ze de verbindende schakel tussen burgers en overheid. En, dragen ze bij aan een effectieve, efficiënte en betrouwbare overheid (CAK, z.d.).

4.2 Programmatische kaders

Binnen de programmatische kaders zijn het scheiden van wonen en de zorgdomotica van belang. Het scheiden van wonen is de nieuwe manier om zorg te ontvangen in een thuissituatie en de zorgdomotica, die vaak thuis toegepast wordt, maakt dit makkelijker en verdraaglijker.

4.2.1 Scheiden wonen en zorg

Het scheiden wonen en zorg heeft betrekking op het functionele, financiële en administratief scheiden van de functie zorg en de functie wonen. Er dient apart afgerekend te worden voor de zorg- en voor de wooncomponent. Daarnaast worden lichte zorgzwaartepakketten in het kader van scheiden wonen en zorg helemaal anders ingericht. Zo zullen ouderen met zzp1 of zzp2 niet meer vergoed worden voor de intramurale wooncomponent. Ouderen met zzp1 of zzp2 zullen zelf voor hun huisvesting moeten betalen. De reden om dit besluit te nemen is de toenemende vergrijzing in Nederland. Te veel mensen krijgen hierdoor een zzp-indicatie. Om te bevorderen dat men langer thuis blijft wonen is de maatregel genomen om de lichte zzp's te extramuraliseren (Flik, 2013).

Gevolgen scheiden wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg van de ZZP 's 1 en 2 is per 1 januari 2013 een feit. De gevolgen zijn nog niet direct zichtbaar aangezien de indiening van de kosten van de zorginstellingen over 2012 uiterlijk per 1 Juli 2013 moet worden ingediend. Wel kan een inschatting worden gemaakt aan de hand van recente ZZP-cijfers voor intramurale zorg. In Nederland zijn per 1 januari 2010 in totaal ongeveer 158.000 personen die in een verpleeg- of verzorgingsinstelling zitten met een ZZP-indicatie (Leber, 2005).

In 2013 telt het aantal met een zzp1 en zzp2 indicaties 12,4% van de totale intramurale verpleeg- en verzorgingssector. Het afgelopen jaar is deze groep sterk afgenomen, respectievelijk met 1.565 en 5.635 ouderen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zorginstellingen al rekening houden met de extramuralisering van zzp1 en zzp2. In deze categorieën zijn in 2012 minder zorgbehoevenden

toegelaten. Hiertegenover is er een stijging van 1.785 ouderen met zzp3. De stijging van deze categorie is niet veelzeggend en staat dus los van de krimp van zzp1 en zzp2. De mensen met een indicatie van zzp1 of zzp2 zoeken dus doorgaans de thuiszorg op en niet een hogere zorgindicatie (Fliet, 2013).

In de toekomst zal de categorie Zzp 1 en 2 die intramuraal bij zorginstellingen gehuisvest zijn steeds verder aflopen totdat er uiteindelijk geen inwoners meer zijn met deze indicatie. De groei van het aantal mensen met een zzp3 indicatie is schaars. Het vooruitzicht is dat de vraag naar intramurale zorg de komende jaren zal afnemen. De gemiddelde verblijfsduur in een verpleeg- en verzorgingsinstelling bedraagt 3,7 jaren . Dat betekent dat het aantal mensen met een zzp1 of 2 indicatie in 2017 nihil is. Dat is ongeveer een afname van 6.500 zorgbehoevendenden per jaar voor de laagste zzp's. Gevolg hiervan is dat verpleeg- en verzorgingshuizen een hogere zorgzwaartemix zullen verkrijgen. Hierdoor moeten sommige verpleeg- en verzorgingsinstellingen zich mogelijk heroriënteren en hun vastgoed verder specialiseren op een hogere zorgvraag (Fliet, 2013).

4.2.2 Zorgdomotica

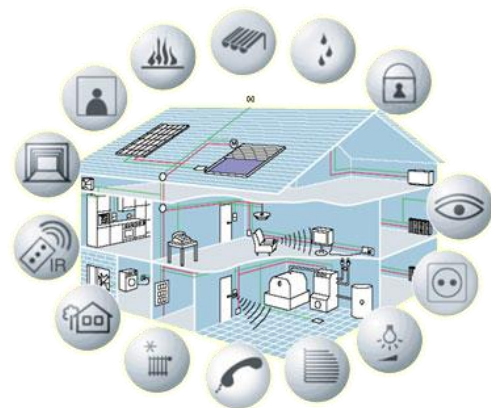
Het doel van domotica is het waarborgen van het woongenot, de veiligheid en sociale contacten, door middel van elektronische apparaten die worden toegepast in woningen.

Zorgdomotica wordt in zowel extramurale als intramurale woonsituaties toegepast. Dit is een specifieke domotica die aan de hand van toezichthoudende en ondersteunende technologieën zorg op afstand verleend (America, 2015).

Een bekend voorbeeld van domotica in de zorg is de persoonlijke alarmering. Zorgbehoevendenden kunnen deze knop om de nek of om de pols dragen en zodra zich een situatie voordoet waarin direct hulp gewenst is kunnen zorgbehoevendenden op de knop drukken. Deze alarmering wordt ook wel Zorgdomotica van de eerste generatie genoemd. De eerste generatie domotica (e-domotica) betreft huisgebonden technologie, met persoonlijke veiligheid en comfort als belangrijkste toepassingsgebieden. Andere vormen van e-domotica zijn bijvoorbeeld een elektronisch deurslot en een video-deurintercom (America, 2015).

De tweede generatie Zorgdomotica wordt ook wel ICT-domotica genoemd. Hier wordt de alarmknop vervangen door geautomatiseerde sensoren. De sensoren sturen dan automatisch een signaal naar de zorgverlener waarna deze de situatie beoordeelt en een bijpassende handeling uitvoert. Een vorm van deze tweede generatie Zorgdomotica is de bed sensor. Deze sensor geeft een automatisch signaal wanneer de zorgbehoevende 's nachts uit bed stapt. Hierbij wordt een tijdslimiet ingesteld dat overschreden dient te worden alvorens een signaal wordt verzonden. Ook hierbij beoordeelt de zorgverlener de situatie voordat er gehandeld wordt (America, 2015).

In de derde generatie zijn intelligente systemen ontwikkeld die aan de hand van camerabeelden en sensoren afwijkend gedrag detecteren. "Een slim huis dat weet wat er in de omgeving gebeurt." (Zorgdomotica, 2012) Een afwijking van het leefpatroon kan duiden op vraag naar zorg. Zorgdomotica kan gevaarlijke situatie voorkomen en dagelijkse handelingen vereenvoudigen (America, 2015).



Figuur 7 Zorgdomotica (Wattel)

4.3. Ruimtelijke kaders

Een zorginstelling kan zichzelf wel de beste vinden maar als de zorgbehoevenden het daar niet mee eens zijn, komen zij niet. Tegenwoordig zijn mensen steeds mondiger, stellen zij hogere eisen en verlangen zij naar keuzevrijheid. Steeds vaker worden zij gezien als burgers met geld en niet de burger die om een gunst vraagt. Naast de beste zorg en de juiste bejegening, is een comfortabele en veilige huisvesting een belangrijke factor voor de te maken keuze. Het gedeelde sanitair en een zit-slaapkamer van 15 m² zijn niet meer van deze tijd. Een kamer van minimaal 20 m² en tweekamerappartementen worden tegenwoordig steeds vaker ontworpen.

Om te compenseren in de gemeenschappelijke ruimtes kan er een verschuiving plaatsvinden naar de privévertrekken van de bewoners. Persoonlijke behandelingen of gesprekken kunnen in de kamer van de bewoner plaatsvinden. Dit zullen zij als positief ervaren (Troost-Filipovic, 2003).

Oppervlakten

Zoals eerder vermeld zijn de ontwikkelingen in de huisvesting voor intensievere ouderenzorg de laatste jaren in een sterke stroomversnelling gekomen. De geïntroduceerde rekenoppervlakte en de kostprijs per m² door het Bouwcollege, zijn hedendaags slechts nog een kader om te beoordelen of de voorgenomen investeringskosten kunnen worden opgebracht uit de productie-inkomsten. Met behulp van de formule (m² x €/m²) wordt er gekeken naar de hoogte van de NHC (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

	Rekenoppervlakte BVO					Praktijk bandbreedte		
	ZZPVV4	ZZPVV5	ZZPVV6	ZZPVV7	ZZPVV8			
Verblijfsruimte	70	55,1	54	56,3	58,5	58	-	65
Ondersteunende begeleiding	8,7	9,7	10,6	10,6	10,6	9	-	7
Behandeling	1,1	2,2	4	4	4	3	-	2
Ondersteunende diensten	3,2	4,6	4,6	4,6	4,6	4	-	3
Totaal	83	71,6	73,2	75,5	77,7	74	-	77

Tabel 2 Rekenoppervlakte BVO (Adviescentrum voor zorghuisvesting, 2016)

Duurzaamheid

Naast deze genoemde ontwikkelingen en oppervlakte komt ook het aspect duurzame ontwerp oplossingen naar boven. Duurzaam is meer dan alleen die nul op de meter. Duurzaam betekent ook het creëren van een restwaarde. Hierbij kan gedacht worden aan de verlenging van de levensduur voor de huidige bestemming, aan een ander gebruik en aan de restwaarde van gebruikte materialen.

Zorgvastgoed wordt altijd afgeschreven naar nul. In het verleden werd dat nulpunt na 50 jaar bereikt. Tegenwoordig ligt dat punt tussen de 30 en 40 jaar. Mits er tussentijdse renovaties plaatsvinden. Door de juiste constructie te ontwerpen en bouwen, waar in de toekomst aanpassingen minimaal zijn, kan dat zomaar een restwaarde creëren van 15 %. Ook de dakconstructie kan op eenzelfde manier benaderd worden. Platte daken vragen vaak om de 20 jaar een aanpassing of nieuwe afwerking. Een dak met dakpannen is inderdaad duurder maar gaat veel langer mee. Dit kan wat betreft de afschrijvingskosten een aantrekkelijk alternatief zijn. In de toekomst kan een verlenging van de levensduur betekenen dat het gebouw voor een andere functie gebruikt wordt. Nadenkende over de toekomstige woon-zorgvraag, kan er voor gekozen worden dat twee eenpersoonskamers eenvoudig omgezet kunnen worden tot een tweekamerappartement. Dit heeft te maken met de efficiëntie waarmee de kamers zijn ingericht. Uiteraard dient de energieprestatie al afgestemd te worden om de zwaardere woningbouwweisen in plaats van op de eisen voor zorggebouwen (Troost-Filipovic, 2003).

Evidence Based Design

Bij Evidence Based Design (EBD) worden beslissingen in ontwerpen gebaseerd op betrouwbare kennis. Het doel hierbij is om op deze manier een zo succesvol mogelijke uitkomst voor het ontwerp te realiseren. Deze betrouwbare kennis is vaak gebaseerd op wetenschappelijke kennis, kennis uit de praktijk of kennis ontwikkeld door *post occupancy evaluation* (evalueren van ontwerpen van bestaande gebouwen). Op dit moment wordt EBD toegepast bij het ontwerpen van zorgomgevingen. Dat dit in deze sector wordt toegepast heeft te maken met de ontwikkelingen in de zorg in westerse landen. De afnemers van de zorg zijn zichtbaar aan het veranderen. Zij worden kritischer, eisen meer service en hebben ook vaker meer te besteden. Hier wordt natuurlijk op in gespeeld door ziekenhuizen, zorginstellingen en particulieren te huizen om de ouderen zich sneller thuis te laten voelen.

In de ziekenhuis architectuur is de laatste jaren een substroom gekomen, namelijk de healing environment. In deze omgeving wordt het herstel bevorderd. Een kenmerkend voorbeeld is veel daglicht, een stille, vriendelijke omgeving die aanwezige stress kan wegnemen bij patiënt (Tooren, 2016).

Healing environment - Planetree

Healing environment betekent letterlijk: een genezende of heilzame (gebouwde) omgeving. Heilzaam wordt omschreven als bevorderlijk voor gezondheid of genezing. Hier kan gedacht worden aan ruimten of gebouwen die zodanig zijn vormgegeven en ingericht, de gezondheid en genezing bevorderen dan wel dat mensen zich daarin prettig voelen. Bij healing environment gaat het dus niet alleen om de vorm van het gebouw maar ook over de inrichting en de daglicht toetreding. Gebrek aan uitzicht of daglicht wordt in verband gebracht met depressie en angst bij patiënten. Daarnaast is de kwaliteit van het uitzicht ook bepalend voor een positieve stimulatie. Ook het gebruik van therapeutische tuinen is een bekend fenomeen. Dit kan zowel een binnen- als buitentuin zijn (Troost-Filipovic, 2003).



Figuur 8 Healing environment (Planetree, 2015)

De twaalf Planetree-componenten hebben effect op de organisatie, zorg en het gebouw. Uitgangspunt is dat de cliënt centraal staat. De cliënt is immers de corebusiness van de instelling, brengt de meeste tijd in het gebouw door, kent het gebouw het beste, wordt steeds mondiger en daardoor veeleisender (Planetree, 2015).

5. Trends en ontwikkelingen

5.1 Sociaal netwerk belangrijker dan aanpassingen in woning

Het SCP merkt in de Rapportage Wel Thuis op, dat een sociaal netwerk van belang is bij het langer thuis wonen. Begrippen zoals vereenzaming en isolement worden steeds vaker genoemd. In 2017 zijn de rollen omgedraaid, niet de aanpassingen in de woning maar het versterken van het sociale netwerk wordt belangrijk voor het langer thuis wonen. Dan wordt het begrip in de buurt groter voor ouderen en mensen met een beperking. De kans is dan groot dat er zo iets als een inclusieve buurt ontstaat (Harkes, 2017). Dit is vaak van toepassing bij mensen die in een omgeving wonen waar ze weinig mensen kennen. Zij hebben vaak behoeften aan gezelschap en gezelligheid maar kunnen dit niet vragen aan familie of vrienden die bijvoorbeeld te ver weg wonen. De inclusieve buurt verbindt deze mensen met elkaar. Het is de bedoeling dat alle buurtbewoners hier iets aan bijdragen (Goede burens gezocht, z.d.).

5.2 Groeiende eigen initiatieven

Nederland Zorgt voor Elkaar presenteerde eind 2016 een overzicht van alle zorgcoöperaties in Nederland. Inmiddels zijn er meer dan 320 initiatieven op de kaart gezet. Steeds vaker denken burgers na over hoe ze wonen en zorg in hun eigen buurt willen regelen en komen in actie. De variatie van initiatieven is groot. Zo zijn er initiatieven die zich richten op hulp onderling en gezelligheid, andere kopen zorg in of regelen zelf de Wmo-aanvragen (Harkes, 2017).

5.3 Kleinschalig wonen met dementie weer groter

Een merkwaardige ontwikkeling zit in de kleinschaligheid. Zoals eerder gezien in de definitie van kleinschaligheid, wordt er gesproken over 6 tot 8 bewoners in een woongroep. Tegenwoordig zijn de groepen voor mensen met dementie grootschaliger opgezet. In een groep van 10 tot 12 mensen is het mogelijk meer ruimtes te creëren zodat bewoners zelf een plek kunnen kiezen waar ze zich op dat moment het prettigst voelen. Ook kan er op een locatie waar meer groepswoonruimten zijn meer afwisseling gecreëerd worden in de dagelijkse activiteiten (Harkes, 2017).

5.4 Nederlands zorgvastgoed aantrekkelijk voor buitenlandse investeerders

Het aandeel van buitenlandse beleggers in het Nederlandse zorgvastgoed is het afgelopen jaar toegenomen. Volgens Jeroen Hermus van CBRE zal deze ontwikkeling zich blijven voortzetten. Twee bekende Belgische beleggers zijn actief hun portefeuille aan het uitbreiden in Nederland. Niet alleen op de particuliere zorginstellingen, ook de combinatie van wonen en zorg in het middensegment worden aantrekkelijk (Harkes, 2017).

5.5 Duurzaamheid en groen

Nederlands zorgvastgoed is in de jaren '70 en '80 gebouwd. Over het algemeen zijn deze niet duurzaam gebouwd. Nederland dient in 2020 te voldoen aan diverse milieudoelstellingen die Europees breed zijn afgesproken. Ook op het gebied van vastgoed in de zorg. Vaak ligt het probleem bij bestaande objecten. In de nieuwe gebouwen voldoen de eisen meestal wel aan normen. HEVO, advies en bouwmanagement in huisvesting en vastgoed, leidt uit een onderzoek in opdracht van de ABN AMRO af, dat het verduurzamen van gebouwen tussen de 6 en 15 jaar oud, het meest wezenlijk zijn. Niet alleen de inzet op de stenen groeit, ook de inzet van groen en natuur voor het welbevinden van de bewoners groeit binnen de zorgsector. Een project genaamd Grijs, Groen en Gelukkig wil honderd zorgcentra vergroenen en bewoners de natuur laten ervaren voor positieve effecten (Harkes, 2017).

5.6 Eigen bijdrage thuiszorg gestegen

Voor gebruikers in de langdurige zorg aan huis was in 2015 de eigen bijdrage ruim 47 euro per zorgperiode van vier weken. Dit is 12 euro meer dan het jaar ervoor, 2014. Deze groei heeft te maken met de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten. Dit resulteerde in een stijging van 50 procent bij gelijkblijvend zorggebruik in 2015. De gemeente past een deel van de korting zelf toe waardoor de gemiddelde stijging uitgekomen op 34 procent. De gemeente kiest welke inkomensgroep gebruik kan maken van deze korting. Ook is de gemeente bevoegd om andere compenserende maatregelen te treffen zoals een tegemoetkoming uit de WMO. Uit het onderzoek blijkt dat bij alleenstaande met een inkomen onder de 20 duizend euro de eigen bijdrage in 2015 procentueel gezien het meest is gestegen, 40 procent. De hoogte van de eigen bijdrage hangt natuurlijk af van het zorggebruik, vermogen, samenstelling huishoudens en leeftijd. De niet AOW gerechtigden betalen over het algemeen een lagere eigen bijdrage dan de AOW gerechtigden in de zelfde inkomensgroep (Centraal bureau voor de statistiek, 2017).

5.7 Stijging aantal huishoudens komende jaren

Volgens de huishoudprognose van het CBS neemt het aantal huishoudens toe van de huidige 7,7 miljoen tot 8,6 miljoen in 2060. Dit heeft vooral te maken met de groei van eenpersoonshuishoudens. In 2015 maakte deze kleinste huishoudens 37 procent uit van de huishoudens. In 2060 zal dit naar verwachting 43 procent zijn. Door de vergrijzing in het land neemt het aantal oudere alleenstaanden toe. Uit de prognose blijkt ook dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen. De alleenstaande ouderen voelen zich vaker eenzaam. Eenzaamheid gaat gepaard met de leeftijd van mensen. Met het ouder worden ervaren mensen vaker een minder goede gezondheid en meer last van een of meer lichamelijke of geestelijke aandoeningen. Meer dan de helft geeft hierbij aan een of meer langdurige aandoeningen te hebben (Duin, 2016).

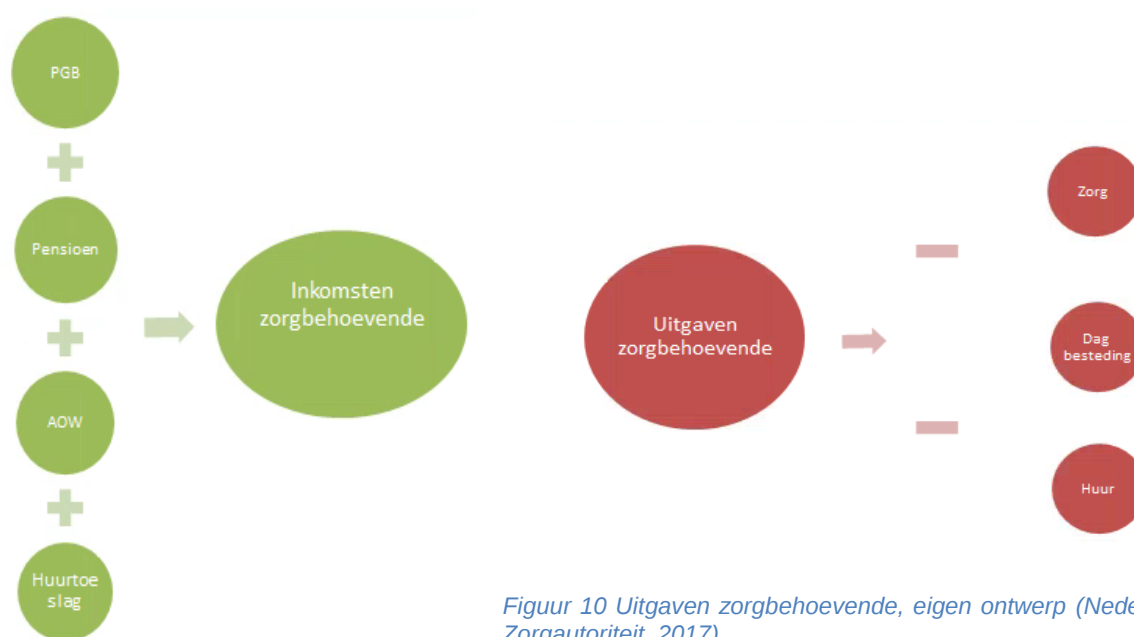
Bij deze trend speelt het inkomen en vermogen van 65-plussers ook een rol. Het doorsnee vermogen van een 65-plushuishouden zijn er in twintig jaar meer op vooruitgegaan dan een doorsnee huishouden. Twintig jaar geleden waren er weinig 65-plusser die een eigen woning hadden. Tegenwoordig zijn dat er opmerkelijk meer. Ook het inkomen van een 65-plusser hedendaags is volgens het prijspeil in 2015 30 procent hoger dan de generatie in 1995. Het besteedbaar inkomen kent ook een stijging. Dit heeft te maken met de toename van het aantal vrouwen die naast hun AOW een aanvullend pensioen ontvangen (Nu.nl, 2017).

6. Financiën

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de kosten plaatje van een kleinschalig woonconcept met zorg. De opbrengsten zullen in een commercieel concept hoger moeten zijn dan de kosten, om winst te kunnen behalen. Dit wordt mogelijk gemaakt door het wonen en zorgen gescheiden aan te bieden. Bewoners vragen vanuit de Wlz een pgb aan. Met dit pgb kopen zij de zorg in. Deze zorg bestaat uit: verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en huishoudelijke hulp. De wooncomponent dienen zij zelf te betalen. Wanneer de huur zich onder de sociale huurgrens bevindt kan hier een huurtoeslag voor aangevraagd worden. Vaak wordt de huur in combinatie met arrangementen aangeboden, dit wordt vaak de eigen bijdrage genoemd. Hier valt gas/water/elektra onder, het eten en drinken voor de bewoner en eventueel voor het bezoek, het was en strijk werk en verschillende dagbestedingen. De hoogte van dit bedrag is per zorginstelling verschillend en kan per concept anders ingevuld worden. Meer services wil zeggen dat de eigen bijdrage ook meer wordt. In dit hoofdstuk worden deelvraag 3 en 6 beantwoord: *“Welke gevolgen heeft het voor de exploitatie wanneer woonzorgconcepten een kleine groep ouderen huisvest?”* en *“Wat zijn de kosten van de functionele en ruimtelijke eisen?”*. De onderbouwing van de zzp zijn terug te vinden in bijlage 12.6 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

6.1 Financieringsstroom zorgbehoevende

De financieringsstructuur voor een zorgbehoevende kan er als volgt uit zien:



Figuur 10 Uitgaven zorgbehoevende, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

Figuur 9 Inkomsten zorgbehoevende, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

De huurtoeslag hangt af van de hoogte van de huur die de zorginstellingen vragen. De dagbesteding en de huur gaan naar de organisatie waar men woont en de zorg ontvangt. De zorgcomponent gaat naar het CAK. Deze geldstromen laten zien welk geld binnen komt bij de zorgbehoevende en wat de zorgbehoevende dient te betalen. De huur en de dagbestedingscomponent zijn van belang om te weten wat de investering mag zijn voor het concept. Er zijn verschillende scenario's namelijk; bestaande bouw of nieuwbouw en kopen of huren. Ook de grondkosten zijn van belang. Zijn deze voor rekening van de huurder of koper of van de verhuurder of verkoper van het pand. Dit kan gevolgen hebben voor de investeringsbegroting en de afschrijvingen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

6.2 Vastgoed

Om te bepalen wat de investering wordt bij nieuwbouw, dient er een rekenmodel opgesteld te worden met de daarbij behorende minimale oppervlakten voor de ruimtes en de minimale normen voor de investeringen. Om de hoogte van de lening te berekenen, gaat de geldverstrekker uit van de waarde van de woning. Bij nieuwbouw is deze waarde hoger en wordt de lening die verstrekt wordt ook hoger (Eye open hypotheekadvies, 2015). De minimale oppervlakten zijn te vinden in de bouwkostennota van 2017 (Adviescentrum voor zorghuisvesting, 2016). De normen voor de investeringen zijn terug te vinden in de beleidsregels van de Nederlandse zorgautoriteit. Ook het aantal plaatsen in de zorginstelling zijn van belang. Deze zijn ook variabel in te vullen, dit investeringsmodel is terug te vinden in bijlage 12.7.

Bij intramurale zorg kan er gebruik gemaakt worden van de Normatieve Huisvestingscomponent. Bij extramurale zorg waarbij zorgbehoevende in een particuliere instelling wonen, kan er geen gebruik gemaakt worden van deze component. Hier zal de huur gevraagd dienen te worden aan de bewoners.

Bij intramurale zorg met zorgzwaartepakket 5 is de NHC € 30,81 per persoon per dag. Dit komt uit op € 937,14 per persoon per maand. Bij een zorgzwaartepakket 7 is de NHC € 32,46 per persoon per dag. Dit is € 987,33 per persoon per maand. Dit kan een indicatie aangeven wat een particuliere instelling kan vragen aan huur voor de huisvestingscomponent bij extramurale zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

	NHC per persoon per dag	Huur per persoon per maand	Huur per persoon per jaar	Verdeling zzp5 en zzp7	12 personen per jaar	16 personen per jaar
ZZP 5	€ 30,81	€ 937,14	€ 11.245,65	85%	€114.705,63	€ 152.940,84
ZZP 7	€ 32,46	€ 987,33	€ 11.847,90	15%	€ 21.326,22	€ 28.434,96
Totaal					€136.031,85	€ 181.375,80

Tabel 3 Indicatie huurprijs, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

	Wooncomponent	Service	Totaal
Martha Flora	1000	2300	3300
Villa Keizerskroon	+/- 710	1500	+/- 2300
Delphinium Zorg	+/-600	+/- 700	+/- 1300
Concept	937-987	+/- 1100	+/- 2000

Tabel 4 Referentieprojecten, eigen ontwerp (Lousberg, 2017) (Gerritsen, 2017) (Hameleers, 2017)

Kijkend naar de drie vergelijkbare projecten in Zuid Limburg kan € 937,14 – 987,33 een goede indicatie zijn voor de wooncomponent. Voor de service en dagbesteding blijft er dan tussen de € 500 en € 1.100 euro over gezien het streven naar een eigenbijdrage van € 2000 euro in totaal.

6.3 Zorg

Bij intramurale zorg kan er gebruik gemaakt worden van normen om met overheidsgelden de personeelskosten voor de werkgever te dekken. Bij extramurale zorg dienen deze kosten voor een groot gedeelte gehaald te worden bij de bewoners. Via de NHC is er een indicatie gemaakt voor de te betalen huur van de bewoners. Daarnaast kan met behulp van een rekenmodel van de Nederlandse zorgautoriteit bepaald worden hoeveel fte's minimaal nodig zijn om alle zorg te kunnen bieden. Deze verzorging wordt opgesplitst in vijf verschillende categorieën namelijk; ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, behandelend huisarts en de dagbesteding. In onderstaand schema is weergegeven hoeveel fte's nodig zijn bij 12 bewoners en hoeveel fte's er nodig zijn bij 16 bewoners. Bij beide aantallen is rekening gehouden met de verdeling 85%/15% zzp 5 en zzp 7 (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

Aantal fte's bij X aantal bewoners	85% zzp5 en 15% zzp7	85% zzp5 en 15% zzp7
Aantal bewoners	12	16
Ondersteunende begeleiding	4,61	6,14
Persoonlijke verzorging	2,90	3,86
Verpleging	0,39	0,53
Behandelende huisarts	0,55	0,73
Dagbesteding	0,55	0,73
Totaal aantal fte's	9,00	11,99

Tabel 5 Aantal fte's, eigen ontwerp (Bureau HHM, 2011)

Nu het aantal fte's bekend is kunnen aan deze categorieën loonkosten gekoppeld worden. Uit gegaan wordt van een werkervaring van gemiddeld 10 jaar. De brutoloonkosten zijn bekend per maand. Deze loonkosten worden vermenigvuldigd met 12 maanden en vervolgens met een factor van 1,36 om het bruto jaarsalaris plus alle werkgeverslasten te krijgen. Dit ziet er als volgt uit in een schema (Loonwijzer, 2016).

	Bruto salaris maand	12 plaatsen	16 plaatsen
Ondersteunende begeleiding	3100	$\text{€}3100 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 4,61 =$ €233.229	$\text{€}3100 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 6,14 =$ €310.634,88
Persoonlijke verzorging	2700	$\text{€}2700 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 2,90 =$ €127.785,60	$\text{€}2700 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 3,86 =$ €170.087,04
Verpleging	3400	$\text{€}3400 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,39 =$ €21.640,32	$\text{€}3400 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,53 =$ €29.408,64
Behandelende huisarts	5200	$\text{€}5200 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,55 =$ €46.675,20	$\text{€}5200 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,73 =$ €61.950,72
Dagbesteding	2700	$\text{€}2700 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,55 =$ €24.235,20	$\text{€}2700 \cdot 12\text{mnd} \cdot 1,36 \cdot 0,73 =$ €31.166,72
Totaal		€ 453.565,32	€ 604.248,00

Tabel 6 Personeelskosten, eigen ontwerp (Bureau HHM, 2011) (Loonwijzer, 2016)

Om een beeld te krijgen van de eerste inkomsten en eerste uitgaven zijn, is er een overzicht gemaakt voor een nieuw woonconcept. Met een verschil in aantal plaatsen en een verschil in de eigen bijdrage die de bewoners dienen te betalen. De eerste twee tabellen gaan over een bewoners aantal van 12 personen, de laatste twee tabellen gaan over een bewoners aantal van 16 personen.

Eigen bijdrage € 1.500,00							
Opbrengsten		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	
12 plaatsen							
Huur	€ 937,14	€ 134.948,16	€ 138.321,86	€ 141.779,91	€ 145.324,41	€ 148.957,52	
Dag besteding	€ 562,86	€ 81.051,84	€ 83.078,14	€ 85.155,09	€ 87.283,97	€ 89.466,07	
Totaal		€ 216.000,00	€ 221.400,00	€ 226.935,00	€ 232.608,38	€ 238.423,58	
Uitgaven							
Personeel		€ 453.565,32	€ 460.368,80	€ 467.274,33	€ 474.283,45	€ 481.397,70	
Investering		€ 2.078.563,28					

Figuur 11 Opbrengsten, uitgaven 12 plaatsen, eigen bijdrage 1500 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

Eigen bijdrage € 2.000,00							
Opbrengsten		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	
12 plaatsen							
Huur	€ 937,14	€ 134.948,16	€ 138.321,86	€ 141.779,91	€ 145.324,41	€ 148.957,52	
Dag besteding	€ 1.062,86	€ 153.051,84	€ 156.878,14	€ 160.800,09	€ 164.820,09	€ 168.940,59	
Totaal		€ 288.000,00	€ 295.200,00	€ 302.580,00	€ 310.144,50	€ 317.898,11	
Uitgaven							
Personeel		€ 453.565,32	€ 460.368,80	€ 467.274,33	€ 474.283,45	€ 481.397,70	
Investering		€ 2.078.563,28					

Figuur 12 Opbrengsten, uitgaven, 12 plaatsen, eigen bijdrage 2000 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

Eigen bijdrage € 1.500,00							
Opbrengsten		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	
16 plaatsen							
Huur	€ 937,14	€ 179.930,88	€ 184.429,15	€ 189.039,88	€ 193.765,88	€ 198.610,02	
Dag besteding	€ 562,86	€ 108.069,12	€ 110.770,85	€ 113.540,12	€ 116.378,62	€ 119.288,09	
Totaal		€ 288.000,00	€ 295.200,00	€ 302.580,00	€ 310.144,50	€ 317.898,11	
Uitgaven							
Personeel		€ 604.248,00	€ 613.311,72	€ 622.511,40	€ 631.849,07	€ 641.326,80	
Investerings		€ 2.771.417,70					

Figuur 14 Opbrengsten, uitgaven, 16 plaatsen, eigen bijdrage 1500 euro, eigen bijdrage (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

Eigen bijdrage € 2.000,00							
Opbrengsten		Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	
16 plaatsen							
Huur	€ 937,14	€ 179.930,88	€ 184.429,15	€ 189.039,88	€ 193.765,88	€ 198.610,02	
Dag besteding	€ 1.062,86	€ 204.069,12	€ 209.170,85	€ 214.400,12	€ 219.760,12	€ 225.254,13	
Totaal		€ 384.000,00	€ 393.600,00	€ 403.440,00	€ 413.526,00	€ 423.864,15	
Uitgaven							
Personeel		€ 604.248,00	€ 613.311,72	€ 622.511,40	€ 631.849,07	€ 641.326,80	
Investerings		€ 2.771.417,70					

Figuur 13 Opbrengsten, uitgaven, 16 plaatsen, eigen bijdrage 2000 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)

kwaliteit te kunnen bieden die van hen verwacht wordt. Verder wordt er met veel studenten in opleiding gewerkt en leerlingen van de naast gelegen basisschool. Dit doen ze om kinderen op jongere leeftijd kennis te laten maken met de ziekte.

Bij Martha Flora kopen bewoners hun zorg in met het pgb. Martha Flora zorgt voor een woning, zorg en 24 uur bescherming. Bewoners zijn vrij in het inrichten van hun kamers. En hun partners zijn ook welkom. Bewoners met dementie hoeven niet meer te verhuizen wanneer hun situatie verslechterd. Martha Flora werkt met digitale dossiers en oproepsystemen. Verder wordt er niet veel gebruik gemaakt met domotica (Lousberg, 2017).

7.2 Villa Keizerskroon

Villa Keizerskroon vindt blijvende integratie in deze maatschappij van groot belang (Villa Keizerskroon 2016). Hier worden bewoners in hun waarde gelaten. Bewoners kunnen en mogen doen waar ze zichzelf het prettigst bij voelen. Partners van dementerenden zijn hier ook welkom. Ook is er plek voor eventueel bezoek van familie of mantelzorgers (Gerritsen, 2017).

7.3 Delphinium Zorg

Delphinium is een particuliere zorginstelling die gericht is op dementiezorg. Een van de weinige kleinschalige zorgconcepten in Zuid Limburg. Medewerkers zijn gedreven, betrouwbaar, deskundig en cliëntgericht. Het inlevingsvermogen speelt een belangrijke rol. Hun motto is: *“we zeggen wat we doen en doen wat we zeggen”*. Delphinium heeft als doel de kwaliteit van het leven van haar zorgbehoevenden te optimaliseren. De zorgvraag van de cliënt staat centraal. Daarom zorgt Delphinium zelfstandig of in samenwerking met andere organisaties of instellingen met verschillende disciplines dat de zorgvraag beantwoord wordt (Hameleers, 2017).

7.4 Oppervlakten referentieprojecten

Deze tabel geeft een overzicht van verschillende zorginstellingen die zich richten op kleinschalig wonen en zorgbehoevenden met een psychogeriatrische aandoening. Francesco Ferreri heeft in zijn onderzoek in 2013 een bruikbare inventaris gemaakt om de verschillen per instelling duidelijk in kaart te brengen. In onderstaande tabel zijn de oppervlakten per vierkante meter van verblijfsruimtes per cliënt weergegeven. De groen gemarkeerde cellen geven aan dat zij in die categorie het grootste oppervlakte hebben. De rode cellen geven aan dat deze instelling hier de kleinste oppervlakte heeft (Ferreri, 2013).

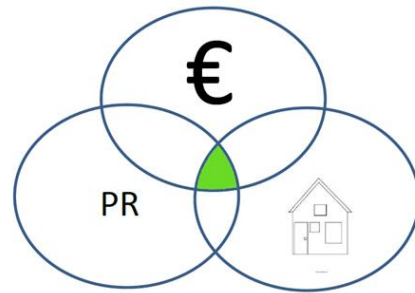
Ruimten Naam	Aantal bewoners	Oppervlakte Ind. Zitkamer /slaapkamer	Oppervlakte ind. Badkamer	Oppervlakte gem. Woonkamer	Oppervlakte gem. Keuken	Oppervlakte gem. Ruimte atelier	Oppervlakte gem. Sanitair	Oppervlakte gem. Textiel beheer	Oppervlakte gem. Berging	Totaal oppervlakte per cliënt
Martha Flora	12	20,5	6,7	12,6	4,7	2,5	0,8	4,1		51,9
Herbergier	15	40	5	9,3		1,5	0,5	1		57,3
La Famille Elsloo	24	22,4	5,3	9,2		0,16	0,7	0,68		38,44
Oranjehof Heerlen	32	19,4	7,8	12,77		0,5	0,8			41,27
Parc Imstenrade	14	32,9	5,1	6,2		0,9	0,3			45,4
t Brook Voerendaal	32	16,2	6,4	7,6	0,5	1	0,55	1,4		33,65
Klein Gulpen	13	25,4	6,7	7,7		1,02	0,09		0,37	41,28
Villa Keizerskroon	21	40	5	10,5	1,2	0,5	0,35	0,5		58,05
Delphinium	20	20	4	7,3	2	0,9	0,85	2		37,05

Figuur 16 Inventarisatie oppervlakten zorgconcepten, eigen ontwerp (Ferreri, 2013)

7.5 Potentieel zorgconcept

(Om privacy redenen kunnen persoonsgebonden gegevens niet genoemd worden)

Tijdens het onderzoek is een concrete wens van een marktpartij naar voren gekomen. Deze partij is momenteel bezig in deze markt en heeft de ambitie om een dergelijk woonconcept met zorg op maat te ontwikkelen. Een belangrijke wens is dat het een kleinschalig concept dient te zijn. Dit concept is getoetst aan de drie verschillende componenten: programma, ontwerp, financiën (Externe marktpartij, 2017).



Figuur 17 Vastgoed ontwikkeling, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)

Binnen het programmatisch kader heeft deze partij de volgende wensen. Het kleinschalig woonconcept bevindt zich in de regio Zuid Limburg. De doelgroep is gericht op ouderen met een PG aandoening. Er zullen maximaal 16 personen wonen om de kleinschaligheid te waarborgen. Een partner van een zorgbehoevende is welkom maar dient te verhuizen wanneer de zorgbehoevende komt te overlijden. Per dag zullen er 13 à 14 zorgverleners aanwezig zijn, 50% verpleegkundigen en 50% stagiaires en/of vrijwilligers. In totaal zullen hier 22 zorgverleners werken dat uit komt op 14 à 15 fte's. Dit zullen geen medewerkers zijn maar zelfstandige zonder personeel (zzp) (Externe marktpartij, 2017).

Binnen het financiële kader denkt deze partij aan het huren van bestaande bouw. Dit om de eerste jaren het concept in werking te zien om vervolgens te beslissen het pand aan te kopen, te blijven huren of er mee te moeten stoppen. Hierbij zal wel een investering aan vooraf gaan om het bewoon- en leefbaar te maken voor de betreffende doelgroep. Verder wonen de bewoners extramuraal waar zij 24 uur per dag beschikking hebben tot zorg. Deze woonvorm zal betaald worden uit het persoonsgebonden budget. Daarnaast dienen de bewoners een eigen bijdrage te leveren tussen de 1500 en 2000 euro. Hier is ook de huisvestingscomponent in mee geteld (Externe marktpartij, 2017).

Het ontwerpkader kent maar een aantal wensen. Een wens is dat de kamers een oppervlakte hebben van +/- 35 m². Deze studio's beschikken over een eigen badkamer en een pantry zonder kookvoorziening (Externe marktpartij, 2017).

Door gebruik te maken van het rekenmodel van de Nederlandse zorgautoriteit om het aantal fte's te berekenen, is te zien dat bij een aantal van 16 bewoners minimaal 12 fte's nodig zijn. Het aantal fte's dat voor deze partij gewenst is, is +/- 15. Dit is dus voldoende volgens de normen (Bureau HHM, 2011).

		Benodigd aantal FTE voor bovenstaande periode						FTE per ZZP
	ZZP	OB	PV	VP	AB	BH	DB	
Sector V&V	VV 1							0,00
	VV 2							0,00
	VV 3							0,00
	VV 4							0,00
	VV 5	5,10	3,25	0,31		0,59	0,59	9,84
	VV 6							0,00
	VV 7	1,04	0,61	0,21		0,14	0,15	2,15
	VV 8							0,00
	VV 9							0,00
	VV 10							0,00
	Benodigd FTE	6,14	3,86	0,53	0,00	0,73	0,73	
Totaal V&V								11,99

Figuur 18 Benodigd aantal fte's (Bureau HHM, 2011)

De wens voor individuele kamers van 35m² wordt getoetst aan de normen die de bouwkostennota voorschrijft. Deze normen zijn voor een zzp van 5 of 7 een stuk hoger. Zie onderstaande tabel (RO groep intern, 2017).

ZZP Verzorging / Verpleging nieuwbouw		85%	15%	
		ZZP W 5	ZZP W 7	Totaal
Aantal plaatsen		13,6	2,4	16
Normatieve m2 Bvo per plaats				
Basis				
	verblijf	49,5	49,5	
	ondersteunende begeleiding	8,7	8,7	
	behandeling / activerende begeleiding	2,2	2,2	
	ondersteunende diensten	4,6	4,6	
Toeslagen				
Verblijf				
	niet mobiel	4,5	4,5	
	ondersteunende ruimten			
	persoonsgeonden hulpm			
	somatische aandoening / MCG / LG		2,3	
	snoezelruimte	1,1		
Ondersteunende begeleiding				
	toeslag niet mobiel / hulpmiddelen		1,9	
	snoezelruimte	1		
Behandeling / activerende begeleiding				
	fysiotherapie overig / reactivering		1,8	
Totaal Bvo (m2)		71,6	75,5	

Figuur 19 zzp verzorging en verpleging (RO groep intern, 2017)

De minimale oppervlakten per kamer dient bij nieuwbouw +/- 49,5 m² te zijn. Bij bestaande bouw dient gebruik gemaakt te worden van de oppervlakten die zij tot hun beschikking hebben. Wel is dit een indicatie om aan te geven wat bewoners kunnen verwachten en waar zij recht op hebben (bij nieuw bouw) Het totale oppervlakten dat nodig is per persoon in een gebouw is tussen de 71,6 en 75,5 m². Dit komt uit op een totaal van 1155m², zie onderstaande tabel (RO groep intern, 2017).

BVO				
Verblijf	749	135	884	
Ondersteunende begeleiding	132	25	157	
Behandeling / activerende begeleiding	30	10	40	
Ondersteunende dienst	63	11	74	
	974	181	1.155	

Figuur 20 Bruto vloer oppervlak totaal (RO groep intern, 2017)

Dit komt uit op een investering van € 2.771.418, zie onderstaande tabel. Hierbij kost het per persoon € 173.214 en de prijs per vierkante meter is € 2.400 (RO groep intern, 2017).

Investeringskosten			
Grondkosten	298.944	55.628	354.573
Investeringskosten (excl. Grond),	1.890.316	351.818	2.242.134
Toeslagen	123.141	22.440	145.581
Startkosten	24.564	4.566	29.130
	2.336.965	434.452	2.771.418

Figuur 21 Investeringskosten nieuwbouw (RO groep intern, 2017)

Als er gerekend wordt met de investering van nieuwbouw € 2.771.418 wordt er vanuit gegaan dat de verdeling casco versus inbouw/inrichting/installaties 40% en 60% is. Bij bestaande bouw dat nog in een goede staat is maar wel een aantal aanpassingen nodig heeft in de installaties en de ruimtes kan hier uit gegaan worden van 50% inbouw. Het casco zal dan niet een totale renovatie nodig hebben. Ook hier zijn een aantal kleine aanpassingen van toepassing. Dit komt uit op een investering van €942.282,12. Met deze investering kan de maximale huur dat deze partij dient te betalen berekend worden (RO groep intern, 2017).

Investering nieuwbouw	Bestaande bouw				Totaal bestaande bouw
	40% casco	100% €	1.108.567,20	10% €	110.856,72
€ 2.771.418,00					€ 942.282,12
	60% inbouw	100% €	1.662.850,80	50% €	831.425,40

Figuur 22 Nieuwbouw vs. Bestaande bouw, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)

Er wordt uit gegaan van een periode van 30 jaar dat dit pand wordt afgeschreven. € 942.282,12 / 30 jaar = 31.409,40. De huur die deze partij zelf kan vragen aan de bewoners is gekoppeld aan een indicatie van de normatieve huisvestingscomponent (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

	NHC per persoon per dag	Huur per persoon per maand	Huur per persoon per jaar	Verdeling zzp5 en zzp7	16 personen per jaar
ZZP 5	€ 30,81	€ 937,14	€ 11.245,65	85%	€ 152.940,84
ZZP 7	€ 32,46	€ 987,33	€ 11.847,90	15%	€ 28.434,96
Totaal					€ 181.375,80

Figuur 23 Inkomsten huur per jaar, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017) (RO groep intern, 2017)

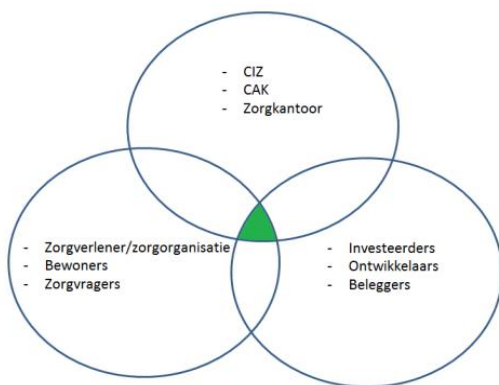
Het eerste jaar komt een bedrag van €181.375,80 binnen aan huur van bewoners. Wanneer de afschrijving van een jaar hier van af gehaald wordt, blijft er nog $181.375,80 - 31.409,40 = € 149.966,40$ over voor deze partij om te besteden aan huur per jaar.

8. Stakeholders

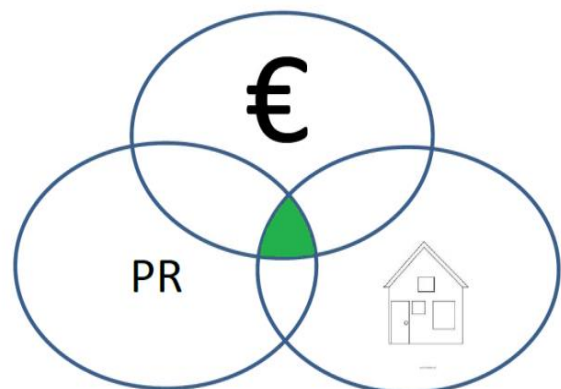
Vastgoed domineert de balans van zorginstellingen. Doordat de zorgmarkt sterk in beweging is door veranderende wet- en regelgeving, is een groot risico ontstaan. De zorginstellingen moeten, door het scheiden van wonen en zorg en andere overheidsingrepen, zich steeds meer als commerciële instelling gedragen. Het belang van een verantwoord zorgvastgoedbeleid voor een zorginstelling is hierdoor belangrijker dan ooit (Fliet, 2013).

Bij het ontwikkelen van een kleinschalig woonconcept met zorg zijn veel partijen betrokken. Daarom is het van belang om inzichtelijk te maken wat de beweegredenen van deze partijen zijn. Een ontwikkelaar kijkt immers anders naar zorg dan een zorgpartij. Dit geldt natuurlijk ook andersom. Iedere partij spreekt haar eigen taal. In dit hoofdstuk worden de stakeholders besproken, waarbij alleen de belangrijkste aan bod zullen komen.

Onderstaand figuur geeft aan dat de drie componenten zorgen voor een optimaal vastgoedconcept. Het symbool € staat voor de financiën. PR staat voor programma, en kan gezien worden als de “handjes” binnen de organisatie. Het huis staat voor het gebouw ook wel de “stenen” genoemd (RO groep intern, 2017).



Figuur 24 Vastgoedontwikkeling, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)



Figuur 25 Ontwikkeling stakeholders, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)

De stakeholders die van belang zijn, zijn onderverdeeld in de drie verschillende componenten. De zorgverlener/zorgorganisatie, bewoners en zorgvragers behoren tot het programma van het concept. De zorgverlener zorgt ervoor dat de bewoners/zorgvragers de zorg en service ontvangen die zij nodig hebben. Het CIZ, CAK en zorgkantoor zijn van belang om de geldstromen te garanderen. Zoals eerder besproken in hoofdstuk vier dient de aanvraag door de zorgbehoevende gedaan te worden bij het CIZ. Zij controleren of men daadwerkelijk de zorg nodig heeft. Heeft de persoon de zorg echt nodig, geven zij dit door het zorgkantoor. Zij regelen de zorg voor de zorgbehoevende. Het zorgkantoor controleert bij het CAK hoe de financiële situatie is van de desbetreffende persoon en waar deze recht op heeft vanuit de WLZ. Dit is belangrijk zodat de zorgvrager zijn/haar zorg kan betalen en voor de zorgverlener dat deze betaald kan worden en de zorg kan leveren. Investeerders zorgen in dit concept ervoor dat er geld beschikbaar is om een huisvesting te financieren. Zij investeren vaak in een gebouw zodat iemand met een wens om een concept op de markt te brengen daar mee kan starten. Het kan natuurlijk ook zijn dat investeerders zelf die wens hebben en de financiële middelen daar voor beschikbaar hebben. De projectontwikkelaar is nodig om nieuwbouw te realiseren. Hij onderzoekt of er vraag naar is en organiseert alle zaken rondom de bouw. Het komt dus voor dat de projectontwikkelaar in dienst is van de investeerder die de wens van een zorgorganisatie vervult. Vaak komen deze partijen alleen bij commerciële doeleinden aan de orde (Woningweetjes, z.d.) (CIZ, z.d.) (Zorgkantoor, z.d.).

9. Conclusies

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een kleinschalig woonconcept met zorg, dat rendabel is voor een investeerder. Het onderzoek heeft zich gericht op de verpleeg- en verzorgingssector, waarbij gekeken is naar ouderen met een zorgindicatie zorgzwaartepakket 5 of 7. Dit onderzoek dient antwoord te geven op financiële, ruimtelijke en programmatische kaders rondom het woonconcept. Voorafgaand aan dit onderzoek is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

“Hoe kan een kleinschalig woon-zorgconcept (kleinschalige zorgvilla) rendabel zijn voor een investeerder?”

De uitwerking van deze vraag is opgesplitst in deelvragen die over de hoofdstukken beantwoord worden. De vragen gaan over de wet- en regelgeving, de doelgroep, een inventarisatie van zorgconcepten in Nederland, de functionele en ruimtelijke eisen, de kosten hiervan, en gevolgen voor de exploitatie.

9.1 Bevindingen

Onderzoek is verricht naar de gevolgen van de wijzigende wet- en regelgeving, de doelgroep, de trends en ontwikkelingen op de zorgmarkt en de veranderende financiering van zorgvastgoed in de sector verzorging en verpleging. Per hoofdstuk zijn de volgende bevindingen naar voren gekomen:

1. **De veranderende wet- en regelgeving in Nederland zorgt voor veel onzekerheden en onduidelijkheden naar zorgvragers en zorginstellingen toe.** Dit komt vooral door de vele partijen die nodig zijn voordat iemand kan worden voorzien van zorg. Deze partijen zijn voornamelijk het CIZ, voor de indicatie van het zorgprofiel, het zorgkantoor om de zorg die nodig is te regelen en het CAK om de financiële situatie van de zorgvrager te controleren. Door het scheiden van wonen en zorg hebben alleen zorgvragers met een indicatie van zvp 4 of hoger nog recht om intramuraal te wonen.
2. **Als gevolg van een stijging van het aantal ouderen in Nederland zal de vraag naar zorg blijven stijgen en dus ook de uitgaven vanuit de overheid.** Door het scheiden van wonen en zorg worden tevens de zorg- en de vastgoedcomponent gescheiden. De overheid heeft in 2009 een nieuw systeem ingesteld om de langdurige zorg te bekostigen. Deze systematiek treedt vanaf 2018 volledig in werking. Tot 2018 is er een overgangperiode waarin geleidelijk wordt overgegaan op deze nieuwe manier van bekostigen.
3. **Doordat mensen tegenwoordig steeds meer kennis hebben, hogere eisen stellen en mondiger zijn verlangen zij naar keuzevrijheid.** Oppervlakten van privévertrekken dienen minimaal 49,5 m² BVO te zijn en dienen te beschikken over een eigen sanitaire ruimte. Instellingen dienen rekening te houden met duurzaamheid, om de levensduur van het pand te verhogen en de exploitatielasten te verlagen. Hier kan gebruik gemaakt worden van ‘Evidence Based design’ (beslissingen gebaseerd op wetenschappelijke kennis). Zo wordt het optimale uit het gebouw gehaald. Daarnaast moeten ze gebruik maken van ‘healing environment’ om te zorgen dat de bewoners zich thuis voelen en niet in een depressie terugvallen. Dat kan immers fataal zijn voor ouderen.
4. **Het sociale netwerk is vaak belangrijker dan de aanpassingen in de woning zelf.** Ouderen die alleen zijn raken snel in een isolement of voelen zich eenzaam. Initiatieven vanuit ‘Nederland Zorgt voor Elkaar’ zorgen ervoor dat bewoners zelf in de wijk rondkijken hoe zij het wonen en de zorg willen inrichten. Bij kleinschalige woonconcepten is te zien dat deze weer groter worden, zodat meer mensen zich hier kunnen aansluiten en dus niet in een isolement terecht komen.

5. **De inventarisatie van de zorgconcepten in Zuid Limburg laten zien dat de grote zorginstellingen niet achter blijven en zich richten op kleinschalige woongroepen.** Echter zijn de particuliere kleinschalige concepten nog in de minderheid. Literatuuronderzoek laat zien dat kleinschalig wonen bestaat uit 6 tot 8 personen. Praktijk onderzoek levert een ander beeld op. Deze laten een minimum zien van 12 personen. 6 tot 8 personen blijkt voor de exploitatie nog onmogelijk te zijn. Daarnaast wordt duidelijk uit praktijk onderzoek dat zorgbehoevende beslissen met hun gevoel. Daarbij speelt de beleving een grote rol.
6. **Door gebruik te maken van de normen van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt zichtbaar wat een minimale investering dient te zijn op financieel en ruimtelijk vlak bij een bepaald aantal bewoners.** Ook kan gebruikt gemaakt worden van de normatieve huisvestingscomponent om een indicatie te krijgen van de te vragen huur van de bewoners voor het verblijf. Volgens een rekenmodel dat is opgesteld met behulp van de bouwkostennota met daarin de minimale ruimtelijk en investeringsnormen, bedraagt de investering bij 12 bewoners 2 miljoen euro en bij 16 bewoners loopt dit bedrag op tot 3 miljoen euro. Deze afweging dient een initiatiefnemer te nemen.
7. **Door het gehele onderzoek te toetsen aan een potentieel concept wordt zichtbaar dat het vooral om maatwerkoplossingen gaat.** Iedere initiatiefnemer heeft een andere visie en een ander beeld van service en kwaliteit. Belangrijk is dat wordt voldaan aan de minimale normen die van uit de Nederlandse Zorgautoriteit geleverd worden.

9.2 Algemene conclusie

Door de veranderende wet en regelgeving ontstaan er veel onduidelijkheden binnen de zorgsector. Vooral zorgbehoevenden en zorginstellingen hebben hier last van. Voor hen wordt het zo ingewikkeld gemaakt dat transparantie bijna niet mogelijk is. Een kleinschalig woonconcept lijkt minimaal uit 12 bewoners bestaan met een minimale oppervlakten van 866 m² en een investering van twee miljoen euro. Nieuwbouw is in dit geval sneller rendabel te maken voor een investeerder. Om de hoogte van de lening te berekenen, gaat de geldverstrekker uit van de waarde van de woning. Bij nieuwbouw is deze waarde hoger en wordt de lening die verstrekt wordt ook hoger. Dit komt vooral door de nieuwe bouwweisen wat betreft duurzaam bouwen. Verder ligt het aan de organisatie hoe de zorg wordt ingevuld. Is dit door middel van vast personeel of zelfstandige zonder personeel, door mantelzorgers of door vrijwilligers. Met dit onderzoek kan een initiatiefnemer een woonconcept starten met daarin de nodige behoeften van de zorgbehoevenden. Deze behoeften bestaan vooral uit het wegnemen van de vereenzaming en het zorgen voor een goede omgeving waar mensen wonen en verblijven. Door gebruik te maken van normen van de Nederlandse Zorgautoriteit kan het financiële en ruimtelijke aspect ingevuld worden.

10. Bibliografie

- Adviescentrum voor zorghuisvesting. (2016). *Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed*. Culemborg: Twin media bv.
- Aedes Actiz. (2009, juli 3). *Kleinschalig wonen*. Opgeroepen op april 10, 2017, van Aedes Actiz kenniscentrum wonen-zorg: <https://www.kcwz.nl/thema/kleinschaligwonen>
- America, R. (2015). *De transformatie van zorgvastgoed*. Maastricht: z.u.
- Betekeninsdefinitie. (z.d.). *Zorg in natura*. Opgeroepen op februari 20, 2017, van Betekenis definitie: <http://www.betekenis-definitie.nl/Zorg%20in%20natura>
- Bureau HHM. (2011). *Handreiking formatieplanning*. Enschede: Bureau HHM.
- CAK. (z.d.). *Over ons*. Opgeroepen op april 26, 2017, van CAK: <https://www.hetcak.nl/over/over-ons>
- Centraal bureau voor de statistiek . (2007, februari 13). *Prognose bevolking; kerncijfers*. Opgeroepen op maart 19, 2017, van Centraal bureau voor de statistiek: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?PA=03766ned&D1=11-12&D2=0&D3=0-4,14,24,34,I&HDR=T&STB=G1,G2>
- Centraal bureau voor de statistiek. (2017, januari 24). *Eigen bijdrage langdurige zorg aan huis gestegen*. Opgeroepen op juni 7, 2017, van Centraal bureau voor de statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/04/eigen-bijdrage-langdurige-zorg-aan-huis-gestegen>
- CIZ. (z.d.). *Aanvraag indienen*. Opgeroepen op mei 14, 2017, van CIZ: <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Paginas/Aanvragen-Wlz-indicatie.aspx>
- CIZ. (z.d.). *Over het CIZ*. Opgeroepen op maart 29, 2017, van CIZ: <https://www.ciz.nl/Paginas/default.aspx>
- CIZ. (z.d.). *Zorg vanuit de wlz*. Opgeroepen op maart 17, 2017, van CIZ: <https://www.ciz.nl/Paginas/default.aspx>
- Coolen, J. (z.d.). *ZZP: Wat kan ik er mee?* Haarlem: VeDeHa communicatie bv.
- De zorgboog;. (2015). *WLZ verstrekkingen en aanvullende dienstverlening*. Bakel: z.u.
- Dementie. (2017). *Wat is dementie*. Opgeroepen op mei 8, 2017, van Dementie: <https://dementie.nl/informatie>
- Duin, C. (2016). *Huishoudensprognose 2015-2060: jongeren en ouderen langer thuis*. Den Haag: Centraal bureau voor de statistiek.
- Encyclo. (2010, oktober 7). *Geestelijke gezondheidszorg*. Opgeroepen op maart 7, 2017, van Encyclo: <http://www.encyclo.nl/begrip/ggz>
- Externe marktpartij. (2017, februari). *Potentieel zorgconcept. Zorgconcept*. Maastricht, Nederland.

- Eye open hypotheekadvies. (2015, mei 20). *Meerwerk nieuwbouw*. Opgeroepen op juni 8, 2017, van Eye open hypotheekadvies: <https://blog.eyeoopen.nl/huis-kopen/meerwerk-nieuwbouw-meefinancieren-wat-zijn-de-regels>
- Ferreri, F. (2013). *Zorgvastgoed in de care*. Maastricht: z.u.
- Fliek, J. (2013). *Vastgoedmonitor Zorg*. Maastricht: z.u.
- Gerritsen, I. (2017, april 13). Kleinschalige woonconcepten. (C. Penders, Interviewer)
- Goede bureen gezocht. (z.d.). *Waarom een inclusieve buurt*. Opgeroepen op mei 29, 2017, van Goede bureen gezocht: <http://www.goedebureengezocht.nl/waaromenwat.aspx>
- Hagendijk, K. (2015, juni 26). *Wonen en zorg scheiden slechts beperkt mogelijk*. Opgeroepen op mei 19, 2017, van Gebiedsontwikkeling: <https://www.gebiedsontwikkeling.nu/artikelen/wonen-en-zorg-scheiden-slechts-beperkt-mogelijk/>
- Hameleers, M. (2017, mei 15). Kleinschalige woonconcepten. (C. Penders, Interviewer)
- Harkes, D. (2017, januari 6). *Vijf ontwikkelingen in wonen en zorg om in 2017 in de gaten te houden*. Opgeroepen op maart 12, 2017, van Aedes Actiz Kenniscentrum wonen-zorg: <https://www.kcwz.nl/blog/2017/blog-vijf-ontwikkelingen-in-wonen-en-zorg-om-in-2017-in-de-gaten-te-houden>
- Intermarketing. (2015). *CANVAS model van Osterwalder*. Opgeroepen op mei 15, 2017, van Intermarketing: <http://www.intemarketing.nl/marketing/modellen/canvas-model-osterwalder>
- Leber, L. (2005). *Inventarisatie wonen en zorg*. Gouda: z.u.
- Loonwijzer. (2016, januari 1). *Collectieve Arbeids Overeenkomsten*. Opgeroepen op juni 14, 2017, van Loonwijzer: <https://www.loonwijzer.nl/home>
- Lousberg, A. (2017, april 11). Kleinschalige woonconcepten. (C. Penders, Interviewer)
- Martha FLora. (2013). *Over Martha Flora*. Opgeroepen op april 10, 2017, van Martha FLora: <http://www.marthaflora.nl/over-martha-flora/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Prestaties Zorgpakketten*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Beleidsregel BR/REG-17139*. z.p.: z.u.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Beleidsregel BR/REG-17139*. z.p.: z.u.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*. z.p.: z.u.

- Nu.nl. (2017, maart 7). *Vermogen 65-plussers in twintig jaar fors gestegen*. Opgeroepen op maart 15, 2017, van Nu: <http://www.nu.nl/geldzaken/4518771/vermogen-65-plussers-in-twintig-jaar-fors-gestegen.html>
- Penders, C. (2017, maart 30). *Zorg in beweging*. Opgeroepen op april 18, 2017, van RO groep interactieve kaart: http://rogroep.nl/interactieve_kaart_zorgcentra_limburg/
- Penninx, K. (2005). *Kwetsbare ouderen in beeld*. z.p.: NIZW zorg.
- Planetree. (2015). *12 componenten*. Opgeroepen op juni 6, 2017, van Planetree: <https://www.planetree.nl/?s=12+componenten&lang=>
- Regie Raad;. (2013, juni 6). *Wet maatschappelijke ondersteuning*. Opgeroepen op februari 20, 2017, van Encyclo: <http://www.encyclo.nl/begrip/Wet%20maatschappelijke%20ondersteuning>
- Rijksoverheid. (2009). *Stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Den Haag: z.u.
- Rijksoverheid. (z.d. a). *Extramurale zorg*. Opgeroepen op april 7, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/extramurale-zorg>
- Rijksoverheid. (z.d. b). *Intramurale zorg*. Opgeroepen op april 7, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/intramurale-zorg>
- Rijksoverheid. (z.d. c). *Krimpgebieden en anticipeergebieden*. Opgeroepen op mei 20, 2017, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/bevolkingskrimp/inhoud/krimpgebieden-en-anticipeergebieden>
- Rijksoverheid. (z.d. d). *Normatieve huisvestingscomponent*. Opgeroepen op april 5, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/normatieve-huisvestingscomponent>
- Rijksoverheid. (z.d. e). *Persoonsgebonden budget*. Opgeroepen op april 2, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/persoonsgebonden-budget>
- Rijksoverheid. (z.d. f). *Psychogeriatrische aandoening*. Opgeroepen op maart 25, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/psychogeriatrische-aandoening>
- Rijksoverheid. (z.d. g). *Somatische aandoening*. Opgeroepen op maart 26, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/somatische-aandoening>
- Rijksoverheid. (z.d. h). *Zorgzwaartepakket*. Opgeroepen op april 2, 2017, van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/zorgzwaartepakket>

- Rijksoverheid;. (z.d. i). *Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport*. Opgeroepen op maart 23, 2017, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/inhoud>
- RO groep intern. (2017). *Proces*. Maastricht: z.u.
- RO groep intern. (2017). *Rekenmodel zzp verzorging verpleging*. Maastricht: z.u.
- RO groep intern. (2017). *Werkgebieden*. Maastricht: RO groep.
- Schumacher, J. (2017, mei 22). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Opgeroepen op mei 28, 2017, van Zorg voor beter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/hervorming-zorg-cijfers-vergrijzing.html>
- Tooren, W. (2016, mei 18). *Wat is evidence based design*. Opgeroepen op juni 2, 2017, van Omgevingspsycholoog: <http://www.omgevingspsycholoog.nl/evidence-based-design/>
- Troost-Filipovic, B. (2003). *Zorgzame architectuur*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Villa Keizerskroon. (z.d.). *Villa Keizerskroon*. Opgeroepen op april 10, 2017, van Villa Keizerskroon: <http://www.villakeizerskroon.nl/>
- Wattel, H. *Zorgdomotica*. Inuus.nl, Alkmaar.
- Woningweetjes. (z.d.). *Wat is projectontwikkeling nu eigenlijk*. Opgeroepen op juni 12, 2017, van Woningweetjes: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/werkenmetzzps/handreiking_formatieplanning_v7.0.pdf
- Zorgkantoor. (z.d.). *Zorgprofielen*. Opgeroepen op mei 26, 2017, van Zorgkantoor: http://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/ik_wil_zorg/zorgprofielen_zzps
- Zorgwijzer. (2016, december 22). *Prinsjesdag: belangrijkste veranderingen voor zorgverzekering 2017*. Opgeroepen op april 26, 2017, van Zorgwijzer: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2017/wijzigingen-zorg>

11. Figuren- en tabellenlijst

Figuur 1 Werkgebieden RO groep, (RO groep intern, 2017).....	6
Figuur 2 bevolkingsgroei Nederland 2017 (Schumacher, 2017)	9
Figuur 3 Canvas Business Model (Intermarketing, 2015).....	14
Figuur 4 Proces naar best practise, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017).....	14
Figuur 5 Best practise, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)	14
Figuur 6 Wlz aanvraag proces (CIZ, z.d.).....	18
Figuur 7 Zorgdomotica (Wattel).....	20
Figuur 8 Healing environment (Planetree, 2015).....	22
Figuur 9 Inkomsten zorgbehoevende, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	25
Figuur 10 Uitgaven zorgbehoevende, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	25
Figuur 11 Opbrengsten, uitgaven 12 plaatsen, eigen bijdrage 1500 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	28
Figuur 12 Opbrengsten, uitgaven, 12 plaatsen, eigen bijdrage 2000 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	28
Figuur 13 Opbrengsten, uitgaven, 16 plaatsen, eigen bijdrage 2000 euro, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	29
Figuur 14 Opbrengsten, uitgaven, 16 plaatsen, eigen bijdrage 1500 euro, eigen bijdrage (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	29
Figuur 15 Inventarisatie zorginstelling in Limburg, eigen ontwerp (Penders, 2017)	30
Figuur 16 Inventarisatie oppervlakten zorgconcepten, eigen ontwerp (Ferreri, 2013).....	31
Figuur 17 Vastgoed ontwikkeling, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)	32
Figuur 18 Benodigd aantal fte's (Bureau HHM, 2011)	33
Figuur 19 zzp verzorging en verpleging (RO groep intern, 2017).....	33
Figuur 20 Bruto vloer oppervlak totaal (RO groep intern, 2017)	34
Figuur 21 Investeringskosten nieuwbouw (RO groep intern, 2017)	34
Figuur 22 Nieuwbouw vs. Bestaande bouw, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)	34
Figuur 23 Inkomsten huur per jaar, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017) (RO groep intern, 2017).....	35
Figuur 25 Vastgoedontwikkeling, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)	36
Figuur 24 Ontwikkeling stakeholders, eigen ontwerp (RO groep intern, 2017)	36
Tabel 1 Prognose bevolking kerncijfers, 2014-2060 (Centraal bureau voor de statistiek , 2007)	9
Tabel 2 Rekenoppervlakte BVO (Adviescentrum voor zorghuisvesting, 2016).....	21
Tabel 3 Indicatie huurprijs, eigen ontwerp (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017)	26
Tabel 4 Referentieprojecten, eigen ontwerp (Lousberg, 2017) (Gerritsen, 2017) (Hameleers, 2017) .	26
Tabel 5 Aantal fte's, eigen ontwerp (Bureau HHM, 2011)	27
Tabel 6 Personeelskosten, eigen ontwerp (Bureau HHM, 2011) (Loonwijzer, 2016)	27

12. Bijlagen

12.1 Begrippen theoretisch kader

ZVW: Zorgverzekeringswet

In 2006 op 1 januari is een Nederlandse wet in werking getreden, de Zorgverzekeringswet, kortweg Zvw. Deze wet maakt deel uit van het zorgverzekeringsstelsel in Nederland. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de Wlz. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.

De omvang van de dekking van de zorgverzekering wordt door de Zvw en de onderliggende wetgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering) bepaald. Tot slot bepaalt de Zvw dat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet mogen beëindigen bij slecht schadeverloop.

ZN: Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland is de belangenorganisatie van ondernemingen die in Nederland verzekeringen voor ziektekosten aanbieden.

SPV: Sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige is een behandelaar in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. De SPV kan werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk, acute psychiatrie, kortdurende psychiatrie, langdurende psychiatrie en bemoeizorg. Naast de contacten met patiënten of cliënten in de spreekkamer kan de SPV zo nodig aan huis, op het werk of elders komen.

De SPV houdt zich bezig met soms complexe psychosociale en psychiatrische problematiek. Begeleiding door een SPV kan op zichzelf staan, maar zal vaak deel uitmaken van behandeling en begeleiding tezamen met andere disciplines zoals een psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, maatschappelijk werk of thuiszorg. De SPV kan dan een coördinerende rol spelen.

Ambulante zorg

Onder ambulante zorg verstaan we de zorg die niet in een instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, etc.) verleend wordt. Ambulante zorg wordt ook wel extramuraal (buiten de muren) genoemd. Mensen die van deze zorg gebruik maken worden niet opgenomen, wonen veelal zelfstandig, maar hebben wel op een bepaalde manier zorg nodig. De volgende specialisten verlenen zorg die binnen de ambulante zorg valt;

De psychiater, voert gesprekken met patiënten die daarna gewoon weer naar huis gaan en werken etc. ,De psycholoog, De thuiszorg.

Semimurale zorg

De semimurale zorg is een soort tussenvoorziening. De mensen die hier gebruik van maken wonen niet zelfstandig, maar hoeven ook niet opgenomen te worden of in een instelling, verpleeg- of verzorgingstehuis te wonen. Semimurale zorg wordt verleend op de volgende manieren;

In instellingen voor beschermd wonen, wonen patiënten zo zelfstandig mogelijk, maar krijgen hulp waar nodig,

Deeltijd behandeling in een psychiatrische instelling, dus één dag(deel),

Dagbesteding voor verstandelijk gehandicapte- of lichamelijk gehandicapte mensen.

Het kenmerk van semimurale zorg is dat de mensen zelfstandig (of deels ondersteund) wonen en niet overnachten in de instelling waar ze de zorg krijgen.

12.2 Opbouw NHC

Bij de bepaling van de hoogte van de NHC worden de volgende uitgangspunten gehanteerd.

1. Investeringsbedragen per ZZP

Voor de berekening van de NHC zijn per ZZP investeringsbedragen bepaald die benodigd zijn voor nieuwbouw van Wlz-voorzieningen.

2. Uitgangspunten NHC

Op grond van de investeringsbedragen zijn de NHC-tarieven berekend waarbij de NZa is uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

2.1 Looptijd

Voor de normering van het investeringspatroon, is gekozen voor een looptijd van 30 jaar zonder renovatie.

2.2 Rente

Voor de rente is uitgegaan van een percentage van 5,0%.

2.3 Bouwtijd

Voor de bouwtijd is uitgegaan van een periode van 18 maanden.

2.4 Jaarlijkse instandhouding

Voor de jaarlijkse instandhouding is een percentage van 0,8% van de nieuwbouwwaarde opgenomen op jaarbasis.

2.5 Bezettingspercentage

Voor het bezettingspercentage is een percentage van 97% gehanteerd. Het leegstandspercentage wordt berekend over de kapitaallastencomponent van de NHC, exclusief de kosten voor jaarlijkse instandhouding.

2.6 Grond, interim-huisvesting en terreinvoorzieningen

Voor deze drie onderdelen geldt één component. Hierbij is de gemiddelde grondprijs in Nederland³ gehanteerd, waaraan een component van 10% van de gemiddelde grondprijs is toegevoegd.

2.7 Indexering

De NHC wordt gedurende de overgangsperiode van 2012 tot 2018 jaarlijks geïndexeerd met 2,5%.

2.8 NHC-onderhoud

In 2017 worden de NHC-parameters rente en indexering geëvalueerd.

³ Jaarbeeld Bouwkosten zorgsector, kostenontwikkelingen van gebouwen in de zorg, juni 2010, TNO.

12.3 Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten (Martha Flora 11-06-2017)

Programma

1. Hoe komen mensen in contact met (CONCEPT)?

Mensen komen in contact met Martha Flora door alleen al dementiezorg bij google in te vullen en dan komt Martha Flora boven aan de zoekresultaten te staan.

2. Hoe wordt de zorg geregeld?

Bewoners kopen hun zorg in bij Martha Flora. Zij zorgen dat alle diensten aanwezig zijn die de bewoners nodig hebben. Fysiotherapeuten, tandarts en huisarts zitten in het pakket.

3. Is de bewoner vrij om de huisvesting en zorg te splitsen, dus de zorg ergens anders in te kopen? (Zorgverlener van een andere instelling)

De bewoners/familie koopt met het PGB zorg in bij Martha Flora. Martha Flora biedt huisvesting en 24 uur beschermd wonen. Het is niet de bedoeling dat de zorg elders ingekocht wordt.

4. Vanaf welke leeftijd zijn bewoners welkom?

Senioren, 65 +

5. Hanteert (CONCEPT) een selectie criteria?

Martha Flora hanteert geen selectie criteria, maar de bewoners mogen niet gedwongen zijn door een rechter.

6. Hoe ziet de dagbesteding eruit?

De dagbesteding bij Martha Flora bestaat in de ochtend en avond uit een stukje zorg, en de rest van de dag vooral uit welzijn. Wandelingen, activiteiten binnen zoals schilderen, knutselen, haken, lezen, films kijken, spellen doen of worden verwend met een massage, manicure of pedicure . 's Middag wordt er gezamenlijk geluncht. Bewoners zijn vrij om de maaltijden te nuttigen op hun eigen appartement. 's Avonds worden de bewoners die dat willen naar de keuken/eetkamer gehaald om ze te prikkelen en mee te helpen bij het klaar maken van het diner. Bewoners worden continu gemotiveerd en gestimuleerd iets te doen waarvan ze zelf denken dat ze dat niet meer kunnen.

7. Hoeveel bewoners telt (CONCEPT) Maastricht?

Martha Flora heeft 18 bewoners maar telt altijd met twee groepen van negen bewoners.

8. Hoeveel medewerkers? Fte's?

Martha Flora telt 39 medewerkers. Een medewerker voor drie bewoners

Vijf medewerkers werken 32 uur,

Twee medewerkers werken 20 uur,

Een medewerker werkt 18 uur en de rest van de medewerkers werken 24 of 28 uur.

9. Wordt er gebruik gemaakt van vrijwilligers of stagiaires?

Van vrijwilligers wordt weinig gebruik gemaakt, deze zijn lastig te vinden voor dit specifieke werk. Studenten daarentegen zijn in grote getallen aanwezig. Meestal zijn er vier studenten aanwezig.

10. Verblijft de partner van een dementerende ook in het (CONCEPT) huis?

De partner van een dementerende kan ook in het Martha Flora huis verblijven. Dit kan bij elkaar op de kamer of dit kan gescheiden. Ligt eraan wat de wensen van de bewoners zijn.

11. Welk zorgzwaartepakket hebben de bewoners?

Bewoners met dementie hebben zzp 5, de partner bijvoorbeeld kan niet geïndiceerd worden met zzp 5 maar wellicht wel met zzp 3 of 4 om nog enige steun vanuit de overheid te krijgen.

12. Vindt er een herindicatie plaats (zorgzwaartepakket)?

Er vindt maar zelden een herindicatie plaats van het zorgzwaartepakket. Mensen blijven tot hun dood bij Martha Flora, en gaan niet meer verhuizen.

13. Heeft de omgeving invloed op de bewoners?

Martha Flora is op dit moment gevestigd in het oude Molenhof verzorgingstehuis aan de Pieterstraat te Maastricht. Naast Martha Flora bevindt zich een basisschool. Tussen Martha Flora en deze basisschool is er veel interactie. Een aantal keer per week komen er leerlingen van verschillende groepen op bezoek om met de bewoners een spelletje te spelen of alleen even een praatje te maken. Dit ervaren bewoners als zeer prettig.

14. Wat is het onderscheidend vermogen van (CONCEPT)?

Martha Flora geldt binnen het huidige zorgstelsel als een innovatie. Martha Flora wil mensen met een dementie in staat stellen hun gewone leven zoveel mogelijk voort te zetten. Als thuis wonen niet meer gaat. Rekening houdend met hun dementie. De focus – en dat is onderscheidend – ligt daarbij op wat mensen nog wél kunnen. Als het welbevinden en de veiligheid daarbij in het geding komt zijn soms aanpassingen noodzakelijk

15. Hoe wordt gebruik gemaakt van technologie/domotica?

Binnen Martha Flora wordt gebruik gemaakt van een elektronisch personen dossier en oproepsystemen.

Financiën

16. Hoe betalen bewoners hun verblijf (huren van appartement)?

Bewoners huren een appartement all inclusive. Gas water licht, eten, drinken, bezoek ontvangen en voorzien van koffie, thee en gebak. De huur die de bewoner dient te betalen is € 1000,00 per maand.

17. Hoe betalen bewoners hun zorg?

De zorg wordt betaald vanuit het PGB, persoonsgebonden budget

18. Ontvangt (CONCEPT) subsidies vanuit de gemeente? Of een eigen bijdrage van de bewoners?

Martha Flora ontvangt een eigen bijdrage van de bewoners. € 3300,00 euro per bewoner per maand. Daarvan is € 1000,00 euro voor de huisvesting en € 2300,00 voor de zorg en begeleiding.

Vastgoed

19. Hoe ziet het privévertrek van een bewoner eruit? Gemeenschappelijk en individueel?

Het privévertrek van een bewoner bestaat op dit moment uit een slaap/zitgedeelte en een eigen badkamer. De badkamer bestaat uit een toilet, wastafel en douche. Het privévertrek van de bewoners nu is +/- 26 m². Wanneer Martha Flora in hun nieuwe pand zit worden deze appartementen

verdubbeld in het aantal vierkante meters. Verder mogen de bewoners hun eigen appartement naar wens inrichten.

20. Hoe ziet het interieur eruit?

In de gemeenschappelijke ruimtes is er veel met hout gewerkt en veel kleuren. Dit geeft een huiselijke sfeer en voor de bewoners snel te herkennen. De meanders zijn ingericht met zachte stoelen en banken waar bewoners zich kunnen terug trekken wanneer zij dat willen.

21. Een persoonskamers of twee persoonskamers?

De mogelijkheid is er voor twee persoonskamers, maar op dit moment zijn er alleen eenpersoonskamers. Het echtpaar dat er woont wilden gescheiden slapen dus dan wordt in hun wensen voldaan.

22. Hebben ze een eigen badkamer of gedeeld? Hoe is de ervaring hiermee?

Iedere bewoner heeft zijn of haar eigen badkamer. Men ervaart dit als zeer prettig omdat de eigen privacy wordt gewaarborgd.

23. Bestaande bouw of ook nieuwbouw? Bestaande bouw waar wordt dan op gelet?

Bij Martha Flora werken ze met beide. Bij bestaande bouw wordt gelet op enige karakteristiek van het gebouw.

12.4 Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten Villa Keizerskroon

Programma

1. Hoe komen mensen in contact met (CONCEPT)?

Dat kon mevrouw niet vertellen. Ze hoopte dat huisartsen en dergelijke hun Villa aanraadt om daar heen te gaan. Adverteren kost te veel geld.

2. Hoe wordt de zorg geregeld?

Zorg wordt geregeld vanuit PGB

3. Is de bewoner vrij om de huisvesting en zorg te splitsen, dus de zorg ergens anders in te kopen? (Zorgverlener van een andere instelling)

Nee de zorg wordt ingekocht bij Villa Keizerskroon, en kan niet ergens anders ingekocht worden.

4. Vanaf welke leeftijd zijn bewoners welkom?

Iedere leeftijd is welkom maar men wordt er op geattendeerd dat er vooral ouderen zitten.

5. Hanteert (CONCEPT) een selectie criteria?

Nee, iedereen is welkom. Mensen met dementie maar ook een deel van de mensen heeft een somatische aandoening.

6. Hoe ziet de dagbesteding eruit?

Mensen laten doen wat ze willen.

7. Hoeveel bewoners telt (CONCEPT) Maastricht?

Per huis zijn er 12 bewoners.

8. Hoeveel medewerkers? Fte's?

Elke locatie heeft 15 medewerkers. In de ochtend zijn er per locatie drie mensen aanwezig, in de middag 2, in de avond ook 2 en in de nacht per locatie 1. In totaal zijn er dus twee mensen in de nacht aanwezig die elkaar nog kunnen ondersteunen mocht dat nodig zijn.

9. Wordt er gebruik gemaakt van vrijwilligers of stagiaires?

Er wordt veel gebruik gemaakt van stagiaires van zorg en welzijn. En van united world school.

10. Verblijft de partner van een dementerende ook in het (CONCEPT) huis?

De partner van een dementerende kan ook komen wonen in VKK.

11. Welk zorgzwaartepakket hebben de bewoners?

Indicatie 4 of 5 hebben de bewoners.

12. Vindt er een herindicatie plaats (zorgzwaartepakket)?

Ja dat zou kunnen.

13. Heeft de omgeving invloed op de bewoners?

Ja door de rustige leefomgeving aan de rand van een park kunnen de bewoners een fijne wandeling maken.

14. Waar is de visie aan te herkennen?

De visie is te herkennen aan de huiselijkheid en aan de liefde en aandacht die medewerkers voor de bewoners heeft.

15. Wat is het onderscheidend vermogen van (CONCEPT)?

16. Hoe wordt gebruik gemaakt van technologie/domotica?

Er wordt niet gebruik gemaakt van technologieën of domotica.

17. Waarom richten jullie zich op dementiezorg?

Door ervaring van vroeger heeft mevrouw dit concept willen ontwikkelen. Hierbij heeft ze hulp gehad van haar compagnon die erg thuis is in de zorg.

Financiën

18. Hoe betalen bewoners hun verblijf (huren van appartement)?

Bewoners huren hun appartement. De huren zijn onder de toeslagen grens. Mochten bewoners huurtoeslag willen aanvragen kunnen er eventueel aanpassingen gedaan worden in het appartement die dat mogelijk maakt

19. Hoe betalen bewoners hun zorg?

De zorg wordt betaald vanuit het PGB. Bewoners dienen een eigen bijdrage aan het CAK te betalen.

20. Ontvangt (CONCEPT) subsidies vanuit de gemeente? Of een eigen bijdrage van de bewoners

VKK krijgt alleen PGB voor de zorg en het basisarrangement. De huur gaat naar Maasvallei die de villa ter beschikking heeft gesteld.

Vastgoed

21. Hoe ziet het privévertrek van een bewoner eruit? Gemeenschappelijk en individueel?

Het privévertrek van een bewoner bestaat uit een woongedeelte, een slaapgedeelte en een natte ruimte bestaande uit een wastafel, toilet en douche.

22. Hoe ziet het interieur eruit?

Het interieur van de gemeenschappelijke ruimtes, keuken, woonkamer en zitkamer zijn huiselijk ingericht.

23. Een persoonskamers of twee persoonskamers?

Alle appartementen zijn groot genoeg om met twee personen te verblijven.

24. Hebben ze een eigen badkamer of gedeeld? Hoe is de ervaring hiermee?

Eigen badkamer. De meeste mensen ervaren dit toch al prettigst. Omdat dit ook in de eigen appartementen is.

25. Bestaande bouw of ook nieuwbouw? Bestaande bouw waar wordt dan op gelet?

Bestaande en nieuwbouw. Het liefste had ze een mooi karakteristiek huis/boerderij met privé terrein om de mensen vrij te laten rond lopen of wandelen, zonder dat dat gevaar oplevert voor de bewoners.

12.5 Vragenlijst kleinschalige zorgconcepten (Delphinium Langraaf) 15-05-2017

Programma

1. Hoe komen mensen in contact met (CONCEPT)?

Mensen komen in contact met Delphinium door middel van mond tot mond reclame. Op deze manier bereiken ze een grote doelgroep. Verder doen ze aan casemanagement en adverteren. Adverteren doen ze minimaal want dit brengt ook veel kosten met zich mee.

2. Hoe wordt de zorg geregeld?

De zorg wordt extramuraal geregeld met een persoonsgebonden budget.

3. Is de bewoner vrij om de huisvesting en zorg te splitsen, dus de zorg ergens anders in te kopen? (Zorgverlener van een andere instelling)

Nee, de bewoner koopt de zorg in bij Delphinium. Ze kunnen wel hun eigen huisarts of fysiotherapeut behouden. De apotheek hebben alle bewoners het zelfde om dit makkelijker te maken voor de verzorgenden of verpleegkundigen.

4. Vanaf welke leeftijd zijn bewoners welkom?

Bij Delphinium verblijven voornamelijk ouderen boven de 65 jaar. De praktijk laat zien dat de bewoners een gemiddelde leeftijd van 83 jaar hebben.

5. Hanteert (CONCEPT) een selectie criteria?

Enige selectie criteria is dat bewoners geen dwaal mogen hebben. Omdat het geen gesloten inrichting is en de voordeur altijd open is overdag. Rond 21.00 uur gaat de deur op slot omdat dit ook in een thuis situatie zou gebeuren. Verder kunnen ze ook de tuin in, die geheel is omsloten door hekken.

6. Hoe ziet de dagbesteding eruit?

De dagbesteding bij Delphinium bestaat in de ochtend uit rustig opstarten en ontbijten. Iedere bewoner mag dat op zijn of haar eigen tempo doen. Er is geen tijdstip dat bewoners dienen op te staan of dienen te eten. Vanaf 13.00 uur kan er geluncht worden. Bewoners mogen zelf beslissen of ze dit op hun eigen kamer doen of dat dit ze dit in de gezamenlijke ruimtes doen. Tussen de maaltijden door probeert de activiteitenbegeleiding de bewoners mee te krijgen in de activiteit. De praktijk laat echter zien dat bewoners daar niet altijd zin in hebben of dat de concentratie snel verdwenen is. Wanneer de dag activiteit voorbij is wordt er vaker gerust of gaan de bewoners naar buiten voor een wandeling. Rond 17.00 uur is het tijd voor het avond eten. Er zijn bewoners die op dit tijdstip pas van de kamer afkomen om gezamenlijk avond te eten. Er wordt geprobeerd de bewoners mee te laten helpen bij het voorbereidende werk voor het avond eten. Dit kost heel veel tijd en energie voor de verzorgers. Ook de wet en regelgeving qua hygiëne houdt dit vaak tegen. 's Avonds wordt er samen gezeten in de gezamenlijke woonkamer en kan er TV gekeken worden.

7. Hoeveel bewoners telt (CONCEPT) Maastricht?

Op dit moment telt Delphinium 17 bewoners. Maximaal kunnen er 20 bewoners wonen.

8. Hoeveel medewerkers? Fte's?

Het aantal medewerkers dat Delphinium totaal in dienst heeft is niet genoemd. Wel is genoemd dat er overdag drie mensen dan de huishouding aanwezig zijn. Twee verzorgende en verplegers en er is altijd een toezichtdienst aanwezig. De medewerkers maken altijd diensten van 8 uur.

9. Wordt er gebruik gemaakt van vrijwilligers of stagiaires?

Op dit moment heeft Delphinium twee vrijwilligers. In de toekomst willen ze gebruik gaan maken van het ZZP traject. Hier worden studenten meteen in de praktijk opgeleid.

10. Verblijft de partner van een dementerende ook in het (CONCEPT) huis?

Een is een twee-persoonsappartement, verder verblijven er geen partners bij Delphinium van een zorgbehoevende. Dit wilt Delphinium in de toekomst wel kunnen faciliteren. Vaak worden deze koppels toch in een grote instelling geplaatst, omdat een particuliere instelling te duur is. Dit komt omdat ouderen mensen vaak nog in het bezit zijn van een huis en dubbele lasten moeten betalen.

11. Welk zorgzwaartepakket hebben de bewoners?

Bewoners hebben zorgzwaartepakket 5, 6 of 7.

12. Vindt er een herindicatie plaats (zorgzwaartepakket)?

Er vindt geen herindicatie plaats. Het is heel lastig om die verandering in gedrag aantoonbaar te maken dat ze daar geen energie in gaan steken maar dat ze de energie bewaren om voor de bewoners te zorgen.

13. Heeft de omgeving invloed op de bewoners?

De omgeving heeft in die zin invloed dat de bewoners om de zorgresidentie heen, heel positief reageren. De bewoners van de residentie kunnen zelfstandig naar buiten in de omsloten tuin en de basisschool die tegenover de residentie ligt, geeft veel positieve energie voor de bewoners.

14. Waar is de visie aan te herkennen?

De visie is te herkennen aan dat de kwaliteit van het leven van de zorgbehoevenden voorop staat. Terwijl zij zorg op maat krijgen tot en met de laatste levensfase, wordt er voor gezorgd dat de ouderen hun levensstijl kunnen voortzetten zoals ze dat gewend zijn.

15. Wat is het onderscheidend vermogen van (CONCEPT)?

Het onderscheidend vermogen van Delphinium is dat bewoners hun huisdieren kunnen meenemen. De verzorgers helpen dan ook met het verzorgen van het huisdier. De zorgbehoevenden wonen immer gewoon thuis.

16. Hoe wordt gebruik gemaakt van technologie/domotica?

Bij Delphinium maken ze gebruik van sensoren op deuren en bedden zodat de verpleging kan zien als er iemand naar buiten gaat of als iemand midden in de nacht opstaat, en welke reden hiervoor is.

17. Waarom richten jullie zich op dementiezorg?

De behoefte naar particuliere zorg voor mensen met dementie was er heel erg.

Financiën

18. Hoe betalen bewoners hun verblijf (huren van appartement)?

De bewoners betalen aan de woonlocatie een eigen bijdrage voor de zit/slaapkamer, maaltijden en de servicekosten. Tussen de 1100 en 1300 euro.

19. Hoe betalen bewoners hun zorg?

De zorg wordt geregeld met het PGB. Dit wordt verder geregeld met het CAK.

20. Ontvangt (CONCEPT) subsidies vanuit de gemeente? Of een eigen bijdrage van de bewoners
Er worden geen subsidies ontvangen. De grote instellingen krijgen hierop altijd voorrang. Verder kunnen ze alle kosten alleen op de bewoners terug vorderen.

Vastgoed

21. Hoe ziet het privévertrek van een bewoner eruit? Gemeenschappelijk en individueel?

Het privévertrek van een bewoner bestaat uit een zit/slaapkamer gedeelte, met een eigen badkamer. Er zijn twee kamer die geen eigen badkamer hebben. Een van die zit/slaapkamers wordt gebruikt voor de respijtzorg en de andere kamer wordt gebruikt voor een bewoner die een lager inkomen heeft maar toch gebruik wil maken van de particuliere zorg die Delphinium biedt.

22. Hoe ziet het interieur eruit?

Het interieur van de privévertrekken mogen de bewoners zelf inrichten. De gemeenschappelijke ruimtes zijn ingericht maar bewoners zijn vrij om hun eigen spullen te plaatsen in de woonkamer, zoals een stoel voor bij de TV of persoonlijke spulletjes met een belangrijke betekenis. De bewoners moeten zich echt thuis kunnen voelen.

23. Een persoonskamers of twee persoonskamers?

Er is op dit moment een tweepersoonskamer. Verder zijn er alleen eenpersoonskamers. In de toekomst willen ze dit wel veranderen zodat ze meer echtparen kunnen plaatsen.

24. Hebben ze een eigen badkamer of gedeeld? Hoe is de ervaring hiermee?

De meeste bewoners hebben een eigen badkamer. Dit geeft meer privacy. Er zijn kamers zonder badkamer. Dit kost dan ook minder voor de bewoner om toch gebruik te kunnen maken van de zorg.

25. Bestaande bouw of ook nieuwbouw? Bestaande bouw waar wordt dan op gelet?

Op dit moment is het alleen bestaande bouw. Er is nieuwbouw gepland op Schandelerstraat.

12.6 Prestaties Zorgzwaartepakketten

(Nederlandse Zorgautoriteit, 2012)

Prestaties Zorgzwaartepakketten V&V

Sector Verpleging & Verzorging



Nederlandse
Zorgautoriteit

VV Beschut wonen met enige begeleiding _ 1 VV	
Zorgprofiel	
Deze cliëntgroep heeft enige begeleiding nodig, in een beschutte woonomgeving, omdat ze niet meer helemaal zelfstandig kan wonen.	Gemiddelde scores beperkingen
De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> vooral behoefte aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven. De begeleiding bestaat uit toezicht of stimulatie. Betreffende het uitvoeren van complexere taken kan ook overname van zorg nodig zijn. De cliënten hebben in het algemeen weinig ondersteuning nodig ten aanzien van de <i>psychosociale/cognitieve functies</i>. Vanwege bijvoorbeeld eenzaamheid of lusteloosheid kan bij deze cliënten af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van motivatie, geheugen en denken en het psychosociaal welbevinden. Ten aanzien van <i>ADL</i> zijn de cliënten meestal zelfstandig. Zij kunnen wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie betreffende kleine verzorgingstaken en wassen en kleden, zodat de cliënt zich goed blijft verzorgen. Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> zijn de cliënten in het algemeen redelijk zelfstandig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis, het lopen van korte afstanden, kunnen cliënten wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie (bijvoorbeeld door aan te geven hoe ergens te komen). Bij deze cliënten is geen sprake van <i>verpleging</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij de cliënten vaak stabilisatie. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert meestal langzaam. De <i>zorgverlening</i> is volgens afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening. Voorbeelden van cliëntgroepen zijn: De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis.	
	Aard van de psychiatrische problematiek
	Aard van het begeleidingsdoel

Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd	
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur	
	Ja	Ja	Nee				
Verblijfskenmerken							
Setting: beschut wonen.							
Nachtdienst: oproepbare wacht.							
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.							

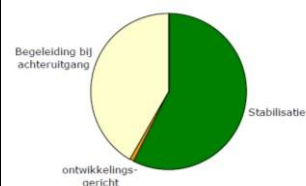
VV Beschut wonen met begeleiding en verzorging _ 2 VV	
Zorgprofiel	
Deze cliëntgroep kan niet meer zelfstandig wonen en heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving. De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> in het algemeen weinig ondersteuning nodig. Met name kan behoefte bestaan aan toezicht of stimulatie betreffende deelname aan het maatschappelijk leven en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven kan ook behoefte bestaan aan het overnemen van zorg. Er kan sprake zijn van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven. De cliënten kunnen ten aanzien van alle <i>psychosociale/cognitieve functies</i> af en toe behoefte hebben aan hulp, toezicht en sturing, met name vanwege beperkingen met betrekking tot geheugen en denken, concentratie en motivatie. Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten betreffende de kleine verzorgingstaken, het wassen en het aan- en uitkleden dagelijks behoefte aan hulp. Betreffende eten en drinken en de toiletgang bestaat bij de cliënten soms behoefte aan toezicht en stimulatie. Ten aanzien van <i>mobilititeit</i> hebben de cliënten betreffende het verplaatsen binnenshuis soms hulp nodig (voor veel cliënten is bijvoorbeeld een rollator voldoende). Voor het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten (naast eventueel de hulp van een rollator) behoefte aan toezicht en stimulatie. In een beperkt aantal gevallen is sprake van <i>verpleegkundige</i> aandacht. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i> en ook geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij deze cliënten vaak stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang. De zorgbehoefte kan in de tijd wisselend van	Gemiddelde scores beperkingen Aard van de psychiatrische problematiek Aard van het begeleidingsdoel

aard zijn en er is behoefte aan zorg op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmerings-systeem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- De 'gemiddelde' bewoner van het verzorgingshuis (kan eventueel ook in het verpleeghuis wonen).
- Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel na bijvoorbeeld ziekenhuisopname of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntsysteem.



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 5,5 tot 7,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.

Nachtdienst: wakende wacht.

Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.

VV Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging _ 3 VV

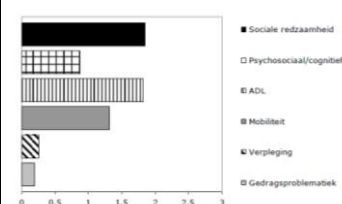
Zorgprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege omvangrijke somatische problematiek behoefte aan begeleiding en vooral ook intensieve verzorging, in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* hulp nodig betreffende deelname aan het maatschappelijk leven, besluitnemings/oplossingsvaardigheden, uitvoeren van eenvoudige taken en dagelijkse routine. Betreffende de communicatie is veelal toezicht of stimulatie nodig. Betreffende het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijke leven moet vaak overname van zorg plaatsvinden. Er is vaak sprake van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.

De cliënten hebben vanwege het verlies aan geestelijke spankracht ten aanzien van verschillende *psychosociale/cognitieve functies* vaak hulp, toezicht of sturing nodig; het betreft concentratie, geheugen en denken, motivatie en psychosociaal welbevinden.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten op verschillende terreinen hulp nodig, het betreft de kleine verzorgingstaken, de zorg voor tanden, haren, nagels en huid, het wassen en kleden en de toiletgang. Bij het eten en drinken is vaak toezicht en stimulatie nodig.

Ten aanzien van *mobilititeit* binnenshuis en het bewegen/maken van transfers (opstaan/zitten, in/uit bed) hebben cliënten regelmatig behoefte aan hulp. Betreffende de mobiliteit buitenshuis is vaak hulp of overname van zorg nodig.

Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij deze cliënten gericht op begeleiding bij achteruitgang of op stabilisatie.

De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren en wordt op meerdere momenten per dag geboden.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

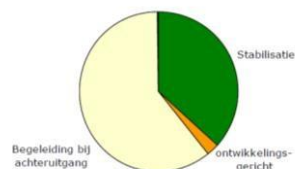
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van *cliëntgroepen* zijn:

- Bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis.
- Lichte somatische bewoners in een verpleeghuis.



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 9,5 tot 11,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging _ 4 VV

Zorgprofiel	
De cliënten hebben intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide	Gemiddelde scores beperkingen

verzorging nodig. De reden hiervoor kan verschillend zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.

Ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobilititeit* veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.

Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

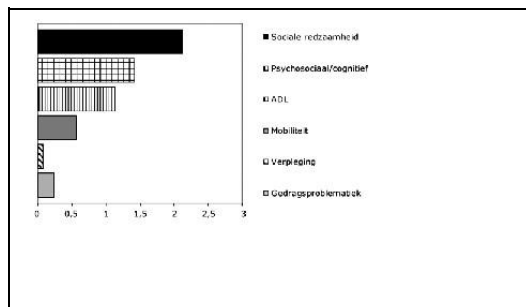
Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn.

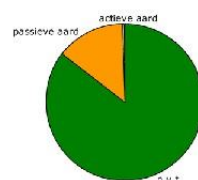
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische of somatische ziekte/aandoening.



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZGP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 11,0 tot 13,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg _ 5 VV

Zorgprofiel

De cliënten hebben vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwervgedrag. De cliënten hebben geen greep meer op hun eigen doen en laten.

Ze hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie en geheugen en denken. Er is sprake van volledige desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van *ADL* is betreffende alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en het kleden.

Ten aanzien van *mobilititeit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich zeer beperkt zelfstandig bewegen, buitenshuis kan dat helemaal niet.

Als gevolg van de kwetsbare gezondheid is *verpleegkundige aandacht* noodzakelijk (o.a. voorkomen van decubitus en infecties).

De cliënten kunnen soms *gedragsproblematiek* vertonen. Dit betreft dan met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

Bij een deel van de cliënten komt *psychiatrische problematiek* voor, vooral passief van aard.

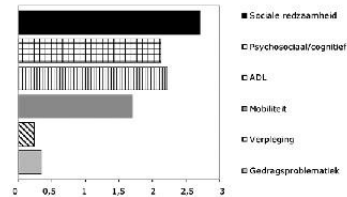
De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

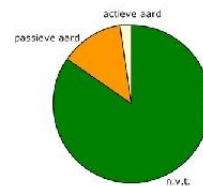
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

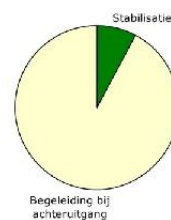
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg

Dagbesteding

Behandelaars (BH)

Totaaltijd

Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 16,5 tot 20,0 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.

Nachtdienst: wakende wacht.

Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging _ 6 VV

Zorgprofiel

De cliënten hebben vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* een begeleidingsbehoefte betreffende het begrijpen wat anderen zeggen, het begrijpelijk maken naar anderen. Soms is hierbij toezicht en stimulatie nodig. Betreffende de overige aspecten van sociale redzaamheid is in het algemeen hulp bij of overname van zorg nodig, hieronder vallen initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. De cliënt is niet zijn zelfregie kwijt.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies*, betreffende concentratie, motivatie en psychosociaal welbevinden, vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig, vanwege een combinatie van fysieke en psychische moeilijkheden (zoals snel vermoeid, minder controle over armen en benen, vertraagd denkvermogen).

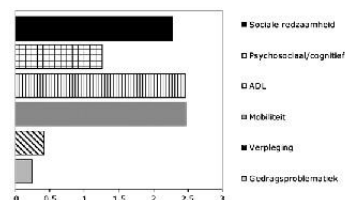
De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* in het algemeen overname van zorg nodig. Betreffende eten en drinken kan toezicht en stimulatie in sommige situaties voldoende zijn (de cliënt is meestal goed in staat om zelf te bepalen welke hulp nodig is en hoe hij die hulp wil krijgen).

De cliënten hebben zowel binnenshuis- als buitenshuis op het gebied van *mobiliteit* overname van zorg nodig (vaak met behulp van een rolstoel).

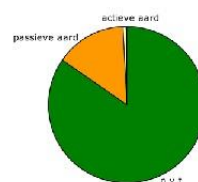
De cliënt heeft continu behoefte aan *verpleegkundige aandacht* (o.a. wondverzorging, pijnbestrijding).

Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard (bijvoorbeeld depressiviteit).

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.



Funcities en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 16,5 tot 20,0 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.

Nachtdienst: wakende wacht.

Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding _ 7 VV

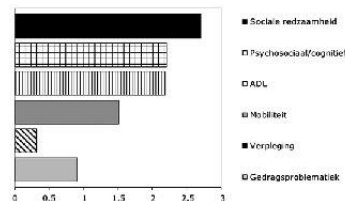
Zorgprofiel

De cliënten hebben op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek

sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg.

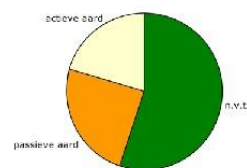
De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig). *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.

Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

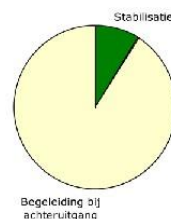
De aard van het begeleidingsdoel heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een psychogeriatrische ziekte/aandoening.



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 20,0 tot 24,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.

Nachtdienst: wakende wacht.

Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging _ 8 VV

Zorgprofiel

De cliënten hebben op grond van een ernstige somatische

Gemiddelde scores beperkingen

aandoening/ziekte behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Deze begeleiding komt voort uit beperkingen die de ziekte met zich meebrengt en meestal niet uit het ontbreken van zelfregie. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* overname nodig als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie. Mede vanwege veranderingen in karakter en persoonlijkheid kunnen ook de partner en/of kinderen behoefte hebben aan begeleiding.

De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten gevolge van hun specifieke aandoeningen/ziektes minimaal hulp dan wel overname van zorg nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit*, zowel binnenshuis als buitenshuis, behoefte aan hulp of overname.

De cliënten hebben ten gevolge van de specifieke aandoeningen/ziektes continu behoefte aan veel (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* (voorkomen van decubitus, infecties, longontsteking).

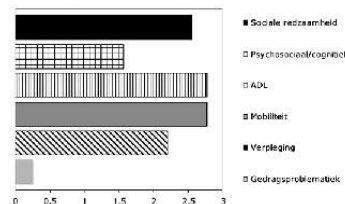
Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang van de zorgsituatie.

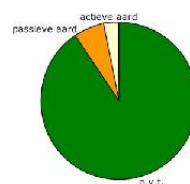
De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 24,5 tot 29,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
 Nachtdienst: wakende wacht.
 Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging _ 9 VV

Zorgprofiel

Bij cliënten heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle cliënten uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond.

Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd.

Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid).

De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten.

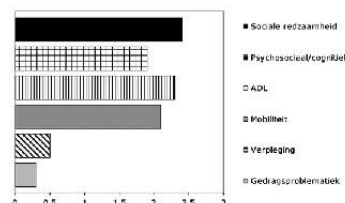
Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van *ADL* hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden. Ten aanzien van *mobilititeit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel.

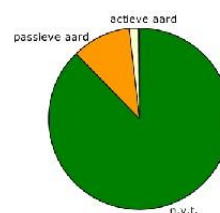
In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig. Meestal is geen sprake van *psychiatrische problematiek*. De cliënten kunnen soms gedragproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

De aard van het *begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang. Het *beperkingenbeeld* van de cliënt verandert langzaam. De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden) aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is. De *dominante grondslag* is meestal een somatische of psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

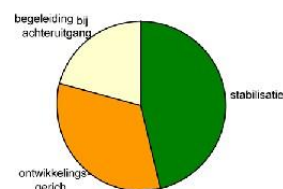
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg	Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
----------	--------------	-------------------	------------

Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg _ 10 VV

Zorgprofiel

De cliënten verblijven kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) in verband met een naderend overlijden.

In verband met de terminale fase van het leven is er sprake van een intensieve zorgbehoefte ten aanzien van *psychosociale/cognitieve functies*, de *sociale redzaamheid*, de *mobiliteit* en de *ADL*. In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten.

De mate waarin de cliënt beperkingen ondervindt op het gebied van psychosociaal welbevinden kan sterk verschillen. De begeleiding is gericht op zowel de cliënt als zijn naasten (verwerking).

Bij deze cliënten is in veel gevallen (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* aan de orde.

Er is bij deze cliënten meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is begeleiding in de terminale fase van het leven.

Bij deze cliënten kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert eigenlijk niet tijdens de verblijfsperiode, er blijft sprake van zeer veel stoornissen.

De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.

De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel kunnen vaak zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.

Gemiddelde scores beperkingen

Beperking	Gemiddelde score
Sociale redzaamheid	2.8
Psychosociaal/cognitief	2.2
ADL	2.0
Mobiliteit	1.8
Verpleging	1.2
Gedragsproblematiek	0.5

Aard van de psychiatrische problematiek

Aard	Procent
actieve aard	40%
passieve aard	30%
n.v.t.	30%

Aard van het begeleidingsdoel

Aard	Procent
Begeleiding tijdens terminale fase	100%

Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 26,5 tot 32,5 uur
	Ja	Ja	Ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

12.7 Investeringsmodel

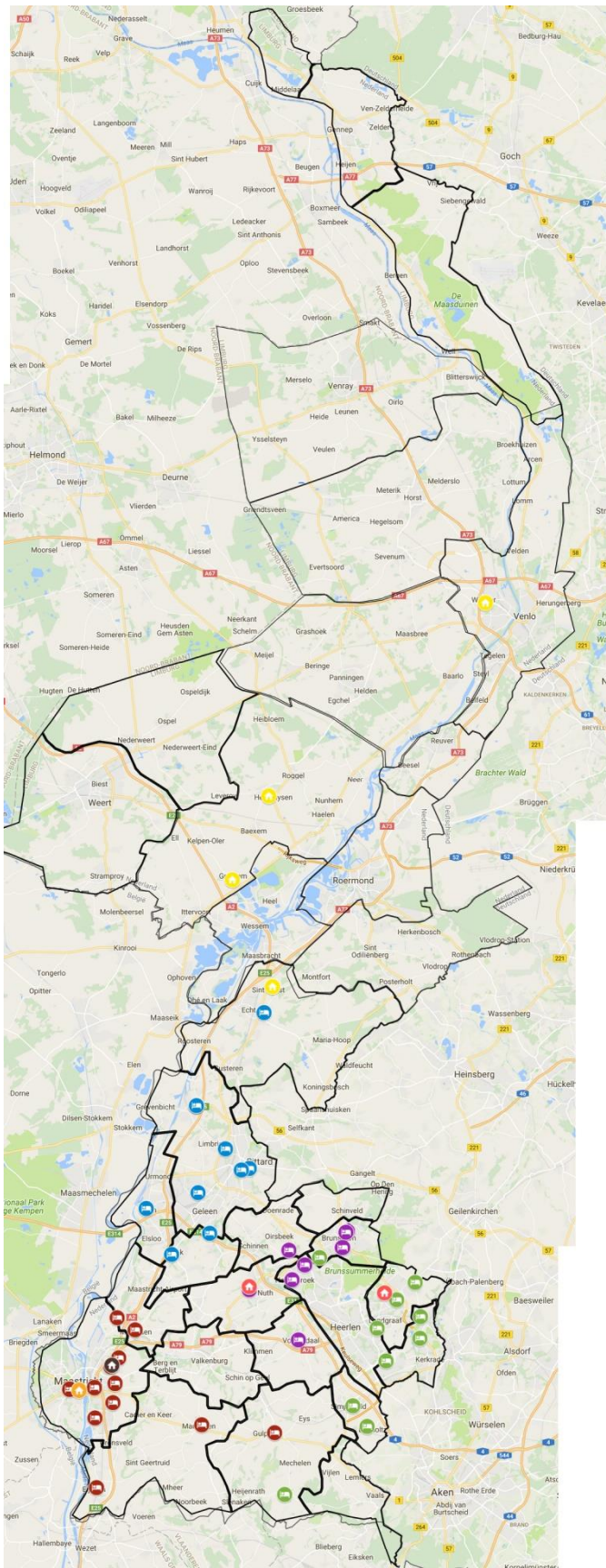
Nieuwbouw concept 16 bewoners

ZZP Verzorging / Verpleging nieuwbouw		85%	15%	
		ZZP VV 5	ZZP VV 7	Totaal
Aantal plaatsen		14	2	16
Normatieve m2 Bvo per plaats				
Basis				
verblijf		49,5	49,5	
ondersteunende begeleiding		8,7	8,7	
behandeling / activerende begeleiding		2,2	2,2	
ondersteunende diensten		4,6	4,6	
Toeslagen				
Verblijf				
niet mobiel		4,5	4,5	
ondersteunende ruimten				
persoonsgeonden hulpm				
somatische aandoening / MCG / LG			2,3	
snoezelruimte		1,1		
Ondersteunende begeleiding				
toeslag niet mobiel / hulpmiddelen			1,9	
snoezelruimte		1		
Behandeling / activerende begeleiding				
fysiotherapie overig / reactivering			1,8	
Totaal Bvo (m2)		71,6	75,5	
Investeringsnormen (per m2 Bvo)				
Grondkosten		307	307	
Verblijf		1.948	1.948	
Ondersteunende begeleiding		1.948	1.948	
Behandeling / activerende begeleiding		1.948	1.948	
Ondersteunende dienst		1.843	1.843	
Herverdelingscorrectie ZZP-1/2				
Investeringsnorm per ZZP				
Basis / methode 1				
grondkosten		21.981	23.179	
verblijf		107.335	109.672	
ondersteunende begeleiding		18.896	20.649	
behandeling / activerende begeleiding		4.286	7.792	
ondersteunende diensten		8.478	8.478	
Toeslagen				
plafondtilliften		451	451	
topkoeling		5.074	5.369	
keukenvoorziening		3.530	3.530	
Totaal per plaats				
totaal Grondkosten		21.981	23.179	
totaal Investeringskosten (excl. Grond),		138.994	146.591	
totaal Toeslagen		9.054	9.350	
totaal Startkosten		1.806	1.902	
Totale investeringskosten		171.836	181.022	
Beleidsregel BR / REG-17 B9		153.867	172.629	
		7.969	8.404	
Resumerend				
BVO				
Verblijf		749	135	884
Ondersteunende begeleiding		132	25	157
Behandeling / activerende begeleiding		30	10	40
Ondersteunende dienst		63	11	74
		974	181	1.155
				72,2
Investeringskosten				
Grondkosten		298.944	55.628	354.573
Investeringskosten (excl. Grond),		1.890.316	351.818	2.242.134
Toeslagen		123.141	22.440	145.581
Startkosten		24.564	4.566	29.130
		2.336.965	434.452	2.771.418
				173.214
				2.400

ZZP Verzorging / Verpleging nieuwbouw		85%	15%	
		ZZP VV 5	ZZP VV 7	Totaal
Aantal plaatsen		10	2	12
Normatieve m2 Bvo per plaats				
Basis				
	verblijf	49,5	49,5	
	ondersteunende begeleiding	8,7	8,7	
	behandeling / activerende begeleiding	2,2	2,2	
	ondersteunende diensten	4,6	4,6	
Toeslagen				
Verblijf				
	niet mobiel	4,5	4,5	
	ondersteunende ruimten			
	persoonsgeonden hulpm			
	somatische aandoening / MCG / LG		2,3	
	snoezelruimte	1,1		
Ondersteunende begeleiding				
	toeslag niet mobiel / hulpmiddelen		1,9	
	snoezelruimte	1		
Behandeling / activerende begeleiding				
	fysiotherapie overig / reactivering		1,8	
Totaal Bvo (m2)		71,6	75,5	
Investeringsnormen (per m2 Bvo)				
	Grondkosten	307	307	
	Verblijf	1.948	1.948	
	Ondersteunende begeleiding	1.948	1.948	
	Behandeling / activerende begeleiding	1.948	1.948	
	Ondersteunende dienst	1.843	1.843	
	Herverdelingscorrectie ZZP-1/2			
Investeringsnorm per ZZP				
Basis / methode 1				
	grondkosten	21.981	23.179	
	verblijf	107.335	109.672	
	ondersteunende begeleiding	18.896	20.649	
	behandeling / activerende begeleiding	4.286	7.792	
	ondersteunende diensten	8.478	8.478	
Toeslagen				
	plafondtilliften	451	451	
	topkoeling	5.074	5.369	
	keukenvoorziening	3.530	3.530	
Totaal per plaats				
	totaal Grondkosten	21.981	23.179	
	totaal Investeringskosten (excl. Grond),	138.994	146.591	
	totaal Toeslagen	9.054	9.350	
	totaal Startkosten	1.806	1.902	
Totale investeringskosten		171.836	181.022	
	Beleidsregel BR / REG-I139	163.867	172.618	
		7.969	8.404	
Resumerend				
BVO				
	Verblijf	562	101	663
	Ondersteunende begeleiding	99	19	118
	Behandeling / activerende begeleiding	22	7	30
	Ondersteunende dienst	47	8	55
		730	136	866
				72,2
Investeringskosten				
	Grondkosten	224.208	41.721	265.930
	Investeringskosten (excl. Grond),	1.417.737	263.864	1.681.601
	Toeslagen	92.356	16.830	109.186
	Startkosten	18.423	3.424	21.848
		1.752.724	325.839	2.078.563
				173.214
				2.400

Nieuwbouw concept 12 bewoners

12.8 Limburg in kaart



Figuur 26 Limburg in kaart, eigen ontwerp (Penders, 2017)