De Wenselijke Schaal

fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen
in woonzorgcomplexen



Thuisvoelen op de nieuwe plek,
fotocollage bewoners

Menno Simons, Amsterdam (Grootschalig-Gemengd met zwaardere zorg- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

De Wenselijke Schaal

fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Radboud Universiteit Nijmegen
op gezag van de rector magnificus prof. mr. S.C.J.J. Kortmann,
volgens besluit van het college van decanen
in het openbaar te verdedigen op maandag 7 juli 2014
om 14.30 uur precies

door

Theodorus Gijsbertus Maria Spierings
geboren op 11 april 1964
te ’s-Hertogenbosch

Promotoren: Prof. dr. ir. G.R.W. de Kam

Prof. dr. P.M. Ache

Copromotoren: Dr. ir. D.J.M. van der Voordt (Technische Universiteit Delft)

Dr. M.A.W. van Biene (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen)

Manuscriptcommissie:

Prof. dr. M.G.M. Olde-Rikkert

Prof. dr. ir. H. Priemus (Technische Universiteit Delft)

Prof. dr. K. Putters (Erasmus Universiteit Rotterdam)

There is a central quality
which is the root criterion of life and spirit
in a man, a town, a building, or a wilderness.
This quality is objective and precise,
but it cannot be named.

The Timeless way of building (Alexander, 1979)

Voorwoord

Het is 2014, in Nederland is de dubbele vergrijzingsgolf ingezet. Ouderen zijn met meer dan ooit, ouderen worden ouder dan ooit. Daarbij zijn zij niet per se minder vitaal en leven graag zo lang mogelijk zelfstandig thuis. Dat willen ze zelf vanuit hun streven naar kwaliteit van leven en dat wil de overheid vanuit kosten efficiëntie.
Maar hoe ziet het gewenste zelfstandig thuis eruit? Op de oude vertrouwde plek? Of in ieder geval in de eigen buurt? Met zijn tweeën, alleen of groepsgewijs, en hoe groot- of kleinschalig zou die groep dan moeten zijn om zich voldoende veilig en thuis te voelen maar ook voldoende keuze in welzijn te kennen?

De Wenselijke Schaal is een onderzoekstocht langs de Nederlandse woonzorgcomplexen. Het is een zoektocht naar de invloed van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau op die sociale kwaliteit van wonen, en naar de wijze van afwegen voor het beschut wonen dat zich daarop richt. Antwoorden zijn gebaseerd op de verhalen van haar bewoners en beslissers.
Deze zoektocht was niet mogelijk geweest zonder de betrokkenheid van velen.

Leve onze ouderen, laat hen leven en sterven in beschutting…

Leeswijzer

Dit proefschrift bestaat uit drie delen en een aantal bijlagen.
Deel A, Context & Theorie, bevat vier hoofdstukken: de introductie, de ontwikkeling van woonzorgcomplexen, het theoretisch kader en de onderzoeksmethoden.
Deel B, Datacollectie & Analyse, bevat in twee hoofdstukken een overzicht van de resultaten van het bureauonderzoek van 265 en de multiple casestudy van 24 woonzorgprojecten.
Deel C, Conclusies & Aanbevelingen, bevat de methodologische reflecties en suggesties voor vervolgonderzoek en de conclusies en aanbevelingen voor het werkveld.
Via de website www.BZWatlas.nl (BeschutZelfstandigWonenAtlas) zijn aanvullende onderzoeksdocumenten en de uitgebreide ruwe datasets op aanvraag te verkrijgen.

Inhoud

Voorwoord
Inhoudsopgave
Leeswijzer

Deel A CONTEXT & THEORIE

1. INTRODUCTIE 24

1.1 Probleemstelling 24
1.1.1 Woonzorgcomplexen en woonzorgzones 25
1.1.2 Woonkwaliteit in woonzorgcomplexen 27
1.1.3 Onderzoek fysieke schaalgrootte woonzorgvoorzieningen 28
1.1.4 Besluitvorming initiatiefnemers woonzorgcomplexen 29

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 30

1.3 Onderzoeksopzet op hoofdlijnen 32

1.4 Betrokken partijen 33

2. ONTWIKKELING WOONZORGCOMPLEX 36

2.1 Ouderenhuisvesting in historisch perspectief 38
2.1.1 Ouderenhuisvesting tot 1940 38
2.1.2 1945-1960 Nieuw stelsel sociale zekerheid 39
2.1.3 1960-1970 De gouden jaren van de ouderenhuisvesting 40
2.1.4 1970-1980 Bouwexplosie en grootschaligheid 42
2.1.5 1980-1990 Maatwerk in stadsvernieuwing 44
2.1.6 1990-2000 Eerste stappen in scheiden van wonen en zorg 46
2.1.7 2000-2010 Opeenvolgende wetswijzigingen 49
2.1.8 2010-2020 Recente ontwikkelingen en de nabije toekomst 50
2.1.9 Conclusies historisch perspectief 52

2.2 Ontwikkeling ouderenhuisvesting in verwante landen 55
2.2.1 Enkele landen in vogelvlucht 56
2.2.2 Conclusies internationaal perspectief 60

2.3 Implicaties voor dit onderzoek 61
2.3.1 Definities woonzorgcomplex 61
2.3.2 Definitie woonzorgcomplex in dit onderzoek 63
2.3.3 Operationalisering invloed wetgeving en financiering 64

3. THEORETISCH KADER EN HYPOTHESEN 68

3.1 Fysieke schaalgrootte 69
3.1.1 Schaalgrootte in de organisatieleer 70
3.1.2 Fysieke schaalgrootte in de architectuur 71
3.1.3 Spreiding schaalgrootte woonzorgcomplexen 73
3.1.4 Schaalgrootte in dementenzorg 74
3.1.5 Hypothesen invloed fysieke schaalgrootte 78

3.2 Doelgroepenmenging 79
3.2.1 Invloed fysieke schaalgrootte op doelgroepenmenging 80
3.2.2 Invloed doelgroepenmenging op sociale kwaliteit van wonen 80
3.2.3 Variaties in doelgroepen 81
3.2.4 Zorggerelateerde doelgroepen 85
3.2.5 Inclusief beleid in relatie tot menging 86
3.2.6 Hypothesen invloed doelgroepenmenging 87

3.3 Voorzieningenniveau 88
3.3.1 Invloed fysieke schaalgrootte op voorzieningenniveau 88
3.3.2 Invloed voorzieningenniveau op sociale kwaliteit van wonen 90
3.3.3 Categorisering voorzieningen 91
3.3.4 Voorzieningen in niveaus 92
3.3.5 Hypothesen invloed voorzieningenniveau 94

3.4 Sociale kwaliteit van wonen 95
3.4.1 Algemeen kwaliteitsbegrip 95
3.4.2 Wonen uitgesplitst in deelkwaliteiten 96
3.4.3 Indicatoren sociale kwaliteit van wonen 100
3.4.4 Hypothesen invloed op sociale kwaliteit van wonen 105

3.5 Controlevariabelen 106
3.6 Besluitvorming woonzorgcomplexen 108
3.6.1 Actoren 109
3.6.2 Invloed context op besluitvorming 109
3.6.3 Karakteristieken initiatiefnemers 110
3.6.4 Bewonersparticipatie 111
3.6.5 Besluitvormingsmodellen 114
3.6.6 Besluitvorming vanuit verschillende domeinen 115
3.6.7 Hypothesen besluitvorming 116

3.7 Conceptueel model 117

4. ONDERZOEKSMETHODEN 120

4.1 Verantwoording onderzoeksbenadering 121
4.1.1 Positionering binnen het positivisme en constructivisme 121
4.1.2 Systems of inquiry 123
4.1.3 Mixed methods onderzoek 127
4.1.4 Toegepaste strategieën 130
4.1.5 Evaluaties van gebouwen 132
4.1.6 Keuze onderzoeksstrategie 133
4.1.7 Samenvatting onderzoeksbenadering 135

4.2 Vooronderzoek dertien woonzorgprojecten 136
4.2.1 Projecten vooronderzoek 136
4.2.2 Conclusies vooronderzoek 137

4.3 Bureauonderzoek 265 woonzorgprojecten 138
4.3.1 Onderzoeksperiode 138
4.3.2 Archief Verpleging en Verzorging, CBZ 139
4.3.3 Databank woonzorgcomplexen KCWZ 141
4.3.4 Itemselectie en aanvulling databank KCWZ 142
4.3.5 Overeenkomende projecten databases CBZ en KCWZ 143
4.3.6 Analyse data in SPSS 144

4.4 Casestudy 24 woonzorgcomplexen 146
4.4.1 Strategische selectie 147
4.4.2 Systematische, niet-participerende observaties 150
4.4.3 Narratieve methode 153
4.4.4 Respondenten en interviewguide 153
4.4.5 Observatie/interviewdagen 156
4.4.6 Bruikbaarheid observaties 158
4.4.7 Transcripties en codering in Atlas ti 159
4.4.8 Interpretatie narratieven 163
4.4.9 Qualitative Comparative Analysis 172

Deel B DATACOLLECTIE & ANALYSE

5. WOONZORGCOMPLEXEN 1998-2010 182

5.1 Opbouw databases 185

5.2 Spreiding van de onderzoeksvariabelen 188
5.2.1 Spreiding fysieke schaalgrootte 188
5.2.2 Spreiding doelgroepenmenging 193
5.2.3 Spreiding voorzieningenniveau 197

5.3 Relaties tussen de onderzoeksvariabelen 202
5.3.1 Correlatiematrix 202
5.3.2 Relatie fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging 206
5.3.3 Relatie fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau 207
5.3.4 Relatie doelgroepenmenging en voorzieningenniveau 208

5.4 Resumé bureauonderzoek 209

6. ERVARINGEN SOCIALE KWALITEIT VAN WONEN 212

6.1 Realisatie strategische selectie 213
6.1.1 Primaire doelgroep en bouwjaar 213
6.1.2 Spreiding onderzoeksvariabelen en saturatie sets 214
6.1.3 Spreiding situering 215
6.1.4 Karakteristieken van de cases 217
6.1.5 Kenmerken van de respondenten 225

6.2 Kwantitatieve verkenning en controlevariabelen 227
6.2.1 Kwantitatieve verkenning narratieven 227
6.2.2 Controlevariabelen 232

6.3 Fysieke schaalgrootte en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen 240
6.3.1 Kwantitatieve analyse narratieven fysieke schaalgrootte 242
6.3.2 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren sociale interactie 245
6.3.3 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten 250
6.3.4 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren veiligheid en verbondenheid 256
6.3.5 Observaties onderzoeksteam invloed fysieke schaalgrootte 263

6.4 Doelgroepenmenging en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen 266
6.4.1 Kwantitatieve analyse narratieven doelgroepenmenging 268
6.4.2 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren sociale interactie 271
6.4.3 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten 274
6.4.4 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren veiligheid en verbondenheid 277
6.4.5 Observaties onderzoeksteam invloed doelgroepenmenging 285

6.5 Voorzieningenniveau en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen 288
6.5.1 Kwantitatieve analyse narratieven voorzieningenniveau 290
6.5.2 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren sociale interactie 294
6.5.3 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten 297
6.5.4 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren veiligheid en verbondenheid 304
6.5.5 Observaties onderzoeksteam invloed voorzieningenniveau 311

6.6 Ervaringen en afwegingen professionals en beslissers 314
6.6.1 Kwantitatieve analyse narratieven professionals en beslissers 314
6.6.2 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed fysieke schaalgrootte 318
6.6.3 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed doelgroepenmenging 325
6.6.4 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed voorzieningenniveau 330

6.7 Resumé casestudy 338

Deel C CONCLUSIES & AANBEVELINGEN

7. METHODOLOGISCHE REFLECTIE EN VERVOLGONDERZOEK 344

7.1 Methodologische reflectie 345
- 7.1.1 Externe validiteit 345
- 7.1.2 Interne validiteit 348
- 7.1.3 QCA-methode, hypothesetoetsing en exploratieve deel 352
- 7.1.4 Fasering van het onderzoek 352
- 7.1.5 Hoeveelheid data 353
- 7.1.6 Aanpassing conceptueel model 353

7.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek 358
- 7.2.1 Grenzen sets fysieke schaalgrootte 358
- 7.2.2 Separate invloeden van fysieke schaalgrootte en situering 358
- 7.2.3 Menging van niet-zorgbehoevend en zwaar zorgbehoevend 358
- 7.2.4 De Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als besluitvormingstool 359
- 7.2.5 Mixed methods en big data 359

8. REFLECTIES EN CONCLUSIES DE WENSELIJKE SCHAAL 364

8.1 Doet fysieke schaal er toe? 365
- 8.1.1 Gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte 366
- 8.1.2 Fysieke schaalgrootte en situering complexen 368
- 8.1.3 Waardering voor kleinschaligheid en grootschaligheid 370
- 8.1.4 Invloed situering op waardering fysieke schaalgrootte 372

8.2 In welke mate mengen? 374
- 8.2.1 Toenemende doelgroepenmenging 375
- 8.2.2 Sociale integratie verschillende zorgzwaarten 377
- 8.2.3 Fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging 379
- 8.2.4 Optimale doelgroepenmenging 380
- 8.2.5 Onderlinge informele zorg 382
- 8.2.6 Relationele agressie 383

8.3 Voorzien van welke kwaliteit? 384
- 8.3.1 Intern en extern voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen 385
- 8.3.2 Aanwezigheid 24-uurszorg 387
- 8.3.3 Meer intellectueel niveau en meer voor mannen 388
- 8.3.4 Participatie als driver 389

8.4 Hoe wordt besloten? 391
- 8.4.1 Balans tussen kwalitatieve en institutionele afwegingen 392
- 8.4.2 Invloed stelselwijziging op de zorg- en welzijnscomponent 394
- 8.4.3 Evidence based besluitvormingstool 395
- 8.4.4 Inclusief denken en beslissen 396

8.5 Overleeft het woonzorgcomplex? 397
- 8.5.1 Beweegredenen verhuizing naar woonzorgcomplexen 398
- 8.5.2 Beschut wonen als tussenoplossing 401
- 8.5.3 Antwoord op de hoofdvraag 403

8.6 Conclusies op een rij 406

9. AANBEVELINGEN BESCHUT ZELFSTANDIG WONEN OP MAAT 412

9.1 Minima, maxima en optima 413
- 9.1.1 Schaal op maat 414
- 9.1.2 Mix op maat 416
- 9.1.3 Voorzieningen op maat 418
- 9.1.4 Sociale kwaliteit van wonen 420

9.2 Evidence based besluiten 422
- 9.2.1 De rol van de actoren 423
- 9.2.2 De Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als besluitvormingstool 428

9.3 Aanbevelingen op een rij 433

9.4 Epiloog 435

Dankwoord 441
Samenvatting 443
Summary 451
Literatuur 459
Overzicht figuren 471
Overzicht tabellen 474
Overzicht foto’s 476
Lijst van afkortingen 477
CV Auteur 478
Betrokken partijen 481
Met dank aan 482

Bijlagen www.BZWatlas.nl

1. Verslagen gesprekken experts
2. Achtergrondartikelen woonzorg Zorgvisie
3. Ruwe data Archief CBZ
4. Ruwe data databank KCWZ
5. Bewerkte data Archief CBZ
6. Bewerkte data databank KCWZ
7. Congrespapers
8. Strategische selectie casestudy
9. Belinstructie
10. Nabelschemas
11. Informatiebrieven deelnemers
12. Observatieschema casestudy
13. Projectobservaties casestudy
14. Interviewguides casestudy
15. Controle inclusiecriteria respondenten
16. Interviews casestudy
17. Transcribeer- en codeeroverzicht
18. Patronen interviews

Het huis is jong,
maar desondanks bejaard.
Het telt tweehonderd monden, open gaten,
Een huis met ladekasten menselijk schroot,
(de liefde stierf al voor de hoek der straten)
een huis vol samen wachten
op de dood,
een huis vol opgezameld, zwijgend haten.

Bejaardenhuis, Jan de Groot
Aanklacht tegen vroegere, ongewenste situatie

Deel

A

Context

&

Theorie



Koestering dierbaar bewonersverleden
De Berken, Milheeze (Kleinschalig-Gemengd met zwaardere zorg-Voorzieningenniveau Basis)

Hoofdstuk 1

Introductie

1 Introductie

In dit eerste hoofdstuk worden de onderzoeksproblematiek en de opzet geïntroduceerd.
In paragraaf 1.1 wordt de probleemstelling ten aanzien van woonzorgcomplexen en haar sociale kwaliteit van wonen beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 1.2 de doelstelling ten aanzien van besluitvorming van nieuwe projecten en de vraagstelling met betrekking tot de onderzochte variabelen schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen beschreven. Als laatste wordt de onderzoeksopzet in vogelvlucht weergegeven in paragraaf 1.3.

1.1 Probleemstelling

De Nederlandse ouderenhuisvesting verandert voortdurend. De destijds in binnen- en buitenland gewaardeerde bejaardenhuizen werden in de jaren zeventig vervangen door verzorgings- en verpleeghuizen (Dungen, 2008; Mens & Wagenaar, 2009). De verpleeghuizen werden vanaf de eeuwwisseling op hun beurt vervangen door kleinschalige woonzorgvoorzieningen (Wijnties, 2004). Verzorgingshuisbewoners huisvesten we sinds de jaren negentig in woonzorgcomplexen, die vervolgens vervangen en aangevuld zijn door woonzorg- of woonservicezones (KCWZ, 2009b; Singelenberg, 2005).

De doelgroep ouderen veranderd gedurende deze periode ook qua benaming; werd vroeger veel gesproken over ‘bejaarden’, nu spreekt men over ‘ouderen’ of ‘senioren’. Tegelijkertijd schoof ook de leeftijd op, waren senioren voorheen 55+, nu wordt hiervoor 65+ gehanteerd. Als de pensioenleeftijd verder zal stijgen, zal de definitie in de toekomst waarschijnlijk verder opschuiven. Voor dit onderzoek is 55+ als leeftijd gehanteerd omdat het om zelfstandig wonen gaat, en ook de ‘jongere oudere’ wordt geincludeerd.

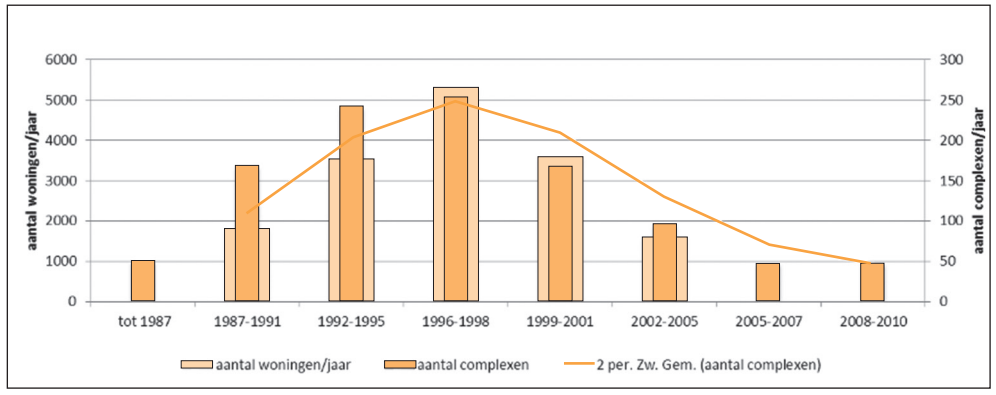


Foto 1 Domus Bona Ventura, Nederweert 2007

Het doel van al deze veranderingen is langer zelfstandig wonen. Enerzijds met het oog op kwaliteit van leven, die hoger wordt door een grotere zelfredzaamheid en wonen in de vertrouwde woonomgeving; anderzijds met het oog op kostenefficiëntie van de ouderenhuisvesting. Langer thuis wonen met informele zorg dan wel professionele zorg op maat, zal de kosten naar verwachting drukken.

1.1.1 Woonzorgcomplexen en woonzorgzones

Als onderdeel van al deze verschuivingen zijn en worden er sinds 1987 woonzorgcomplexen gerealiseerd, in een grote diversiteit in schaalgrootte, zie Figuur 1. De laatste onderzoeken hiernaar dateren van 1998 en 2004, de nationale survey woonzorgcomplexen (Singelenberg, 1999, 2005).
De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), thans opgegaan in Platform 31, definieert het woonzorgcomplex als volgt: “Een complex met zelfstandige woningen met een bouwwijze die is gericht op beschermd wonen, met componenten van zorg en service, maar met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service” (Singelenberg, 1999).



Figuur 1 Woningen in woonzorgcomplexen (KCWZ, 2010; Neele, 2004)

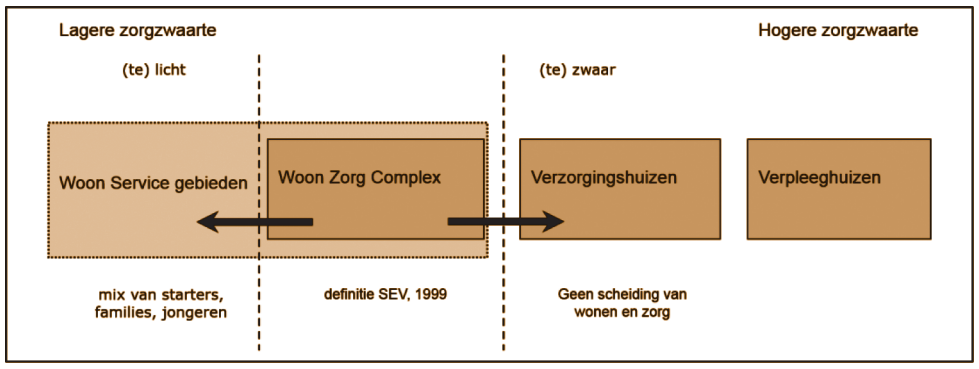
De laatste jaren verschuift het accent van het bouwen van woonzorgcomplexen naar het ontwikkelen van woonservicezones (Aedes-Actiz, 2008). Als definitie van een woonservicezone hanteert het KennisCentrum Wonen-Zorg: “Een woonservicezone is een buurt, wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet-planbare 24-uurs zorg” (KCWZ, 2009b).
Woonzorgcomplexen worden vaak gebouwd als centraal punt in de woonservicezones (Singelenberg & van Triest, 2009). Dit roept de vraag op, welke fysieke schaalgrootte van het woonzorgcomplex passend is ten opzichte van de wijk of het dorp, de verhoudingen tussen de doelgroepen en de keuze voor voorzieningen in of buiten een woonzorgcomplex.

Woonzorgcomplexen zijn gericht op zelfstandig wonende ouderen. In het vooronderzoek constateerden we echter een nieuwe opzet van woonzorgcomplexen, waarbij kleinschalig wonen voor dementerenden wordt geïntegreerd (vb. Meulenvelden, Didam 2008; St. Annahof, Uden 2008). Niet-zelfstandige woningen dus, binnen een woonzorgcomplex.



Foto 2 Gemengd met zwaardere zorg. St. Annahof, Uden 2008

Er ontstaan zo varianten waarin bewoners met een hogere zorgzwaarte zijn gehuisvest, met onder meer verpleeghuisbewoners maar ook verstandelijk gehandicapte bewoners, en daarnaast ook varianten met lagere of geen zorgzwaarte, met reguliere appartementen in een woonservicezone voor doelgroepen zonder zorgbehoefte.



Figuur 2 Verbreding zorgzwaarte woonzorgcomplexen

Singelenberg constateerde al bij zijn survey uit 1999 dat er complexen buiten de definitie van de SEV vallen zowel aan de linker- als aan de rechterzijde, zie deelparagraaf 2.3.1 (Singelenberg, 1999, 2009). Bewoners die voorheen in een verpleegtehuis terecht zouden komen, gaan nu naar een verzorgingstehuis; bewoners van een verzorgingstehuis kiezen voor woonzorgcomplexen. Op een vergelijkbare wijze ziet De Kam woonzorgcomplexen

langs twee lijnen een nieuwe invulling krijgen: een zorggerelateerde en een comfortgerichte variant.
Een belangrijke vraag bij het mengen van meer doelgroepen in deze complexen is wat de invloed is op de kwaliteit van het wonen. Deze invloed van de *doelgroepenmenging* wordt verder uitgewerkt in paragraaf 3.2.

1.1.2 Woonkwaliteit in woonzorgcomplexen

Als het bouwen van woonzorgcomplexen bijdraagt aan langer zelfstandig en levensloopbestendig wonen, is een belangrijke vraag wat de kwaliteit van wonen bepaalt en hoe die wordt beïnvloed. In de literatuur onderscheidt men bij de kwaliteit van het wonen enerzijds de gebouwkwaliteit en anderzijds de woonkwaliteit (Pennartz, 1987; Zwart, 1989). In dit onderzoek kijken we naar het welbevinden van de bewoners en daarmee naar de woonkwaliteit en niet naar technisch gerichte gebouwkwaliteiten.

Specifieker gesteld gaat het in dit onderzoek om de sociale kwaliteit dan wel sociale functie (Van der Voordt & Van Wegen, 2000; Zwart, 1989), de interactie tussen de bewonersgroepen en het participeren binnen en buiten het complex. Tevens gaat het om de vraag hoe de fysieke schaalgrootte hierop van invloed is. Is het in een grootschaliger complex eenvoudiger voorzieningen te realiseren die activiteiten stimuleren? Of is hiervoor juist een kleinere schaal nodig? Welke doelgroepen participeren meer en welke minder, en wanneer integreren deze beter? Deze sociale component wordt gedefinieerd als de *sociale kwaliteit van wonen*, verder uitgewerkt in paragraaf 3.4.



Foto 3 Verjaarsdagkoffie, Ny Dekama, Wierum 2000

Singelenberg (2009) constateerde reeds verschuivingen in de zorgzwaarte. Daar kan de verschuiving van woonzorgcomplexen naar de woonservicezone met zelfstandig thuis blijven wonen aan toegevoegd worden, zie paragraaf 2.1.

Dit is te interpreteren als zoeken naar meer (sociale) woonkwaliteit, door zelfstandiger leven en inclusief woonbeleid, en ook te verklaren vanuit het overheidsstreven de zorgkosten omlaag te brengen, het zogenoemde substitutiebeleid.

1.1.3 Onderzoek fysieke schaalgrootte woonzorgvoorzieningen

Als we het bestaande onderzoek naar de relatie tussen fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen bij woonzorgvoorzieningen bezien, constateren we dat dit zich tot nu toe voornamelijk richt op kleinschalig wonen voor bewoners met dementie.

Binnen de dementenzorg is fysieke schaalgrootte reeds enige jaren een hot issue en is kleinschalig wonen reeds uitgebreid onderzocht door o.a. het Trimbos-instituut (Liempd et al., 2010; te Boekhorst et al., 2008). Uitkomsten leiden momenteel tot een opwaardering van deze woonvorm. Simultaan worden ook bestuurlijke maatregelen genomen en bijbehorende budgetten vrijgemaakt (Bussemaker, 2009a).
Bezwaren tegen kleinschaligheid zijn er echter ook, waarbij vraagtekens worden gezet bij de positie van de verzorgenden, zoals het ontbreken van collegiale controle, evenals bij de geschiktheid voor bepaalde groepen bewoners (Geelen, 2005), zoals het te klein zijn van groepen vanuit het oogpunt van sociale interactie en het vinden van een geschikt maatje (Geelen, 2005; The, 2005).
Voor woonzorgcomplexen is de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen nog niet onderzocht, ook niet in de survey van de SEV (Singelenberg, 1999), die de periode tot 1998 betrof. Ook hier staat veelal de gewenste kleinschaligheid haaks op de exploiteerbaarheid en de gewenste mix aan voorzieningen en community care (De De Kam, 2003). Initiatiefnemers lijken nu vooral te beslissen op grond van eerdere ervaringen, intuïtie en goede bedoelingen, gestuurd door beleidsvisies en gericht op de exploitatie.



Foto 4 Zeer grootschalig woonzorgcomplex. Bergweg, Rotterdam 1995

Uit het voorgaande blijkt dat fysieke schaalgrootte van woonzorgcomplexen een omstreden of op zijn minst kwestieus punt is, waarbij normatieve opvattingen, budgettaire overwegingen en slechts in beperkte mate wetenschappelijk onderbouwde inzichten een rol spelen. Ten aanzien van woonzorgcomplexen is dit helemaal het geval.

1.1.4 Besluitvorming initiatiefnemers woonzorgcomplexen

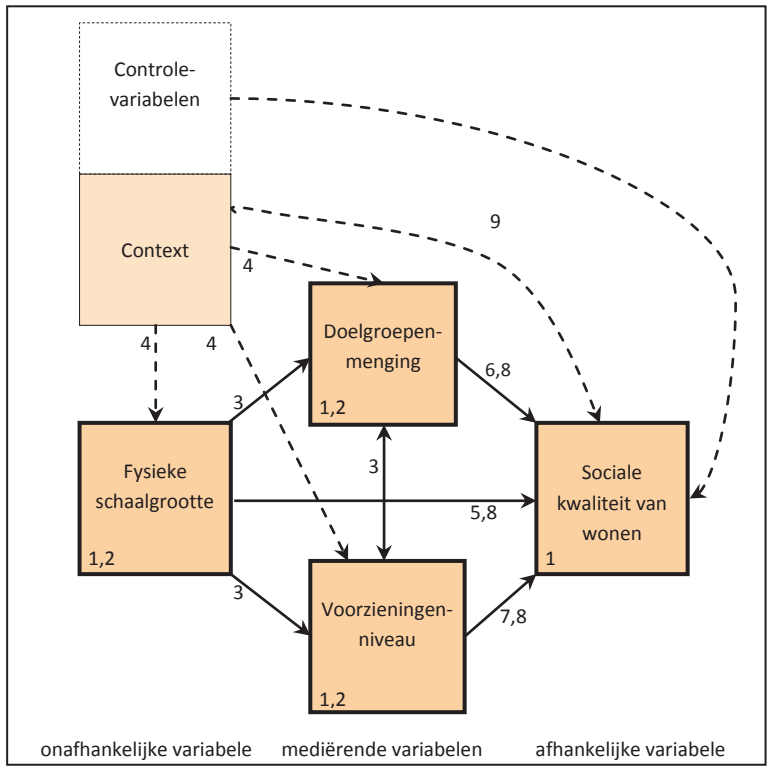
Besluiten kunnen nauwelijks worden genomen op basis van onderzoek naar met name de sociale (woon)kwaliteit (Van Van Dam, 1989). Deze kennis lijkt te ontbreken vanaf de jaren negentig, waarschijnlijk als gevolg van het loslaten van overheidsregulering waardoor de markt zijn werk mocht doen en het klantperspectief leidend was (Helderman, 2007). Veranderende overheidsbemoeienis met minder sturing en meer klantgerichtheid vanuit faciliterende partijen zijn mogelijk de onderliggende oorzaak (De Kam, 2009).

De onderzoeksgroepen die zich richten op woonkwaliteit, doen dat vooral op de technische, economische en functionele kant (van Regenmortel, 2009), daarmee vooral het perspectief van de aanbieders kiezend. Met nieuwe initiatieven, waarbij doelgroepen bewust worden gemengd (Becker, 2003) en welzijnsvoorzieningen fors worden ingezet, wordt gepoogd meer woonkwaliteit te verkrijgen. Echter nagenoeg zonder wetenschappelijke fundering.
Er is wel aandacht voor instrumenten (Sanders, 2003) die de samenwerking tussen de verschillende initiatiefnemers uit de woon- en zorgwereld faciliteren Daarin worden echter geen keuzes ten aanzien van fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen beschreven, laat staan onderbouwd vanuit onderzoek. Daarnaast zijn er rekenmodellen ontwikkeld zoals de AWBZ-rekentool, de Zorgvastgoedmonitor voor de financiële doorrekening van woonzorgvoorzieningen en Areadne voor de financiële doorrekening van woonservicezones (CBZ, 2008; De De Kam, 2006; Twijnstra-Gudde, 2009).

Op het specifieke terrein van sociale kwaliteit van wonen binnen woonzorgcomplexen is sprake van gebrek aan inhoudelijke kennis en onvoldoende instrumentele kennis. Vandaar dat het wenselijk was een onderzoek te starten naar de generatie woonzorgcomplexen 1998-2010, gericht op de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen. Dit is geschied door middel van een bureauonderzoek en een meervoudige casestudy in de vorm van een Post Occupancy Evaluation (Van der Voordt, 1994; Preiser, 1988). Beoogd doel is daaruit lessen voor het komend decennium te trekken, gericht op inhoudelijke en instrumentele kennis. Daarbij is het van belang de demografische, bestuurlijke en maatschappelijke tendensen in te passen, de zogenaamde institutionele factoren. Het is zeer aannemelijk dat deze institutionele factoren een sterke rol (blijven) spelen bij gemaakte en te maken keuzes (Mens & Wagenaar, 2009).

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

In dit onderzoek is fysieke schaalgrootte de onafhankelijke variabele en sociale kwaliteit van wonen de afhankelijke variabele. Welke mediërende variabelen spelen daarbij een rol? In het vooronderzoek kwamen uit de gesprekken met initiatiefnemers over hun besluitvormingsindicatoren als de twee belangrijkste variabelen naar voren: de doelgroepenmenging, betreffende de aard en het aantal te huisvesten doelgroepen en de verhouding daartussen, en het voorzieningenniveau, zowel binnen als buiten het complex. De invloeden van de context worden meegenomen in de vragen rond besluitvorming. Tenslotte worden een aantal controlevariabelen buiten de variatie gehouden maar hun invloeden wel gecontroleerd. Hiermee komen we tot het volgende conceptueel model.



Figuur 3 Voorlopig conceptueel model met nummers deelvragen

Aan de hand van het conceptueel model is een tweeledige doelstelling geformuleerd:

1. het verkrijgen van inzicht in de factoren fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen alsmede de relaties daartussen door een analyse van de huidige generatie woonzorgcomplexen;
2. het formuleren van aanbevelingen voor nieuwe woonzorgcomplexen met betrekking tot besluitvorming rond bovengenoemde factoren.

De prescriptieve hoofdvraag van dit onderzoek is:

Wat is de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen
in woonzorgcomplexen,
direct en indirect via doelgroepenmenging en voorzieningenniveau?

Er zijn in totaal tien deelvragen in dit onderzoek.
Eén deelvraag betreft de begripsanalyse:

1. Wat verstaan we onder de kernbegrippen van dit onderzoek: fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen in relatie tot het onderzoeksobject woonzorgcomplexen?

Drie beschrijvende deelvragen betreffen de onafhankelijke en mediërende variabelen:

2. Wat is de spreiding in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau binnen woonzorgcomplexen in Nederland, gebouwd in de periode 1998-2010?
3. Wat zijn de relaties tussen de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau van deze woonzorgcomplexen?
4. Wat zijn de relaties tussen de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau van deze woonzorgcomplexen en de wetgeving en financiering in de periode 1998-2010?

Drie verklarende deelvragen betreffen de invloed op de sociale kwaliteit van wonen:

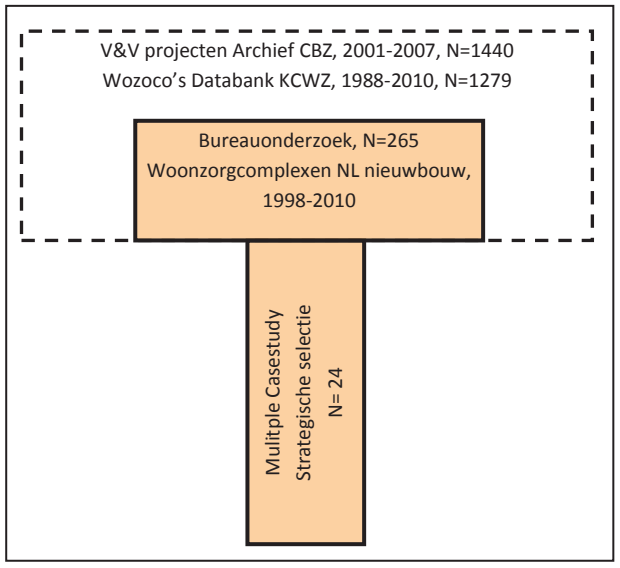
5. Wat is de invloed van fysieke schaalgrootte op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?
6. Wat is de invloed van doelgroepenmenging op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?
7. Wat is de invloed van voorzieningenniveau op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?

En ten slotte twee beschrijvende deelvragen en één prescriptieve deelvraag betreffen afwegingen:

8. Wat zijn de afwegingen van beslissers ten aanzien van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau met het oog op de sociale kwaliteit van wonen in een woonzorgcomplex?
9. Wat zijn de afwegingen van beslissers ten aanzien van de institutionele factoren wetgeving en financiering met het oog op de sociale kwaliteit van wonen in een woonzorgcomplex?
10. Hoe kunnen bij de afwegingen ten aanzien van nieuwe woonzorgcomplexen de bevindingen uit dit onderzoek worden toegepast in de praktijk?

1.3 Onderzoeksopzet op hoofdlijnen

De doelstelling van dit onderzoek is om enerzijds inzicht in de frequenties van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau en de onderlinge verbanden daartussen te verkrijgen, en de invloeden van die variabelen op de sociale kwaliteit van wonen te kennen. En anderzijds de afwegingen in besluitvorming tussen deze kwalitatieve keuzen en de institutionele keuzen vanuit context te kennen.
Daartoe is gekozen voor een tweeledige opbouw: een kwantitatief onderzoek van een deelpopulatie van 265 projecten en een kwalitatief onderzoek van een strategische selectie van 24 projecten; zie Figuur 4. Die selectie kent een spreiding in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau.



Figuur 4 Onderzoeksopzet op hoofdlijnen

Deze zogenaamde mixed methods methode levert naast het beoogde tweeledige resultaat ook een data-triangulatie op. Zie voor de theoretische onderbouwing van de onderzoeksstrategie en voor de opbouw van het onderzoek hoofdstuk 4.

1.4 Betrokken partijen

Direct betrokken als extern opdrachtgever is het College Bouw Zorgvoorzieningen (CBZ) in Utrecht. Het archief van CBZ is gebruikt om de Verpleging & Verzorgingsprojecten (V&V) te raadplegen. Hieruit werd in het bureauonderzoek de populatie van woonzorgcomplexen tussen 1998 en 2008 onderzocht. TNO is, als opvolger van het kenniscentrum van CBZ, betrokken via het Centrum voor Bouw en Zorg.
Direct betrokken is ook het Aedes-Actiz KennisCentrum Wonen-Zorg. Het Kenniscentrum is onderdeel van Aedes, vereniging van woningcorporaties en ActiZ, organisatie van zorgondernemers. Het kenniscentrum beheert een databank van woonzorgvoorzieningen. De databank woonzorgcomplexen is rechtstreeks en compleet beschikbaar voor het bureauonderzoek.

Aan de Radboud Universiteit, Faculteit Managementwetenschappen, was de bijzondere leerstoel Maatschappelijk ondernemen de thuisbasis voor deze promotie, met naast de begeleiding van de twee promotoren, de benodigde faciliteiten als cursussen onderzoeksvaardigheden en kennis en reflectie op het snijvlak zorg en bouw en institutionele factoren.
De Technische Universiteit Delft, Faculteit Bouwkunde, afdeling Real Estate en Housing leverde een van beide copromotoren en faciliteiten zoals colloquia voor promovendi en kennis en reflectie op het thema woonkwaliteit en besluitvormingsmodellen.

Het lectoraat Lokale dienstverlening in klantperspectief van de Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) leverde een copromotor en kennis en reflectie op het gebied van narratieve methode en dialoogmethode en het thema inclusie.
Het lectoraat Architecture in Health, voorheen ZorgGericht Bouwen, van de Faculteit Techniek aan de HAN leverde, naast de nodige faciliteiten, studenten die de dataverzameling van het bureauonderzoek en de casestudy uitvoerden. Het Instituut Built Environment van de faculteit Techniek aan de HAN was in de eerste jaren en tijdens de afronding de werkplek van waaruit ik het promotieonderzoek als promovendus verrichtte.

Separaat mogen worden genoemd de 24 bezochte woonzorgcomplexen in het gehele land en de gastvrijheid en medewerking aan observatie en interviewdagen.



Welzijnsruimte grote atrium

Domus Bona Ventura, Nederweert (Kleinschalig-Gemengd met zwaardere zorg- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

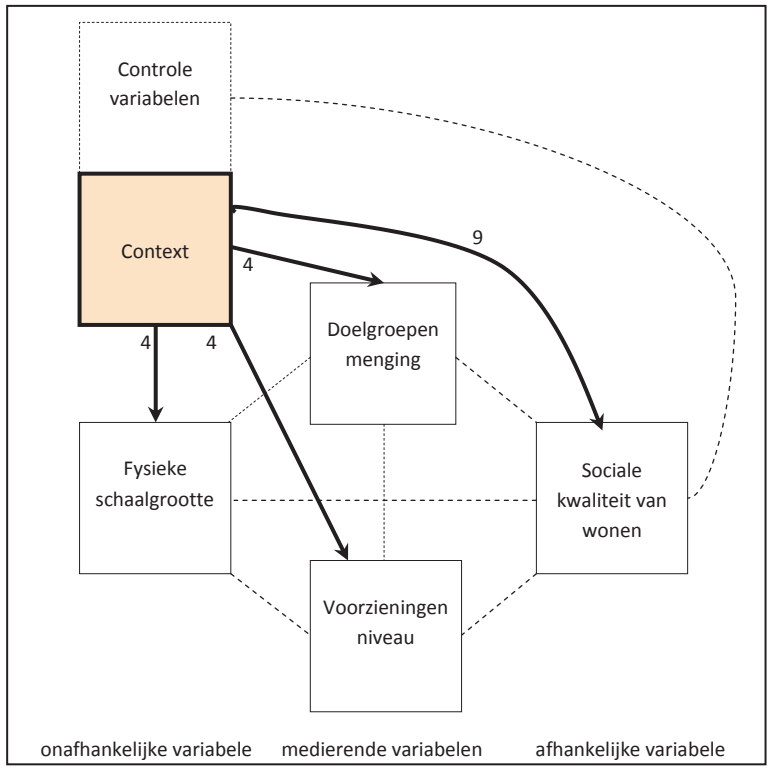
Hoofdstuk

2

Ontwikkeling woonzorgcomplex

2 Ontwikkeling woonzorgcomplex

In dit tweede hoofdstuk wordt een beschouwing gegeven over de geschiedenis van de ouderenhuisvesting in Nederland. Vervolgens komt kort de ouderenhuisvesting in de ons omringende landen aan de orde.
Onderzocht wordt welke factoren uit de context de woonvormen voor ouderen hebben beïnvloed; zie Figuur 5. Welke implicaties heeft dit voor het onderzoek en wat betekent dit voor de definitie en de afbakening van het begrip woonzorgcomplex als onderzoeksobject?



Figuur 5 Context binnen het conceptueel model

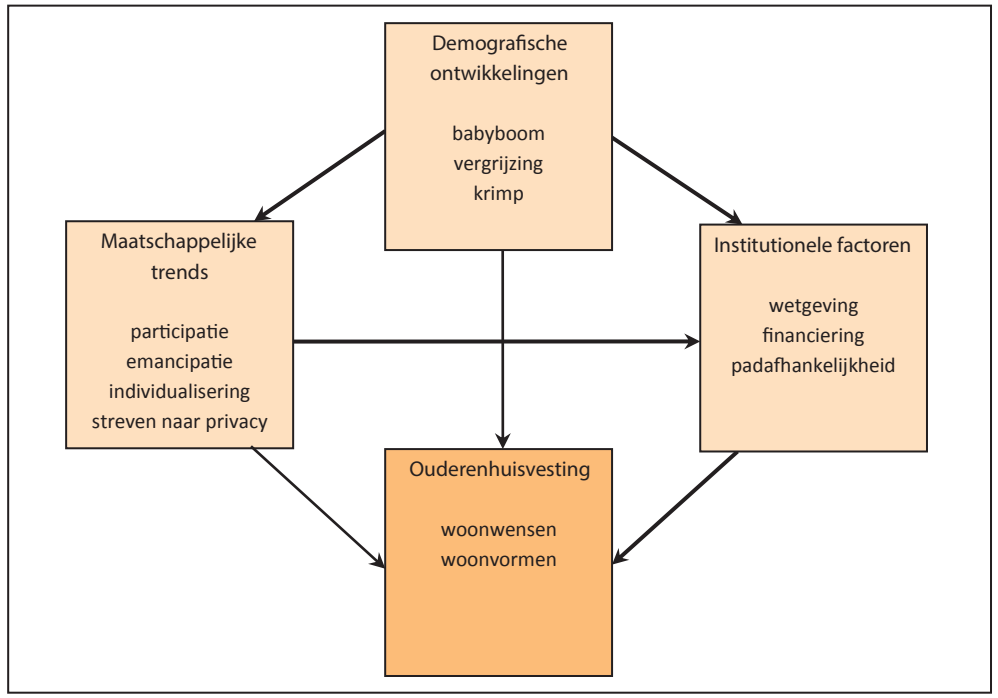
De wijze waarop de Nederlandse ouderenhuisvesting is gerealiseerd is beïnvloed door een aantal, deels samenhangende, contextuele factoren; zie Figuur 6.

In de eerste plaats zijn dit demografische ontwikkelingen zoals de babyboom, de daarmee samenhangende vergrijzing, ontgroening en de regionale krimp van de bevolking (Graaf, 2009a; Heck, 2009; VROM, 2007). Men spreekt van een dubbele vergrijzing, omdat niet alleen het aandeel van de ouderen als onderdeel van de bevolking toeneemt, maar deze

ouderen zelf ook steeds ouder worden. Hierdoor zullen twee generaties ouderen tegelijkertijd bestaan (Jaspers, 2012; Schnabel, 1999).

In de tweede plaats heeft een aantal maatschappelijke trends de ouderenhuisvesting beïnvloed, waaronder de emancipatie en individualisering van burgers (Van Dam, 1989), het streven naar privacy en het grotere verlangen naar zelfredzaamheid (Mens & Wagenaar, 2009; Vroon et al., 2010). Hooimeijer (1994) legt een direct verband tussen de verschuiving in woonwensen en drie megatrends: de leeftijd en samenstelling van het huishouden, de arbeidsparticipatie en het huishoudinkomen en de leefstijl.

In de derde plaats zijn institutionele factoren richtinggevend geweest voor de ouderenhuisvesting, zoals de wetgeving en het bijbehorende financieringskader (Hamel, 2005; Helderman, 2007; Koolma, 2009). Maar ook de dynamiek van aanbiedende initiatiefnemers moet worden genoemd, de padafhankelijkheid: “zo doen we het nu eenmaal”, waardoor ingesleten patonen en in het verleden gemaakte keuzes nieuwe keuzes beïnvloeden (Brouwer, 2005; Fabbricotti, 2007; Van Hasselt, 2008).



Figuur 6 Drie groepen contextuele invloeden ouderenhuisvesting

Deze invloeden komen systematisch beschreven terug in de historische beschouwing in de volgende paragraaf en worden samengevat in Figuur 9 Verbanden tussen invloeden op de ouderenhuisvesting 1950-2040 in paragraaf 2.1.9.

2.1 Ouderenhuisvesting in historisch perspectief

In deze paragraaf worden zeven perioden onderscheiden in de geschiedenis van de ouderenhuisvesting in Nederland: die tot de Tweede Wereldoorlog, de wederopbouwperiode ’45-‘60, de jaren ’60, de bouwexplosie in de jaren ’70, de terugkeer naar de stad in de ’80, het scheiden van wonen en zorg in de ’90 en de hausse aan wetswijzingen in de jaren ’00. Tenslotte wordt een doorkijkje naar 2020 gegeven. Per tijdsvak worden de belangrijkste invloeden en gevolgen voor ouderenhuisvesting samengevat.

2.1.1 Ouderenhuisvesting tot 1940

De periode vanaf de middeleeuwen tot aan de Tweede Wereldoorlog kenmerkt zich door de overgang van niet-specifieke bouw voor ouderen naar bouwvormen als hofjes en gasthuizen. Zorg werd verleend door familie en kerk (Breuer et al., 1992). Vanaf het moment dat ouderen een grotere doelgroep gaan vormen, er in dit verband meer een publieke verantwoordelijkheid wordt gezien, en er meer aandacht is en geld beschikbaar komt voor ouderen, ontstaat de eerste wetgeving met bijbehorende financiering, met name gericht op armere ouderen. De initiatieven hiervoor zijn vanuit de kerk en later andere zuilen ingevuld en ontstaan. Met name op het platteland woonden ouderen nog lang thuis in.



Foto 5 Wildemanshofje Alkmaar, 1714

Ouderen woonden in de middeleeuwen in woningen die zich niet van de reguliere woningbouw onderscheidden. Vanaf de dertiende eeuw werden in steden specifieke woningen en woongemeenschappen opgericht, de zogenoemde *hofjes*, en ontstonden vanuit de kloosterzorg *gasthuizen* (Mens & Wagenaar, 2009). Na de Reformatie in de 16e

eeuw verdwenen de kloosters en begijnhoven langzaamaan en werden de gasthuizen veelal verbouwd tot ziekenhuizen. De ouderenzorg, destijds bejaardenzorg genoemd, werd gestimuleerd door de stadsregering in de vorm van *Oudemannen- en Oudevrouwenhuizen.* Voor de rijkeren zijn er de *Proveniershuizen*. Het bouwen van hofjes nam in de 17de en 18de eeuw een grote vlucht.

De eerste stappen in wetgeving en financiering dateren uit de 18e eeuw. In de 18e eeuw kwamen er fondsen die uitkeerden bij ziekte of overlijden. In de 19e eeuw nam het aantal zieken- en ondersteuningsfondsen toe. Voor huisvesting hoefden bejaarden niet meer aan te kloppen bij de armenzorg. Eind 19e eeuw was men ervan overtuigd dat er verplichte verzekeringen moesten komen tegen risico’s zoals ongevallen, invaliditeit, ziekte, ouderdom en overlijden. In 1901 kwam daartoe de eerste sociale verzekeringswet, de Ongevallenwet, tot stand, in hetzelfde jaar als de Woningwet. In 1913 volgde de Invaliditeit- en Ouderdomswet, welke een onderhoudsplicht voor ouderen door familieleden bevatte om de te lage uitkeringen op basis van deze wet te compenseren.
In 1900 was de leeftijdsverwachting 50 jaar. Tot in het begin van de 20e eeuw bestonden er dan ook nauwelijks specifiek voor ouderen ontwikkelde woonvormen. Met de ontwikkeling van het *pensiontehuis* kwam hier verandering in. Het pensiontehuis, ook wel tehuis voor ouden van dagen of rusthuis genoemd, concentreerde een betrekkelijk groot aantal voor ouderenbewoning ontworpen wooneenheden in een complex dat daarnaast gemeenschappelijke voorzieningen kende. Daarmee was het pensiontehuis het eerste voorbeeld van wat later als een ‘institutionele’ woonvorm werd aangeduid. Ouderen waren erg tevreden over deze woonvorm: een huiselijke omgeving waarin desalniettemin werd voorzien in verzorging (Mens & Wagenaar, 2009).
In de jaren ‘20 en ’30 van de 20e eeuw werden de eerste *rust- en bejaardenhuizen* gebouwd op een enigszins substantiële schaal. Deze waren gebaseerd op levensbeschouwelijke grondslag, ingegeven door de verzuiling, in die tijd typerend voor de Nederlandse samenleving. Het denken in doelgroepen en instituties lijkt daarmee verbonden. Ouderenwoningen werden zowel door gemeentelijke woningbedrijven als door corporaties gerealiseerd; in beide gevallen binnen het raamwerk van de Woningwet. Daarnaast werden ouderen tot de jaren vijftig veel thuis verzorgd (Peeters, 1990).

2.1.2 1945-1960 Nieuw stelsel sociale zekerheid

De periode na de Tweede Wereldoorlog werd gekenmerkt door *wederopbouw* en een *babyboom*. Er was sprake van grote woningnood; er was veel armoede onder ouderen.
Door de ernstige woningnood verbleven vele bejaarden nog in reguliere woningen of bij de kinderen in huis. Men zat dringend verlegen om ouderenhuisvesting. In specifieke ouderenhuisvesting zag men een bijdrage aan de oplossing van die woningnood; daardoor zouden immers reguliere woningen voor jongeren vrijkomen. Veel ouderen gingen in bejaardenoorden en pensions wonen (Breuer, et al., 1992).

Van de bevolking die al wel in specifieke ouderenhuisvesting woonde, verbleef bijna de helft in zalen van ten minste vijf personen. Veel tehuizen kenden alleen mannen- en vrouwenslaapzalen; ze konden echtparen die samen wilden wonen niet bedienen (Mens & Wagenaar, 2009).

De ongelijke inkomenssituatie werd aangepakt met een nieuw stelsel van sociale zekerheid. In 1947 werd daartoe door premier *Drees* de *Noodwet Ouderdomsvoorziening* ingevoerd. De relatie met armoede werd verbroken; ouderenzorg werd nu zorg voor alle ouderen. In 1957 werd de Noodwet Drees vervangen door de *Algemene Ouderdomswet* (AOW). Deze wet regelt het verplichte, collectieve ouderdomspensioen en werd één van de volksverzekeringen. Door de invoering van de AOW ontstond een herkenbare groep ouderen met een categoriaal voorzieningenpakket.

Van rijkswege werden de woonomstandigheden in 1950 onderzocht. Daarbij bleek maar de helft van de gemeenten over eigen ouderenhuisvesting te beschikken, terwijl men ouderen toch als volwaardig lid van de maatschappij wilde zien. De ontwikkeling van nieuwe woonvormen zou de bejaarden weghalen uit die onzekere huisvestingspositie; ouderenhuisvesting en ouderenzorg moesten samen gaan vallen. Men maakte daarbij onderscheid naar sekse en naar de mate van hulpbehoevendheid. Een bijzondere groep werd gevormd door de chronisch zieken, voor wie opname in een verpleeghuis noodzakelijk werd geacht. Tot in de late jaren vijftig kwam men in een psychiatrisch ziekenhuis terecht als men dement werd (Houben & van der Voordt, 1993). Verpleeghuizen waren er echter te weinig doordat financiële middelen ontbraken. Dit veranderde pas eind jaren zestig (Mens & Wagenaar, 2009).
De verschillende typen woningen werden alle gesubsidieerd. Ze bleken echter niet voldoende om alle doelgroepen te huisvesten. Daarom bouwde ook de reguliere markt voor ouderen. Zo ontstonden onder andere de serviceflats: woongebouwen met gemeenschappelijke voorzieningen voor rekening van de bewoners. Ze waren vooral bestemd voor ouderen met een goedgevulde beurs, en qua vormgeving luxer en ruimer dan een bejaardentehuis.
De verrijking in korte tijd van het aanbod van ouderenhuisvesting was ongekend. Het aanbod was categoriaal en de financiering was voor elke doelgroep geregeld. Door deze ontwikkeling was verhuizen destijds vermoedelijk minder ingrijpend (Mens & Wagenaar, 2009).

2.1.3 1960-1970 De gouden jaren van de ouderenhuisvesting

In de jaren zestig zijn er zowel demografisch als maatschappelijk vele ontwikkelingen die ook hun invloed hebben op de ouderenhuisvesting. De immigratie kwam op gang, wat later tot nieuwe leefstijlen onder de ouderen zou leiden. Met name de individualisering, emancipatie en arbeidsparticipatie van vrouwen kwamen in deze tijd tot snellere

ontwikkeling. Daarnaast was het economisch tij gunstig. De jaren zestig waren dan ook *gouden jaren* voor de ouderenhuisvesting. Zij werd zwaar gesubsidieerd op basis van de Woningwet en andere regelingen (Mens & Wagenaar, 2009).



Foto 6 Serviceflats jaren zestig

Met de oprichting van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (CRM) in 1965 veranderde het denken over ouderen. Ouderenzorg en maatschappelijk werk lagen van nature in elkaars verlengde en CRM ging toezicht houden op het functioneren van de verzorgingshuizen, het niveau van de verzorging, de kwaliteit van het personeel en de veiligheid van bewoners (Breuer, et al., 1992). CRM introduceerde het begrip *bejaardenoord* en het *dienstencentrum* waarvandaan bejaarden in de buurt bediend konden worden, ongeacht hun woonomstandigheden.
Als subsidievoorwaarde voor gesubsidieerde woningen werden in 1965 de Voorschriften en Wenken ingevoerd. Doel was het woonniveau aanmerkelijk te verhogen en door standaardisatie de industrialisatie en prefabricage te bevorderen (Breuer, et al., 1992; Mens & Wagenaar, 2009). Tegelijkertijd werd een hogere dichtheid in het landschap bereikt, waardoor ouderenwoningen dicht bij elkaar of in de stad konden worden gebouwd. Evenmin als jongeren hadden ouderen inspraak in de woningbouw, wat leidde tot verzet. Dat was een flinke klimaatverandering, want vlak na de oorlog waren ouderen nog dankbaar voor de nieuwe luxe.

Als reactie hierop ging men eind jaren zestig meer onderzoek doen naar de gewenste kwaliteit van ouderenhuisvesting. Daarbij bleek dat een groot deel van de ouderen niets meer voelde voor verhuizing naar ouderenhuisvesting. De wens om zelfstandig te blijven en de gehechtheid aan de eigen buurt speelden een rol, maar ook de hoge pensionprijzen,

het afscheid van het huisdier, de moeilijkheid om logés onder te brengen en het onaanlokkelijke vooruitzicht tussen louter leeftijdsgenoten te moeten verblijven (Mens & Wagenaar, 2009). De huisvesting werd als institutioneel ervaren. Met de opkomende aandacht voor gerontologie werden ook de positieve zijden aan ouder worden ervaren (Houben & van der Voordt, 1993). Om de kwaliteit van de ouderenhuisvesting beter te kunnen waarborgen, werd in 1968 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd met een solidaire bekostiging van langdurige, onverzekerbare risico's. Binnen de ouderenzorg kregen verpleeghuizen vanaf dag één een AWBZ-vergoeding (Robson, 2002a).

2.1.4 1970-1980 Bouwexplosie en grootschaligheid

De jaren zeventig kenmerken zich door een rationalisering in de zorg en grootschalige bouw als reactie op de toegenomen vraag. Als tegenreactie kwam de roep om normalisering en integratie.

Door de introductie van de AWBZ in 1968 was er in de periode tot 1975 een bouwexplosie van verpleeghuizen als goedkopere variant op de zorg in het algemeen ziekenhuis. Daartoe werd in 1971 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen ingevoerd met het College Ziekenhuisvoorzieningen (Colleg Bouw) die daaraan uitvoering gaf (Mens & Wagenaar, 2009). Intensieve zorg was hier niet nodig, wel hulp bij algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL) zoals aankleden, wassen en dergelijke. De verpleeghuizen kenmerkten zich door dominante beddenhuizen en werden vooral aan de rand van steden gebouwd, gericht op landelijkheid en rust. Dit ging wel ten koste van sociale integratie.
In 1974 verscheen de structuurnota Gezondheidzorg waarin werd gepleit voor versterking van het zogenaamde eerste echelon van lichtere woonzorgvoorzieningen ten opzichte van het tweede echelon zwaardere woonzorgvoorzieningen door substitutie (Breuer, et al., 1992).



Foto 7 Verzorgingshuis De Vossenberg, jaren zeventig

Nadat een grote hoeveelheid verpleeghuizen was gebouwd, kwam het zogenaamde *verpleegmodel* onder vuur te liggen. Men zag deze huisvesting, enkel gericht op verplegen, als een laatste wachtkamer, een plek om juist te vermijden. Als reactie werd het *revalidatiemodel* ingevoerd, met grotere verpleegeenheden. Dit model was gericht op revalidatie en gaf mogelijkheden voor meer beweging. Ondanks de toepassing van het revalidatiemodel bleef de kritiek toenemen. Men legde de nadruk op het belang de patiënten zo gewoon mogelijk te huisvesten. Het revalidatiemodel bestond amper tien jaar, maar werd rond 1980 geleidelijk vervangen door het *woonmodel,* gericht op het zo genormaliseerd mogelijk wonen van de oudere (Miles & Huberman, 1994). Heinen, Sijsling en Groen (2012) noemen dit het *huiskamermodel*, omdat een gemeenschappelijke huiskamer het centrale kenmerk was.

In 1982 kwam de Centrale Raad voor de Volksgezondheid met een rapport waaruit bleek dat de vernieuwing van de verpleeghuizen achterliep. De Raad adviseerde meer eenpersoonskamers te realiseren en de schaal van de instellingen te verkleinen. Hij voorspelde dat het verzorgingshuis, gebaseerd op het 'maatschappijmodel', en het verpleeghuis op basis van het 'behandelmodel' elkaar zouden naderen doordat bij verpleeghuizen het wonen belangrijker werd en bij bejaardenoorden de zorg (Mens & Wagenaar, 2009).

Daarvoor, rond 1970, was de afstemming van doelgroep en woningtype binnen de ouderenzorg steeds problematischer geworden. Pensiontehuizen/bejaardenoorden werden bewoond door bejaarden die met zelfstandige woningen beter geholpen zouden zijn. Daardoor konden armlastige hulpbehoevende bejaarden hier geen gebruik van maken. Hiertegenover stond dat chronisch zieken geen plek konden vinden in een verpleeghuis: zij waren op het bejaardenoord aangewezen. Bejaardenoorden ten slotte werden steeds meer een zorginstelling in plaats van een wooninstelling, doordat de bejaarden steeds ouder werden. De kern van het probleem lag bij het oneigenlijke gebruik van het verzorgingshuis. Met het oog hierop werd in de Nota Bejaardenbeleid uit 1970 vastgelegd dat uitbreiding van zelfstandige bejaardenwoningen moest worden bevorderd en die van de bejaardenoorden moest worden afgeremd. Met het in 1977 ingevoerde Besluit Opneming in Bejaardenoorden wilde men een beter gebruik van de bestaande voorraad bevorderen door opname van bewoners aan strenge regels te binden (Mens & Wagenaar, 2009).

Eind jaren zeventig bouwde men vooral grootschalige, multifunctionele complexen voor ouderen, bestaande uit gebouwen in het groen en een dienstencentrum. Het kon gaan om verzorgingshuisplaatsen, serviceflats of andere woonvormen. Er was een toenemende gerichtheid op integratie van woonvormen en bevolkingsgroepen. Deze bouw vond vaak buiten de stad plaats.

Veel ouderen verlieten hierdoor de steden. Ouderen die dit niet konden betalen of niet wilden verhuizen bleven in de oude wijken, waar zij achterbleven met anderen, met weinig keuze. Voorzieningen in de buurt sloten door het ontbreken van participerende ouderen. De ouderen hadden weinig contacten meer in de buurt en vereenzaamden.

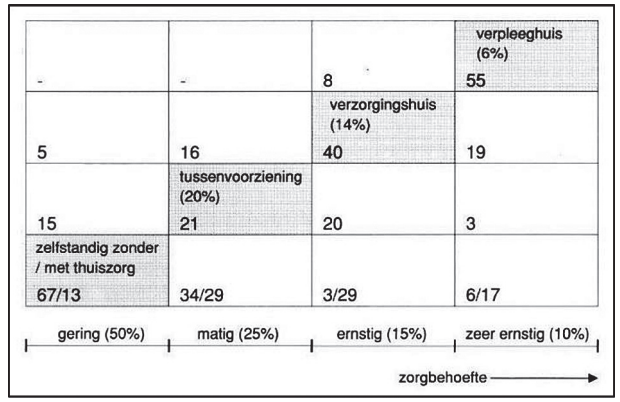
2.1.5 1980-1990 Maatwerk in stadsvernieuwing

Als reactie op de grootschalige bouw aan de rand van de steden ging men in de jaren tachtig meer bejaardenwoningen en verzorgingscentra in de oude binnensteden bouwen. De bouw van verzorgingstehuizen in bestaande oudere stadsdelen manifesteerde zich nadrukkelijk in de stadsvernieuwing met het ontstaan van nieuwe woonvormen (Mens & Wagenaar, 2009).

Het stilvallen van de economie in de periode 1978-1982 leidde tot versobering van de sociale woningbouw en stopzetten van investeringen in oudere binnensteden. Men ging over op het bouwen van kleine bejaardenwoningen om grotere woningen vrij te maken voor gezinnen. Tegelijkertijd kwam vanuit de ouderenbonden verzet tegen het wonen in een instelling. Er werden nieuwe bewonersonderzoeken gehouden. Door ouderen te betrekken bij de ouderenhuisvesting, hoopte men daadwerkelijk functionele en gewenste bouwvormen te kunnen realiseren. Helaas leverde het onderzoek te weinig resultaten op die algemeen bruikbaar waren. Dit wordt toegeschreven aan de geringe profilering van behoeftes en hoge tevredenheid door een beperkt referentiekader (Houben, 1985; Mens & Wagenaar, 2009).

De term *vergrijzing* ontstond in het begin van de jaren tachtig om het toenemend aantal ouderen te duiden. Er was een vernieuwd stelsel van ouderenhuisvesting nodig om dit financieel en organisatorisch op te kunnen vangen. Deze grote vernieuwing voltrok zich in fasen, en werd rond 1982 ingezet met aanzienlijke bezuinigingen en inzetten op eigen verantwoordelijkheid (Breuer et al., 1992). De collectieve lasten moesten omlaag, de overheid moest meer de regie uit handen geven en ruimte laten aan het werkveld. Door de bezuinigingen kwam de gesubsidieerde ouderenhuisvesting onder druk te staan, al waren de bezuinigingen niet alleen negatief doordat overtollige zorg werd weggesneden. Een groot deel van de ouderen zou er last van ondervinden dat hun de keuze om te verhuizen werd ontnomen (Mens & Wagenaar, 2009).

De bezuinigingen kregen gestalte in de vorm van een zogenaamde *substitutiebeleid*. Rangschikt men de ouderenhuisvesting naar zwaarte van aangeboden zorg, dan ontstaat een reeks, startend met het verpleeghuis, gevolgd door het verzorgingshuis, het al dan niet vanuit dienstencentra ondersteunde zelfstandige wonen en ten slotte de niet-specifieke ouderenwoning als onderdeel van de reguliere woningmarkt; zie Figuur 7. De kosten volgen dezelfde reeks: het verpleeghuis is verreweg het duurste, zij het nog altijd goedkoper dan verpleging in het ziekenhuis (Breuer, et al., 1992).



Figuur 7 Procentuele verdeling woonzorgvoorzieningen in relatie tot zorgbehoefte (peildatum begin jaren negentig, (Van der Voordt & Terpstra, 1995)

Aanvankelijk was het substitutiebeleid gericht op het weren van ouderen uit voorzieningen die meer en zwaardere zorg boden dan zij nodig hadden. De bewoners moesten doorschuiven naar de minst kostbare vorm van ouderenhuisvesting die aansloot bij het behoefteniveau. Het belang van zelfstandig wonen, al dan niet in specifieke bejaardenwoningen, werd steeds meer benadrukt (Mens & Wagenaar, 2009).
In 1986 verscheen de nota Zorg voor Ouderen waarin voor een drievoudige verschuiving van de zorg werd gepleit: van intra- naar extramurale zorg, van professionele naar zelf- en mantelzorg en van curatieve naar preventieve zorg (Breuer, et al., 1992).

Ook kwamen er hier en daar nieuwe woonvormen op doordat subsidies wegvielen, als incidentele tegenpolen van het institutioneel wonen. Zo ontstonden woongroepen, ook *cohousing* genoemd (Delgado, 2012), waarbij het ontwerp zelf bepaald kon worden en bewoners zelf hun eventuele zorg konden inkopen. Inspraak, zelfbeheer, verantwoordelijkheid naar elkaar en eigen initiatief waren hier de vier belangrijkste kenmerken (Stavenuiter & van Dongen, 2008).
Eind jaren tachtig werd 40% van de reguliere door corporaties beheerde huurwoningen bewoond door bejaarden. Dit was een probleem omdat die veelal niet op de eisen van de doelgroep waren afgestemd. De corporaties hadden belang bij het renoveren van hun woningen en het ouderenvriendelijk maken van de wijk inclusief het voorzieningenniveau. Dit hield onder andere het stimuleren van wijkcentra in als voorloper van de latere *woonzorgzone (WoZoZo)* en daarnaast de stimulering van het *aanpasbaar bouwen* in de tweede helft van de jaren tachtig. In deze periode groeiden de vierkante meters voor wonen in de algemene gesubsidieerde huursector tot 50m²; ouderen werden ook veeleisender.
In deze tijd ontstond de *Stichting Experimenten Volkshuisvesting (SEV)*. Zij verdeelde de bestaande woningvoorraad in vier categorieën op basis van geschiktheid als bejaardenwoning: geschikt voor vitale ouderen, met geringe aanpassingen bewoonbaar

voor ouderen met lichte functiestoornissen, met zwaardere ingrepen bewoonbaar voor bijvoorbeeld rolstoelgebruikers en als laatste woningen die zelfs voor vitale ouderen ongeschikt waren.
De SEV introduceerde het *seniorenlabel* waarin de kwaliteiten in drie thema's werden aangeduid: bereikbaarheid, bezoekbaarheid en bruikbaarheid en hun 'oppluspakketten': preventie, lichte en zware aanpassingen. Door een zekere aanpasbaarheid in te bouwen ontstond de *levensloopbestendige* woning, deze kan getoetst worden aan de hand van de checklist van het label op de woonvoorzieningen, de woonomgeving en de voorzieningen in de buurt.
Een trend die in deze jaren inzet is de emigratie van ouderen naar Zuid-Europese landen als Frankrijk, Spanje en Portugal. Deels om te overwinteren, maar steeds vaker blijven ouderen permanent (CBZ, 2003).

2.1.6 1990-2000 Eerste stappen in scheiden van wonen en zorg

Als reactie op het ontstaan van niet-institutionele woonvormen voor ouderen in de jaren tachtig groeide in de jaren daarna binnen de institutionele woonvormen het streven naar meer privacy (Diemer, 2005). Bovendien startte een fundamentele herziening van het beleid, die het mogelijk maakte dat de financiering van zorg niet langer noodzakelijkerwijs gekoppeld was aan wonen. Daarmee kwam ruimte voor het woonzorgcomplex als nieuwe woonvorm. Deze ontpopte zich tot tussenvoorziening en tot een geduchte concurrent van de verzorgingstehuizen door de combinatie van zelfstandig wonen en zorg op maat (Van der Voordt & Terpstra, 1995); zie ook Figuur 7.

De AWBZ werd in 1989 voor het eerst gemoderniseerd, wat tot vele veranderingen leidde. Wijkverpleging en gezinsverzorging gingen samen onder de noemer thuiszorg en het persoonsgebonden budget (PGB) kwam tot stand. Verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties gingen elkaar diensten verlenen en versmolten tot woonzorgcentra, ondergebracht in grote gefuseerde instellingen. Het Centraal Orgaan van de Samenwerkende Bonden van Ouderen (Cosbo) en het Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen (LOBB) kwamen in 1991 met een gezamenlijke nota waarin een separate woonkamer, slaapkamer, keuken en badkamer werd bepleit (Breuer, et al., 1992). Het assortiment aan diensten breidde aanzienlijk uit met vormen als deeltijdopnamen, respijtzorg, casemanagement en ketenzorg voor cliënten met dementie en andere langdurige aandoeningen. Daarnaast kwam er een eenheid van indicatiestelling tot stand voor de hele AWBZ-sector (Mens & Wagenaar, 2009).

In 1994 kwam de Commissie Welschen met een rapport dat een doorbraak in de modernisering van de ouderenzorg zou betekenen. De collectieve uitgaven liepen uit de hand en zouden door de vergrijzing nog groter worden. Het veld van de ouderenhuisvesting zou moeten worden ondergebracht in een *tweekolomsmodel*, een

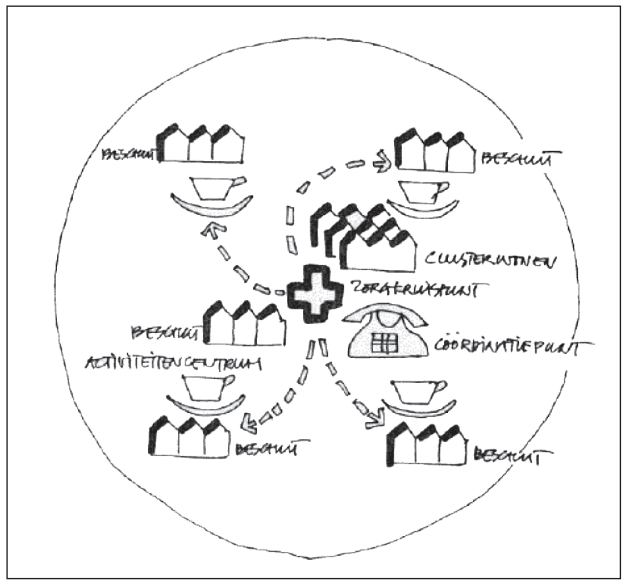
kolom voor wonen en een kolom voor zorg, doorgevoerd in de organisatie en financiering (Van der Voordt & Terpstra, 1995). Voor de levering en de kwaliteit van de zorg was in de voorstellen de zorgverzekeraar de eindverantwoordelijke. Voorheen werd de specifieke huisvesting geïndiceerd op basis van zorgvraag. Voortaan werd deze werkwijze verlaten en de invulling van huisvesting los gezien van de zorgvraag. Om het werk van de Commissie Welschen af te ronden, startte men de 'grote operatie' waardoor stapsgewijze scheiding van wonen en zorg werd vormgegeven door tal van overgangsmaatregelen en wetswijzigingen, doorlopend in het volgende decennium. De uitvoering werd in 1998 gedecentraliseerd en overgelaten aan door de ziektekostenverzekeraars gerunde regionale zorgkantoren.



Foto 8 Middelgroot woonzorgcomplex Oklahoma, Amsterdam 1997

De vergrijzing maakte uitbreiding van de huisvestingsvoorraad nog immer nodig. Men ging experimenteren met consequente scheiding tussen wonen en zorg, waarbij de financiering van de zorg losstond van de huisvesting, onder meer door aan- en inleunwoningen (Breuer, et al., 1992). Zo ontstond ook het woonzorgcomplex, voor een voorbeeld zie Foto 8. Het wonen werd verzelfstandigd en de zorg werd van buiten toegevoegd. In de woonzorgcomplexen konden ouderen wonen die zorg nodig hadden, maar ook die daarop vooralsnog geen beroep deden (Singelenberg, 1999). Het grootste verschil met het verzorgingshuis was de grootte en de uitrusting van de appartementen. Deze waren ruim en gebouwd volgens de normen van het seniorenlabel. Veel woonzorgcomplexen vielen op door hun grote atrium of door een wintertuin waaraan gemeenschappelijke voorzieningen zijn gesitueerd.
In de praktijk bleek het onderscheid niet eenvoudig te maken. Begeleid, beschut en beschermd wonen waren de termen die voor deze woonvorm met zorg werden geïntroduceerd. Ouderen die continu oproepbare zorg nodig hebben, leken echter een

oplossing tussen het woonzorgcomplex en verpleeghuis te missen (Van der Voordt & Terpstra, 1995).
In 1995 kwam de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen, Gezondheidszorg met een eigen model (het zogenoemde STAGG model), zie Figuur 8. Het is geïnspireerd op het Deense model voor de ouderenhuisvesting met een divers woonaanbod, gebaseerd op scheiden van wonen en zorg en een nadrukkelijke rol voor wijkcentra met welzijnsvoorzieningen. In 2000 werd het model geactualiseerd en uitgebreid met onder meer de psychiatrische zorg (Harkes, 2001; STAGG, 2000). In dit model heeft het woonzorgcomplex een functie als centrum voor de wijk, het zogenaamde zonale woonzorgcomplex (De Kam et al., 2012).



Figuur 8 STAGG model (1995)

In de verpleeghuizen bleef echter vooralsnog de driekoloms-ordening van toepassing. Hierbij werd naast wonen en wonen met verpleegzorg, een tussengebied wonen met verzorging gehandhaafd (Mens & Wagenaar, 2009). De SEV ontplooide in de jaren negentig experimenten om verpleeghuizen te transformeren tot eigentijdse, genormaliseerde woonvoorzieningen. Het overgebleven verschil met normale woningen zou daarbij nog bestaan uit gegarandeerde 24-uurszorg, een variabel servicepakket en zorg-op-maat. Voor dementerende ouderen werd een specifieke woonvorm ontwikkeld: het *kleinschalig begeleid wonen*. Kleinschaligheid kan uitmonden in verspreide kleine woongroepen, maar laat zich ook binnen de grotere instellingen organiseren (Wijnties, 2004). In dat laatste geval spreekt men van kleinschaligheid binnen een grootschalige setting. Geelen (2005) spreekt van een vijfde fase binnen de verpleegzorg, na het medische model uit de jaren vijftig, het verpleegkundige model uit de jaren zeventig, het

multidisciplinair model (lichamelijk, psychisch en sociaal) uit de jaren negentig en het vraaggerichte model (zorg, behandeling en woonomgeving) in deze eeuw.

2.1.7 2000-2010 Opeenvolgende wetswijzigingen

In het laatste decennium dat binnen de onderzoeksperiode valt, volgen de wetswijzigingen elkaar in hoog tempo op. Het scheiden van wonen en zorg breidt zich uit, zelfredzaamheid en daaraan gekoppeld eigen verantwoordelijkheid worden de norm.

In 2003 werden stappen gezet om de AWBZ ingrijpend te wijzigen. Deze modernisering beoogde de cliënt centraal te stellen bij de vraag naar zorg. Kern van de wijziging van de AWBZ is dat de instellingsgebonden, aanbodgerichte aanpak is vervangen door zeven functionele, vraaggerichte wijzen van aanpak. Het gaat het om behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en ten slotte verblijf. Voor ouderen hebben de veranderingen gevolgen afhankelijk van hun indicatie. Ouderen die aanspraak blijven maken op begeleiding gaan een aantal jaren later de gevolgen voelen van de versobering (De Kam, 2012). In tweede instantie bleek tevens sprake te zijn van bezuinigingen; door de vermeende grotere efficiency van de gemeentelijke schaal konden lagere budgetten voor de uitvoering van deze taak door de gemeenten worden vastgesteld.
In 2005 wordt het Centrum Indicatiestelling Zorg aangesteld als uitvoerder voor de indicatiestelling binnen de AWBZ.

In 2006 is met de Zorgverzekeringswet een nieuw zorgstelsel ingevoerd voor de curatieve en kortdurende zorg, waarmee een einde kwam aan het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. De belangrijkste kenmerken van de nieuwe zorgverzekeringswet waren: iedere werknemer is verzekeringsplichtig; er is één basisverzekering voor iedereen; er is een zorgverzekeringsovereenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekerde, waarbij de eerste een acceptatieplicht heeft en de tweede een zekere keuzevrijheid voor aanvullingen op het basispakket (Gruis et al., 2003).

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) werd ingevoerd in 2007 en verving de Wet Voorziening Gehandicapten en de Welzijnswet. Ook werd daar huishoudelijke hulp in ondergebracht, die tot dan toe op grond van de AWBZ werd verstrekt (VWS, 2006). De Wmo wordt door de gemeente uitgevoerd en is gericht op deelname van elke burger aan de maatschappij. De Wmo kent negen prestatievelden, waarvan er drie direct en twee indirect relevant zijn voor de woonzorgcomplexen. De drie direct relevante zijn: het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid, het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren, en het verlenen van voorzieningen ten behoeve van het zelfstandig functioneren of deelname aan het maatschappelijke verkeer. Deze prestatievelden zijn relevant omdat ze juist sociale

interactie beogen en daarop gerichte voorzieningen en activiteiten faciliteren. Daarnaast zijn twee prestatievelden indirect relevant: het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning en het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers. Hier kan het woonzorgcomplex als plaats van vestiging van een zorgsteunpunt een rol spelen. Bij een juiste menging van doelgroepen kan het stimulansen voor mantelzorg en vrijwilligerswerk bieden.

Vervolgens werd in 2006 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen, waarna de vergunningplicht voor zorgbouw werd afgeschaft. Hierdoor verdween de automatische nacalculatie van kapitaalslasten in het budget van zorginstellingen. De bouwmaatstaven verloren hun status.
In de beginjaren van deze eeuw wilde het ministerie van VWS een scheiding tussen de AWBZ en de Wmo. Ervaring leerde dat een Wmo-aanvrager vaak ook al een AWBZ-indicatie heeft. Vandaar dat sinds 2008 de divisie Maatschappelijke Ondersteuning van het CIZ (CIZ MO) als een zelfstandige divisie opereert binnen het CIZ.
In 2009 werden de zorgzwaartepakketten (ZZP's) ingevoerd, die bepalen hoeveel en welke zorg een bewoner nodig heeft. Aan elke ZZP is een aantal uur zorgtijd per week gekoppeld waarvoor een zorginstelling een bijdrage ontvangt uit de AWBZ, deels besteedbaar aan gemeenschappelijke voorzieningen.
Men kan daarbij kiezen tussen wonen in een instelling (zorg met verblijf), thuis wonen en een aanbieder vragen om zorg te leveren (volledig pakket thuis), thuis wonen en zelf zorg inkopen zonder tussenkomst van een reguliere zorgaanbieder (persoonsgebonden budget, PGB). Mede daardoor is er volgende stap van een ontwikkeling van een glijdende schaal van zelfstandig wonen ontstaan.

Samengevat is er sprake van een groot aantal ingrijpende wettelijke regelingen, met daaraan gekoppelde financiële kaders. Met het wegvallen van de vergunningplicht voor zorgbouw ontstond ook grote onzekerheid over de dekking van kapitaalslasten en de financierbaarheid van investeringen van bouwprojecten. Mede door de economische crisis kwam de bouw in de zorgsector nagenoeg tot stilstand.

2.1.8 2010-2020 Recente ontwikkelingen en de nabije toekomst

In de drie jaren die liggen tussen 2010, het einde van de onderzoeksperiode en 2013, het schrijven van dit proefschrift, zijn de in het voorgaande decennium in gang gezette verschuivingen doorgezet en versterkt. De verwachting is dat deze ontwikkeling in het huidige decennium doorzet, getuige ook het huidige regeerakkoord van Rutte II en mede als gevolg van de zich verder verslechterende economische situatie.

Dit geldt in de eerste plaats voor de verschuiving naar meer zelfredzaamheid van ouderen. De nieuwe generatie ouderen wenst ook opnieuw langer en zelfstandiger oud te worden.

Daarbij stimuleert de overheid het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid door de burger als reactie op de afname van collectieve middelen. Dit komt nadrukkelijk tot uiting in het regeerakkoord van 2012 (Van Rijn, 2013a, 2013b).
Intramurale zorg in de kern-AWBZ is en blijft een verzekerd recht. Het kabinet creëert een recht op het PGB onder stringente voorwaarden in de nieuwe Wmo en de kern-AWBZ Intramuraal wonen is niet langer voor iedereen met een zorgzwaartepakket (ZZP) 3 en 4 mogelijk.
Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten, met wijkverpleegkundigen als schakel tussen het sociale en medische domein (Van Rijn, 2013a, 2013b). Deze veranderingen in de langdurige zorg gaan veel vragen van gemeenten en zorgaanbieders. Volgens Platform31 (2012) vraagt dit om schaalverkleining bij corporaties en schaalvergroting bij kleine gemeenten.

Sociaal burgerschap met toekenning van sociale rechten wordt vervangen door affectief burgerschap, waarmee de overheid benadrukt dat bewoners voor zichzelf en anderen moeten gaan zorgen (Kampen et al., 2013); eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit waarin burgers ook in handelen solidair zijn (Derde memorie van toelichting Wmo 2011 VWS). Alleen de meest kwetsbare burgers worden ondersteund (Platform31, 2012).
De huidige ambivalente houding van professionals ten opzichte van burgers zou daarbij nog om een behoorlijke cultuurverandering vragen. Tonkens (2012) pleit in dit verband voor een combinatie van overheid, markt en burger vergelijkbaar met die van de Big Society in Groot-Brittannië (NESTA & CABE, 2011). Voor de inburgering van wederkerigheid hoeft de overheid zich minder in te spannen. Maar als het gaat om informele zorg is de verantwoordelijkheid nog niet aansprekend, zeker vergeleken met de Engelse Big Society-gedachte waar meer erkenning voor de informele zorgverlener in doorklinkt (De Kam, et al., 2012; Tonkens & Duyvendak, 2013).
Na de calculerende burger uit de jaren negentig, dienen burgers nu vooral 'in hun eigen kracht' te komen. De begrippen zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid zijn kernbegrippen in de Wmo (Brink & Van der Veen, 2013). Eigen Kracht verwijst dan naar het vermogen van mensen om zelf, samen,oplossingen te bedenken voor hun eigen problemen en deze deels ook zelf uit te voeren.
Kampen et al (2013) stellen dat vermeende spontane initiatieven vaak door de overheid gesteund of geïnitieerd zijn. Van Bochove et al (2013) stellen dat burgerinitiatief niet gedijt bij een zich terugtrekkende overheid maar bij een activerende overheid, waarbij het vaak eerst een meer professionele inzet vraagt om taken aan vrijwilligers over te laten. Bovendien verdwijnt door de nadruk op kostenefficiëntie de 'warme zorg' van de professionals naar de vrijwilligers.

De buurt wordt gezien als cruciale gemeenschap, mede omdat mantelzorg, ondanks dat

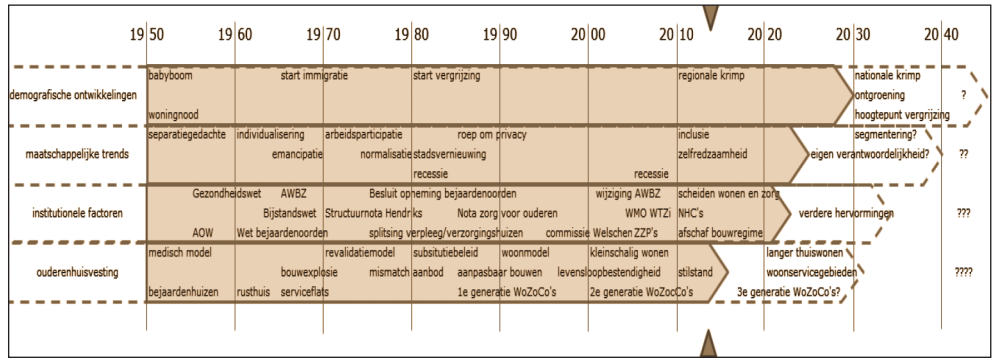
dit driekwart van de mantelzorgers voldoening geeft, regelmatig tot overbelasting leidt. Dit treft met name vrouwen op wie impliciet het beroep het meest is gericht (Kampen, et al., 2013).
De daartoe ingerichte woonservicegebieden hebben op verschillende plaatsen in Nederland hun beslag gekregen. Uit onderzoek blijkt dat ouderen hier langer zelfstandig leven en een lager beroep op AWBZ-zorg doen (De Kam, et al., 2012). Voor kwetsbare ouderen is een belangrijke factor ten aanzien van de woonomgeving de sociale veiligheid, en ten aanzien van de eigen woning de eventuele noodzaak om naar een meer aangepaste woning of uiteindelijk verzorgingshuis te verhuizen. Woonservicegebieden waar deze effecten sterker optreden kenmerken zich door (betere condities voor) een netwerk waarin ouderen enerzijds zelf relatief makkelijk kunnen participeren, en anderzijds de communicatie tussen verschillende professionals, adviseurs en ondersteuners beter verloopt. Voor mensen die beperkt sociale steun ervaren is coping, omgaan met problemen en stress, veel moeilijker (De Kam, et al., 2012). Netwerken van formele en informele zorg zijn cruciaal bevonden voor de ervaren kwaliteit van zorg en meer nog voor kwaliteit van leven (Van Dijk et al., 2013; Zwart-Olde et al., 2013).

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de aandacht in de afgelopen jaren verschoven is van de geïndiceerde burger naar de burger in een kwetsbare situatie. Niet langer is leeftijd of indicatie an sich doorslaggevend, maar de kwetsbaarheid. Gesteld wordt daarbij dat vroegtijdig interveniëren bij lichamelijke, psychische of sociale problemen gesignaleerd met bijvoorbeeld de Tilburg Frailty Indicator (TFI) of Groningen Frailty Indicator (GFI) vroegtijdige opnames kan voorkomen, beter dan met de huidige indicatiestelling kan (Van Campen, 2011). Als onderdeel van de TFI of GFI worden drie kenmerken van sociale kwetsbaarheid genoemd: alleen wonen, gemis aan contacten en gemis aan steun. Een logisch gevolg is dat ouderen die ontevreden zijn met hun woonomgeving en zich onveilig voelen in hun buurt, vaker kwetsbaar zijn (Van Campen, 2011).

2.1.9 Conclusies historisch perspectief

Figuur 9 geeft een nader overzicht van de chronologische ontwikkelingen als uitwerking van Figuur 6. Een eerste conclusie ten aanzien van de samenhang van veranderingen is dat de verschijningsvorm van de ouderenhuisvesting inderdaad de resultante is van demografische ontwikkelingen en maatschappelijke trends.

Institutionele factoren zoals de invloeden van wetgeving en financiering vormen een reactie op de demografische ontwikkelingen en maatschappelijke trends en bepalen nadrukkelijk de verschijningsvorm van de ouderenhuisvesting.
De toename van het aantal ouderen in de jaren zestig leidde bijvoorbeeld tot schaalvergroting in de ouderenhuisvesting, de roep om meer privacy in de jaren negentig tot een reactie in de vorm van eigen kamers en later aparte woningen.



Figuur 9 Verbanden tussen invloeden op de ouderenhuisvesting 1950-2040

Als tweede zien we dat veranderingen vaak een reactie zijn op het voorgaande: de roep om kleinschaligheid in de jaren negentig vormde een reactie op de grootschalige vormgeving van de jaren zestig en zeventig; het woonmodel binnen de verpleeghuissector was een reactie op het revalidatiemodel, dat weer reageerde op het medisch model.
Als derde kunnen we stellen dat de onzekerheid met betrekking tot toekomstige ontwikkelingen verschilt ten aanzien van demografie en trends, institutionele factoren en de uiteindelijke verschijningsvorm van de ouderenhuisvesting. Ontwikkelingen ten aanzien van vergrijzing, ontgroening en krimp lijken tot 2040 vrij zeker. Er tekenen zich een aantal trends af voor de kortere termijn, zoals segmentering naar inkomen en groei van zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Overheidsmaatregelen zullen hierop worden afgestemd, in samenhang met de economische crisis. De concrete vormgeving van de maatregelen hangt af van de politieke samenstelling van nieuwe kabinetten. Hoe deze veranderingen neerslaan in de uiteindelijke verschijningsvormen van de ouderenhuisvesting is het meest onzeker.

De groei van de oudere bevolking na 1950 is manifest en zal haar hoogtepunt pas bereiken rond 2040. In het komende decennium worden de verschijnselen van de dubbele vergrijzing verder zichtbaar. De groep ouderen boven de 65 jaar in Nederland zal toenemen evenals de groep boven de 80 jaar (Helderman, 2007). Dit zal een toenemende druk op alle varianten voor ouderenhuisvesting geven en daarnaast een roep om langer zelfstandig wonen in woonvormen als aanleunwoningen, woonzorgcomplexen en woonzorgzones of meergeneratiewoningen.
De afname van de beroepsbevolking lijkt al evenzeer een gegeven. Die zal zich het sterkst voordoen aan de randen van Nederland, in Zuid-Limburg, Oost-Groningen en Zeeland, en in de dorpen (Graaf, 2009a; Heck, 2009). Dit betekent een schevere verhouding tussen ouderen en de verzorgende beroepsbevolking en dreigende leegstand in zowel woningen als voorzieningen. Met de beschikbaarheid van minder personeel zal gebruik van techniek en zorg op afstand van meer betekenis worden.

Maatschappelijke trends als de vraag naar meer woonoppervlak en meer privacy hebben geleid tot grotere woningen: van gedeelde slaapzalen naar eenpersoonskamers, van kamers in verzorgingshuizen van 15 m² via appartementen van 45m² naar zelfstandig bewoonbare appartementen van 70m². Deze verruiming van woonruimte zal bestendigen, mogelijk wat getemperd door de gevolgen van de huidige economische crisis.
De opdeling in aparte instellingen per zuil is losgelaten en vervangen door voorzieningen zonder duidelijke identiteitsgebonden grondslag. De laatste jaren is er meer roep om diversiteit al naar gelang inkomen en leefstijl. Deze behoefte aan meer maatwerk en meer diversiteit in nieuwe woonvormen zal zich naar verwachting doorzetten.

De verhoogde algemene toegankelijkheid van de ouderenvoorzieningen vanaf de jaren zestig werd mede mogelijk gemaakt door wetgeving en daaraan gekoppelde financiering zoals de AOW, de Wet op Bejaarden Oorden (WBO, later opgegaan in de AWBZ) en de AWBZ. De mogelijkheden zullen onder druk van de vergrijzing deels worden beperkt. Met de Wmo is welzijn meer een verantwoordelijkheid van burger en overheid samen geworden. Met het scheiden van wonen en zorg is de vroeger vanzelfsprekende nacalculatie van kapitaalslasten voor investeringen in de bouw van voorzieningen voor ouderen verdwenen.
Dat betekent meer eigen financiële verantwoordelijkheid voor ouderen. Er zal meer eigen regie en meer eigen financiële inbreng worden gevraagd. Er zal een groter beroep op informele hulp en mantelzorg worden gedaan. Dit stelt meer eisen aan de buurt als woonomgeving voor ouderen.
Een verder zich aftekenende beweging is die naar een inclusief woonbeleid voor alle doelgroepen in wijken en complexen (Kröber, 2008). Inclusie betekent een beoogde insluiting in de samenleving van achtergestelde groepen op basis van gelijkwaardige rechten en plichten, waarbij de verantwoordelijkheid tot 'aanpassing' niet primair ligt bij de sociaal achtergestelde groep, zoals bij integratie.

Het wonen in gemeenschappen waar zorg en welzijn een gedeelde verantwoordelijkheid van de leden van de gemeenschap vormen, zal waarschijnlijk een grotere rol gaan spelen. Waarschijnlijk zal dit nadrukkelijker voor kleine kernen gelden dan in de stad. Bekende voorbeelden van plaatsen waar dit inmiddels is gerealiseerd, zijn Elsendorp en Hoogeloon. Toch zal ook in de stad de buurt als eenheid voor gezamenlijke initiatieven belangrijker worden.
De opgave die dit impliceert lijkt zonder een goede sociale woonstructuur niet op te lossen. Thuis wonen en de onmisbare mogelijkheid voor institutionele opname zullen de twee uitersten van het spectrum van ouderenhuisvesting blijven vormen. Het in enige mate gemeenschappelijk wonen in een complex zou daarbij als tussenoplossing een rol kunnen blijven vervullen.

Samenvattend zijn de volgende inhoudelijke ontwikkelingen voor dit onderzoek relevant.
De eerste stappen in het scheiden van wonen en zorg, door de ontkoppeling van de betaling van zorgkosten van de woonfunctie, zorgden voor het ontstaan van het woonzorgcomplex. Een tweede reden was het streven naar privacy en zelfstandig wonen. De zelfstandigheid werd later ook om budgettaire redenen door de overheid naar zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid omgezet. De Wmo stimuleert deze eigen verantwoordelijkheid ook.
In de tweede generatie, vanaf 1998, zijn de woonzorgcomplexen doelgroepen met een steeds hogere zorgzwaarte gaan huisvesten. De onderlinge informele zorg komt daarmee onder druk te staan, terwijl die samenredzaamheid in het concept besloten zit en met de huidige beperkte financiële middelen een nastrevenswaardig item is.
De situering van woonzorgcomplexen is centraal in de dorpen en wijken van de stad, en niet aan de rand zoals de tehuizen. Ze zijn daarmee meer gericht op de omringende wijk en kunnen een ontmoetingsplek voor die wijk vormen, het zonale woonzorgcomplex.
Het is zeer de vraag of met de verzwaring van de doelgroepen de woonzorgcomplexen qua concept levensvatbaar blijven, en of met de recente veranderingen in de AWBZ de woonzorgcomplexen financieel levensvatbaar blijven.

De fysieke schaalgrootte is als gevolg van de grotere vraag in de jaren zeventig explosief groter geworden, zowel als totale operatie als voor de individuele instellingen voor ouderenhuisvesting zelf. Als reactie daarop is een sterke roep om kleinschaligheid in de jaren tachtig ontstaan die om een meer menselijke schaal vroeg. Die roep om kleinschaligheid is nog steeds manifest, met name in de zorg voor bewoners met dementie, maar staat op gespannen voet met afwegingen gericht op exploitatie.

2.2 Ontwikkeling ouderenhuisvesting in verwante landen

Dit onderzoek is er één naar woonzorgcomplexen in Nederland. De ontwikkelingen in de ouderenhuisvesting in het buitenland zijn in zeer beperkte mate beschouwd. De ons direct omringende landen Denemarken, Duitsland, België en Engeland zijn in de beschouwingen betrokken; daarnaast is gekeken naar de USA. De ouderenhuisvesting in de omringende landen is relevant vanwege de mogelijk vergelijkbare woonzorgconcepten. De USA zijn bekeken vanwege de sterk afwijkende omvang en vanwege de aard van de gekozen oplossingen. Dit is onderzocht op basis van een beperkte literatuurstudie, aangevuld met incidentele projectobservaties.

Doel van deze vergelijking is de blik op ouderenhuisvesting te verruimen, en kennis te nemen van andere patronen (bijvoorbeeld grotere families, meergeneratiewoningen in Duitsland), andere institutionele kaders (bijvoorbeeld Denemarken, Ouderenwet 1985) of

een andere schaalgrootte (bv. Sun-cities USA). Op basis hiervan kan mogelijk de vraag worden beantwoord of de ontwikkelingen in Nederland voor de ouderenhuisvesting mogelijk de Deense, Duitse of Amerikaanse richting op zouden kunnen gaan.

2.2.1 Enkele landen in vogelvlucht

Relevant in internationaal perspectief is hoe het besluitvormingsproces rond ouderenhuisvesting is vormgegeven. In Nederland zijn de overheid en de gezondheidszorg georganiseerd volgens het Rijnlandse overlegmodel. Hierbij staat de organisatie als samenwerkingsverband centraal, is sprake van medewerkerparticipatie en wordt er overlegd op basis van onderling vertrouwen. Voordelen zijn het ontstaan van draagvlak en stabiliteit; nadelen de mogelijke stroperigheid in de besluitvorming en onduidelijkheid over de vraag wie de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt (Goodijk, 2008; De Jong, 1996).
Ook in Duitsland, België en Scandinavië volgt men het Rijnlandse model. In Groot-Brittannië en de Verenigde Staten wordt het Angelsaksische model toegepast. Daarbij zijn hiërarchie en marktwerking de bepalende mechanismen, gericht op een hogere doelmatigheid (Davis et al., 2010). Uitzondering is de National Health Service (NHS) in Groot-Brittannië, die niet van marktwerking uitgaat. Recenter wordt in Groot-Brittannië het concept van de Big Society omarmd. Daarbij zijn overheid, markt en burger voor onderdelen verantwoordelijk (NESTA & CABE, 2011).
Nederland verschuift de laatste jaren in de richting van het Angelsaksische model. Dat gaat niet zonder discussie (Bakker et al., 2005). De oproep van de overheid aan burgers om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen is deel van die verschuiving.

Een tweede vergelijking, die daarmee samenhangt, is de betekenis van de institutionele ouderenhuisvesting ten opzichte van het traditioneel thuis oud worden. De aandacht voor institutionele ouderenhuisvesting in België is relatief laag, maar groeiende. Deze beperkte aandacht wordt deels veroorzaakt door de veelheid van bestuurslagen in België (Heuvel, 2003). Daarnaast ligt het eigenwoningbezit met circa 70% hoog (Muller, 2009); veel ouderen blijken thuis te blijven wonen.
Ter illustratie: in 2003 waren in België slechts twee voorzieningen voor kleinschalig wonen voor dementerenden in gebruik. Wel bestaan vormen van groepswonen voor psychiatrische patiënten in een beschutte setting met drie tot tien bewoners en aangepaste dagactiviteiten. Ook komen aangepaste woningen voor, bestemd voor mensen met een fysieke handicap en voorzien van 24 uur hulp vanuit een ADL-centrum (Heuvel, 2003).

Duitsland is sterker vergrijsd dan Nederland, maar de voorzieningen houden daarmee geen gelijke tred. Dat betekent dat relatief minder zorgbehoevende ouderen een beroep kunnen doen op intramurale voorzieningen zoals het Altenheim en Pflegeheim, te

vergelijken met het Nederlandse verzorgingshuis en verpleegtehuis. Van oudsher is het Duitse stelsel gebaseerd op een zorgplicht van de familie: slechts als de familie geen zorg kan leveren, komt de overheid via de Pflegeversicherung in beeld. In de praktijk betekent dit, dat veel ouderen thuis door familie of in zogenaamde meergeneratiewoningen worden verzorgd (Singelenberg, 2002).

Bovendien is in Duitsland, naast het met Nederland vergelijkbare percentage eigenhuizenbezit van circa 54%, het aandeel particuliere huur zeer hoog, namelijk 31%, dus meer dan van de totale huursector inclusief sociale huur. Zie voor een voorbeeld Foto 9. Door het kleinere aandeel aan sociale huurwoningen is de overheid minder in staat daarmee de gewenste ouderenhuisvesting te regisseren. *Betreute Wohnanlagen* is de Duitse term voor woonzorgcomplexen, die in procentueel vergelijkbare aantallen als in Nederland voorkomen en al evenzeer bedoeld zijn voor zelfstandig wonende ouderen.



Foto 9 KWA Stift im Hohenzollernpark, Berlijn Duitsland, 2002

Kleinschalig groepswonen voor ouderen is in Duitsland in opkomst en vormt een reactie op de grootschalige wooncomplexen uit de jaren tachtig en negentig. De populatie binnen het groepswonen kent een mix van medisch en sociaal geïndiceerde ouderen. Het personeel is vaak ambulant. Cohousing bestaat in Duitsland meer dan dertig jaar en is een woonvorm van betekenis. Onder de naam *Mit Freu(n)den alt werden* zijn veelal intergenerationele woongroepen opgericht.
De *Betreute Wohngruppen* worden bewoond door ouderen (Stavenuiter & van Dongen, 2008). Zij zijn relatief vaker gesitueerd in steden, waarschijnlijk vanwege de daar

aanwezige cultuur en diversiteit. De helft van de projecten kent minder dan dertig bewoners maar er zijn ook hele buurten tot wel achthonderd bewoners. Het sociale netwerk is de belangrijkste drijfveer: “nicht allein und nicht ins heim” (Ache & Fedrowitz, 2012).

Binnen het Angelsaksische model heeft zich in Groot-Brittannië de National Health Service (NHS) gevormd. Zij staat voor een algemene, gratis toegankelijke gezondheidszorg. Zij wordt momenteel hervormd, waardoor huisartsen de budgetten en indicatiestelling gaan verzorgen (Davis, et al., 2010). De NHS is meer op cure- dan op carevoorzieningen gericht. Mede door het grote eigenwoningbezit van 70% (Muller, 2009) is de specifieke ouderenhuisvesting beperkt. De woonvormen die men in de Britse ouderenhuisvesting onderscheidt en die te vergelijken zijn met woonzorgcomplexen zijn: Sheltered housing en Assisted Living, Extra Care (Sheltered) housing, zie Foto 10. Bij de laatste woonvorm is sprake van wat zwaardere zorg.



Foto 10 Pantiles House, London Groot-Brittannië

De gezondheidszorg in de Verenigde Staten is nog nadrukkelijker georganiseerd volgens het Angelsaksische model; marktwerking is er alom tegenwoordig. De situatie in de ouderenhuisvesting is daar sterk inkomensafhankelijk.
Er zijn twee enigszins met woonzorgcomplexen vergelijkbare woonvormen relevant: de kleinschalige woongroepen voor ouderen en de extreem grootschalige Sun-cities.
De kleinschalige woongroepen zijn georganiseerd in groepen van tien of meer bewoners en bedoeld voor lichamelijk of psychisch beperkte ouderen. De woningen zijn gegroepeerd rond een centrale ruimte, vaak met veel groen ingericht, ook wel greenhouses genoemd (Regnier, 2002). Bewoners verrichten onderlinge hulp en zorg

(Glass, 2012).
De Sun-cities zijn zelfstandige steden met gemiddeld 40.000 inwoners. Zij gaan uit van professionele zorg, te meer vanwege het feit dat familie veelal op grotere afstand woont. In Nederland is een hiervan afgeleide woonvorm geïntroduceerd, nl. *Seniorenstad* (INBO, 2006), waar tussen de 2000 en 3000 inwoners zouden gaan wonen. Een eerste versie is ontwikkeld in Flevoland, maar de ontwikkeling is uitgesteld vanwege de economische crisis. De vraag is hoe wenselijk afgescheiden seniorensteden zijn (Heins, 2005).

Denemarken ten slotte is van de ons omringende landen het meest een bron van inspiratie voor de Nederlandse ouderenhuisvesting. Dit blijkt onder meer uit verschillende studiereizen van het KCWZ en SEV (Harkes, 2002; Singelenberg, 2001). In Denemarken is al met de Ouderenwet van 1985 scheiden van wonen en zorg ingezet. De verantwoordelijkheid voor wonen, zorg en welzijn ligt daarbij op lokaal niveau, bij de gemeenten. Dit betekent dat de ouderenzorg dicht bij huis, dus op wijk- en dorpsniveau, in een integraal wijkteam is georganiseerd, zie Foto 11.

Kleinschaligheid en huiselijkheid zijn trefwoorden; zorg en welzijn gaan samen en het medisch model is beperkt tot het strikt noodzakelijke (Singelenberg, 2001). Welzijn en intensieve zorg worden door concentratie ook op het dunner bevolkte platteland gerealiseerd (Harkes, 2002). De inspiratiebron voor Nederland is besloten in het neerdalen van verantwoordelijkheid naar lokale overheden en het mede daardoor te bewerkstelligen integrale aanbod van wonen, zorg en welzijnsdiensten en efficiency op kleinere schaal.



Foto 11 Mod Møllestien, Aarhus Denemarken

2.2.2 Conclusies internationaal perspectief

De globale verkenning met de ouderenhuisvesting in verwante landen geeft een aantal interessante inzichten. Enerzijds wordt elders op hoofdlijnen dezelfde problematiek van vergrijzing en ontgroening aangetroffen. Anderzijds wijken de institutionele kaders af en is voor net wat andere oplossingen gekozen.
Van de omringende landen lijkt België minder interessant, maar Denemarken, vanwege het scheiden van wonen en zorg, en Duitsland vanwege de familiezorg en het intergenerationele wonen, des te meer. De Britse woonvormen van Sheltered housing en Assisted living liggen qua concept ondanks het duidelijk verschillende gezondheidszorgsysteem dicht in de buurt van woonzorgcomplexen. Of er uiteindelijk in Nederland animo voor de grootschalige, gesegregeerde ontwikkeling van Sun-cities zal zijn is vooralsnog onduidelijk. In hoofdstuk 9, Aanbevelingen beschut zelfstandig wonen op maat wordt hierop teruggekeken.

2.3 Implicaties voor dit onderzoek

Het historisch kader en de recente ontwikkelingen in de ons omringende landen hebben op een drietal punten implicaties voor dit onderzoek: de definitie van het woonzorgcomplex en daarmee het onderzoeksobject, de duiding van de invloed van de wetgeving en de financiering en in de laatste fase, bij de onderzoeksaanbevelingen, een vergelijking met de geconstateerde trends in het buitenland.

2.3.1 Definities woonzorgcomplex

Zowel het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) als het KennisCentrum Wonen-Zorg (KCWZ) hanteren definities voor het begrip woonzorgcomplex.

Ministerie van VWS (1993):

"Een voor de doelgroep (ouderen) toegankelijk gebouw of complex, bedoeld voor permanent verblijf, waarvan de bewoners behoefte hebben aan een combinatie van beschermd wonen en zorg, tot uitdrukking komend in een zekere indicatiestelling, en waarvan daarnaast ook sprake is van een zekere 'zorginfrastructuur', tenminste ook tot uitdrukking komend in kenmerken van het gebouw."

SEV, Nationale survey woonzorgcomplexen (Singelenberg, 1999):

"Een complex zelfstandige woningen met een bouwwijze die is gericht op beschermd wonen, met een complexgewijs aangeboden zorg- en servicearrangement, maar met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service".

KCWZ, Begrippenlijst wonen, zorg en welzijn (KCWZ, 2009a):

"Een complex zelfstandige woningen, waar in het ontwerp aandacht is besteed aan veilig en beschut wonen. Er is een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement maar wel met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service.
De woningen voldoen aan eisen van aanpasbaar bouwen. In een woonzorgzone kan een woonzorgcomplex een functie vervullen als servicecentrum voor de wijk eromheen."

In 1999 is door de SEV een nationale survey woonzorgcomplexen gemaakt. Deze is geactualiseerd in 2001 en 2005 (Singelenberg, 2005). Hierin wordt de zelfstandigheid van de woningen en het scheiden van wonen en zorg benadrukt. Hierdoor verschuift de zorg van zuiver intramuraal naar meer extramuraal. Bovendien wordt, naast wonen en zorg, nu ook een servicecomponent opgevoerd:

In de definitie van de SEV is niet expliciet sprake van de doelgroep ouderen. In de praktijk zijn woonzorgcomplexen wel primair bedoeld voor deze doelgroep. Toch zijn complexen

bekend die deels bestemd zijn voor niet-oudere, lichamelijk gehandicapten.
In de meest recente definitie, die van het KCWZ, wordt over zelfstandige woningen, beschut wonen en een zorgarrangement gesproken.
De SEV gebruikt de term beschermd wonen in haar definitie. Het KCWZ spreekt van veilig en beschut wonen en definieert beschermd wonen als wonen voor een beoogde doelgroep die niet zelfstandig woont, in dit kader is de scheiding wonen en zorg van belang:

Beschermd wonen (KCWZ, 2009a):
"Een kleinschalige groepswoning (binnen de sector Verpleging en verzorging) met gemeenschappelijke voorzieningen en 24-uurs zorg met toezicht, of individueel wonen of groepswonen in de wijk met vrijwel dagelijkse begeleiding en 24-uurs bereikbaarheid (binnen de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg)."

Scheiden wonen, zorg (KCWZ, 2009a):
"De situatie waarin wonen en zorg apart gefinancierd wordt. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop. De zorg wordt apart gefinancierd via de zorgverzekeringswet, Wmo, AWBZ en eventueel via eigen middelen."

Wat betreft het aspect van scheiden wonen en zorg geeft de SEV in de actualisatie uit 2004 van de nationale survey een afbakening naar geheel zelfstandig wonen enerzijds en wonen met zorg anderzijds:

KCWZ, Woonzorgcomplexen, beschut zelfstandig wonen met zorg op maat (Singelenberg, 2005):
"Het woonzorgcomplex dient naar twee zijden te worden begrensd:
• Het onderscheidt zich van een wooncomplex voor ouderen door de aanwezigheid van zorggarantie, en wel tot op tehuisvervangend niveau; m.a.w.: het kan een substituut vormen voor een verzorgingshuis;
• Het onderscheidt zich van een (intramurale) zorgvoorziening voor ouderen doordat het bestaat uit zelfstandige woningen volgens de definities die gelden in de volkshuisvesting, waarbij een contractuele scheiding is aangebracht tussen wonen en zorg.
Ergo: het is geen wooncomplex en ook geen zorgcomplex, maar een woonzorgcomplex."

Het eerste onderscheid geldt onverkort, het gaat om complexen die een zorggarantie bieden. Er blijken echter ook veel complexen te zijn met intramurale bewoners waardoor het tweede onderscheid niet meer geldt. Een zuiver intramurale setting valt buiten het onderzoek. De basis voor het onderzoek vormen zelfstandige woningen eventueel met de toevoeging van intramurale groepen.

2.3.2 Definitie woonzorgcomplex in dit onderzoek

Voor dit onderzoek is in de definitie primair van belang de garantie van zorg en service, dat wil zeggen beschermd of -beter gesteld- beschut wonen.
De strikte zelfstandigheid van alle woningen wordt losgelaten, vanwege de toenemende vermenging met niet-zelfstandig wonende groepen, waarbij wel het karakter van het woonzorgcomplex overeind dient te blijven. Daarmee vervalt het element van de zelfstandigheid van de woningen zoals die voorkomt in de definitie van de SEV. Onderzocht zullen juist worden de mix van verschillende doelgroepen en het consequente scheiden van wonen, zorg en service.
De doelgroep zelfstandig wonende ouderen wordt expliciet genoemd omdat woonzorgcomplexen primair voor hen worden gebouwd.

Voor dit onderzoek wordt een woonzorgcomplexen als volgt gedefinieerd:

Definitie woonzorgcomplex in dit onderzoek
"Een complex met in meerderheid woningen voor zelfstandig wonende ouderen met een bouwwijze gericht op beschut wonen, met componenten van zorg en welzijn."

Voor de verdere afbakening van het onderzoeksobject is de afbakening naar het kleinere schaalniveau van de woning en het grotere schaalniveau van de woonservicezone van belang.
Binnen de woonzorgcomplexen wordt de schaalgrootte van het complex, de doelgroepenmenging en het interne en externe voorzieningenniveau onderzocht; niet de grootte en de vormgeving van de woning.

De facetten van wonen, zorg en service spelen zowel in een woonzorgcomplex als in een woonservicezone een rol. Het verschil is de schaal van het complex ten opzichte van het gebied. In dit onderzoek wordt naar het complexniveau gekeken. Voor de afbakening naar woonzorgzone en woonservicezone kijken we naar de definities daarvan:

KCWZ, Concepten Wonen-Zorg, woonzorgzones (2009b)
"Een woonzorgzone is een buurt, wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet-planbare 24-uurszorg."

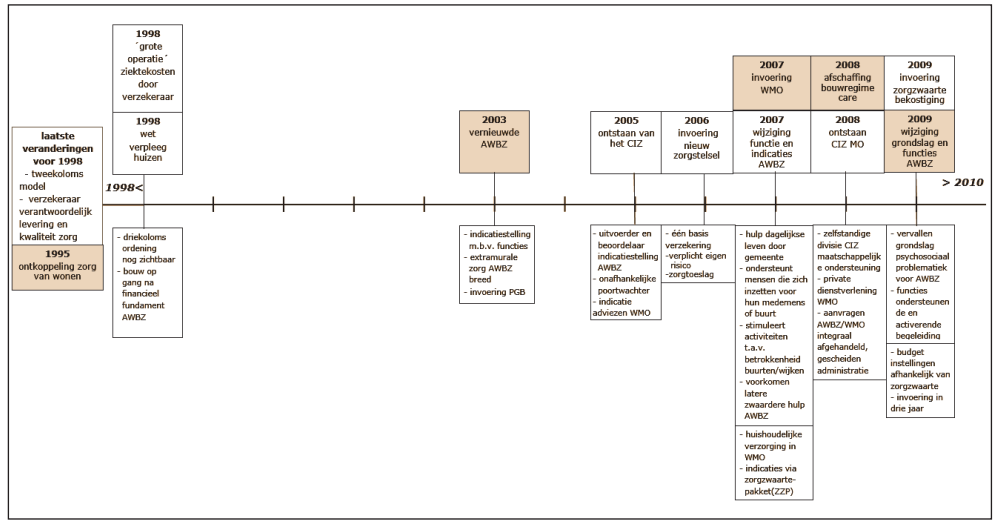
KEI, Wat is een woonzorgzone? (1990):
"Een woonzorgzone is een samenhangend geheel van woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen in een wijk. Samenwerkingspartners stemmen de voorzieningen op elkaar af en wijkbewoners maken naar behoefte gebruik van de voorzieningen. Het resultaat moet een woon- en leefomgeving zijn waar het veilig en prettig leven is voor alle bewoners met of zonder zorg, en waar de noodzakelijke ondersteuning met zorg- en welzijnsdiensten om de hoek te regelen is."

Daarbij loopt de range in grootte van de te onderzoeken complexen van circa 30 wooneenheden tot complexen van 150 tot 300 wooneenheden. Het complex kan een rol spelen binnen een woonzorgzone, maar de woonzorgzone zelf is enkel als setting onderwerp van onderzoek. De belangrijkste reden hiervoor is, naast afbakening, dat het complex als gebouw als een herkenbaar, afgebakend geheel wordt onderzocht.

De Engelse vertaling van het begrip woonzorgcomplex levert minder eenduidige synoniemen op. De vertaling als Assisted Living Facility is het wijdst verbreid (Regnier, 2002). In Zweden en Noorwegen staat Assisted Living echter voor het daadwerkelijk leveren van assistentie, dus per definitie zorggerelateerd, anders dan in de Nederlandse woonzorgcomplexen met (deels) zelfstandige bewoners. Assisted living in de VS is ook meer gebaseerd op formele zorg dan in de Nederlandse situatie.
De Britse woonvorm Sheltered housing komt het meest overeen met het beschut wonen, maar de term is minder wijd verbreid.

2.3.3 Operationalisering invloed wetgeving en financiering

Voor dit onderzoek is de belangrijkste vraag met betrekking tot de wetgeving en de financiering hoe bepalend deze zijn voor de keuzes ten aanzien van schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen; zie deelvraag 9, Hoe wegen deze initiatiefnemers hierbij de institutionele factoren van wetgeving en financiering?
Daartoe worden de veranderingen binnen de wetgeving en financiering in de onderzoeksperiode 1998-2010 nader onder de loep genomen en vergeleken met ontwikkeling van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmeninge en voorzieningenniveau, zie hiervoor hoofdstuk 4; onderzoeksmethoden, hoofdstuk 5 resultaten, en hoofdstuk 8 conclusies.
In deze onderzoeksperiode vond zoals eerder gesteld een opeenhoping van wetswijzigingen plaats. Deze zijn uitvergroot en toegelicht weergegeven in Figuur 10. We zullen de vijf belangrijkste veranderingen nader omschrijven, zie de gekleurde vlakken.



Figuur 10 Veranderingen wetgeving en financiering ouderenhuisvesting in de onderzoeksperiode

- Drie jaar voor de onderzochte periode, in 1995, vindt de verandering in de AWBZ plaats waarbij de betaling van zorg niet langer per se aan huisvesting gekoppeld is. Het was niet langer vanzelfsprekend dat bewoners die zorg nodig hebben, daarvoor in een intramurale voorziening moesten worden opgenomen.
- Een tweede grote verandering wordt gevormd door de vernieuwing in de AWBZ die de indicatiestelling met behulp van functies regelt en de invoering van het PGB.
- Een derde grote verandering wordt gevormd door de introductie van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (Wmo) in 2007. Deze wet reguleert de rol als budgethouder van gemeenten in zorg en welzijn. Met een toenemende vraag bij waarschijnlijk afnemende budgetten doet de wet ook een nadrukkelijk beroep op de zelfstandigheid van ouderen en andere kwetsbare groepen (VNG, 2012; Wijer, 2012). De rol van de lokale overheid als faciliteerder en regisseur voor welzijn en zorginfrastructuur wordt naar verwachting veel groter (De Kam & Needham, 2003). De Wmo noodzaakt tot meer inclusief denken in de woonvoorzieningen (van Regenmortel, 2009).
- Een vierde grote verandering was de opheffing van de vergunningplicht voor zorgbouw en het verdwijnen van de wettelijke taken van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ). Met deze plicht verdween ook het houvast dat de bouwmaatstaven gaven. Het verdwijnen van het systeem van automatische nacalculatie van kapitaalslasten voor investeringen leidde tot grote onzekerheid en tot het vrijwel stilvallen van de bouw in de zorg. Dit leidt tot een onzekerheid over de financiering van ouderenhuisvesting, die nog versterkt wordt door de huidige economische crisis.
- In 2009 wijzigen grondslag en functies binnen de AWBZ opnieuw.



Gekoesterde herinnering aan verzuild verleden

Huize St. Franciscus, Veendam (Kleinschalig-Gemengd met zwaardere zorg- Voorzieningenniveau Basis)

Hoofdstuk

3

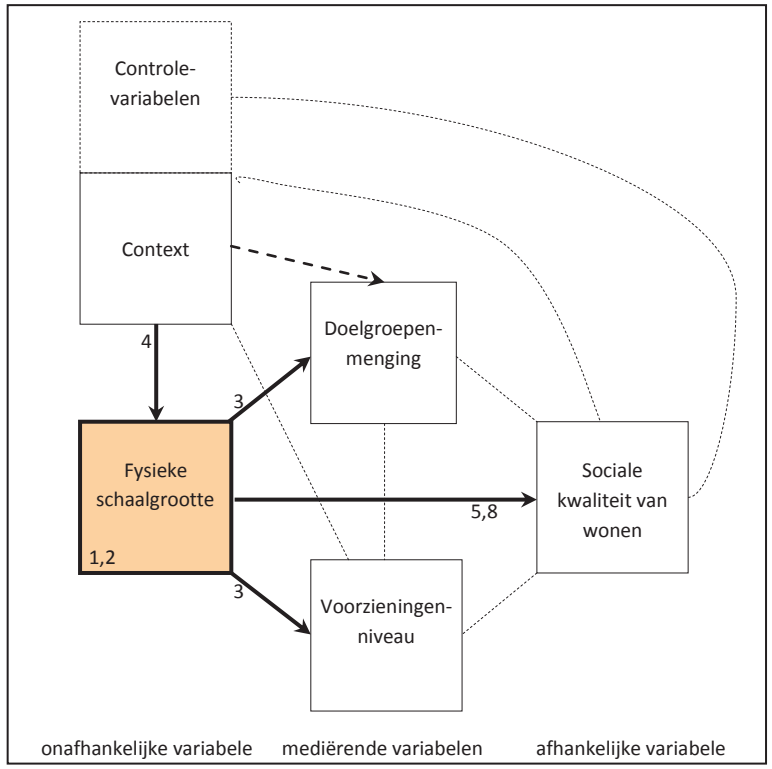
Theoretisch kader en hypothesen

3 Theoretisch kader en hypothesen

In dit derde hoofdstuk worden de onderzoeksvariabelen vanuit de literatuur beschouwd. Daarmee wordt de eerste deelvraag betreffende de begripsanalyse beantwoord. De uitwerking van de variabelen resulteren in definities en indicatoren voor dit onderzoek, en in hypothesen ten aanzien van de onderlinge relaties. Het hoofdstuk eindigt met een uitgewerkt conceptueel model.

3.1 Fysieke schaalgrootte

De leidende, onafhankelijke variabele in dit onderzoek is schaalgrootte, in het bijzonder fysieke schaalgrootte, zie Figuur 11 met daarin de nummers van de deelvragen.
De term schaalgrootte kent een drietal, voor dit onderzoek relevante, definities: één algemene, één vanuit de organisatieleer en één vanuit de architectuur en stedenbouw.



Figuur 11 Fysieke schaalgrootte in het conceptueel model met nummers deelvragen

De algemene definitie van schaalgrootte luidt: “schaalgrootte is de omvang van de middelen en faciliteiten die nodig zijn voor de vervulling van een taak of functie”, waarbij het deelwoord “schaal” gedefinieerd wordt als “verhoudingsmaatstaf, gevormd door een reeks van op bepaalde afstanden van elkaar geplaatste evenwijdige streepjes of een zo verdeelde lijn” en” grootte” als “mate waarin iets groot is, omvang” (Van Dale, 2009).
In deze algemene definitie komen de twee aspecten ‘omvang van’ en ‘gericht op een functie’ naar voren. Deze zijn voor dit onderzoek relevant omdat naar de relatieve omvang wordt gekeken van de primaire functies van woonzorgcomplexen, namelijk het wonen, het welzijn en (in beperkte mate) de zorg.

3.1.1 Schaalgrootte in de organisatieleer

In de organisatieleer wordt veel geschreven over schaalgrootte in relatie tot schaalvergroting of schaalverkleining van een organisatie. Hierbij staat de wijze van organiseren van alle activiteiten centraal, dat wil zeggen het proces.
Zijp (1997) beschrijft op basis van De Groot (1995) een driedeling in de typologie van schaalvergroting. Van *fysieke schaalvergroting* is sprake wanneer verandering plaatsvindt in de omvang van sociale en ruimtelijke eenheden. Onder *structurele schaalvergroting* wordt verandering van de processen van zowel individuele als sociale systemen verstaan. Ten slotte is *mentale schaalvergroting* een verandering in de emotionele band van de leden met een groep als geheel. Als voorbeeld noemt hij het proces waarbij men zich meer Europeaan dan Nederlander voelt.
Bij dit onderzoek hanteren we schaalgrootte en niet schaalvergroting als begrip. Wel gebruiken we dezelfde driedeling: de *fysieke schaalgrootte* van woonzorgcomplexen, namelijk het aantal wooneenheden, de *structurele schaalgrootte* in de vorm van de processen rond wonen, zorg en welzijn, en de *mentale schaalgrootte:* de ervaren veiligheid, verbondenheid en privacy.
Fysieke schaalgrootte wordt gehanteerd als de belangrijkste onafhankelijke variabele. De structurele en mentale schaalgrootte vinden we terug in de organisatieprocessen gericht op de mediërende variabelen doelgroepenmenging en voorzieningenniveau en bij de ervaren sociale kwaliteit van wonen als afhankelijke variabele.

In zowel wetenschappelijke literatuur als managementliteratuur worden volgens Olthof (2001) de twee facetten van schaalgrootte, omvang en complexiteit van het proces, regelmatig door elkaar gebruikt. Het gaat daarbij om de optimale schaal van de zorgorganisatie als geheel en het zorgproces zelf. Hij stelt dat het begrip kleinschaligheid al decennia lang een belangwekkende rol speelt, vooral als aanduiding van de organisatie van de zorg en niet zozeer als schaalbegrip van de zorgorganisatie. Hij koppelt hier het fysieke begrip met het structurele begrip van schaalgrootte.
Zo zijn bijvoorbeeld voor een ADL-unit (Algemene Dagelijkse Levensbehoefte) 12 of 24 wooneenheden nodig vanuit budgettaire redenen (Duine, 2004). Wanneer in een woonzorgcomplex reeds een unit is opgenomen is de vraag hoe de andere woningen met 55-plussers zonder zorgindicatie hierop zouden kunnen terugvallen (exemplarische case: St. Annahof, Uden). De kwestie van de groepsgrootte in de dementenzorg is hiervoor reeds besproken, met groepsgroottes van zes tot acht dementerenden (te Boekhorst, et al., 2008). Daarnaast speelt ook de discussie over een voldoende basis voor algemene voorzieningen bij standalone (4x6 of 3x12) wooneenheden (The, 2005). Een woongroep onderdeel uit laten maken van een grotere setting kan natuurlijk ook, we spreken dan van kleinschalige zorg in een grootschalige setting (Eefsting, 2007).
Het bovenstaande getuigt van de velerlei invloeden die een rol spelen, en van het inconsequente gebruik van begrippen.

De schaalgrootte van woonzorgcomplexen heeft invloed op het eventuele zorgproces en op het zorgklimaat. Het onderzoek is echter niet verder verruimd tot de kwaliteit van zorg. Toevoeging zou een extra aantal te onderzoeken factoren inhouden en een onderzoek op zich vormen. Bovendien zijn voor de primaire doelgroep, de zelfstandig wonende oudere, wonen en service deel van de dagelijkse behoefte; zorg lijkt vooralsnog beperkt.

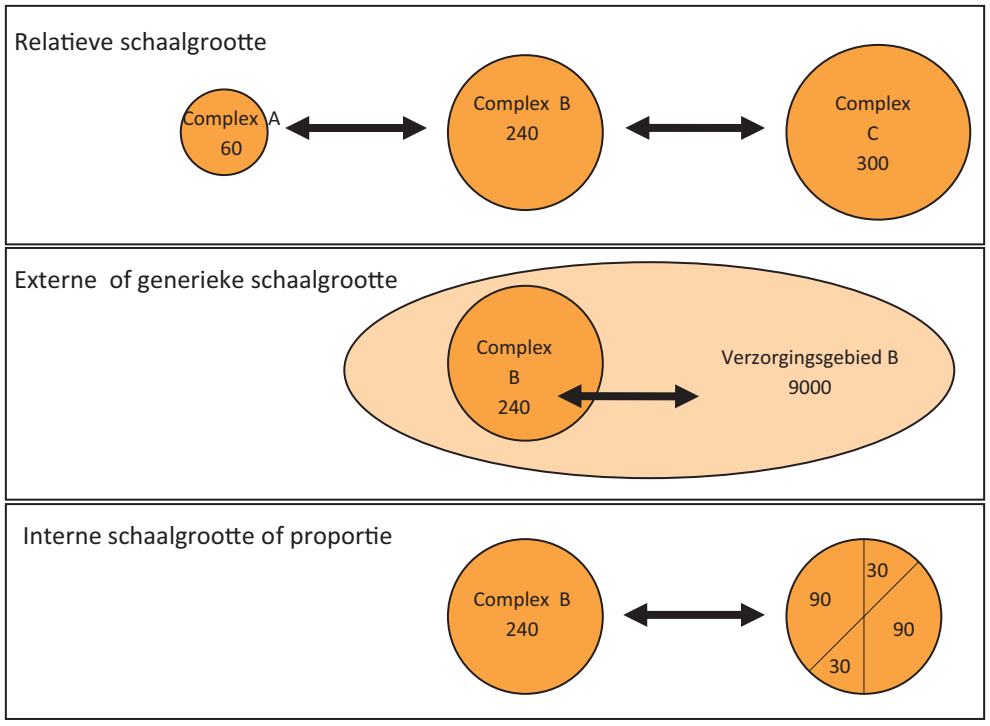
Als fysieke schaalgrootte de onafhankelijke variabele in dit onderzoek naar woonzorgcomplexen is, dan is de volgende vraag: welke eenheid moet worden gehanteerd?
Olthof (2001) stelt dat de meest concrete manier om schaalgrootte van een organisatie te definiëren is: schaalgrootte synoniem stellen aan de omvang van een organisatie. Op deze wijze wordt de term schaalgrootte in de gezondheidszorg geoperationaliseerd in termen van aantal bedden, personeelsleden of budget. Ook Oliviers (2007) stelt dat onder schaalgrootte van een rusthuis het totaal aantal bedden bedoeld wordt. In de nationale survey van woonzorgcomplexen (Singelenberg, 1999) en in de actualisatie van KCWZ (Neele, 2004) is het aantal woningen als eenheid gesteld.

Voor dit onderzoek naar de fysieke schaalgrootte van het woonzorgcomplex nemen we het aantal wooneenheden als maat, aangezien steeds vaker groepswoningen in woonzorgcomplexen voorkomen, zodat het aantal woningen geen adequate eenheid is. Anderzijds is het aantal bedden niet relevant voor een woonzorgcomplex vanwege de zelfstandige woonfunctie. Onder wooneenheden worden zelfstandige woningen verstaan en daarnaast de afzonderlijke kamers in een groepswoning.

3.1.2 Fysieke schaalgrootte in de architectuur

Het schaalbegrip binnen de architectuur en de stedenbouw refereert eveneens aan dat van het te onderzoeken object. In welke verhouding tot het omliggende dorp dan wel de omliggende wijk staat de grootte van het woonzorgcomplex? Hoe verhouden de complexen zich ten opzichte van elkaar? En wat is de verhouding tussen de ruimtelijke en sociale eenheden binnen het complex?
Een architectonisch belangrijk onderscheid is dat tussen de begrippen *schaal en proportie*. Boudon (1978) definieert deze als volgt: “Waar de proportie de mathematische uitdrukking is van de onderlinge verhouding tussen gebouwelementen (tussen elementen die tot eenzelfde ‘ruimte’ behoren), geeft de schaal de verhouding weer tussen het gebouw en een element waarvan men de afmetingen kent.” Ching (1979) stelt dat schaal een gefixeerde proportie is en gebruikt wordt om maten en dimensies te determineren. Hij onderscheidt de *generieke schaal* als de grootte van een gebouwelement ten opzichte van andere vormen in zijn context, en de *menselijke schaal* als de grootte van een gebouwelement of- ruimte ten opzichte van de proporties van het menselijk lichaam. Als voorbeeld voor het streven naar menselijke schaal in een grootschalig geheel noemt hij

Unité d'Habitation van Le Corbusier, die daarvoor het proportie/maatsysteem de modulor gebruikte. Ching stelt verder dat proportie refereert aan mathematische relaties tussen de werkelijke dimensies van vorm en ruimte en dat schaal refereert aan de wijze waarop de grootte van een element of een ruimte wordt ervaren ten opzichte van andere elementen. De ene zou meer een exacte maat zijn, de ander een relatieve waarde, oftewel een kwantitatieve ten opzichte van een kwalitatieve (schaalbeleving komt later aan de orde bij de behandeling van de sociale kwaliteit van wonen, zie paragraaf 3.4).



Figuur 12 Driedeling fysieke schaalgrootte: relatieve, externe en interne

Wanneer we de verhouding van een complex ten opzichte van wijk of dorp beschouwen gaat het ook om schaal. Omdat we het complex vergelijken met een groter geheel definiëren we dit als de *externe schaalgrootte*, vergelijkbaar met de generieke schaal van Ching. Hierbij is een belangrijke vraag hoe dit te operationaliseren. Waar ligt de grens van de buurt, wijk of dorp, beter gezegd het verzorgingsgebied van het complex (Arcares, 2004)?

Ten tweede is de relatieve grootte ten opzichte van gelijksoortige complexen relevant. Spreken we van een klein, gemiddeld of groter complex, met een kleinschalige, gemiddelde of grootschalige opzet? We definiëren dit als de *relatieve (schaal)grootte*.

Ten slotte is er de schaalgrootte die zich naar binnen richt: hoe verhoudt zich een percentage van een bepaalde doelgroep of woonvorm tot het totaal? Dit definiëren we als

de *interne schaalgrootte,* vergelijkbaar met het begrip proportie van Boudon.

Hiermee worden binnen dit onderzoek drie begrippen voor de fysieke schaalgrootte gedefinieerd, zie Figuur 11:

- de *externe schaalgrootte* van het woonzorgcomplex ten opzichte van de omliggende wijk of het dorp, te definiëren als het aantal wooneenheden van het complex ten opzichte van het aantal bewoners van de wijk, het dorp of het verzorgingsgebied, geoperationaliseerd binnen de controlevariabele situering, zie paragraaf 3.5
- de *relatieve schaalgrootte* van het woonzorgcomplex ten opzichte van andere, vergelijkbare complexen, een vergelijking van het aantal wooneenheden, gehanteerd als variabele fysieke schaalgrootte binnen dit onderzoek
- de *interne schaalgrootte* van het woonzorgcomplex, de interne opdeling, in het bijzonder de aanwezige doelgroepen, geoperationaliseerd binnen de variabele doelgroepenmenging, zie paragraaf 3.2

3.1.3 Spreiding schaalgrootte woonzorgcomplexen

In de nationale survey van 1999 is de grootte van woonzorgcomplexen geïnventariseerd van de voorliggende periode 1987-1998 (Singelenberg, 1999). Hieruit is ten aanzien van de fysieke, relatieve schaalgrootte het volgende af te leiden: er zijn 504 woonzorgcomplexen gebouwd met een gemiddeld aantal woningen van 56 per complex, waarbij de range in grootte van 30 tot 300 loopt.

Het onderzoek De Wenselijke Schaal betreft de woonzorgcomplexen in de periode 1998 tot 2010. Bij de eerste verkenningen voor de Beschut Zelfstandig Wonen-atlas, N=9, constateerden we al dat het aantal wooneenheden beduidend hoger ligt dan in het voorgaande decennium: gemiddeld 147 en een range van 63 tot 322 wooneenheden per complex.

Singelenberg (2009) noemt een getal van 250 als een economische ondergrens voor een efficiënte organisatie, hoewel uit zijn survey van vroegere complexen een veel lager gemiddelde blijkt.

Bij Humanitas Rotterdam wordt een expliciete ondergrens van circa 250 woningen gehanteerd, met name om het juiste leefklimaat te creëren, ‘reuring’ zoals Becker (2006) dat noemt. Als belangrijkste argumenten noemt hij betere menging van jong en oud, ziek en niet-ziek, arm en rijk, allochtoon en autochtoon, verdergaande tegemoetkoming van de mens als groepsdier en zijn contactbehoefte, waarbij niet-routinematige, niet-afstandelijke contacten nodig zijn.

Aan deze behoeften zou beter te voldoen zijn in een grootschaliger setting. Humanitas past daarom overdekte dorpspleinen en bijzondere restaurants als ontmoetingsplaats binnen zijn complexen toe, ook voor mensen van buiten.

De vraag is of deze niet-routinematige, niet-afstandelijke contactbehoefte in kleinschalige of juist in grootschalige complexen te vinden is, deze wordt onderzocht als de indicator

sociale interactie binnen de onafhankelijke variabele sociale kwaliteit van wonen, zie paragraaf 3.4. Blokland (2008) en van der Waard (2010) verwijzen naar de voorwaardelijke aanwezigheid van respectievelijk publieke familiariteit en publieke vertrouwdheid. Beide begrippen zijn interpretaties van Fischer (1982), die stelt dat regelmatige persoonlijke contacten tot die vertrouwdheid leiden. Vooral ouderen missen deze contacten door het ontbreken van werk en door minder (nabije) familie en vrienden. Voor deze publieke vertrouwdheid zou een zekere privacy noodzakelijk zijn, waarvan deze niet intiem maar ook niet anoniem wordt (Jacobs, 1993). Houben en van der Voordt (1993) stellen dat grootschaligheid enerzijds leidt tot meer activiteit binnenshuis maar anderzijds tot een groter afstand naar de buurt. Kleinschaligheid kan leiden tot te veel sociale controle en te weinig functies in huis. Blijft de vraag of privacy gebaat is bij een kleinere intieme schaal, een grotere anonieme schaal of juist een tussenmaat, deze word onderzocht in de indicator veiligheid en verbonden binnen de onafhankelijke variabele sociale kwaliteit van wonen, zie paragraaf 3.4.

Er is veel aandacht in literatuur en politiek voor enerzijds kleinschaligheid en anderzijds grootschaligheid, maar minder voor middelgrote complexen. De vraag is of deze middelgrote complexen een minder uitgesproken karakter hebben en om die reden minder aandacht krijgen. Ook is mogelijk dat daar de voordelen van kleinschaligheid en grootschaligheid beide afwezig zijn, parallel aan de 'tusseneenheid' die Jacobs onderscheidt in woningdichtheid. Deze zou enerzijds onvoldoende draagvlak voor diversiteit en levendigheid met zich meebrengen, en anderzijds niet de voordelen van rust en huiselijkheid bieden (Jacobs, 1993).
Dit maakt nieuwsgierig naar de spreiding in schaalgrootte in de onderzoeksperiode 1998 tot 2010 en naar de relatie met woonkwaliteit.

Uit het bovenstaande blijkt dat er onderzoek naar de relatie tussen fysieke schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen is gedaan, echter niet of nauwelijks voor woonzorgcomplexen. Wel komt die nadrukkelijk voor de dementenzorg aan de orde. Deze wordt in de volgende deelparagraven beschreven.

3.1.4 Schaalgrootte in dementenzorg

Binnen de ouderenhuisvesting vormen de dementerende ouderen een specifieke categorie, zeker als het gaat om de schaalgrootte waarop hier zorg geleverd wordt. Uitgebreid stilstaan bij deze specifieke discussie over klein- of grootschaligheid is relevant voor het onderzoek omdat we hiervoor zagen dat deze doelgroep meer en meer wordt geïntegreerd in de huidige en nieuwe generatie woonzorgcomplexen.

Van de huidige totale populatie ouderen, is circa 580.000 dement, waarvan een derde deel ernstig. Er zijn circa 40.000 plaatsen voor dementerenden in de groot- en

kleinschalige voorzieningen (Nauta, 2009b). Volgens schattingen van het Trimbos-instituut hebben in 2010 circa 10.000 dementerende bewoners een plek in circa 350 kleinschalige woonprojecten gevonden (Willemse et al., 2009). Belangrijkste argument voor deze verandering is de normalisatie, in het bijzonder de integratie in de wijk.
Vanuit de grootschalige verpleeginstellingen met meerpersoons-slaapzalen, is de afgelopen decennia een enorme beweging naar kleinschalige woonvormen ingezet. Het kleinschalige groepswonen kenmerkt zich daarbij door groepen van zes tot acht bewoners. Het KCWZ onderscheidt daarbij vier verschijningsvormen (Wijnties, 2004): stand-alone in de wijk, bij of binnen een verzorgingshuis of een verpleeghuis en als onderdeel van een wijkgericht zorgaanbod (woonzorgzone).
Naast de discussie over de schaalgrootte van de groepen is voor dit onderzoek de menging met kleinschalige woonvormen in woonzorgcomplexen van belang.

Er zijn verschillende onderzoeken naar kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven en zorg gedaan. De belangrijkste daarvan zijn de onderzoeken van het Trimbos-instituut, AKTA/Vilans en die voor de jaarlijkse ranglijst van verzorgings- en verpleeghuizen in de Volkskrant (Liempd, et al., 2010; Trommelen & de Visser, 2008; Willemse, et al., 2009).
De vraag in het onderzoek van het Trimbos-instituut naar kleinschalig wonen luidde (Hamel, 2005; Te te Boekhorst, 2007): Wat zijn de effecten van kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven en het functioneren van de bewoners? In de resultaten concludeert het Trimbos-instituut dat bewoners bij kleinschalig wonen meer genieten van de omgeving, vaker iets om handen hebben, zelfstandiger en meer sociaal betrokken zijn, en minder vrijheidsbeperkende maatregelen kennen. De conclusie van Koopmans (2007) op basis van hetzelfde onderzoek luidt echter dat het hier een voorziening voor een specifieke groep in een bepaalde fase van de dementie betreft.
In de Monitor Woonvormen Dementie (Willemse, et al., 2009) wordt benadrukt dat de gewenste persoonsgerichte zorg die beoogt mensen met dementie zich erkend, gerespecteerd en vertrouwd te laten voelen, gebaat is bij kleinschaligheid. Naast de positieve invloed op het welbevinden van bewoners heeft het een gunstig effect gehad op de arbeidsvreugde van verzorgenden. Een meer persoonsgerichte wijze van zorgen in woonvoorzieningen gaat samen met meer tevredenheid en betrokkenheid bij de familie.

In de studie van Vilans en AKTA zijn naast de invloeden van de woningkenmerken ook die van schaalgrootte, variërend van twee tot tien en meer woningen, en de woonomgeving onderzocht (Liempd, et al., 2010). De resultaten tonen aan dat kleinschalig groepswonen een positief effect heeft op arbeidssatisfactie van zorgverleners en in wat mindere mate op bewonerstevredenheid. Bewoners van projecten met minder of kleinere groepen bleken actiever en gingen vaker naar buiten, maar kregen minder vaak bezoek. Opvallend is de relatie tussen schaalgrootte, ADL en depressie: kleinschaligheid leidt tot een hogere ADL maar ook tot meer depressie.

In het onderzoek van de Volkskrant naar verpleeg- en verzorgingstehuizen komen kleinschalige tehuizen als het beste naar voren. Gescoord is hier op objectieve en subjectieve kwaliteitsaspecten van de zorg en niet zozeer op woonkwaliteit (Trommelen & de Visser, 2008). In beginsel gebruikt men daarbij de gegevens van www.kiesbeter.nl, echter gewogen door een panel van experts en bewoners onder verantwoordelijkheid van de redactie.

De toenmalige staatssecretaris Bussemaker (2009b) voert in haar brief aan de Tweede Kamer een nadrukkelijk pleidooi voor meer kleinschalige woonvoorzieningen (Keuze in wonen). Door meer variatie in woonvormen te stimuleren wordt de keuzevrijheid van cliënten vergroot. Het bouwen van kleinschalige projecten zowel in de woonsector als in de instellingssetting is onontbeerlijk. Een stimuleringsregeling ten behoeve van de zorgsector zou de totstandkoming van kleinschalig wonen en van mogelijkheden van kleinschalige zorg kunnen versnellen. Hoewel het hier vooral een stimulering van kleinschalige zorg betreft, pleit de minister primair voor een variatie in het aanbod van woonvormen. De stimuleringsregeling kan men zien als een correctie ten opzichte van de vele bestaande, grootschalige voorzieningen.

De roep om kleinschaligheid vanuit politiek, overheid en cliëntenperspectief ondervindt ook nadrukkelijke tegenspraak. Geelen (2005) zet de nodige kanttekeningen bij kleinschalige verpleeghuiszorg. Hij constateert dat er groepen ouderen zijn met bijvoorbeeld sterk verstorend gedrag, die veel ruimte nodig hebben of een relatieve anonimiteit. Kleinschalige verpleeghuiszorg zou voor slechts 10 tot 15% van de ouderen een geschikte optie zijn (Kiers, 2007). Daarnaast geeft de personele kant minder speelruimte bij uitval; feitelijk vraagt die om meer kwaliteit en inzet. Ook het feit dat er minder ondersteuning is en mogelijk meer controle vanuit de moederorganisatie nodig is, haalt hij aan.
De kleinschalige woonvorm wordt ook sterk bekritiseerd door The. Zij stelt in een onderzoek binnen een verpleeghuis (The, 2005) vraagtekens bij het kunstmatige karakter van een groep van zes die samen een gezin zouden moeten vormen. Bovendien start zij een nieuw concept, “het Martha Flora huis”, voor 30 tot 36 mensen met afdelingen van minimaal 12 personen, zodat bewoners meer keuzes hebben in de omgang met anderen (Bles, 2009).
De Herbergier is een, qua groepsgrootte vergelijkbare, formule met zestien bewoners met dementie en vier medewerkers. De Herbergiers zijn voortgekomen uit de Thomashuizen voor bewoners met een verstandelijke beperking. In 2012 waren er vijftien vestigingen. Volgens de initatiefnemers is de formule enerzijds exploitabel door de franchiseformule en anderzijds doordat de zorg regelarm is en niet vanuit de AWBZ maar vanuit PGB wordt gefinancierd. De groepsgrootte van zestien maakt dat bewoners zelf groepen maken of hun gezelschap kunnen kiezen (Kuiken, 2012; Starremans, 2012).

De voor- en nadelen van kleinschalig wonen voor dementerenden pleiten voor een variatie in schaalgrootte van het aanbod waardoor maatwerk voor de bewoner, zorgorganisatie en betrokkenen wordt geboden. Het lijkt dan ook zeer wenselijk te onderzoeken of variatie in aanbod in de schaalgrootte van woonzorgcomplexen nagestreefd zou moeten worden met het oog op de woonkwaliteit en zorg. Volgens Eefsting zal de marktwerking vanzelf voor deze variëteit gaan zorgdragen, waarbij de grootschalige voorzieningen voor de minder draagkrachtigen in stand blijven en de kleinschalige voorzieningen als tussenstation dienen of voor meer draagkrachtigen (Eefsting, 2007). Daarbij zijn de draagkrachtige senioren dan in het voordeel.
Als alternatieve oplossing wordt kleinschaligheid in een grootschalige setting genoemd (Kiers, 2007), waarbij de huiselijkheid van kleinschaligheid wordt gecombineerd met de organisatorische en economische voordelen van grootschaligheid.

3.1.5 Hypothesen invloed fysieke schaalgrootte

De deelvragen ten aanzien van fysieke schaalgrootte betreffen de spreiding in de onderzoeksperiode, de relaties met doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, de invloed van wetgeving en financiering en (betreffende de hoofdvraag) de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen.

Het algemene beeld is dat kleinschaligheid het meest gewild is. Het zou meer aansluiten bij de eigen woonsituatie en meer ruimte voor maatwerk geven. Echter, één-op-één verzorging is in reguliere situaties niet haalbaar; bundeling van zorg en service zal altijd plaats moeten vinden. Daarvoor zal een zekere kritische massa nodig, zowel als financiële voorwaarde, als ook om een zekere deelname bij activiteiten te genereren. De vragen die hieruit voortvloeien zijn welke grenzen aan de onder- en bovenzijde hiervoor optreden en of deze een aantoonbaar effect op de kwaliteit van het wonen hebben. Bovendien zou dit anders kunnen zijn in het dorp dan in de stad.

De daaruit geformuleerde vier hypothesen met betrekking tot fysieke schaalgrootte (FSG) waarvan twee gerelateerd aan de sociale kwaliteit van wonen (SKW) luiden:

ten aanzien van de spreiding (deelvraag 2)

Hypothese 1: Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte onder woonzorgcomplexen in Nederland in de periode 1998-2010 ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.

Hypothese 2: Het grotere inwoneraantal in steden leidt tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993).

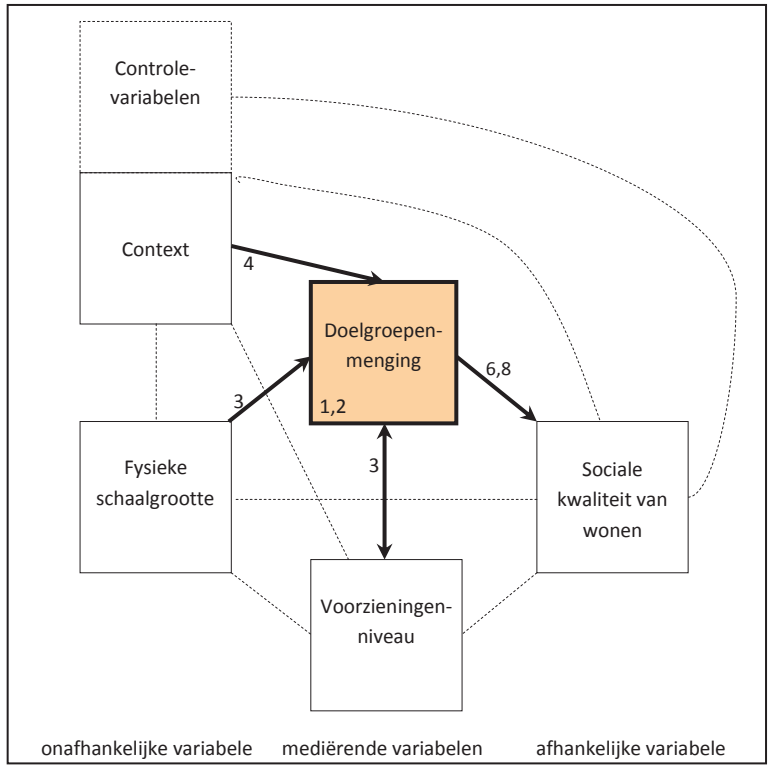
ten aanzien van de invloed op de sociale kwaliteit van wonen (deelvraag 5)

Hypothese 3: Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk (Bussemaker, 2009a; te Boekhorst, et al., 2008).
Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.. (Becker, 2003; Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993)

Hypothese 4: De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio, wèl afhankelijk van de situering in dorp of stad.

3.2 Doelgroepenmenging

Tussen de onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte en de afhankelijke variabele sociale kwaliteit van wonen bestaat een directe relatie. Daarnaast zijn er ook relaties via de twee mediërende variabelen. Om deze te duiden en definiëren is een aantal complexen verkennend bezocht in een vooronderzoek. Daarbij is met verschillende initiatiefnemers en enkele experts gesproken. Uit deze verkenning kwamen als twee belangrijke variabelen de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau naar voren, zie paragraaf 3.3. In deze paragraaf wordt de mediërende variabele doelgroepenmenging geconceptualiseerd. Zie Figuur 13 voor de plek binnen het conceptueel model.



Figuur 13 Doelgroepenmenging in het conceptueel model met nummers deelvragen

Bij de bespreking van een complex met een initiatiefnemer is de karakteristiek die veelal direct na de grootte in wooneenheden wordt vermeld of en welke zorgdoelgroepen het complex huisvest. Ook als men het besluitvormingsproces bespreekt, blijkt dat veel met deze doelgroepen in variatie en verhouding ‘geschoven’ wordt: enerzijds omdat het huisvesten van verschillende doelgroepen de primaire functie van het complex is, anderzijds omdat dit zeer bepalend is voor de financiering; zie ook deelparagraaf 3.6.2.

3.2.1 Invloed fysieke schaalgrootte op doelgroepenmenging

De invloed van fysieke schaalgrootte op doelgroepenmenging lijkt vooral inkaderend. In kleinschalige woonzorgvoorzieningen is door het lagere aantal numeriek minder ruimte voor verschillende groepen omdat elke groep zijn eigen behoeften, zorg, maar ook leefwereld heeft. Verschillende zorgdoelgroepen vragen verschillen in opleiding van personeel. Ten aanzien van de zorgexploitatie biedt een grotere fysieke schaalgrootte mogelijkheden voor meer doelgroepenmenging. Door bijvoorbeeld een gezamenlijke nachtwacht of ADL-unit (Duine, 2004) kunnen kosten worden bespaard, dan wel mogelijkheden worden gecreëerd. Andersom is er door het inzetten op verschillende categorieën zorgbehoevenden meer flexibiliteit in verhuur en daardoor een betere risicospreiding voor de exploitant. Daarmee is de inbreng van verschillende financieringscategorieën niet onbelangrijk voor de haalbaarheid van een project. Binnen dit onderzoek wordt daarom naast de kwalitatieve afwegingen ook naar de invloed van institutionele factoren op de doelgroepenmenging gekeken.

3.2.2 Invloed doelgroepenmenging op sociale kwaliteit van wonen

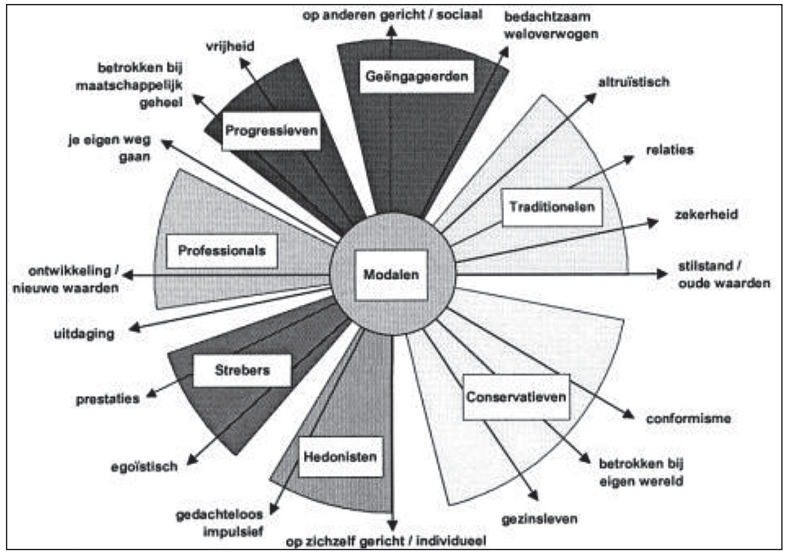
Jacobs (1993) stelt: “Het ecosysteem van de mens vergt, net als dat van de natuur, veel diversiteiten om zichzelf in stand te houden” en wel omdat het vertrouwen binnen een gemeenschap zou ontstaan uit talloze, kleine, openbare contacten. Het sociaal kapitaal, de hulpmiddelen in een gemeenschap om de sociale organisatie vorm te geven, zoals kwaliteit van sociale relaties, (in)formele netwerken, gedeelde normen, vertrouwen, wederkerigheid en inzet voor de gemeenschap, is sterk afhankelijk van de samenstelling en grootte van de gemeenschap en daarmee in dit onderzoek van de doelgroepenmenging en van de fysieke schaalgrootte. Veldboer et al (2007a) stellen dat de mate van menging een graadmeter is voor de sociale ongelijkheid en daarmee de sociale staat van Nederland. Zij constateren dat op de werkvloer mensen zich meer lijken open te stellen voor andere doelgroepen dan op de reguliere woningmarkt, doordat er op het werk meer kans is om elkaar te ontlopen. Afhankelijk van de keuzemogelijkheden op de woningmarkt voor ouderenhuisvesting is dat ook al dan niet het geval. Er is daarbij sprake van een mengingsparadox: vooral andere mensen zouden moeten mengen, terwijl men zelf graag aansluit bij de eigen doelgroepen. Dit staat bekend als de contacthypothese (Allport, 1954): onbekend maakt onbemind.
Stouthuysen, Duyvendak en van der Graaf (1999) onderscheiden in dit verband twee verschillende soorten sociaal kapitaal: het ‘bonding capital’ dat mensen verenigt die elkaar al kennen, en het ‘bridging capital’ dat vreemden verenigt. Dit betreft een directe relatie tussen de menging van doelgroepen en onderdelen van de sociale kwaliteit van wonen.

Om tot voldoende menging te komen onderscheidt Pettigrew (1998) vijf voorwaarden: relatief gelijke sociale status, een gezamenlijk doel, noodzaak tot samenwerken, steun van derden voor onderling contacten en niet bij voorbaat verziekte verhoudingen.

3.2.3 Variaties in doelgroepen

De variatie in doelgroepen die tijdens de verkennende gesprekken werd genoemd, betrof de leeftijd, de zorgcategorieën, de samenstelling van het huishouden en (in een beperkt aantal specifieke gevallen) de leefstijlen.

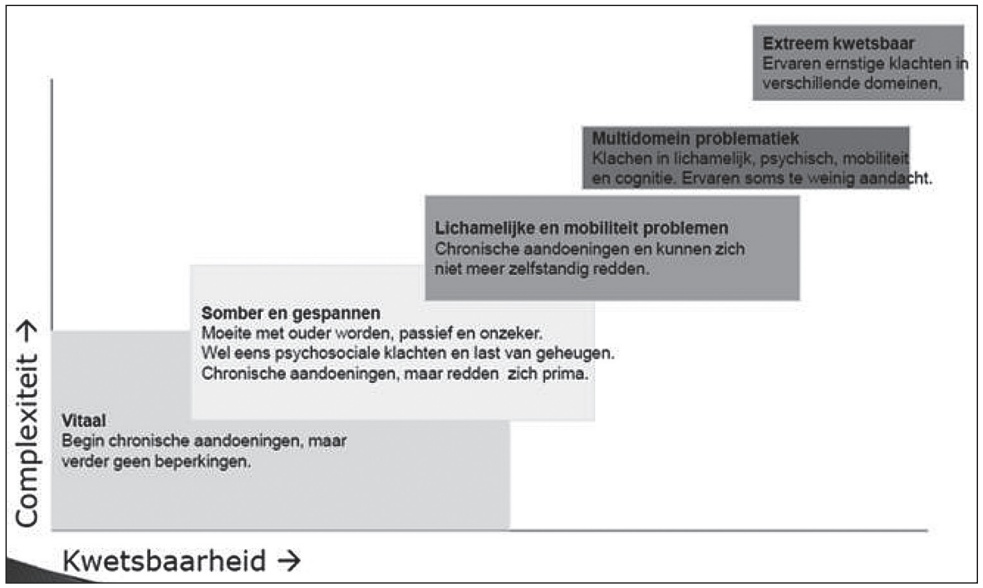
Leefstijlen kunnen worden gegroepeerd naar opleiding en inkomen of culturele achtergrond en etniciteit (Van der Fromm & de Jong, 2009; Wouden & Kullberg, 2002). Humanitas hanteert leefstijlen bij het zeer bewust mengen van doelgroepen (Becker, 2003). Van Leent (2011) onderscheidt vier leefstijlen die ook worden gebruikt in de wereld van de marketing, gericht op ontmoeting in openbare gebouwen. Hij onderscheidt leefstijlen naar introversie respectievelijk extraversie, en daarnaast op het individu of op de groep gerichte leefstijlgroepen dan wel belevingswerelden. Binnen leefstijlgerichte huisvesting voor dementerenden is de Hogewey in Weesp een voorloper.



Figuur 14 Groepen en waarden WIN-model NIPO (Hessing & Reuling, 2003)

Voor een andere benadering van leefstijlen pleit het Waarden In Nederland (WIN) model van NIPO (Hessing & Reuling, 2003), zie Figuur 14. Dit model gaat uit van de aanname dat waarden niet meer gesegmenteerd zijn naar sociaal-demografische of economische kenmerken, zoals geslacht, regio en dergelijke. Gedrag, ook consumptiegedrag zou voortvloeien uit een diversiteit aan opvattingen, leefstijlen, behoeften en mogelijkheden, die dwars door alle maatschappelijke geledingen vorm krijgt. Het model hanteert zogenaamde ‘eindwaarden’ en ‘instrumentele waarden’. Instrumentele waarden hebben betrekking op gewenst gedrag en uitstraling, terwijl eindwaarden verwijzen naar wat men wil bereiken in het leven.

Omdat de vraagstelling zich echter op een andere menging richt en omdat een studie naar leefstijlgerichte doelgroepmenging een onderzoek op zichzelf zou vragen, zijn de invloeden van leefstijlen uitgesloten en als een van de controlevariabelen geconceptualiseerd. Dit is geschied door geen specifieke leefstijl gerichte projecten als case te selecteren en door de inclusiecriteria van de respondenten daarop mede te richten, zie deelparagraaf 4.4.4.
Dit onderzoek richt zich op de zelfstandig wonende oudere in een woonzorgcomplex en op de effecten van enerzijds het toevoegen van zorggerelateerde categorieën, mede vanwege institutionele factoren, en anderzijds niet-zorggerelateerde doelgroepen vanwege beoogde community-vorming en informele zorg. Daarom is de doelgroepenmenging gericht op die naar leeftijd, zorgcategorieën en samenstelling van het huishouden.
Intussen wijzen de nieuwere inzichten eerder op het belang van kwetsbaarheid door zorgzwaarte dan leeftijd, zie de profielen van ouderen in Figuur 14 (de Kam, et al., 2012).



Figuur 15 Profielen van ouderen (De Kam, et al., 2012)

Kwetsbaarheid bij ouderen heeft betrekking op een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden (Campen, 2011). Kwetsbaarheid blijkt in toenemende mate op te treden bij mensen rond de leeftijd van 75 jaar. De 'oudste' ouderen zijn niet echter altijd de meest kwetsbare ouderen.

Voor de SEV-studie naar kwetsbare zelfstandig wonende ouderen (70+) in woonservicegebieden hanteren de Kam et al (2012) de volgende vijf profielen voor de kwetsbaarheid van ouderen:

- *Vitaal*: begin chronische aandoeningen, maar verder geen beperkingen.
- *Somber en gespannen*: moeite met ouder worden, passief en onzeker. Chronische aandoeningen en kunnen zich niet meer zelfstandig redden. Wel eens psychosociale klachten en last van geheugen. Chronische aandoeningen, maar redden zich prima.
- *Lichamelijke en mobiliteit problemen: c*hronische aandoeningen en kunnen zich niet meer zelfstandig redden.
- *Multidomein problematiek*: klachten lichamelijk, psychisch en met mobiliteit. Ervaren soms te weinig aandacht.
- *Extreem kwetsbaar: e*rvaren ernstige klachten in verschillende domeinen.

In het vooronderzoek is er in complexen als die in Didam, Uden en Haarlem reeds geconstateerd dat in de onderzoeksperiode veel woonzorgcomplexen met verschillende doelgroepen zijn gebouwd, met name groepen met een zwaardere zorgbehoefte, zoals dementerende senioren, maar ook verstandelijk gehandicapten (CBZ, 2010). Hiertoe is de definitie van woonzorgcomplexen met betrekking tot uniforme zelfstandigheid van de woningen voor dit onderzoek opgerekt. Maar daarnaast worden er ook groepen zonder zorgindicatie gehuisvest zoals starters, gezinnen en jongeren, waardoor het zorgkarakter vermindert (Malburgstaete, Arnhem).
Beide ontwikkelingen zijn deels verklaarbaar vanuit gewenste sociale integratie, het gedachtegoed dat reeds lang in de Nederlandse volkshuisvesting is ingebakken (De De Kam & Needham, 2003), maar ook door de overheid wordt gestimuleerd om te sterke ruimtelijke uitsortering te voorkomen (VROMraad, 1999). Buys (1997) geeft in zijn 'ideale mix' drie invalshoeken voor de samenstelling van de bevolking in een woongebied: de sociaaleconomische (werkloosheid, integratie), de sociaal-culturele (belevingsaspecten wonen, kwaliteit, leefbaarheid) en de ruimtelijk-economische (gebied centraal, economische vitaliteit, functioneren voorzieningen, status).

We onderscheiden met deze ontwikkeling een tweede generatie woonzorgcomplexen: de eerste generatie van 1987-1997 en de tweede generatie van 1998-2010. In de tweede generatie kwam het denken over scheiden van wonen en zorg op; eerst bij de ontkoppeling van de financiering van zorg van wonen, later bij het vervallen van een vergoeding voor de woonlasten van lichte zorgzwaarten. Voor het voorliggend decennium 2010-2020 verwacht Singelenberg (2005) verdere toename van het aantal woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging, in het bijzonder met hogere zorgzwaarten. Daarnaast voorspelt hij dat het woonzorgcomplex een centrale plek krijgt in de woonservicezones.

Menging kan naast sociale gevolgen, ook een positieve invloed hebben op het zorgaspect als het gaat om burenhulp en mantelzorg. Verschillende bewoners kunnen elkaar een helpende hand bieden, zie ook de functionele hulp in het spectrum van sociale contacten dat Royers onderscheidt (Royers, 2001). Becker legt de nadruk daarnaast op het psychologische aspect, niet alleen kunnen praten over je ziekte maar ook aandacht geven aan de roerselen van de gezonde mens (Becker, 2006).
Het huisvesten van verschillende groepen kan ook zeer positief zijn voor echtparen met een (sterk) verschillende zorgvraag. Zij kunnen zo in dezelfde woning of in elk geval hetzelfde complex wonen, iets wat in veel complexen als cruciaal voordeel wordt genoemd (Klink, 2008). Een afgeleid voordeel is dat een bewoner bij te verwachten progressie in de zorgvraag ook een verhuizing uit de woonomgeving kan worden bespaard.
Zwart-Olde et al (2013) stellen dat formele of informele netwerken de kwaliteit van leven van ouderen bevorderen, waarbij zij wel graag de regie behouden. Zij onderscheiden vier typen zorgnetwerken: het kleine gemengde zorgnetwerk, het spilzorgernetwerk, het familiezorgnetwerk en het formele zorgnetwerk, die elkaar opvolgen als er meer zorg nodig is. Het al in een vroeg stadium betrekken van familie of vrienden kan voorkomen dat het gemengde netwerk zich tot een overwegend formeel netwerk ontwikkelt. Zij stellen dat mantelzorg, thuiszorg en vrijwillige zorg vaak gescheiden circuits zijn, waardoor dit om meer afstemming en samenwerking vraagt. Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven dienen daarbij als twee verschillende begrippen te worden benaderd en vragen verschillende maatregelen (Zwart-Olde, et al., 2013). Een interessante kwestie is of deze netwerken, inclusief de gewenste betere afstemming, beter functioneren in een beschutte woonomgeving zoals een woonzorgcomplex. Dit wordt onderzocht in het thema informele zorg binnen de indicator ervaren verscheidenheid aan activiteiten van de sociale kwaliteit van wonen, zie deelparagraaf 3.4.3.

Een nadeel van menging kan de beperking van privacy zijn, en de kans op overlast, zoals bijvoorbeeld bij integratie van psychisch beperkte of dementerende patiënten. Duyvendak (2002) stelt dat de mix tussen groepen in wijken soms gezond, zo niet genezend kan zijn, soms ziekmakend. Deze mix worden genoemd als enkele van de Healing Environment aspecten binnen het OAZIS-instrument van TNO (Van der Schaaf, 2010).
Jacobs stelt dat er een *tipping point*, een omslagpunt, is waarboven menging van minderhedenin Amerikaanse buurten in plaats van een positieve een negatieve invloed kreeg (Holt-Jensen, 2001); 'te wild' worden in de woorden van Duyvendak. Een percentage van circa 7% wordt daarbij genoemd. Beneden dat percentage werden minderheden geaccepteerd en getolereerd, daarboven niet meer en keerden groepen zich van elkaar af. En belangrijke vraag is of er een omslagpunt in menging binnen woonzorgcomplexen is en waar dit dan zou liggen, zie hiervoor de hypothesen doelgroepenmenging in deelparagraaf 3.2.6.

3.2.4 Zorggerelateerde doelgroepen

Er zijn verschillende bestaande indelingen in doelgroepen bruikbaar voor dit onderzoek, zie Tabel 1. Binnen de AWBZ worden zes verschillende zorgdoelgroepen gehanteerd. Een tweede wijze van indeling is die in zorgprofielen gerelateerd aan zorgvraag en huisvestingsvorm (TNO, 2010). Het KCWZ hanteert in zijn database een grovere indeling en komt tot de volgende onderscheiden doelgroepen: alle (andere) wijkbewoners, mensen met dementie, mensen met een lichamelijke handicap, mensen met een verstandelijke handicap, mensen met psychiatrische problemen en ouderen (KCWZ, 2010).

Tabel 1 Niveaus van zorgzwaarte

	Categorieën AWBZ (Volksgezondheid, 1967)	Profielen TNO (TNO, 2010)	Groepen databank KWCZ (KCWZ, 2010)	Groepen in dit onderzoek
Zorg	psychogeriatrische patiënten	dementie	mensen met dementie	mensen met dementie
	verstandelijk gehandicapten		mensen met een verstandelijke handicap	mensen met een verstandelijke beperking
	lichamelijk gehandicapten	ouderen met veel fysieke beperkingen	mensen met een lichamelijke handicap	mensen met een lichamelijke beperking
	zintuiglijk gehandicapten	ouderen met mobiliteitsbeperkingen, beperkingen persoonlijke verzorging		
	somatische patiënten	ouderen met mobiliteitsbeperkingen		
	psychiatrische patiënten		mensen met psychiatrische problemen	mensen met psychiatrische problemen
Niet-zorg		ouderen met weinig/geen beperkingen	ouderen	55+ zonder of lichte zorgindicatie
			alle (andere) wijkbewoners	gezinnen
				starters
				jongeren

De verschillen zitten in de uitsplitsing van de doelgroepen: binnen de AWBZ worden mensen met een lichamelijke handicap uitgesplitst in somatisch, zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten. De groep wijkbewoners wordt in dit promotieonderzoek uitgesplitst in gezinnen, starters en jongeren. Deze laatste uitsplitsing is belangrijk bij het bestuderen van complexen met een lichter zorgkarakter. De uitsplitsing van de lichamelijk gehandicapten in drie afzonderlijke categorieën is minder relevant, bovendien zou dit een aanvulling van de database noodzakelijk maken op dit aspect. De indeling in TNO-profielen is minder bruikbaar, zij mist de verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten en kent daarentegen een voor dit onderzoek onnodig vergaande verfijning van fysieke

beperkingen. Daarmee is de keuze voor uitsplitsing in doelgroepen voor dit onderzoek bepaald, zie de laatste kolom.

Met de indeling in doelgroepen in de hand is vervolgens naar een relevante categorisering van de doelgroepenmenging gekeken. Er zijn drie sets gedefinieerd, oplopend in doelgroepenmenging. De eerste set wordt gekarakteriseerd door het 'Niet Gemengd zijn' van de eerste generatie woonzorgcomplexen volgens de definitie van Singelenberg (1999). De tweede set is die van complexen 'Gemengd met zwaardere zorg', en de derde set is 'Gemengd met zwaardere en niet-zorg'.

3.2.5 Inclusief beleid in relatie tot menging

Als we alle grenzen tussen de doelgroepen wegdenken en de woonomgeving zonder praktische, fysieke, sociale of psychische belemmeringen geschikt maken voor mensen met welke zorgbehoefte dan ook, spreken we van *inclusief beleid*. Inclusie betekent letterlijk insluiten en vereist daarnaast een actieve bijdrage van de bewoner.
Bij het vormgeven van hun woonomgeving worden bewoners daardoor deelnemers in plaats van toeschouwers (Habermas, 1981). Inclusief woonbeleid gaat verder dan het ondersteunen bij het tot stand brengen en onderhouden van sociale contacten, maar richt zich daarnaast vooral op het stimuleren en tot stand brengen van interactieve beleidsvorming in de vorm van inspraak, zie ook deelparagraaf 3.6.4.

Dit kan volgens Gutmann en Thompson (1996) leiden tot meer legitieme, meer efficiënte en kwalitatief betere beleidsbeslissingen. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat wanneer burgers meer invloed hebben, de mate van gemeenschap en sociale cohesie in de woonomgeving zal toenemen. Deze beschrijving van interactieve beleidsvorming is in hoge mate ideaaltypisch van aard en de praktische uitwerking niet eenvoudig (Kempen & Bolt, 2009; Wright, 2004), volgens Kröber zelfs weerbarstig (2008).
Deze inclusieve benadering kan wel zeer waardevol zijn vanwege de integrale toegankelijkheid enerzijds en het 'eigenaarschap' (betrokkenheid) van de betrokken bewoners anderzijds. De benadering zou pleiten voor het niet denken in termen van en ook niet inventariseren van groepen. Om echter de potenties van deze inclusieve benadering te toetsen, is juist het inventariseren van doelgroepenmenging noodzakelijk.
Voor dit onderzoek richten we ons op de besluitvorming door initiatiefnemers. Mogelijk dat deze partijen inclusief beleid uitdragen. Relevant is dat zeker ook als het gaat om het huisvesten zonder enige uitsluiting van welke doelgroep dan ook.

3.2.6 Hypothesen invloed doelgroepenmenging

De op de literatuur gebaseerde hypothesen en de voorlopige verkenningen in het veld ten aanzien van doelgroepenmenging in woonzorgcomplexen komen voort uit de in het vooronderzoek geconstateerde verandering naar meer menging met zwaardere doelgroepen. Naast de vraag naar de frequentie zijn er vragen over de te constateren verschillen in integratie naar zwaarte van doelgroep. Belangrijke kwestie is of doelgroepenmenging een positief effect heeft en of daarbij van een begrenzing sprake is.

Daarmee komen we op de volgende vier hypothesen ten aanzien van doelgroepenmenging (DGM) waarvan drie gerelateerd zijn aan de sociale kwaliteit van wonen (SKW):

Ten aanzien van de spreiding (deelvraag 2):

Hypothese 5: Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de populatie neemt onder invloed van veranderingen in wetgeving en financiering toe (Singelenberg, 2009).

Ten aanzien van de invloed op sociale kwaliteit van wonen (deelvraag 5):

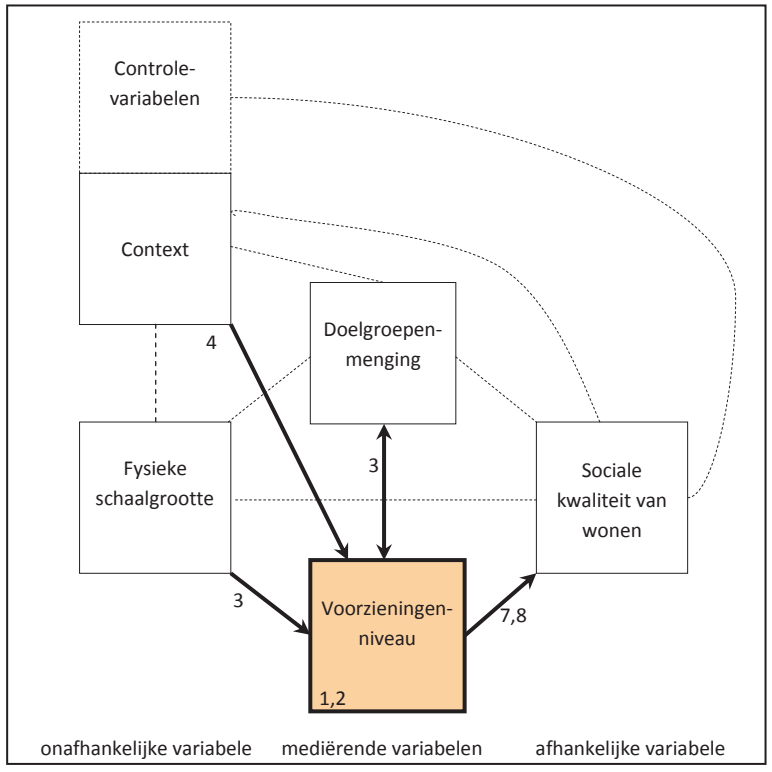
Hypothese 6: Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.

Hypothese 7: Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere doelgroepenmenging ondersteunen (Jacobs, 1993)

Hypothese 8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.

3.3 Voorzieningenniveau

De tweede mediërende variabele die uit de projectobservaties en gesprekken in het vooronderzoek naar voren kwam en vervolgens in de literatuur is bestudeerd, is die van het voorzieningenniveau, zie Figuur 16.
Initiatiefnemers presenteren veelal vol trots de voorzieningen in het complex, die soms een centrumfunctie beogen te zijn voor de omliggende wijk of het omliggende gebied (Meulenvelden, Didam; Marienstaete, Workum). In andere gevallen wordt de centrale ligging te midden van bestaande externe voorzieningen geafficheerd (St. Annahof, Uden).



Figuur 16 Voorzieningenniveau in het conceptueel model met nummers deelvragen

3.3.1 Invloed fysieke schaalgrootte op voorzieningenniveau

Bij de keuze voor inzetten op veel interne of juist veel externe voorzieningen speelt de fysieke schaalgrootte van het woonzorgcomplex een directe rol. Een kleinschaliger complex zal het in de regel meer van externe voorzieningen moeten hebben, tenzij die ontbreken en het complex het voorzieningenniveau van buurt of dorp juist moet opkrikken.

Als we de eerder gedefinieerde externe schaalgrootte bezien, de verhouding van het complex ten opzichte van het verzorgingsgebied, zou dat volgens Jacobs (1993) uit ongeveer zevenduizend personen dienen te bestaan om een draagkrachtig wijkcentrum te kunnen vormen. Een vraag is of dat ook geldt voor een woonzorgcomplex dat deze functie zou moeten vervullen. Deze vraag is gerelateerd aan de externe schaalgrootte in deelparagraaf 3.1.2. en wordt meegenomen in de hypothese betreffende de relatie tussen fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau, zie deelparagraaf 3.3.5.
Jacobs beschouwt deze voorzieningen in een wijk als ‘schaakstukken’ die door de overheid strategisch kunnen worden ingezet, eventueel als ‘gangmaker’ (bijvoorbeeld filmhuis Meulenvelden, Didam; huisartsenpost Reinalda, Haarlem).



Foto 12 Centrale ruimte in woonzorgcomplex Reinalda, Alkmaar 2006

Op het schaalniveau van de stad stelt zij dat grote steden juist mogelijkheden voor kleinschaligheid bieden, doordat het inwonertal groot genoeg is om een ruime variëteit aan keuzes in stand te houden. In kleinere woongemeenschappen zou juist grootschaligheid van voorzieningen optreden (Jacobs, 1993). Onderzocht is of hier een parallel naar de schaalgrootte van woonzorgcomplexen kan worden getrokken.
Op het platteland en in kleine kernen zijn voorzieningen vaak een knelpunt. Voor voorzieningen in de zorg geldt naast het feit of er voldoende vraag is, of de markt onder aanbieders niet te versnipperd is (Singelenberg et al., 2012), zie paragraaf 3.6 betreffende besluitvorming.

3.3.2 Invloed voorzieningenniveau op sociale kwaliteit van wonen

Bij de definitie van sociale kwaliteit van wonen zullen we zien dat de activiteiten in interne voorzieningen een grote rol spelen bij sociale interactie, zie deelparagraaf 3.4.3. In de hiërarchie van gedragscompetenties (Moore, 2003) staat direct onder de sociale interactie die van de tijdsbesteding, gekoppeld aan recreatie en welzijnsvoorzieningen. Daarmee is er een directe relatie tussen het voorzieningenniveau en de sociale kwaliteit van wonen.

Het toevoegen van voorzieningen aan de wooncomponent in een woonzorgcomplex betekent het mengen van functies. Wanneer we kijken naar functiemenging vinden we verschillende beschouwingen in de literatuur. De Woonkwaliteitswijzer van het VACpuntWonen (Hilhorst, 1997; VACpuntWonen, 2010) stelt nadrukkelijk dat functiemenging een positief effect heeft op de woonkwaliteit zolang de functies het woonklimaat niet nadelig beïnvloeden. Voorbeelden die genoemd worden zijn woon-werkwoningen, ontmoetingspunt bewoners, woonzorg steunpunt en commerciële functies. Blokland (2008) stelt daartegenover dat functiemenging weliswaar bijdraagt aan sociale controle en sociale veiligheid, maar dat er geen voorwaardelijk verband is. De inrichting van de openbare ruimte en het aanbod van voorzieningen, die werkelijk multifunctioneel zijn, zijn daartoe cruciaal (Franke & Hospers, 2009). Voor Becker, Humanitas, is functiemenging naast doelgroepenmenging de centrale filosofie (Becker, 2006). Functies geven reuring, stimuleren gesprekken, zoals in de voor reminiscentie bedoelde herinneringsmusea; zie Foto 13. Goede restaurants trekken mensen uit de wijk naar binnen.



Foto 13 Herinneringsmuseum Humanitas

In het onderzoek naar kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met dementie is door AKTA/VILANS naar het voorzieningenniveau gekeken (Liempd, et al., 2010). Zij stellen dat een levendige woonomgeving in de vorm van uitzicht op een levendige straat tot meer

tevreden en actieve bewoners lijkt te leiden, maar ook tot agitatie. Winkels op loopafstand zorgen er niet voor dat bewoners daar meer gebruik van maken. Winkels hebben wel een oorzaak-gevolgrelatie met de frequentie waarmee bezoek langs komt. Ruimten voor dagbesteding in de directe omgeving worden door weinig bewoners regelmatig bezocht. Indien een dergelijke voorziening in de directe omgeveing aanwezig is, nemen de cognitieve scores toe evenals de sociale relaties.
Samenvattend lijkt er een parallel te zijn met de menging van doelgroepen: er is een spanningsveld tussen het toevoegen van levendigheid, keuzes in activiteiten en contact en het veroorzaken van overlast bij te grote menging. De invloeden hierop zijn velerlei, hierbij spelen schaal, omgeving, nabijheid en doelgroepen een rol.

3.3.3 Categorisering voorzieningen

Bereikbaarheid en beschikbaarheid spelen een grote rol, zeker als voor de gehuisveste doelgroepen de te overbruggen loopafstand afneemt. De primaire indeling is daarmee die naar *interne en externe* voorzieningen. Externe voorzieningen kunnen daarbij deel uitmaken van het (wijk)concept van geplande voorzieningen.

Bij de externe voorzieningen is vervolgens van belang op welke afstand zij gelegen zijn. Vanuit de zelfredzaamheid van de vitale bewoners enerzijds en de fysieke stimulans en begrenzing anderzijds pleiten diverse bronnen voor een loopafstand van maximaal 400-500 meter voor dagelijkse voorzieningen als een ontmoetingsplek, een winkeltje of een geldautomaat (Singelenberg, et al., 2012). Andere onderzoeken stellen deze afstand afhankelijk van de vitaliteit, gerelateerd aan zorgzwaarte, variërend van 100 tot 750 meter (Kohlmann et al., 2011; Van Lieshout et al., 2010). Als het bezoek aan huisarts en apotheek toeneemt (wat voor vele ouderen aannemelijk is) is een daarop gerichte voorziening bij voorkeur zo dichtbij mogelijk gesitueerd. Uiteraard is diezelfde afstand op de fiets, scootmobiel of een auto anders, maar het uitgangspunt is lopen, al dan niet met rollator.
In de database van woonzorgcomplexen KCWZ wordt de nabijheid van zorgvoorzieningen onderscheiden in: zorgvoorzieningen binnen 200 meter van verzorgingshuis/verpleeghuis; nabij een zorgsteunpunt, dan wel niet nabij een van beide. Voor onderzoeken op basis van de zorgprofielen van TNO zijn afstanden van 100, 300, 500 en 750 meter gehanteerd. In het vooronderzoek is een radius van 1500 meter rond het complex gehanteerd. Dit is voor iemand met een rollator al erg ruim. Met *500 meter* voor de zwaarste zorgcategorieën als maat voor dit onderzoek is een waarde gehanteerd die aansluit bij de hiervoor genoemde onderzoeken.

Voor de categorisering van de voorzieningen zijn verschillende indelingen beschikbaar. Er is gebruik gemaakt van de databank KCWZ (2010) vanwege de goede toegankelijkheid van de data, en van die van de websites www.kiesbeter.nl (RIVM, 2010) en Zorggids Nederland (NationaleMedia, 2010) vanwege de gebruikersgerichtheid; zie Tabel 2.

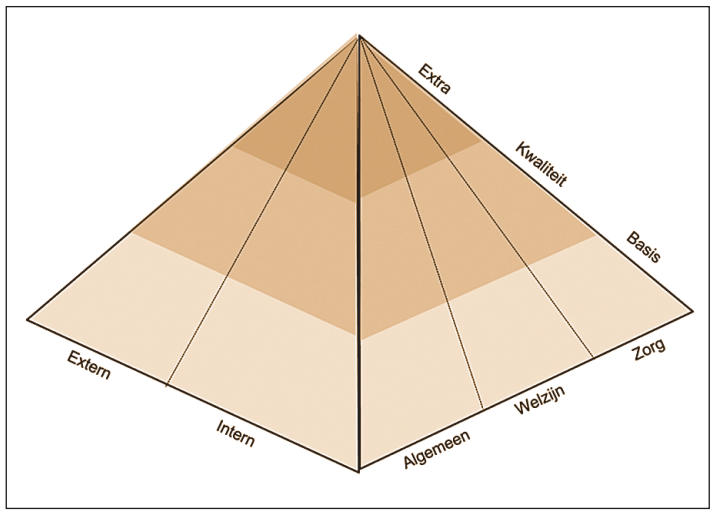
In de database woonzorgcomplexen van het KCWZ worden de voorzieningen onderscheiden in zorg- en welzijnsvoorzieningen en benoemd naar functie en verschijningsvorm. In de Zorggids Nederland (ZGN) worden interne en externe zorgfaciliteiten, facilitaire en extra voorzieningen onderscheiden. Op KiesBeter worden zorgvoorzieningen, maaltijden en faciliteiten en activiteiten onderscheiden.

We hanteren voor dit onderzoek een driedeling in categorieën *betreffende algemene, welzijns- en zorgvoorzieningen*, zie tabel 2. Daarnaast wordt vastgelegd of de voorzieningen intern dan wel extern van het complex gelegen zijn, waarbij de loopafstand kleiner is dan 500 meter. Gekeken wordt naar vaste voorzieningen, maar ook losse zoals een wekelijkse haringkar of bingoactiviteit.

3.3.4 Voorzieningen in niveaus

In algemene zin onderscheidt Tazelaar (2008) drie niveaus in noodzaak van voorzieningen: basisvoorzieningen, kwaliteitsvoorzieningen en extra voorzieningen. In de Actualisatie Nationaal Bestand Woonzorgcomplexen definieert men ten aanzien van de zorginfrastructuur (Neele, 2004) de volgende indeling: compleet, intern gericht, buurtgericht en overig. Deze indeling is deels naar mate van compleetheid, deels naar mate van extern-gerichtheid.

De driedeling in noodzaak van voorzieningen van Tazelaar kent een parallel met de getrapte opbouw van de behoeftepiramide van Maslow (1943), waarbij basisvoorzieningen een eerste noodzaak zijn, kwaliteitsvoorzieningen een surplus geven en extra voorzieningen voor een niet-noodzakelijk extraatje kunnen zorgen, zie Figuur 17.



Figuur 17 Voorzieningenniveaus in behoeftepiramide (Maslow, 1943)

Het voorzieningenniveau wordt daarmee niet in oppervlakten of aantallen uitgedrukt, maar in een beoordeling van het totale niveau, waarin diversiteit en nabijheid wordt uitgedrukt.

Tabel 2 Voorzieningen KCWZ, KB en ZGN gekoppeld aan voorzieningenniveau

	Algemeen	Welzijn	Zorg
Basis	Winkel/toko (ZGN, KB) (Openbaar) Vervoer (KB)	Huiskamer (KCWZ) Recreatieve bezigheden/ recreatieruimten (KCWZ,KB) welzijn ouderen (KCWZ)	Directe hulp noodsituaties (KCWZ) Inpandig zorgsteunpunt (KCWZ) Alarmering (KCWZ)
Kwaliteit	Receptie (KCWZ, ZGN) Huismeester (ZGN) Was- en linnenverzorging/wasserette (ZGN) (KB) Atrium/wintertuin (KCWZ)	Kapper (ZGN, KB) Internetruimte (ZGN) Stilte- en Gebedscentrum/Kerkdiensten (ZGN, KB) Geestelijke verzorging (KB) Café (ZGN, KB) Restaurant (KCWZ, ZGN) (KB) Rokersruimte (ZGN)	Slaapwacht (KCWZ) Huishoudelijke hulp (KCWZ) Maaltijdenservice (KCWZ) Huisarts (KCWZ) Fysiotherapie (KCWZ, KB) Overbruggingshulp of tijdelijke opname KCWZ,KB) 24uursbeschikbaarheid zorgpersoneel (KCWZ) Groepsverzorging/dagopvang (KCWZ, KB) Verzorging (KCWZ) Verpleging (KCWZ) Begeleiding (KCWZ)
Extra	Post/ bankfaciliteiten/ pinautomaat (ZGN, KB) Receptie 24 uur bemand (ZGN)	Pedicure (ZGN, KB) Bibliotheek (ZGN, KB) Fitness (ZGN, KB) Schoonheidssalon (KB) Zwembad (ZGN, KB) A la carte restaurant(ZGN)	Kantoor voor thuiszorg (KCWZ) (ZGN) (KB) Diëtist (KB) Ergotherapie (KB) Logopedist (KB)

In de database van het KCWZ, zijn zorgvoorzieningen opgenomen onder de noemer zorginfrastructuur. Samen met de bestanden van Kies Beter (KB) en ZorgGids Nederland (ZGN) zijn de voorkomende algemene, welzijns- en zorgvoorzieningen gerangschikt volgens de behoeftenpiramide, zie Tabel 2. Volgens deze rangschikking is een voorzieningenniveau voor algemeen, welzijn en zorg per complex bepaald. Waarbij als grenswaarde is gehanteerd dat de helft van de voorzieningen aanwezig moet zijn om dat betreffende niveau te behalen.

3.3.5 Hypothesen invloed voorzieningenniveau

De hypothesen, gebaseerd op de literatuur en voorlopige verkenningen in het veld, ten aanzien van voorzieningenniveau (VZN) in woonzorgcomplexen betreffen verwachte verschillen onder invloed van fysieke schaalgrootte (FSG) en op de sociale kwaliteit van wonen (SKW):

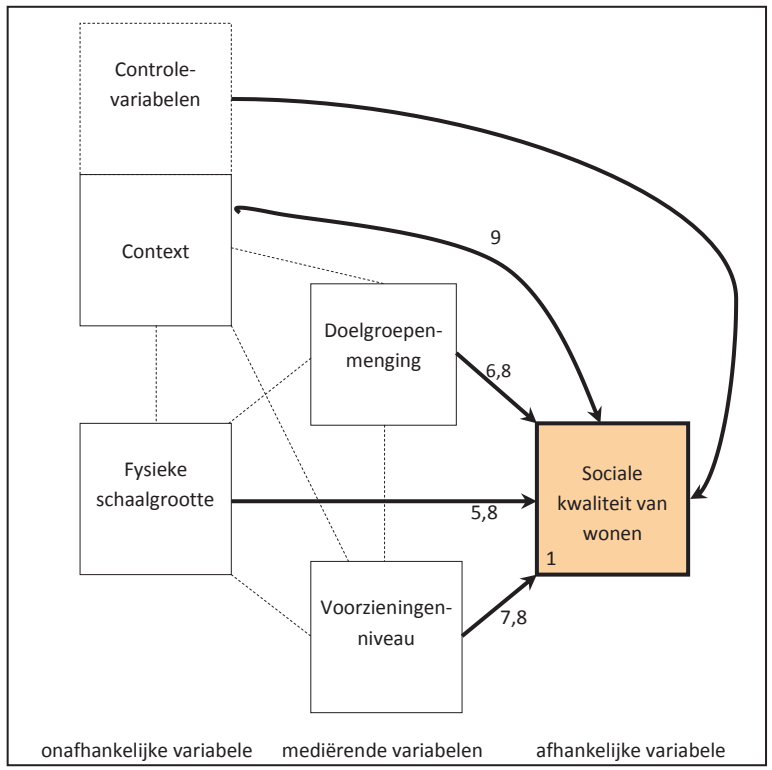
Invloed voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen (deelvraag 7):

Hypothese 9: Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte (Becker, 2008; Jacobs, 1993).
Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen (De Kam, et al., 2012; Singelenberg, et al., 2012).

3.4 Sociale kwaliteit van wonen

De sociale kwaliteit van wonen is de afhankelijke variabele in dit onderzoek. De kwalitatieve invloeden van de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau worden onderzocht en daarnaast de institutionele invloeden vanuit de context, zie Figuur 18.

Om het begrip sociale kwaliteit van wonen te onderzoeken wordt naar het algemene kwaliteitsbegrip gekeken en naar het kwaliteitsbegrip binnen de architectuur en de omgevingspsychologie. De paragraaf eindigt met de definitie voor dit onderzoek en de hypothesen. Waar deze hypothesen betrekking hebben op een relatie met een van de andere onderzoeksvariabelen, zijn zij daar ook beschreven.



Figuur 18 Sociale kwaliteit van wonen in het conceptueel model met nummers deelvragen

3.4.1 Algemeen kwaliteitsbegrip

In algemene zin wordt kwaliteit gedefinieerd als de mate waarin een product voldoet aan de aan dat product gestelde eisen (Van der Voordt, 2009; Van der Voordt, 1987). Binnen de kwaliteitszorg is de gangbare definitie “kwaliteit is geschiktheid voor gebruik”. Morren

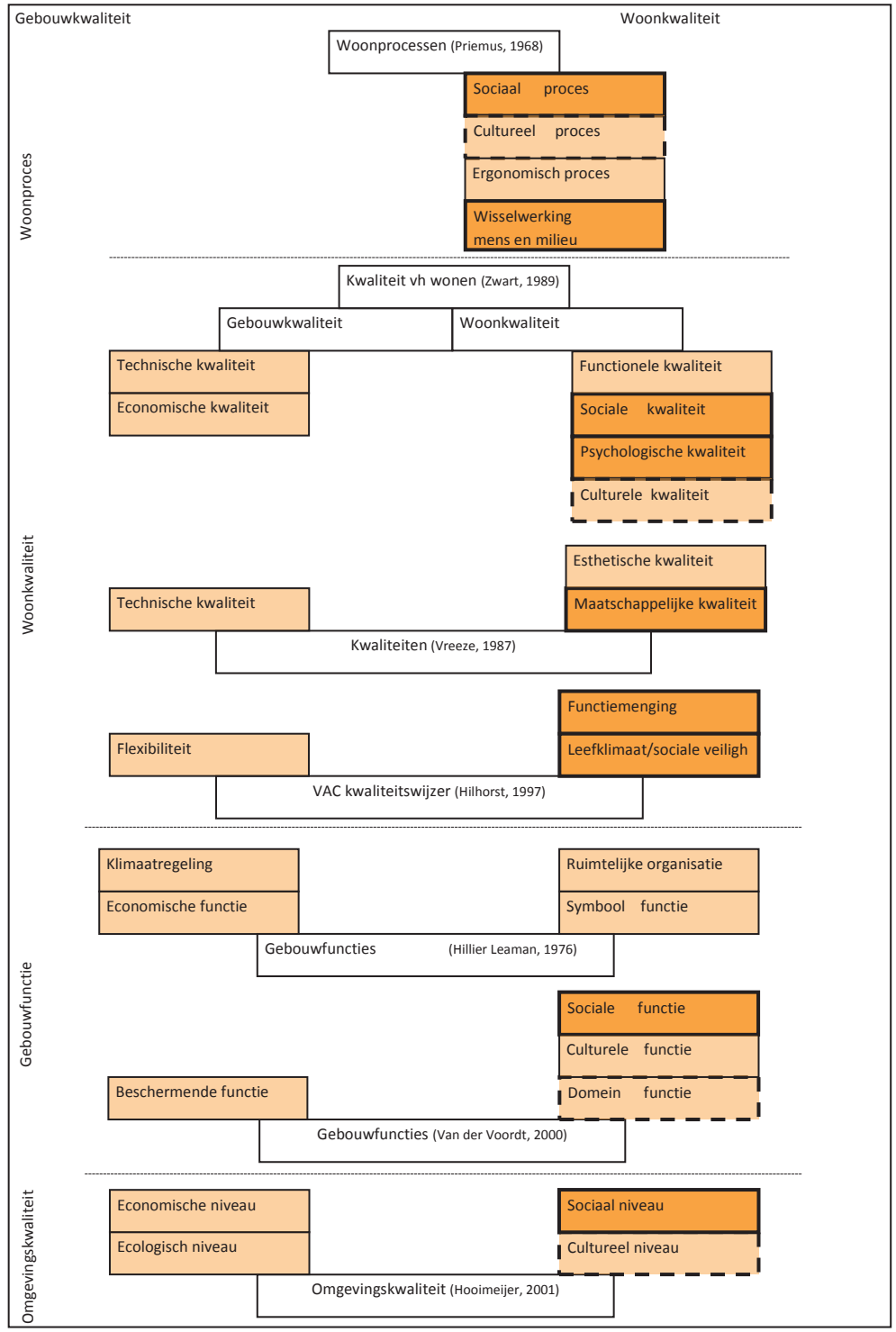
(1988) voegt daaraan toe dat dit gelezen zou kunnen worden als “geschiktheid voor gebruiker” of “gebruikersverwachtingen”.
De SBR definieert kwaliteit met betrekking tot gebouwen als de verhouding tussen de gevraagde prestaties en de geleverde prestaties. Daarop baseert zij ook de meting van deze kwaliteit (Benes, 1990). In al deze definities speelt de gebruiker een belangrijke rol, waardoor er sprake is van een subjectieve maat.

3.4.2 Wonen uitgesplitst in deelkwaliteiten

Binnen de architectuur spreekt Alexander van ‘de centrale kwaliteit’ in elke stad of gebouw, die enerzijds objectief en precies zou zijn, maar anderzijds niet kan worden benoemd (Alexander, 1979). Kernwoorden die hij gebruikt zijn levendigheid, flexibiliteit, heelheid, comfort en vrijheid. Ook Lynch onderschrijft dat zeker grootschalige settings niet alleen goed georganiseerd dienen te zijn, maar ook een poëtische of symbolische kwaliteit nodig hebben (Lynch, 1960). In deze definities is sprake van een meer algemeen geldende visie op kwaliteit.

In dit onderzoek wordt de kwaliteit van het wonen binnen woonzorgcomplexen onderzocht. Bij de kwaliteit van het wonen onderscheidt men de gebouwkwaliteit (een meer technische kwaliteit) en de woonkwaliteit, die het leefklimaat betreft (Zwart, 1989). Deze laatste, de niet-technische woonkwaliteit wordt onderzocht. Dit begrip woonkwaliteit wordt door Priemus (1968) gedefinieerd als: “de mate waarin de woning, naar het oordeel van de bewoners, i.c. de gezinnen, meer of minder adequaat functioneert.” Van de Werf (1989) stelt dat gebruikerskwaliteit van woningen de mate is waarin een woning voldoet aan de door (toekomstige) huishoudens geformuleerde woonwensen.
Een verdergaande onderverdeling is die in de zes deelkwaliteiten van het wonen van Van Leeuwen, beschreven door Pennartz (1987): de technische, economische, functionele, sociale, psychologische en culturele kwaliteit. Hierbij vallen de technische en economische kwaliteit onder de gebouwkwaliteit, en de andere vier deelkwaliteiten onder de woonkwaliteit.
Deze vier deelkwaliteiten worden nader omschreven door Zwart (1989).

- De functionele kwaliteit betreft ruimte voor huiselijke activiteiten (eten, slapen, baden enz.) maar ook op zorgfunctie; indeling, ligging en grootte van de woning.
- De sociale kwaliteit heeft te maken met (gezamenlijk) eten, (gezamenlijke) ontspanning, ontvangen van bezoek en logees; kortom, sociale interactie.
- De psychologische kwaliteit heeft betrekking op inrichtingsmogelijkheden, privacy, prettig en gezellig woonvertrek, esthetische waarde, uitzicht en verbinding met de buitenwereld.
- De culturele kwaliteit ten slotte betreft gelegenheid voor studeren en werken, hobby’s en andere activiteiten.



Figuur 19 Overzicht relevante definities gebouw- en woonkwaliteiten

In dit onderzoek worden aspecten van de psychologische, maar vooral de sociale en de culturele kwaliteit bekeken. Het gaat om de sociale interactie van de bewoners en de deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Bij De Vreeze (1987) zien we een driedeling, die deels past op de zesdeling van Zwart.

- de maatschappelijke kwaliteit (woninggrootte, aantal personen per vertrek, afstemming van het woningontwerp op verschillende soorten huishoudens, bewoonbaarheid, stedenbouwkundige kwaliteit, sociale herkenbaarheid en veiligheid)
- de esthetische kwaliteit (ruimtelijke en visuele kwaliteiten, zorgvuldigheid in detaillering, materiaalgebruik en kleur, samenhang tussen architectuur en stedenbouw)
- de technische kwaliteit (materiaaltoepassingen en constructies, uitvoeringsefficiency, technische voorzieningen en installaties, veranderbaarheid). De gebruikte verdeling van de kenmerken heeft een sterke overeenkomst met de driedeling die Vitruvius gebruikte: schoonheid (Venustas), bruikbaarheid (Utilitas) en degelijkheid (Firmitas).

Van deze indicatoren is de maatschappelijke kwaliteit voor dit onderzoek van belang, met name de sociale herkenbaarheid, waarbij een vertaling van woning naar wooncomplex nodig is, deze wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd binnen de indicator veiligheid en verbondheid, zie deelparagraaf 3.4.3.

Vanaf 1997 stelt de VrouwenAdviesCommissie (VAC) een kwaliteitswijzer op (Hilhorst, 1997), geactualiseerd tot de Woonkwaliteitwijzer in 2010. Hoewel geen wetenschappelijke bron, fungeert ze als een belangrijke maatstaf in de woningbouwwereld (Bijker, 2000) en de literatuur over woonkwaliteit (Van Dam, 1989; Van der Voordt, 2009. Daarnaast heeft de overheid het landelijke contact van deze commissies VACpuntwonen tot een van de drie consumentenorganisaties op het gebied van wonen benoemd (Bijsterveld, 1997) op basis van evaluaties van de woongeriefonderzoeken (VROM, 1992).

In de Woonkwaliteitwijzer (VACpuntWonen, 2010) wordt onderscheid gemaakt tussen woningen, woongebouwen en woonomgeving. Bij woonzorgcomplexen handelt het primair om woongebouwen, men onderscheidt er functiemenging ten behoeve van verlevendiging van de woonomgeving en het leefklimaat/de sociale veiligheid als belangrijkste kwaliteitscriteria. De functiemenging, aangevuld met de doelgroepenmenging, en het leefklimaat, waarbij de beperking van de geluidsoverlast en de betrokkenheid van de bewoners worden genoemd, zijn de aspecten die binnen sociale kwaliteit van wonen relevant zijn. Voor de overzichtelijkheid van een woongebouw hanteert VACpuntwonen een richtlijn van (compartimentering van) maximaal 50 woningen, een impliciete normering voor de schaalgrootte.

Van der Voordt & van Wegen (2000) definiëren kwaliteit als afgeleide van de functies van een gebouw. Zij onderscheiden de beschermende functie tegen mensen, middelen en

weersinvloeden; de domein- of territoriumfunctie (privacy, veiligheid en geborgenheid), de sociale functie (creëren van ruimten en plekken voor activiteiten, welzijn, communicatie, leefbaarheid) en de culturele functie (vormgeving en sfeer, kunstzinnigheid, architectuur, stedenbouw). Aldus gedefinieerd is vooral de sociale en daarnaast de domeinfunctie relevant.

Hillier en Leaman (1976) onderscheiden vier hoofdfuncties: de ruimtelijke organisatie van activiteiten, de klimaatregeling, de symboolfunctie en de economische functie. Deze verdeling sluit, op de symboolfunctie na, niet aan bij de te onderzoeken items.

Wanneer we het woonzorgcomplex als ontmoetingsplaats beschouwen, als stad binnen een stad, betreft dit het wonen als sociaal proces, een van de vier processen die Priemus in zijn dissertatie (1968) onderscheidt, namelijk het wonen, beschouwd als sociaal of ergonomisch proces, als culturele opgave of als wisselingwerking tussen mens en woonmilieu.

Binnen dit onderzoek wordt vooral het sociale proces en de wisselwerking tussen mens en woonmilieu onderzocht. Het culturele aspect wordt bij de doelgroepenmenging bewust door o.a. Becker ingezet. Het ergonomische proces handelt over de maatvoering in een woning, relevant voor logistiek en de kosten van de zorg.

Tabel 3 Aspecten en waarden van ruimtelijke kwaliteit (Hooimeijer 2001)

	Sociaal	Cultureel
Gebruikswaarde	Toegang	Keuzevrijheid
	Verdeling	Verscheidenheid
	Deelname	Ontmoeting
	Keuze	
Belevingswaarde	Ongelijkheid	Eigenheid
	Verbondenheid	Schoonheid
	Veiligheid	Contrast
Toekomstwaarde	Insluiting	Erfgoed
	Cultures of poverty	Integratie
		Vernieuwing

Als we, met betrekking tot kwaliteit, naar het schaalniveau van de ruimtelijke planning kijken, zien we dat Hooimeijer (2001) op basis van de Vierde en Vijfde nota ruimtelijke ordening een matrix samenstelt waarin hij vier aspecten in ruimtelijke kwaliteit onderscheidt: het economische, sociale, ecologische en culturele niveau en drie kenmerken van ruimtelijke kwaliteit: de gebruikswaarde, belevingswaarde en toekomstwaarde. Het sociale en culturele niveau zijn relevant voor dit onderzoek. Net als bij de Vreeze toont ook hier de gebruikte verdeling sterke overeenkomsten met de driedeling die Vitruvius gebruikte: schoonheid (Venustas), bruikbaarheid (Utilitas) en degelijkheid (Firmitas). In Tabel 3 zijn van deze niveaus de kenmerken opgesomd.

In de nota Mensen, wensen, wonen definieert VROM (2000) de sociale kwaliteit van wonen van de woonomgeving als volgt: “de mate waarin het wonen en de woonomgeving bijdragen aan de maatschappelijke participatie van burgers. Bij wonen gaat het vooral om vergroting van de zelfredzaamheid van, keuzemogelijkheden voor en vraagsturing door burgers die zorg of begeleiding nodig hebben en het vergroten van de mogelijkheden om langer zelfstandig te wonen. Bij woonomgeving gaat het om het vergroten van de tevredenheid van bewoners met hun buurt en wijk, zich thuis voelen, vitaliteit van netwerken, saamhorigheid, mate van verantwoordelijkheid voor de woonomgeving” (VROM, 2000, 2002). Deze definitie sluit aan bij de indicatoren die voor dit onderzoek worden gehanteerd, zie de volgende paragraaf.

3.4.3 Indicatoren sociale kwaliteit van wonen

Wanneer we kijken naar de onderverdeling van de woonkwaliteit is consequent de verdeling in de technische gebouwkwaliteit en niet-technische woonkwaliteit te zien, zie Figuur 19. In dit onderzoek gaat het om de sociale processen binnen een woonzorgcomplex, de interactie tussen bewoners en bewonersgroepen, de deelname aan activiteiten en het gebruik van voorzieningen. We definiëren dit als de *sociale kwaliteit van wonen.*

Bijbehorende deeldefinities vallen onder de volgende noemers: sociaal en cultureel proces, wisselwerking mens en milieu (Priemus); sociale, psychologische en culturele kwaliteit (Zwart); maatschappelijke kwaliteit (Vreeze); functiemenging en leefklimaat; sociale en domeinfunctie (Van der Voordt); sociaal en cultureel niveau (Hooimeijer).

De betekenis van sociale contacten binnen de ouderenhuisvesting is groot (Royers, 2001). Royers onderscheidt een spectrum lopend van vluchtige contacten tot persoonlijke bindingen, varierend van onderlinge betrokkenheid, functionele redenen en economische uitwisseling, uitwisseling van hulp, verbale uitwisseling en kamerbezoek, sociale en intieme betrokkenheid. Reuring (Becker, 2003) ontstaat volgens Humanitas door het stimuleren van levendigheid door het inrichten van woonzorggebouwen die sociale contacten stimuleren. Het centrale dorpsplein en de uitgebreide restaurants zijn ruimten voor ontmoeting. Veelvuldig worden “conversation pieces” in de gangen toegepast, maar nog nadrukkelijker in de herinneringsmusea (Becker, 2008).

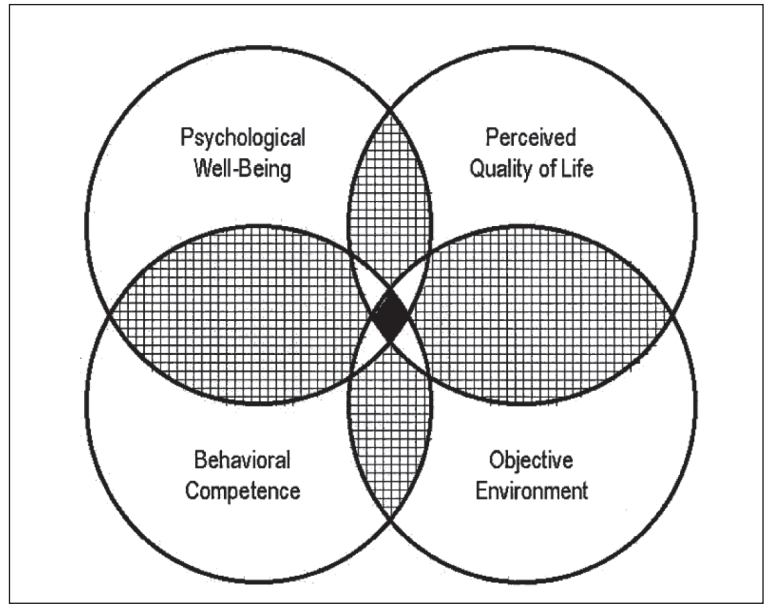
Jacobs stelt dat voor stedelijke diversiteit vier voorwaarden cruciaal zijn (Franke & Hospers, 2009):

menging van primaire gebruiksfuncties, kleine bouwblokken, een mix van oude en nieuwe gebouwen en voldoende concentratie. Een mengeling van primaire diversiteit en voldoende concentratie van woningen zouden daarbij moeilijk te scheppen zijn als ze ontbreken. Ten aanzien van schaal en groei, ook in sociale zin, voorspelt Bettencourt et al (2007) dat het tempo van het sociale leven toeneemt met de grootte van de populatie.

Als we vervolgens kijken naar het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein, dan lijkt het

dat het onderzoek naar de sociale kwaliteit van wonen vanaf de jaren negentig lange tijd minder aandacht heeft gekregen. Onderzoek uit de afgelopen decennia op de TU Delft (Visscher & Gruis, 2008) betreft de bruikbaarheid, gezondheid, veiligheid, energiezuinigheid en milieubelasting; de technische kwaliteit dus. Er is sprake van een verschuiving van de aandacht van wonen naar werken in die jaren, meer aandacht voor technische en functionele kwaliteiten dan sociale kwaliteiten. Mogelijk is er een relatie met institutionele veranderingen zoals het terugtrekken van de overheid en de opkomst van het marktdenken (Helderman, 2007) of is het begrip sociale kwaliteit van wonen zelf verschoven naar klantpersperspectief of burgerinvloed. Met de recente aandacht voor participatie is er ook hernieuwde aandacht voor sociale kwaliteiten zowel in de wetenschap als vanuit regeringsbeleid (Kampen, et al., 2013; WRR, 2012).

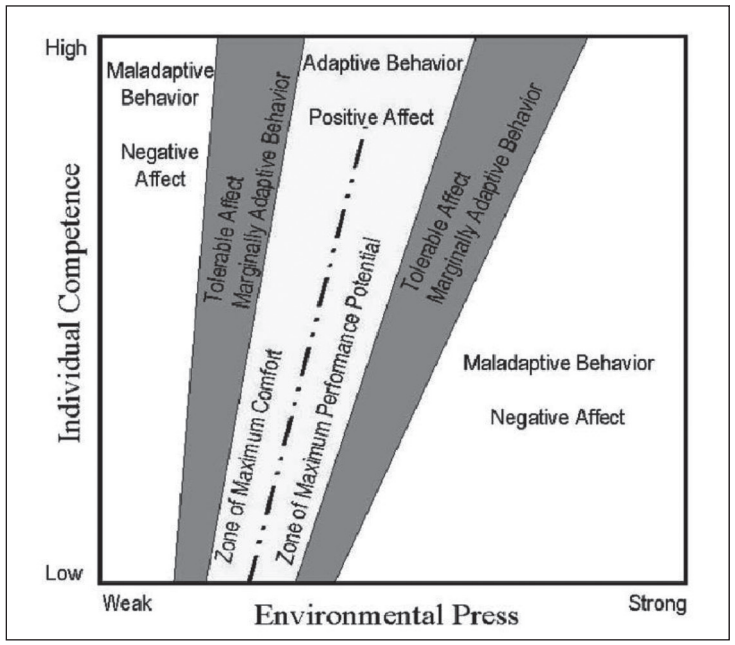
Interessant is in dit kader het zeer recente onderzoek naar zorgvastgoed van Heinen et al (2012). Zij hanteren de definitie van de Botton (2006) voor ‘goede architectuur’: goede architectuur biedt nabijheid van diensten, verschaft territorium en gelegenheid tot ontmoeten, biedt bescherming tegen klimaat en dieven, en verschaft woongeluk en schoonheid die geen afbreuk doet aan de identiteit van de gebruiker. Voor zorgcliënten spitsten Heinen et al dit toe: een stad die economische voorzieningen biedt, een locatie met sociale cohesie en passende habitat, met een veilige gebouwstructuur en goed functionerende gebouwtechniek, met een passend woontype van een passende omvang en met een architectuurstijl die op goede wijze bij hun esthetisch gevoel past en hun identiteit ondersteunt.



Figuur 20 Vier sectoren van Kwaliteit van Leven (Lawton, 1983)

Lawton (Lawton, 1983) heeft veel onderzoek gedaan naar de omgevingspsychologie van de oudere mens. Hij onderscheidt vier sectoren van de kwaliteit van leven: het psychisch welbevinden, de ervaren kwaliteit van leven, de gedragscompetentie en de objectieve omgeving, zie Figuur 20. De sectoren staan min of meer op zichzelf, er is slechts een beperkte mate van beïnvloeding waardoor een verandering in een sector niet meteen tot instabiliteit leidt. Deze systematiek ligt nog steeds ten grondslag aan nagenoeg alle meetmethodieken van de kwaliteit van leven (Poortvliet, 2006). Voor dit onderzoek naar woonzorgcomplexen en de sociale kwaliteit van wonen zijn respectievelijk de sectoren Objective Environment en Perceived Quality of Life van toepassing.

De sector Objectieve Omgeving wordt in vijf delen uitgesplitst: fysieke omgeving, natuurlijk of gebouwd; persoonlijke omgeving, de individuen die een significante rol spelen; de kleinegroepomgeving, totaal van twee of meer mensen met wie men interacteert; de suprapersoonlijke omgeving, dominante karakteristieken met fysieke nabijheid; en de sociale omgeving, de sociaal-institutionele, normatieve en culturele invloeden.



Figuur 21 Lawton's Ecological Model of Aging (EMA), 1973 (Moore, 2003)

Slechts een vijfde deel van deze sector staat voor de fysieke omgeving en dus voor de gebouwde omgeving. Dit relativeert sterk de grootte van de invloed van de gebouwde omgeving op de ervaren kwaliteit van leven. Toch pleit Poortvliet (2006) in recent onderzoek naar de kwaliteit van leven ervoor dat de zorgverlening van ouderen zich ook

dient te richten op de woonsituatie en de sociale contacten van cliënten. Een verklaring daarvoor is te vinden in de sterke invloed die Lawton ziet bij minder competente mensen zoals (dementerende) ouderen. Als men opschuift van de eerste competentie, biologische gezondheid, naar de laatste competentie, zou men meer en meer beïnvloed worden door de sociale en fysieke omgeving (Moore, 2003). Daarnaast is er de hypothese van de omgevingsafhankelijkheid: hoe minder competent het individu, des te groter de impact van omgevingsfactoren op dat individu (Lawton & Simon, 1968). En: "Een kleine verbetering in omgevingskwaliteit kan een wereld van verschil maken voor een persoon met grote competentiebeperkingen" (Lawton, 1986, p. 14) . Lawton heeft dit verband tussen omgevingsdruk en individuele competentie in het Ecological Model of Aging (EMA) weergegeven; het is bekend als de Environmental docility hypothesis, zie Figuur 21.

De Graaf (2009b) stelt dat oudere bewoners zich zowel fysiek als sociaal relatief meer thuis voelen in de buurt dan jongere bewoners. In zijn concept van *place attachment* legt hij een relatie tussen de fysieke omgeving en de persoonlijke affectieve band. Deze band tussen personen en plekken geeft wederzijdse betekenis en gehechtheid. In een vergelijking met Britse buurtbewoners blijkt voor Nederlandse buurtbewoners sociale participatie veruit het belangrijkste voor deze buurthechting, een belangrijke sociale kwaliteit van wonen, die binnen de indicator verbondenheid en veiligheid wordt geoperationaliseerd.
Mensen leven in kleine territoriale eenheden, in wijken of in buurten, waarbij er een invloed is van het territorium, de plaats, en het (samen)leven en welbevinden van mensen. Afhankelijk van de schaal van het territorium wordt gesproken van wijkgebonden sociale cohesie en netwerkcohesie (Lans, 2003). Blokland-Potters (1998) vond vier patronen in het belang dat mensen aan de wijk hechten, gekoppeld aan het gebruik dat zij er van maken: mensen voor wie locatie geen betekenis heeft; mensen die de wijk praktisch gebruiken; mensen voor wie het accent ligt op symbolisch wijkgebruik; mensen die het wonen in de wijk zien als onderdeel van een specifieke levensstijl (De Kam & Needham, 2003).
Door uitsortering ontstaat voor bepaalde groepen een leefsituatie die hoog scoort op aspecten van sociale cohesie die benoemd worden als verbondenheid met een plaats, identiteit, gemeenschappelijke waarden, maatschappelijke orde en wellicht sociale controle; het bonding capital. Maar uitsortering werkt negatief op enkele andere dimensies van sociale cohesie, zoals maatschappelijke solidariteit en verkleining van welvaartverschillen; het bridging capital. Vanwege het laatste argument overheerst in Nederland het afwijzen van te sterke ruimtelijke uitsortering en een streven naar sociale integratie.

De vraag is hoe het bonding en bridging capital in woonzorgcomplexen door middel van doelgroepenmenging zal functioneren. Daarvoor is de potentiële relationele agressie

tussen groepen van belang (Brandt, 2009). Bekend is dat in verpleegtehuizen veel geroddeld wordt. Roddelen is daarbij niet per se negatief (Ellwardt, 2011). 70% van het dagelijks taalgebruik zou bestaan uit roddelen. Het verleent een zekere status: hoe meer je weet, des te beter je plek in een groep (Backer & Nelissen, 2006). Roddelen brengt daarbij mensen samen, leidt tot groepsvorming. Het is volgens Ellwardt zelfregulerend.
Wanneer het roddelen echter overgaat in pesten of uitsluiten van groepen of personen vormt zich wel een probleem. Mensen kunnen zich daardoor buitengesloten en nog eenzamer voelen, het vormt een zogenoemde dissatifier (House & Widgor, 1967). De vraag is of dit wordt beïnvloed door de verschillen tussen de doelgroepen en de verhoudingen tussen de doelgroepen, vergelijkbaar met de integratie in wijken zoals Jacobs (1993) stelt, zie de hypothesen doelgroepenmenging in deelparagraaf 3.2.6.

De meest positieve bijdrage van de sociale interactie en het verbonden voelen met elkaar in een woonzorgcomplex is de potentiële vermindering van het gevoel van eenzaamheid. Eenzaamheid is een algemeen voorkomend verschijnsel. Het aantal sociaal geïsoleerde mensen in de samenleving neemt steeds verder toe. Dit betreft mensen die weinig of geen betekenisvolle contacten hebben en zich daar eenzaam en ongelukkig onder voelen. Daarbij zijn ouderen kwetsbaarder doordat zij niet altijd beschikken over steun uit een informeel en formeel netwerk en vaker minder maatschappelijk actief zijn. Van Beek et al (2011) onderscheiden twee typen eenzaamheid: emotionele eenzaamheid (gemis ervaren van een emotioneel hechte band met een naaste) en sociale eenzaamheid (gemis ervaren van betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen, zoals kennissen, buurtgenoten, mensen met dezelfde belangstelling). Daarbij neemt met elke ervaren belemmering ook de ervaren eenzaamheid toe. Eenzaamheid is binnen de indicator veiligheid en verbondenheid onderzocht.

De voorgaande, brede verkenning langs verschillende kwaliteitsbegrippen vanuit het algemene, sociale en architectonische begrip naar de deelkwaliteiten van wonen heeft geleid tot de volgende definitie en een drietal indicatoren voor dit onderzoek:

De sociale kwaliteit van wonen in een woonzorgcomplex definiëren we voor dit onderzoek als:

de ervaren sociale interactie tussen bewoners en groepen

de ervaren verscheidenheid aan activiteiten

de ervaren veiligheid en verbondenheid

3.4.4 Hypothesen invloed op sociale kwaliteit van wonen

De hypothesen ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen (SKW) in woonzorgcomplexen, gebaseerd op de literatuur en de voorlopige verkenningen in het veld, zijn gerelateerd aan de onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte (FSG) en de mediërende variabelen doelgroepenmenging (DGM) en voorzieningenniveau (VZN). Deze zijn in de vorige paragrafen reeds vermeld:

Hypothese 3: Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk (Bussemaker, 2009a; te Boekhorst, et al., 2008).
Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.. (Becker, 2003; Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993)

Hypothese 4: De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio, wèl afhankelijk van de situering in dorp of stad.

Hypothese 6: Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.

Hypothese 7: Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere doelgroepenmenging ondersteunen (Jacobs, 1993)

Hypothese 8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.

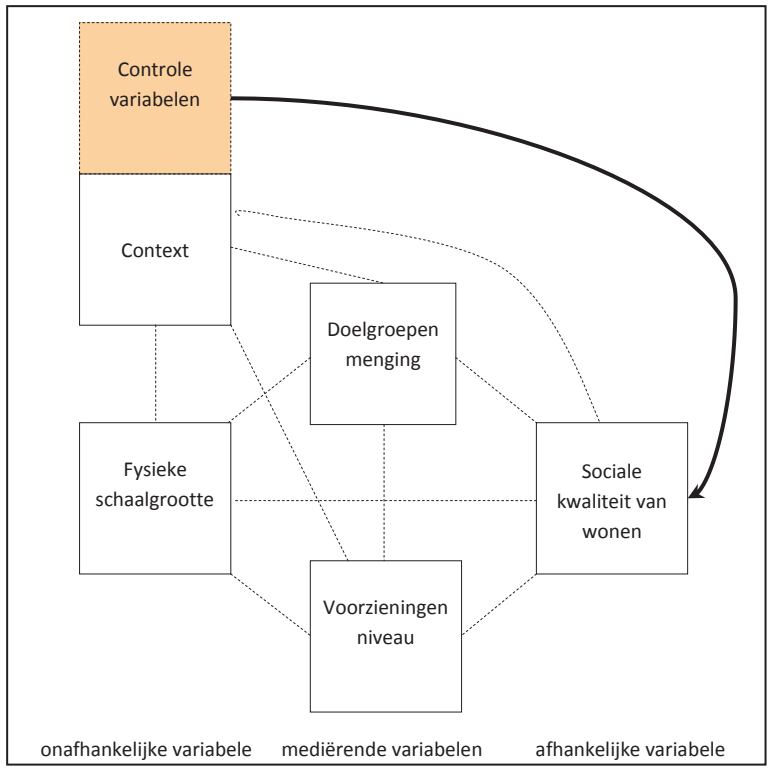
Hypothese 9: Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte (Becker, 2008; Jacobs, 1993). Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen (De Kam, et al., 2012; Singelenberg, et al., 2012).

De hypothese ten aanzien van de hoofdvraag luidt:

Hypothese 13: Er zijn beperkende invloeden van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via doelgroepenmenging en voorzieningenniveau.

3.5 Controlevariabelen

Controlevariabelen zijn die variabelen die niet in de onderzoeksvraag genoemd worden, maar waarvoor wel wordt gecontroleerd in de resultaten. Voor dit onderzoek onderscheiden we als controlevariabelen de invloeden van de situering, de (technische) staat van het gebouw, het personeel en de leefstijlen van bewoners.



Figuur 22 Controlevariabelen in het conceptueel model

De situering is een van de controlevariabelen van dit onderzoek. Daarbij onderscheiden we de situering in een dorp of stad en de situering in een bepaalde provincie of regio in Nederland. We willen de invloed daarvan op de andere onderzoeksvariabelen uitsluiten of op zijn minst onderkennen in de resultaten.

De databank KCWZ onderscheidt een vijfdeling in de situering naar dorp of stad: bestaande wijk in stad, dorp, plattelandsgebied, centrumlocatie en Vinexlocatie. Voor dit onderzoek willen we met name het onderscheid tussen dorp en stad vaststellen. Hiertoe zijn in de database KCWZ dorp en plattelandsgebied samengevoegd en is van de centrum- en de Vinexlocaties nagegaan of het een dorp of stad betrof.

De twaalf provincies zijn duidelijk gedefinieerd. Aanvullend daarop hebben we deze gegroepeerd in een viertal regio's. *Noord*, *Oost, West* en *Zuid*. Zie Tabel 4. De invloeden van de situering zijn gecontroleerd door een vergelijking van de kwantitatieve analyse van narratieven, zie deelparagraaf 6.2.2.

Tabel 4 Provincies gegroepeerd in regio's

Provincie	Regio
Drenthe	Noord
Groningen	
Friesland	
Overijssel	Oost
Gelderland	
Noord-Holland	West
Zuid-Holland	
Utrecht	
Flevoland	
Noord-Brabant	Zuid
Zeeland	
Limburg	

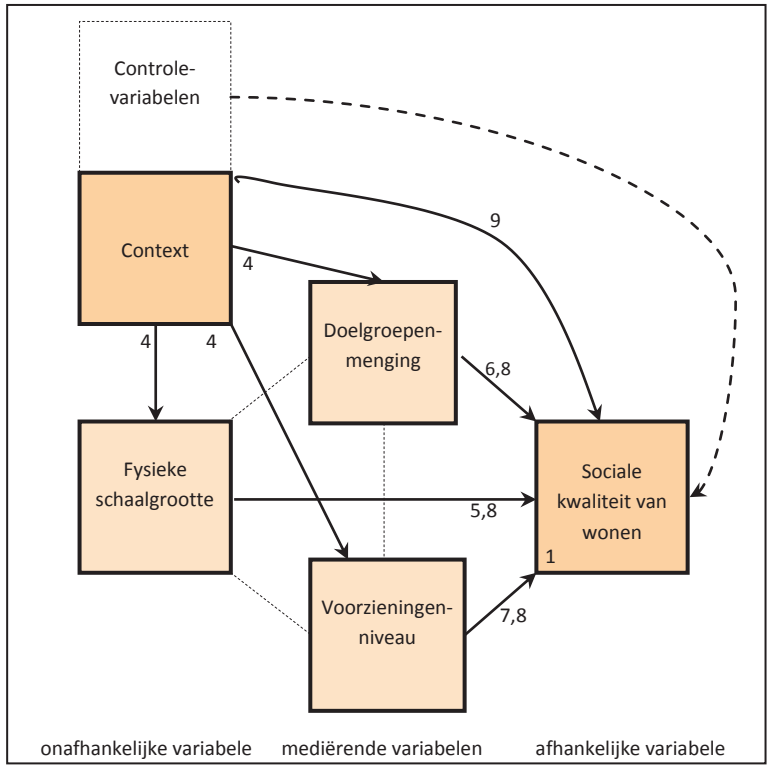
Een gedateerd of slecht onderhouden gebouw zou de waardering van de sociale kwaliteit van wonen kunnen beïnvloeden, ook doordat bewoners plekken mijden die ze niet fraai of zelfs onbehaaglijk vinden. Daartoe wordt de esthetische en functionele kwaliteit als controlevariabele bekeken.
De invloeden van de situering en de gebouwstaat zijn gecontroleerd door een vergelijking van de kwantitatieve analyse van narratieven, zie deelparagraaf 6.2.2.

Het aanwezige personeel in een woonzorgcomplex heeft ook een duidelijke invloed. Voor bewoning door zelfstandig wonende ouderen zal dit minder nadrukkelijk zijn dan voor doelgroepen in een zwaardere zorgzwaarte. Omdat het onderzoek zich concentreert op vitale ouderen zal die invloed mogelijk kleiner zijn. Toch zullen woon-, zorg- en servicediensten een rol spelen. Zo zal bijvoorbeeld de schaalgrootte van het gebouw en de organisatie van invloed zijn op de processen in het gebouw. De invloed van personeel is gecontroleerd in daarop gerichte analyse van narratieven, zie bijlage 18, Patronen interviews.

Zoals we in deelparagraaf 3.2.3 bij het specificeren van de doelgroepenmenging zagen, is de invloed van leefstijlen buiten het onderzoek gehouden door de selectie van cases, zie deelparagraaf 4.4.1, en inclusiecriteria van de respondenten zie deelparagraaf 4.4.4.

3.6 Besluitvorming woonzorgcomplexen

Onderwerp van onderzoek naast de invloeden op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, is de besluitvorming ten aanzien van die onderzochte invloeden. Een van de doelstellingen is evidence based antwoorden en practices te geven ten behoeve van besluitvorming.
De betreffende deelvragen beschouwen de afwegingen vanuit kwalitatieve invloeden ten opzichte van die vanuit contextuele invloeden, zie Figuur 23 en als laatste de wijze waarop de resultaten van dit onderzoek kunnen worden toegepast bij besluitvorming van nieuwe initiatieven.

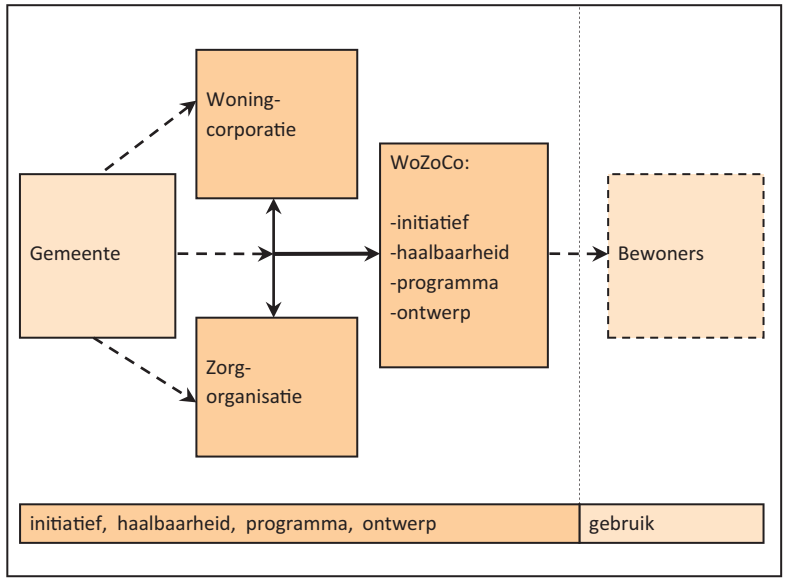


Figuur 23 Besluitvorming in het conceptueel model met nummers deelvragen

Daartoe wordt eerst bezien welke partijen zijn betrokken bij deze besluitvorming en in welke rol. Vervolgens wordt teruggekeken naar de invloeden vanuit de context die sturend lijken te zijn. Tenslotte komt aan de orde welke beslismodellen vanuit de literatuur voor dit proces als relevant te onderkennen zijn.

3.6.1 Actoren

De twee meest betrokken partijen bij initiatieven voor een nieuw woonzorgcomplex zijn zorginstellingen en woningcorporaties. De zorgorganisatie is betrokken vanuit de doelgroepen met een zorgindicatie. Deze rol kan afhankelijk van de zwaarte en de omvang van die doelgroepen groter of kleiner zijn. De woningcorporatie is als vastgoedbeherende en vastgoedinitiërende partij betrokken en richt zich primair op het woonaspect. Als derde partij spelen gemeenten een rol als regisseur, en daarnaast een faciliterende rol met betrekking tot het welzijnsaspect. Deze laatste rol is met de invoering van de Wmo voor de gemeenten nadrukkelijker geworden.
Bewoners worden veelal pas na de bouw betrokken via bewonersvertegenwoordiging. Projectontwikkelaars als initiërende vastgoedpartij, in plaats van een woningcorporatie, zijn slechts in beperkte mate betrokken; we laten ze voor dit onderzoek buiten beschouwing. Dit leidt tot het overzicht van actoren en de positie in het besluitvormingsproces in Figuur 24. Omdat het hier niet om de uitvoering zelf gaat, staat deze niet in het schema.



Figuur 24 Actoren woonzorgcomplex en hun positie in het besluitvormingsproces

3.6.2 Invloed context op besluitvorming

In deelparagraaf 2.3.3 is reeds beschreven dat de context de besluitvorming beïnvloedt, zeker in het publieke domein, en nog nadrukkelijker ten aanzien van zorgvastgoed. De relevante contextuele factoren voor dit onderzoek werden in drie groepen verdeeld: demografische invloeden, trends in de samenleving en institutionele factoren. De laatste vallen uiteen in invloeden van overheidsbeleid en invloeden van de betrokken initiërende partijen, zie Figuur 6.

De krachtigste invloeden van veranderingen in de samenleving betreffen demografische veranderingen en trends. In dit geval bestaat de demografische verandering in een sterke vergrijzing die leidt tot een grotere vraag naar ouderenhuisvesting en tot ingrijpen door de overheid op grotere schaal. Anderzijds leiden trends als individualisme en gebruikersgericht denken tot schaalverkleining. We zagen dat de effecten van kleinschalig wonen op de sociale kwaliteit van wonen tegengesteld zijn.

Als tweede zijn wetgeving en financieringskaders bepalend. Zij richten, maar beperken ook de vrijheid in besluitvorming. De wetgeving in zorgbouw verandert snel en deed dat relatief sterk in de laatste tien jaar, zie Figuur 9 in deelparagraaf 2.3.3. Langetermijn-besluitvorming is daardoor lastig. Dit veroorzaakt een spanning tussen de langetermijn-focus die noodzakelijk en gebruikelijk is in het vastgoed domein en de kortetermijnfocus zoals die gebruikelijk is in het zorgdomein.

Ten aanzien van de betrokken zorgorganisaties en woningcorporaties zijn padafhankelijkheid en het volgen van hypes twee, deels tegengestelde, karakteristieken. Padafhankelijkheid in de organisatieleer is de ingebakken neiging van een organisatie om te reageren op de wijze zoals ze gewend zijn te doen (North, 1990). Instituties zullen zich niet continu en flexibel aanpassen aan veranderingen in de context (Edwards, 2001). Eerder genomen besluiten, soms van gering belang, bepalen in belangrijke mate besluiten in de toekomst.

Putters et al (2009) stellen dat tegenstijdige prikkels voor enerzijds meer ondernemerschap en anderzijds meer budgettering en aftraffen van samenwerking vanuit de markt en de overheid innovaties bij instellingen afremmen. (Fiolet, 2013)

3.6.3 Karakteristieken initiatiefnemers

Als we naar zorginstellingen kijken stelt Helderman (2007) dat hun benadering nagenoeg geheel wordt bepaald door vraagsturing en de kaders van het zorgstelsel.

Woningcorporaties daarentegen zouden vooral nog primair aanbodgedreven en intern gefocust zijn volgens Dreimüller (2008) en reactief volgens Gruis (2003), ondanks hun publieke taak om in huisvesting voor lagere en middeninkomens te voorzien en om bij te dragen aan sociale cohesie (De Kam, 2012; Priemus et al., 1999). Volgens Gruis et al (Gruis, et al., 2003) is dit mogelijk te wijten aan de relatief korte periode van vergrote zelfstandigheid . Priemus (1999) stelt dat woningcorporaties zich in zijn algemeenheid meer zijn gaan richten op een meer economisch gericht profiel en daarmee op een mix van doelgroepen. Dit geschiedde vanuit marktperspectief (minder vraag naar sociale woningbouw), maar ook vanuit preventie van sociale exclusie. De woningcorporaties werden in de jaren negentig financieel onafhankelijk van de rijksoverheid. Zij kregen een positie tussen de overheid, de markt en de samenleving in, en werden een zogenaamde hybride organisatie (Koolma, 2009). Zij zijn volgens Koolma geneigd ‘best practices’ te

volgen in hun besluitvorming. De belangrijkste hype in deze sector was de financiële- en vastgoedhype, die hen tot vastgoedconcerns maakte (Vulperhorst, 2004). Ze namen flinke risico’s door op grote schaal al of niet bouwrijpe grond aan te kopen (De Kam, 2012). Door wettelijke maatregelen zoals het huurbeleid was het noodzakelijk de tekorten, de zogenoemde onrendabele top, aan te vullen uit de corporatiekas. Mede door nieuwe afdrachten als de verhuurderheffing aan de rijksoverheid raakt deze leeg, waardoor het verdienmodel is gaan bestaan uit het met winst verkopen van bestaande woningen om de onrendabele top van nieuwe woningen te bekostigen. Dit verdienmodel kreeg daarom ook wel de bijnaam verdwijnmodel (Claes & Van der Spek, 2013). Ondanks de afspraken in het woonakkoord tijdens het kabinet Rutte II (Blok, 2013) lijkt de onrust op de woningmarkt niet geheel weggenomen.

De vele veranderingen in het financieringssysteem van de gezondheidszorg leidden logischerwijs tot meer kortetermijndenken bij de zorgcoöperaties (Helderman, 2007). Mogelijk daardoor lijkt deze sector sterk te reageren op hypes, aldus Helderman. Voorbeelden zijn de herwaardering van kleinschalig wonen voor mensen met dementie en de introductie van domotica. Dit lijkt inconsistent met de padafhankelijkheid. Hamel (2005) stelt echter dat hypes in de zorg frequent zijn gebaseerd op de mindere grip heeft op de financiële randvoorwaarden, wat kan leiden tot generalisatie van specifieke oplossingen.

De gemeente is veelal een faciliterende en daarnaast een regisserende partij. Vanuit de gemeentelijke woonbehoefte kan zij de gewenste ontwikkelingen schetsen. Mocht zij grond of gebouwen bezitten voor nieuwbouw of herbestemming, dan kan zij een daadwerkelijk initiërende rol spelen. Daarnaast bepaalt de gemeente via de Wet ruimtelijke ordening bestemmingen en locaties.

De wettelijke opdracht als facilitator van welzijn binnen de ouderenhuisvesting is nadrukkelijk toegenomen met de Wmo in 2007. Uit de eerste evaluaties blijkt dat dit nog beperkt wordt ingevuld (Klerk et al., 2010). Ook delen van de zorg vallen onder de Wmo en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Toch blijft ook hier haar rol vaak beperkt, De Kam (2012) pleit voor een grotere rol als regisseur bij de ontwikkeling van woonzorgprojecten.

Putters et al (2009) stellen dat tegenstijdige prikkels voor enerzijds meer ondernemerschap en anderzijds meer budgettering en aftraffen van samenwerking vanuit de markt en de overheid innovaties bij instellingen afremmen. De sense of urgency om te handelen is terug, echter de financiele maatregelen lijken te leiden tot verlamming en eenzijdige richten op korte termijn financiele zekerheidsstelling door te kiezen voor zwaardere zorg.

3.6.4 Bewonersparticipatie

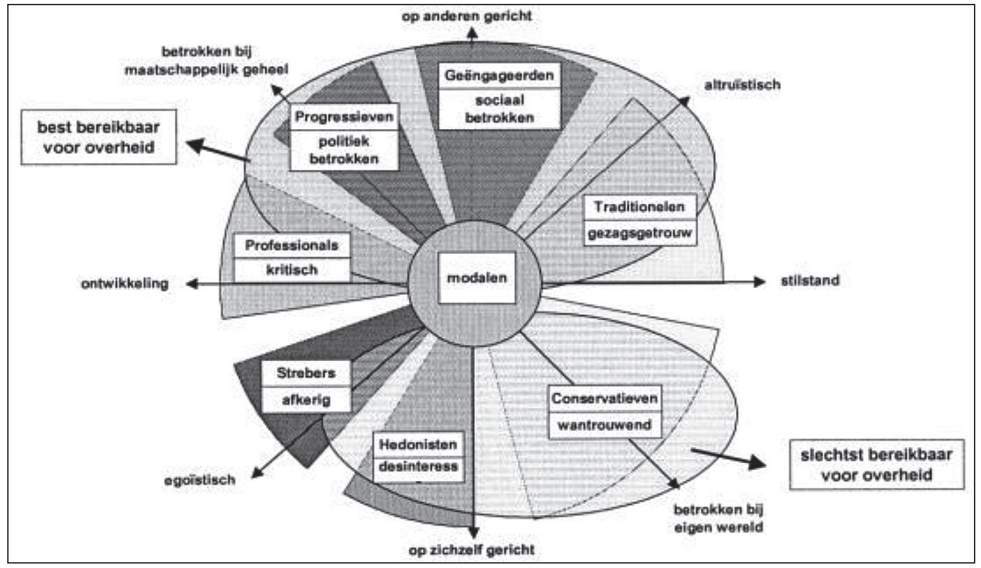
De rol van bewoners bij de besluitvorming is over het algemeen beperkt tot vlak voor en na de ingebruikname. In die fase worden bewonersraden gevormd met

vertegenwoordigers van de diverse groepen die zich om de invulling van gebouw en met name van de activiteiten bekommeren. Dit betreft de primaire doelgroep van de woonzorgcomplexen, de vitale bewoners. Een vertegenwoordiging van bewoners bij de besluitvorming in de initiatieffase betrekken geschiedt nog weinig, ondanks de vermeende voordelen van die *participatie*. Houben stelt in 1985 reeds dat bewustwording en versterking van de positie van ouderen in het besluitvormingsproces (zelfbepaling) wenselijk zijn (Houben, 1985). Bewonersparticipatie past daarmee, samen met integraal toegankelijk zijn voor alle doelgroepen, binnen het inclusief denken. Van Regenmortel (2009) omschrijft het begrip *empowerment* als kader voor sociale inclusie en moderne zorg. Zij beschrijft daarbinnen drie begrippenparen: sociale inclusie en actief burgerschap, vermaatschappelijking en kwartiermaken, en eigen kracht en gedeelde verantwoordelijkheid. Binnen het begrip empowerment is er aandacht voor kwetsbaarheid en kracht en veel respect voor ervaringsdeskundigheid van de bewoners.
Visser en Engbersen (Visser & Engbersen, 2012) beschrijven medezeggenschap en participatie binnen de zes benodigde aspecten voor het creëren van sociale duurzaamheid, waarbij deze twee verbonden zijn aan zich thuis voelen en eigenaarschap.
Zij stellen dat zelfbouw een aantoonbare hogere woonsatisfactie oplevert. Zij noemen ook het begrip publieke familiariteit, geïntroduceerd door Blokland (2008), dat enerzijds zoekt naar de betrokkenheid van gebruikers en anderzijds door de schaal en inrichting van plekken naar een eigenaarschap. Zoals beschreven bij de verwachte trends, zie deelparagraaf 2.1.9, zullen de komende generaties ouderen veeleisender en zelfbewuster naar oplossingen voor hun huisvesting zoeken, een ontwikkeling waarin meer participatie vanzelfsprekend lijkt. Eén van de aanbevelingen voor besluitvorming zal zich hierop expliciet richten, zie paragraaf 9.2.

Om een omslag naar een grotere betrokkenheid van bewoners als stakeholder te maken is het volgens Edwards noodzakelijk dat een sequentiële aanpak in het besluitvormingsproces plaatsmaakt voor een parallelle aanpak (Edwards, 2001). Bij een sequentiële aanpak wordt eerst getracht overeenstemming te bereiken in bestuurlijke kring, al dan niet na ambtelijke voorbereiding. Vervolgens wordt politieke steun gezocht en tenslotte wordt gestreefd naar maatschappelijk draagvlak. Bij parallelle besluitvorming participeren alle betrokkenen tegelijkertijd in de besluitvorming, vanaf het begin van de initiatieffase. Edwards stelt dit als voorwaarde voor een meer interactieve besluitvorming. Deze werkwijze geeft conflicten met de huidige Nederlandse ruimtelijke-ordeningsprocedures.

De mate waarin geparticipeerd kan worden is omschreven in de *participatieladder* (Edelenbos, 2000), voor het eerst ontwikkeld door Arnstein in 1969. Edelenbos onderscheidt informeren, raadplegen, adviseren, coproduceren, meebeslissen en ten slotte zelfbeheer als zes oplopende treden van participatie. Bij de laagste trede,

informeren, bepalen politiek en bestuur de agenda voor besluitvorming. Ze beperken zich er toe betrokkenen op de hoogte te houden. Deze vorm is met raadplegen en adviseren het meest gebruikelijk bij woonzorgprojecten. Bij de hoogste vorm van participatie, zelfbeheer, nemen groepen zelf het initiatief om in eigen beheer voorzieningen tot stand te brengen en te onderhouden. Deze vorm zien we bij cohousing-projecten terug. Coproduceren en meebeslissen is in opkomst in kleine kernen die met krimp te maken krijgen (Groningse dorpen, Brabantse dorpen als Elsendorp, Hoogeloon).



Figuur 25 Bereikbaarheid van bewoners door de overheid (Hessing & Reuling, 2003)

Niet alle personen of doelgroepen zullen even open staan voor een rol in een inclusief proces. Een en ander zal sterk afhangen van hun instrumentele waarde. NIPO onderzocht in dit verband de bereikbaarheid door de overheid (Hessing & Reuling, 2003), zie Figuur 25.
Zoals we in deelparagraaf 3.6.3 zagen pleit Tonkes in dit verband voor een combinatie van overheid, markt en burger (Tonkens, 2012). Kampen et al (2013) stellen dat burgers niet zomaar in hun eigen kracht komen, dat wil zeggen handelen vanuit hun eigen mogelijkheden, en dat vermeende spontane initiatieven helemaal niet zo spontaan zijn, maar door overheid gesteund of geïnitieerd. Burgerinitiatief gedijt niet bij een zich terugtrekkende overheid maar bij een activerende, verbindende en uitnodigende overheid. Als het gaat om informele zorg voelt de daarop gerichte boodschap van de overheid niet als van henzelf. Hier brengt de overheid de eigen verantwoordelijkheid nog niet aansprekend, zeker vergeleken met de Engelse Big Society gedachte, waarin meer plaats is voor erkenning van de bijdrage van informele hulpverleners. Er is nog een hele omslag nodig om daadwerkelijk te denken vanuit burgers, de praktijk blijkt weerbarstig en

vraagt loslaten van de eigen rol als professional (WRR, 2012).
Tonkens stelt dat het uitvoeren van mantelzorg driekwart van de mantelzorgers wel voldoening geeft, maar dat er een groot gevaar is voor overbelasting; zeker door de impliciete gerichtheid op vrouwen (Tonkens & Duyvendak, 2013).
Tenslotte blijkt het, zeker in eerste instantie, meer werk met zich mee te brengen dan verwacht om meer taken aan vrijwilligers over te laten, waarbij voor de professionals veelal het minder bevredigende regelwerk resteert en de feitelijke contacten met bewoners door vrijwilligers worden onderhouden (Van Bochove, et al., 2013).

De thema's participatie, informele zorg en vrijwilligers zijn onderzocht binnen de indicator ervaren verscheidenheid aan activiteiten van de sociale kwaliteit van wonen en de thema's inclusie en participatie bij besluitvorming ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen.

3.6.5 Besluitvormingsmodellen

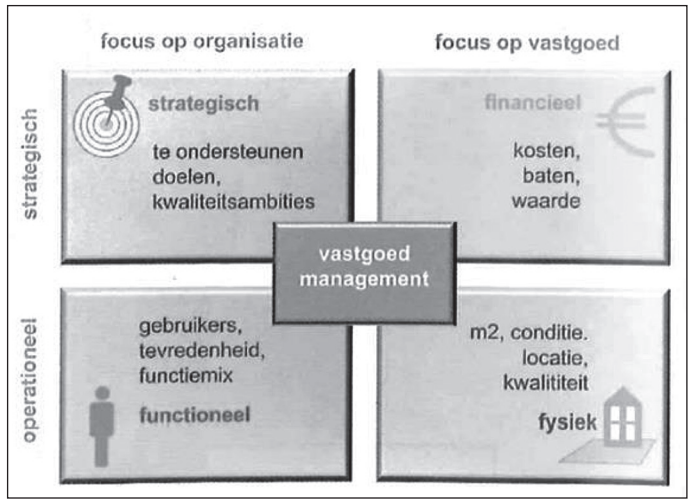
De besluitvorming ten aanzien van vastgoed is in de literatuur uitgebreid beschreven, echter vooral gericht op de performance van organisaties. De theorie van Corpate Real Estate Management, CREM, erkent vastgoed als vijfde factor naast mensen, technologie, informatie en kapitaal om de performance van organisaties te verbeteren (Heijer, 2011b; De Jonge, 2002; Krumm, 1999; De Vries, 2007), zie Figuur 26. De toegevoegde waarde van vastgoed kan daarbij bestaan uit een positief imago, kostenreductie, of een hogere arbeidssatisfactie dan wel arbeidsproductiviteit.



Figuur 26 Vastgoed als een van de vijf productiemiddelen naar Joroff, 1993 (De Vries, 2007)

Door de veelheid van factoren en externe invloeden zijn effecten niet eenvoudig te duiden. Er is ondanks aantoonbare correlaties in verricht onderzoek niet altijd sprake van

causaliteit. Een helder conceptueel kader en zogenaamde gestandaardiseerde Key Performance Indicators (KPI's) zijn noodzakelijk om hierin inzicht te verkrijgen. Onderzoek naar onderwijsvastgoed heeft aangetoond dat interventies in vastgoed inderdaad prestaties van organisaties verbeteren. Echter, minder positief dan verwacht en soms tijdelijk (De Vries et al., 2008).
Den Heijer onderscheidt in dit model twaalf subdoelen tussen input en output die bijdragen aan de waardevermeerdering van het vastgoed, gekoppeld aan strategische, financiële, functionele of fysieke doelen, zie Figuur 27. Het model is ook voor andere universiteiten bruikbaar (Heijer, 2011a). Ten aanzien van besluitvorming voor woonzorgcomplexen, gericht op sociale kwaliteit van wonen, lijkt het CREM-model slechts beperkt bruikbaar, namelijk slechts ten behoeve van het optimaliseren van de beperkt aanwezige arbeidsprocessen betreffende de zorg. Voor wonen en welzijn sluit het door de primaire efficiëntie-gerichtheid beperkt aan. Daarnaast zal toegevoegde waarde in de vorm van een positief imago een bijdrage aan de indicator veiligheid en verbondenheid kunnen geven.



Figuur 27 Vastgoedmanagement: besluitvorming t.a.v. toegevoegde waarde (Heijer, 2011a)

Horgen et al (1999) onderzocht deze processen ook in de gezondheidszorg en stellen dat door samen een PVE op te stellen vanuit de activiteiten van de medewerkers een ontwerp kan ontstaan dat het primaire proces beter ondersteunt. Zij noemen dit procesarchitectuur. Horgen et al richten zich primair op de verbetering van arbeidsprocessen en niet op woonkwaliteit, deze zou bij participatie of zelfbouw voor een vergelijkbare verbetering kunnen zorgen, zie deelparagraaf 3.6.4.

3.6.6 Besluitvorming vanuit verschillende domeinen

De belangrijkste initiatiefnemers, de zorginstellingen en de woningcorporaties, lijken vanuit hun eigen domein en karakteristiek ondanks de doorlopen vernieuwingen nog altijd geneigd een enigszins verschillende aanpak in de besluitvorming te hanteren. Respectievelijk meer vraaggestuurd ten opzichte van meer aanbodgestuurd, meer sociaal gericht ten opzichte van meer economisch gericht, kortetermijnfocus ten opzichte van lange termijn. Zorginstellingen en woningcorporaties zijn geprivatiseerd of op afstand van de overheid komen staan. Onderlinge concurrentie leidt ertoe dat instellingen vaak met de ruggen naar elkaar staan in plaats van samenwerken (WRR, 2012).

Het overbruggen van deze verschillen gericht op keuzes rond schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen vraagt om handvatten, instrumenten, die voor beide domeinen hanteerbaar zijn. Daarnaast is bewustwording vereist van deze dynamiek in de besluitvorming (KCWZ, 2009c). Areadne (De Kam, 2006) is een besluitvormingsinstrument dat is gericht op het woon-, welzijns- en zorgdomein. Het betreft een tool voor een keuze in woonservicegebieden, en dient als praatprent voor alternatieven waarbij de drie domeinen hun inbreng hebben.

3.6.7 Hypothesen besluitvorming

De besluitvorming, gericht op woonzorgcomplexen, heeft betrekking op het woon-, zorg- en welzijnsdomein. Ze blijkt sterk beïnvloed te worden door vele en soms verregaande wijzigingen in wetgeving en financiering.
Als output van dit promotieonderzoek wordt naast de verkregen inzichten ook de ontwikkeling van een besluitvormingsinstrument onderzocht. De *WoonZorgAtlas* zou een overzicht van de inzichten en daaraan gerelateerde best practices moeten geven. Aandacht voor de hanteerbaarheid van de relevante domeinen staat daarbij voorop.

De hypothesen, gebaseerd op de literatuur en voorlopige verkenningen in het veld, ten aanzien van de besluitvorming (BSV) in woonzorgcomplexen zijn:

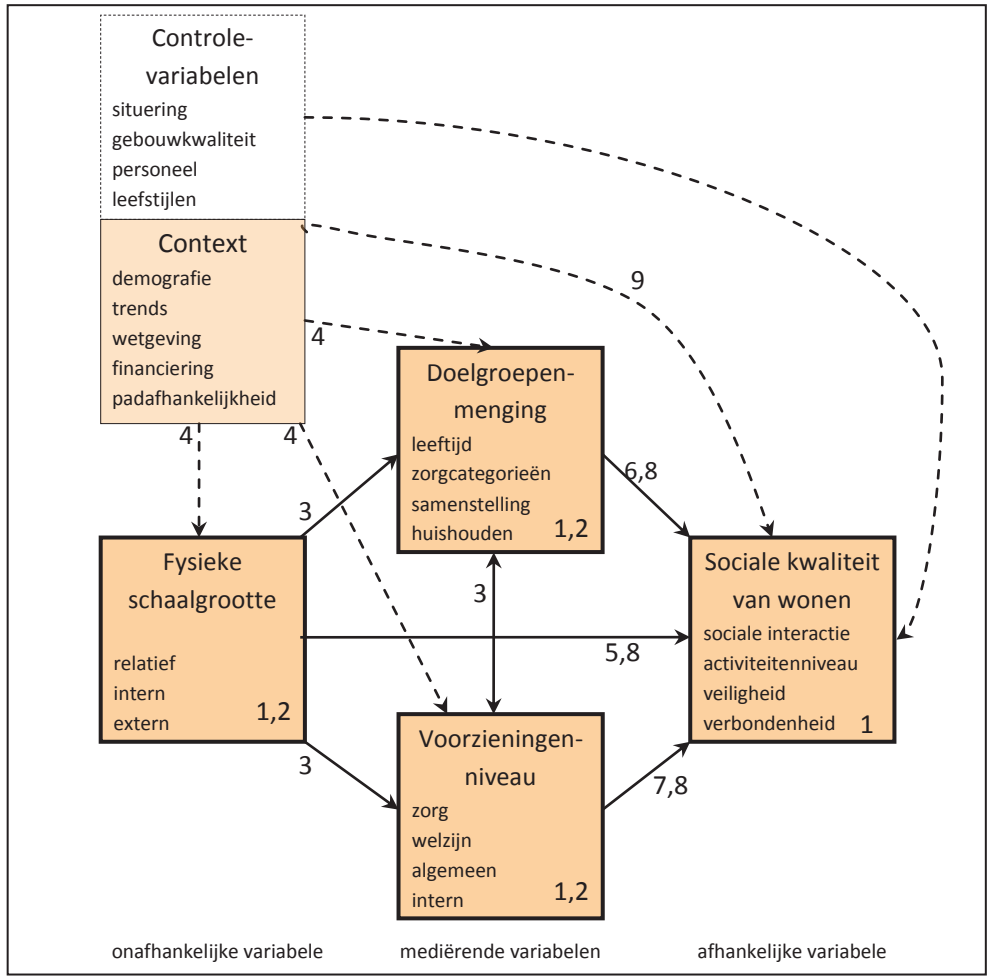
Hypothese 10: Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering..

Hypothese 11: Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.

Hypothese 12: Een evidence based tool kan initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.

3.7 Conceptueel model

Met de toevoeging van de twee mediërende variabelen en de uitsplitsingen naar indicatoren komen we tot het onderstaande, uitgewerkte, conceptueel model.



Figuur 28 Conceptueel model met nummers deelvragen

Het conceptueel model is leidend geweest in de onderzoeksaanpak, de verwerking en interpretatie van de data, tot en met de conclusies en aanbevelingen, waarbij het model ook zelf wordt getoetst aan de empirie.



Menging van functies, kinderdagverblijffietsje en rollator
De Wemel, Wemeldinge (Zeer kleinschalig-Niet Gemengd- Voorzieningenniveau Basis)

Hoofdstuk

4

Onderzoeksmethoden

4 Onderzoeksmethoden

In dit vierde en laatste hoofdstuk van deel A wordt de gekozen onderzoeksmethode beschreven en verantwoord. Hiertoe zal eerst een verantwoording van de onderzoeksbenadering als geheel worden gegeven. Hierna volgt een beschouwing over evaluatiemethodieken voor gebouwen. Ten slotte wordt ingegaan op de gekozen onderzoekstrategie die is samengesteld uit een vooronderzoek, een bureauonderzoek en een casestudy. Deze drie onderdelen worden afzonderlijk beschreven en verantwoord, inclusief de relaties tussen de onderzoeksdelen. Het geheel resulteert in een uitgewerkt onderzoeksmodel.

4.1 Verantwoording onderzoeksbenadering

De probleem- en doelstelling van dit onderzoek, beschreven in hoofdstuk 1, hebben geleid tot een complex geheel van onderzoeksvariabelen en onderlinge relaties, zoals beschreven in hoofdstuk 3 en verwerkt in het conceptueel model. Enerzijds betreft de vraagstelling het zoeken naar kwantitatieve data met betrekking tot fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau uit een tweetal externe bronnen; anderzijds handelt het om zoeken naar kwalitatieve data zoals de effecten van institutionele factoren en de ervaringen van bewoners. Ten slotte bevat de doelstelling, naast het streven naar nieuwe inzichten, het opstellen van aanbevelingen voor de besluitvorming.
Hoe kunnen deze uiteenlopende vragen en omvangrijke doelen in één onderzoeksstrategie worden vormgegeven? En vanuit welke benadering van onderzoek wordt daarbij vertrokken? Om deze vragen te beantwoorden, worden in deze paragraaf de relevante paradigma's, onderzoeksbenaderingen en assumpties, onderzoeksveronderstellingen, bezien op bruikbaarheid voor dit onderzoek.
N.B. omdat het hier gaat om theorie vanuit verschillende onderzoeksscholen worden deze voor de daarmee minder bekende lezer in algemenere zin toegelicht in tekstkaders.

4.1.1 Positionering binnen het positivisme en constructivisme

De eerste vraag ten aanzien van de onderzoeksbenadering is hoe de werkelijkheid gezien wordt door de onderzoeker en hoe daaruit kennis te verkrijgen is. De literatuur beschrijft een tweedeling in positivistische modellen en constructivistische modellen (Baarda, 2009; Creswell, 2008; Flick, 2006). In het positivistische model is er één werkelijkheid en bestaan causale relaties slechts als deze meetbaar zijn. Dit model leent zich voor een kwantitatieve benadering. In het constructivistische model worden organisaties en sociale processen als open systeem en minder objectief opgevat, afhankelijk van de ervaren werkelijkheid van de betrokkenen. Causaliteit en meetwaarden staan onder invloed van de context en zijn niet altijd traceerbaar. Dit model leent zich voor een kwalitatieve benadering.

Tabel 5 Vier assumpties (Banathy & Jenlink, 1996; Groat & Wang, 2002)

Assumptie	Vraag	Kwantitatief	Kwalitatief
Ontologische assumptie	Wat is de aard van de realiteit?	Realiteit is objectief en enkelvoudig, losstaand van de onderzoeker	Realiteit is subjectief en meervoudig, geobserveerd door participanten
Epistemologische assumptie	Wat is de relatie van de onderzoeker tot het onderzochte?	Onderzoeker onafhankelijk van het onderzochte	Onderzoeker interacteert met het onderzochte
Methodologische assumptie	Wat is het proces van onderzoek?	Deductief proces. Oorzaak en gevolg	Inductief proces. Wederzijdse gelijktijdige creatie van factoren
Axiologische assumptie	ethische, morele of esthetische aspecten		

Groat en Wang (2002) onderscheiden zowel binnen het kwantitatieve als binnen het kwalitatieve model drie verschillende assumpties, basale veronderstellingen. Dit zijn de ontologische, de epistemologische en de methodische assumptie. Banathy en Jenlink (1996) voegen daar een vierde, de axiologische assumptie, aan toe, zie Tabel 5.

Vier Assumpties

De ontologische assumptie handelt over het 'wat', de aard der dingen zoals personen of de samenleving. De epistemologische assumptie handelt over het 'hoe' der dingen, hoe weten we dingen, hoe weten we wie we zijn, beiden gehanteerd in dit onderzoek.

Banathy en Jenlink stellen dat deze beide assumpties niet te scheiden zijn: enerzijds zal onze kijk op de wereld beïnvloeden hoe we haar ervaren en acteren, en anderzijds zal onze wijze van ervaren onze zienswijze beïnvloeden. De methodologische assumptie handelt over de processen in het onderzoek. Een beschouwingswijze, niet vanuit dingen maar vanuit processen tussen de dingen om de wereld te verklaren vanuit organisatorische relaties. De axiologische assumptie ten slotte, is de veronderstelling ten aanzien van ethische, morele of esthetische aspecten.

Voor de benadering binnen kwalitatief onderzoek onderscheidt Flick (2006) drie theoretische achtergronden: het symbolisch interactionisme, de ethnomethodologie en het structuralisme dan wel de psychoanalyse. Bij het symbolische interactionisme handelt het om subjectieve betekenissen die individuen geven aan gebeurtenissen of dingen. Die betekenis ontstaat onder invloed van sociale interactie en mensen acteren op basis van die toegekende betekenis. Dit leidt tot zogenaamde *thick descriptions*, een aanpak die bij de interpretatie van narratieven kan worden toegepast, zie deelparagraaf 4.4.3.

In de ethnomethodologie staat het construeren van de sociale werkelijkheid vanuit het bestuderen van routines uit het dagelijkse leven centraal. In de structuralistische visie ten slotte staat het proces van het psychische onderbewustzijn centraal, de latente structuur van betekenissen. Flick pleit voor triangulatie van deze kwalitatieve paradigma's in plaats van een confrontatie daartussen; daarbij gericht op de gemeenschappelijke kenmerken als het *Verstehen*, de reconstructie van cases en het analyseren van teksten, zie ook Tabel 6.

Tabel 6 Kenmerken theoretische posities in kwalitatief onderzoek (Flick, 2006)

Traditionele theoretische achtergrond	Symbolisch inter-actionisme	Ethnomethodologie	Structuralisme, psycho-analyse
Hoofdkenmerk	Perspectief van het onderwerp	Construeren sociale realiteit	Cultureel framing sociale realiteit
Gemeenschappelijke kenmerken	*Verstehen* als epistemologisch principe Reconstructie cases als uitgangspunt Constructie van werkelijkheid als basis Tekst als empirisch materiaal		

Verstehen wil daarbij zeggen: het doorgronden van het totaal van achterliggende mechanismen. De reconstructie van cases betreft het feit dat elke uitspraak, ieder individu, elke afzonderlijke case eerst zijn eigen betekenis wordt gegeven, voordat verbanden tussen meerdere cases worden gelegd. Het analyseren van teksten ten slotte, handelt over de subjectieve interpretatie van de werkelijkheid door de ondervraagde. Deze zijn in dit onderzoek geregistreerd en vervolgens geanalyseerd in teksten, inclusief de latente betekenissen.

Aangezien dit onderzoek niet alleen kwantitatieve maar ook kwalitatieve vragen kent, zijn zowel het positivistische als het constructivistische model met bijbehorende assumpties relevant. Dit onderzoek is niet vanuit één enkel paradigma gestart. Het is gestart vanuit het idee dat de beschikbare databases inzicht in spreiding en relaties van de onderzoeksvariabelen binnen de onderzoeksperiode zouden geven, waarna een strategische selectie tot inzicht van de invloeden van die variaties op de sociale kwaliteit van wonen zouden kunnen leiden. Vervolgens is deze combinatie van bureauonderzoek en casestudy gegroeid tot een gecombineerde kwantitatieve en kwalitatieve methode.

4.1.2 Systems of inquiry

Om de tweeledige onderzoeksbenadering en doelstelling alsmede het multidisciplinaire karakter van de context een plaats te geven, is de bruikbaarheid van de theorie van *systems of inquiry* bestudeerd. De theorie van systems of inquiry beschrijft de werkelijkheid als een in zijn omgeving ingebed systeem met interacties op verschillende niveaus en wederzijdse afhankelijkheden (Groat & Wang, 2002).

Systems of Inquiry

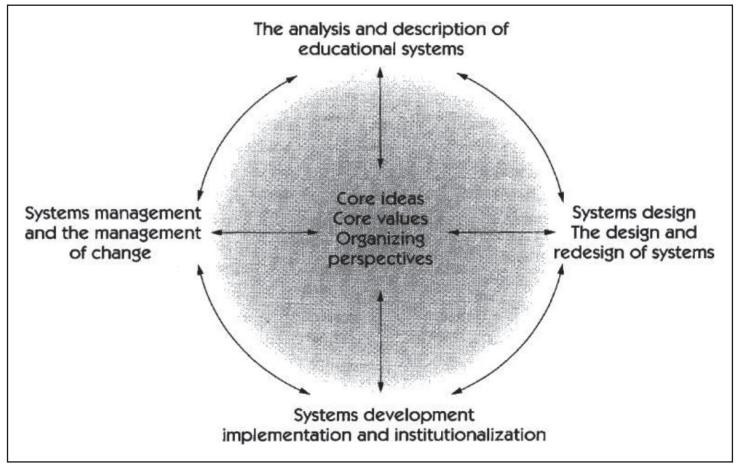
Banathy & Jenlink (1996) stellen dat waar traditionele wetenschappelijke paradigma's kunnen worden gekarakteriseerd door analyse, reductionisme en determinisme, het systems paradigma de synthese, expansie en teleologie onderschrijft. Zij beschrijven drie onderdelen binnen het systeemparadigma: systeemtheorie, systeemfilosofie en systeemmethodologie.

Systeemtheorie bestaat uit het bestuderen van de complexe werkelijkheid vanuit uniform, interdisciplinair onderzoek, als reactie op de verregaande specialisatie door de hoeveelheid data en de complexiteit van technieken en structuren in aparte velden. Modellen, principes en wetten zouden gegeneraliseerd kunnen worden over de disciplines heen. Systeemfilosofie handelt over een systematische kijk op de wereld. Het onderzoekt de meest algemene assumpties. Systeemmethodologie bestaat uit twee domeinen: onderzoek naar methoden en het beschrijven van modellen en tools om de theorie toe te passen.

In systems inquiry selecteert men de methode en benadering die het beste aansluit bij het probleem, de context en het onderzoeksdomein.

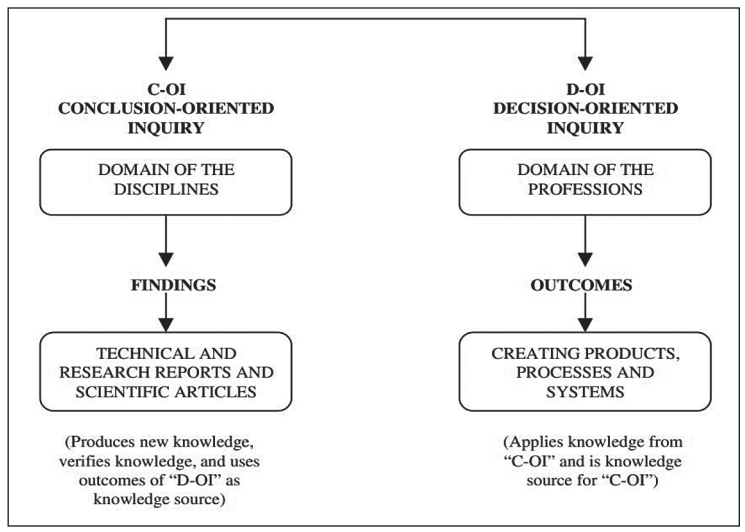
Banathy en Jelink (1996) hebben de theorie in een model voor lerend onderzoek geordend: *systeemanalyse* van omgeving, functies/structuur en processen/gedrag;

systeemontwerp, modellering en tools; *systeemontwikkeling*, implementatie en institutionalisering; *systeemmanagement* en veranderingsmanagement. In Figuur 29 zijn de relaties tussen deze vier onderdelen aangegeven, met in het midden de kernwaarden en ideeën en het organiserend perspectief ten dienste van de ontwikkeling van de onderzoeksbenadering en de keuzes tijdens het onderzoeksproces.



Figuur 29 Model van lerend onderzoek (Banathy & Jenlink, 1996)

Zij onderscheiden vervolgens twee vormen van system inquiry met ieder een andere output: een conclusiegeoriënteerde output van bevindingen binnen het domein van de disciplines en een beslissing-georiënteerde output van uitkomsten binnen het domein van de professies, zie Figuur 29.



Figuur 30 Twee wijzen van discipline gerichte inquiry (Banathy & Jenlink, 1996)

Living Systems Theorie

Een afzonderlijke richting binnen de systeemtheorie is de Living Systems Theorie (Miller, 1978). Zij beschrijft zeven niveaus van levende systemen, lopend van cellen, via organismen tot hele organisaties en samenlevingen. Hoofdkenmerk is dat elk levend system gekarakteriseerd kan worden door dezelfde twintig essentiële subsystemen, zoals input, kanalen, netwerken, producenten, ondersteuners enzovoorts.

Human Systems Inquiry beschrijft, binnen Living Systems Inquiry, systemen van menselijke interacties. Zij beschouwt deze als open systemen met een bundeling van relaties die duurzaam zijn in de tijd. Die duurzaamheid zou daarbij worden geborgd door onderlinge relaties en zelfregulerend vermogen, maar daarnaast ook worden gelimiteerd door streven naar stabiliteit. Bij schaalvergroting van de organisatie bijvoorbeeld worden de dwangmatigheden groter en dwingender, wat kan leiden tot een zekere begrenzing. Deze open systemen worden beïnvloed door hun omgeving, maar dragen daaraan ook bij. Open systemen vormen een geheel, maar zijn tevens onderdeel van grotere systemen. Continue veranderingen zijn onvermijdbaar, deels door het aanpassen aan de omgeving. Deze kunnen behoudend zijn door negatieve feedback, maar ook progressief via positieve feedback. Zelforganisatie en co-evolutie met de omgeving kunnen leiden tot een hoger niveau.

Voor dit onderzoek is een aantal kenmerken van de systeemtheorie bruikbaar, namelijk de beschrijving als open systeem van menselijke, zelfregulerende interacties, bruikbaar voor de beschrijving van de relaties tussen de onderzoeksvariabelen en de invloed van een multidisciplinaire context. Daarnaast is de beschrijving van twee vormen van inquiry en output die de dubbele doelstelling met ontwikkeling en toepassing van nieuwe kennis kan ondersteunen, bruikbaar.

Realistic Evaluation Cycle

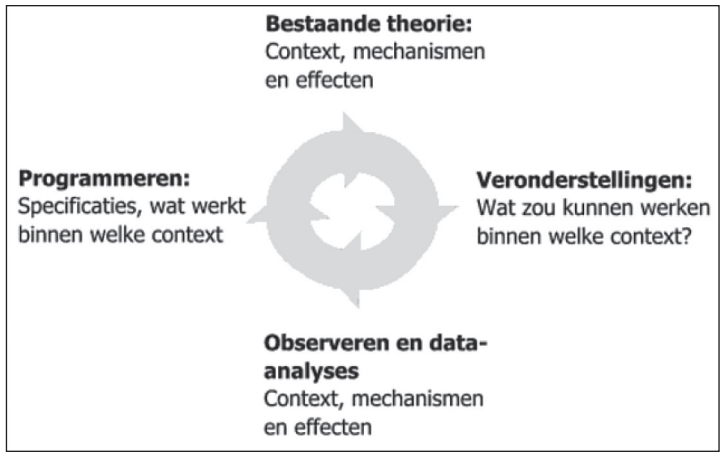
De Realistic Evaluation Cycle start vanuit bestaande theorie met vervolgens veronderstellingen ten aanzien van effecten van ingrepen op bestaande situaties, de hypothesen. Daarna volgen observaties en analyses van context, mechanismen en effecten. Tijdens het programmeren worden inzichten in de werking verworven, die daarna tot aanscherpen van de theorie leiden.

De uitgangspunten van de Realistic Evaluation benadering zijn beschreven in de New Rules of Realistic Evaluation (Pawson & Tilly, 1997). De evaluatie van ingrepen is gericht op het hoe en waarom van de veranderingen als gevolg van de ingrepen. De evaluatie gaat breder en dieper dan alleen de zichtbare ingrepen en effecten, en is gericht op conflicterende en samenwerkende tussentijdse effecten. De context en effecten zijn helder en duidelijk beschreven in context-mechanisme-effect (CME) configuraties waarbij de context veranderlijk is. Ten slotte is deze benadering bedoeld om te leren, waardoor afstemming tussen onderzoeker, beslissers en betrokkenen noodzakelijk is.

Ten aanzien van evaluerend en lerend onderzoek zijn, naast het model van lerend onderzoek uit de systems inquiry, de op onderdelen vergelijkbare opvatting van de Realistic Evaluation Cycle bestudeerd (Carlson, 2003). Deze benadering is onder meer in

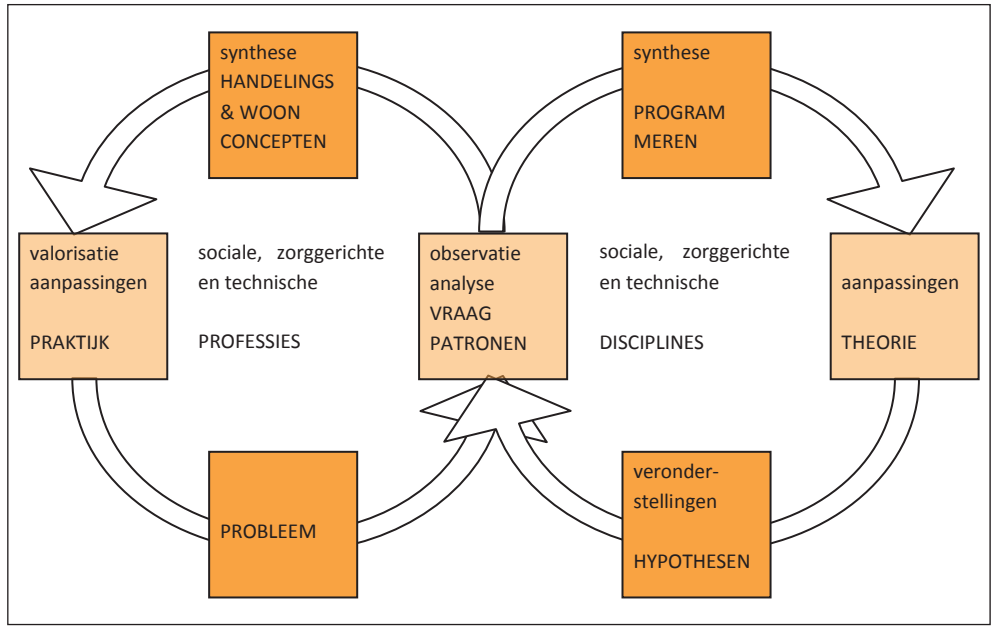
een recente casestudy met betrekking tot onderwijsgebouwen gebruikt door De Vries (2007). Ook het Realistic Evaluation Cycle model hanteert een empirische cyclus, beïnvloed door de context. Die is niet direct gericht op theorieontwikkeling maar op de relaties tussen stakeholders. Het model is geschikt voor exploratief onderzoek en onderzoek naar vastgoed, en wordt in dit onderzoek gebruikt voor de terugkoppeling van onderzoeksresultaten voor praktijkaanbevelingen, zie Figuur 32.

In dit onderzoek wordt het geheel van variabelen en relaties, inclusief de context als een open systeem beschreven. De werkelijkheid is die van de perceptie van de bewoners en andere betrokkenen. De relatie tussen de onafhankelijke variabele, de fysieke schaalgrootte, en afhankelijke variabele, de sociale kwaliteit van leven, wordt beïnvloed door de andere variabelen in het systeem en door de context. Het onderzoek past daarmee binnen de Realistic Evaluation benadering. Uitgangspunt is dat ingrepen en effecten altijd beïnvloed worden door het individu, de organisatie en de context. Het uiteindelijke effect komt tot stand door tussentijdse effecten (mechanisme + context = resultaat).



Figuur 31 Realistic Evaluation Cyclus naar Pawson, 1997 (De Vries, 2007)

De vier stappen uit de Realistic Evaluation Cycle methode vanuit de bestaande theorie, via veronderstellingen, observeren en analyseren naar programmeren, specificeren van wat werkt binnen deze context, leveren in dit onderzoek echter niet alleen aanvulling op de theorie. Ook voor de praktijk worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Daarmee dient dit onderzoek beide wijzen van disciplinegerichte inquiry zoals Banathy en Jenlink beschrijven (1996), zie Figuur 32.

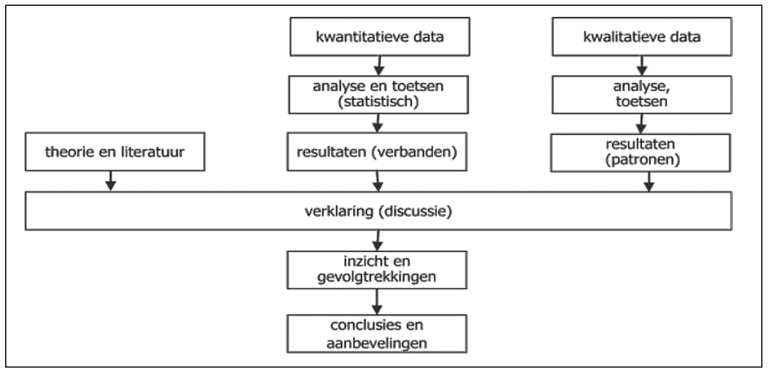


Figuur 32 Ineengrijpende evaluatiecycli van professie en disciplinegerichte inquiries

4.1.3 Mixed methods onderzoek

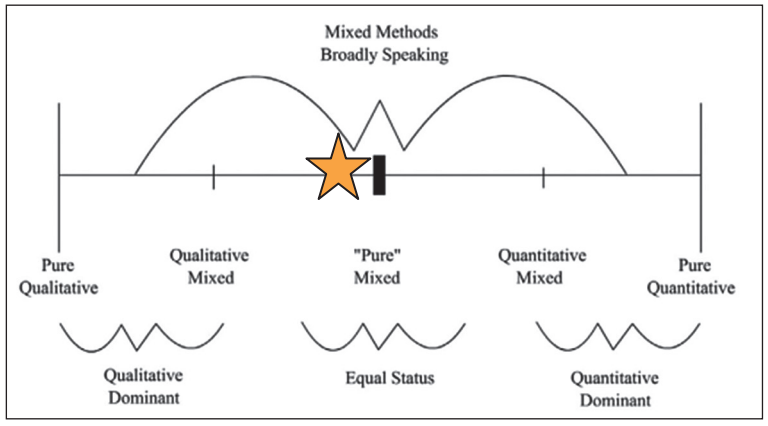
De klassieke scheiding tussen het paradigma van de positivistische filosofie in de wetenschap waarbij een kwantitatieve en objectieve benadering centraal staat en de constructieve of interpretatieve filosofie van de kwalitatieve benadering, lijkt sinds enkele decennia geslecht met een derde paradigma, een eclectische aanpak, combinatie van kwalitatief en kwantitatief, het mixed methods onderzoek.
Deze methode is relatief nieuw en ontwikkelt zich nog in vorm en aandeel (Creswell, 2008). Zij mixt kwantitatief met kwalitatief onderzoek. Doel van de menging van beide methoden is om de sterkten te combineren en de zwakte van het ene model te compenseren met het andere model. De inzichten vanuit de resultaten van beide methode worden geïntegreerd. Dit geschiedt onder meer door datatriangulatie, ook toegepast in dit onderzoek, zie Figuur 33.

Bovendien stelt Johnson (Johnson & Onwuegbuzie, 2004) dat onderzoekers die mixed methods hanteren meer geneigd zullen zijn de passende onderzoeksmethode bij de vraagstelling te hanteren en niet de methode die bij de eigen onderzoeksschool past. Mixed methods biedt mede door zijn middenpositie in de onderzoeksfilosofie een pragmatisch, output-georiënteerd model.



Figuur 33 Kwantitatieve en kwalitatieve triangulatie (Fellows & Liu, 1997)

Duidelijk is dat mixed methods research naast de klassieke kwantitatieve en kwalitatieve methode als nieuwe derde school zijn plaats heeft verworven, waarbij dit nieuw zijn nog vraagt om de nodige uitbouw van de methodiek. De vraag is of mixed methods research een positie als aparte derde stroming inneemt of dat, zoals meer voor de hand ligt, sprake is van een continuüm van onderzoeksparadigma's, zie Figuur 34 (Johnson et al., 2007). Dit onderzoek bevindt zich binnen dit continuüm, links van het midden in het gebied met gelijk aandeel, hooguit met een lichte kwalitatieve dominantie door de narratieve methode.



Figuur 34 Positie onderzoek in continuüm van onderzoeksparadigma's (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007)

De belangrijkste sterkte van mixed onderzoek is de combinatie, waardoor kwalitatieve gegevens kunnen worden gebruikt om betekenis aan kwantitatieve gegevens te geven, dan wel het gebruik van kwantitatieve gegevens om kwalitatieve gegevens te preciseren. Hierdoor is een bredere en completere vraagstelling te beantwoorden met een sterkere bewijsvoering door convergentie en integratie van bevindingen. Bovendien worden door

gebruik van verschillende methoden inzichten toegevoegd. De generalisatie is hoger en de kennis completer en mede daardoor pragmatischer gericht.

Wel is het lastig vanwege het veelal ontbreken van dubbele expertise en onderzoeksvoorkeur het gehele onderzoek door één persoon uit te voeren, vooral bij gelijkwaardige inzet van de methoden. Daarnaast zullen puristen de zuiverheid van werken binnen één paradigma blijven aanhangen. Bovendien vraagt het een hogere investering in tijd en geld; de methode vergt theoretische uitwerking van de paradigmamix, kwantitatieve analyse van de kwalitatieve data en de interpretatie van conflicterende resultaten.

Middenpositie mixed methods

Johnson en Creswell leggen de voordelen van de middenpositie van mixed methods uit aan de hand van de, eigenschappen van kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

De sterkte van kwantitatief onderzoek uit zich in de geschiktheid voor het testen en valideren van theorie over hoe verschijnselen zich voordoen. Experimenten en survey's zijn daarbij de geëigende strategieën. Deze zijn eenvoudiger te generaliseren. Ze kennen een relatief snelle, precieze, numerieke datacollectie en -analyse, gericht op oorzaak-gevolgrelaties, met resultaten die relatief onafhankelijk zijn van de onderzoeker, die een hogere geloofwaardigheid bij bestuurders en politici hebben en bruikbaar zijn voor grote aantallen te onderzoeken mensen of objecten.
De zwakke kanten van kwantitatief onderzoek zijn de inpassing in lokale omstandigheden, het mogelijk missen van een fenomeen door de focus op het testen van de aannames in plaats van generalisatie en het gevaar van te abstracte en algemene kennis voor directe toepassing op specifieke gevallen (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Het positieve van kwalitatief onderzoek is de eigen achtergrond waarop de data van de participanten zijn gebaseerd; daarnaast de geschiktheid voor diepgaand onderzoek bij een gelimiteerde casestudy en voor het beschrijven van complexe verschijnselen. Dit type onderzoek levert individuele case-informatie op, zowel als cross-caseanalyse als ook als ervaringsgerichte resultaten van contextgerelateerde en dynamische processen die geschikt zijn om een grounded theorie te toetsen. De methode is flexibel en responsief en kent levendige, idiografische voorbeelden in narratieven.
Het negatieve van kwalitatief onderzoek is dat er geen mogelijkheid is voor generalisatie. Kwantitatieve aannames zijn lastiger te testen. De geloofwaardigheid is nog niet algemeen geaccepteerd. Bovendien is meer tijd nodig voor datacollectie en data-analyse. Tenslotte bestaat de kans op gemakkelijkere invloeden van de persoonlijke bias van de onderzoeker.

Bij mixed methods wordt het paradigma van het pragmatisme gehanteerd met als uitgangspunt: "werken met wat werkt" (Howe, 1988, 1992). Howe stelt dat zowel

kwalitatieve als kwantitatieve onderzoekers het positivisme zouden moeten omarmen, gekleurd door een zekere mate van interpretatie.
Anderen zijn kritischer ten opzichte van het mengen van twee in hun ogen onverenigbare methoden, omdat zij gebaseerd zijn op fundamenteel verschillende wijzen van kijken naar de werkelijkheid (Guba & Lincoln, 1994; Sale et al., 2002). Crossvalidatie en triangulatie zouden om die reden ook weinig voorkomen en feitelijk ook niet mogelijk zijn en tegenstrijdig met het gebruikte argument van het aanvullen van de zwakten van de ene methode met de sterkte van de andere. Mixed-methodsresearch zou wel gebruikt kunnen worden als complementaire, elkaar aanvullende onderdelen, als toegevoegde uitkomsten voor wederkerige onderzoekspartners. Zij waarschuwen voor kritiekloos adopteren van deze derde weg en geloven dat een onderzoeker niet zowel een positivist als een constructivist kan zijn. In de methodologische paragraaf 7.1 wordt hierop gereflecteerd.

4.1.4 Toegepaste strategieën

Johnson & Onwuegbuzie (2004) onderscheiden binnen mixed-methodsresearch *mixed models* en *mixed methods*. Bij mixed models worden binnen onderdelen van het onderzoek kwantitatieve en kwalitatieve instrumenten naast elkaar gebruikt. Bij mixed methods worden de twee methoden ten aanzien van het totale onderzoek naast elkaar gebruikt, al dan niet gelijk in aandeel, al dan niet simultaan of sequentieel, zie Tabel 7.

Tabel 7 Dit onderzoek binnen mixed methods ontwerp matrix (Johnson & Onwuegbuzie, 2004)

	Simultaan	**Sequentieel**
Gelijke Status paradigma's	QUAL + QUAN	QUAL→ QUAN ***QUAN→ QUAL***
Dominante status één van beide paradigma's	QUAL + qual QUAN + quan	QUAL→ quan qual → QUAN QUAN→ qual quan→ QUAL

De plaats in deze matrix voor dit onderzoek is gemarkeerd. In dit onderzoek is er een hoofdzakelijk kwantitatief deel, waarna een hoofdzakelijk kwalitatief deel volgt. Volgens Burke gaat het hier dus om een mixed method. De delen zijn achter elkaar geprogrammeerd en met een gelijkwaardige prioriteit ingezet. Echter, binnen het kwantitatieve deel is sprake van een deels kwalitatieve analyse, namelijk die welke in termen van het onderhavig onderzoek de relatie met de veranderingen in wetgeving en financiering in de onderzoeksperiode relateert aan de veranderingen van de onderzoeksvariabelen. Binnen het kwalitatieve deel zijn er tevens kwantitatieve analyses van de narratieven, om de groepen in schaalgrootte, doelgroepenmenging voorzieningenniveau en de besluitvorming van kwalitatieve en institutionele factoren te vergelijken. De onderdelen van de mixed methods zijn daarmee als mixed models ingevuld.

Dit onderzoek stoelt deels op bestaande theorieën ten aanzien van woningkwaliteit en de invloed van schaalgrootte op kwaliteit van leven in de dementenzorg. Echter, omdat de onderlinge relaties met doelgroepenmenging en voorzieningenniveau niet in gevestigde theorieën zijn beschreven en weinig onderzoek naar woonzorgcomplexen bestaat, is het onderzoek deels explorerend.

Ontwerp mixed-methodsresearch

Creswell (2008) onderscheidt de volgende procedure voor het ontwerp van mixed-methodsresearch. Ten eerste: bestudeer na het inlezen in aard, geschiedenis en definities de toepassingen. Ten tweede: beoordeel vervolgens de gelijktijdigheid van beide onderdelen, simultaan of sequentieel; de gelijkwaardigheid van beide onderdelen, het verklarende of explorerende karakter en bepaal of er een theoretisch kader is. Ten derde: kies uit de door Creswell onderscheiden zes strategieën, elk model met zijn sterkten en zwakten en een bijbehorende wijze van rapporteren.
De ook door Creswell gehanteerde, verklarende en explorerende wijze zijn door Baarda (2009) benoemd als deductief onderzoek en inductief onderzoek, Deductief onderzoek gaat uit van het toetsen van een gevestigde theorie. Inductief onderzoek gaat uit van het exploratief zoeken van verbanden in nog ongestructureerde datasets.

In dit onderzoek volgen de fasen van het in hoofdzaak kwantitatieve respectievelijk kwalitatieve deel elkaar in de tijd op. De drie simultane strategieën zijn daardoor niet van toepassing. Van de sequentiële strategieën is de explorerende variant niet van toepassing omdat daarin de kwalitatieve fase de eerste fase gericht op exploreren is, waarna de kwantitatieve fase deze bevindingen ondersteunt. Deze strategie is gericht op het eerst kwalitatief exploreren en vervolgens kwantitatief testen van een fenomeen.
Dit onderzoek kan worden geduid als een sequentieel verklarende strategie dan wel een sequentieel transformatieve strategie. Het *sequentiële verklarende model* is volgens Creswell het meest recht toe recht aan. Eerst komt het kwantitatieve deel, dan volgt het kwalitatieve deel. De integratie van de resultaten geschiedt in de interpretatiefase, waarbij de kwalitatieve resultaten als ondersteuning dienen van de kwantitatieve bevindingen. Het model zoekt naar verklaringen van verbanden. De lange duur van het onderzoek, met name als beide delen gelijkwaardig zijn, is het grootste nadeel van deze strategie.
De *sequentieel transformatieve* strategie verschilt van de sequentieel verklarende strategie doordat een theoretisch perspectief van de onderzoeker zoals een conceptueel model, een specifieke ideologie of pleidooi, leidend is. Zij is met name geschikt om diverse perspectieven, vertegenwoordigers van participanten en veranderingen tijdens en door de studie op te vangen. Door de twee fasen is het eenvoudig implementeerbaar en rapporteerbaar en geschikt voor het bouwen van een instrument. Nadeel is de lange duur van het onderzoek. Er is nog weinig geschreven over deze methode, wat met name lastig is bij het transformeren vanuit de eerste naar de tweede fase.

4.1.5 Evaluaties van gebouwen

Naast onderzoeksbenaderingen zijn in de literatuur ook enkele vaker gebruikte evaluatietechnieken voor gebouwen bestudeerd op geschiktheid als geheel of in delen voor dit onderzoek. Dit zijn kwantitatieve meetmethoden functionele kwaliteit, rolgebaseerde gebouwevaluaties en Post Occupancy Evaluation (POE).
Voor dit onderzoek werden de functionaliteit en het comfort, met name in de vorm van gebruikersvoorzieningen, geëvalueerd. Het betreft dus slechts een beperkt deel van het spectrum van de hiervoor omschreven evaluatietechnieken. De methodieken van de Stichting Bouw Research (SBR) ten aanzien van de nadere uitsplitsing en Real Estate Norm (REN) ten aanzien van de bandbreedte worden daarbij in aangepaste vorm overgenomen. De indeling van de Building Quality Assessment (BQA) is door zijn verregaande uitsplitsing en de aard daarvan nauwelijks bruikbaar voor dit onderzoek.

Evaluatietechnieken SBR en REN

De Stichting Bouw Research (SBR) hanteert als definitie van kwaliteit de verhouding tussen gevraagde en geleverde prestaties wordt gehanteerd (Benes, 1990). Het betreft een meetmethode voor de functionele kwaliteit, met een kwantitatieve bepaling van de prestatie van een gebouw. De methode is zowel bruikbaar voor gebruikers als voor eigenaar/investeerders. De methode is primair geschreven voor de utiliteitsbouw maar bruikbaar voor woningbouw.
De prestaties zijn opgedeeld in vier prestatiegroepen: functionaliteit, vormgeving, comfort en veiligheid. Een score en een weging per prestatie geeft een totaal voor het gebouw en per onderdeel. Indien een vergelijking met de gebruikskosten wordt toegevoegd ontstaat een kosten/batenanalyse die een basis kan zijn voor het zoeken naar alternatieven, dat wil zeggen kwaliteitsverbetering of gebruikerskostenverlaging.

Vergelijkbaar met de SBR-methodiek is de Real Estate Norm voor kantoren (REN, 1992). Hierin worden drie hoofdgroepen onderscheiden: gebruik, comfort en veiligheid, verdeeld in aspecten en subaspecten. Er wordt gemeten met een bandbreedte van 1 t/m 5, de aspecten worden gewogen en krijgen daartoe een doorslaggevende, gemiddelde of kleine betekenis als weegfactor.

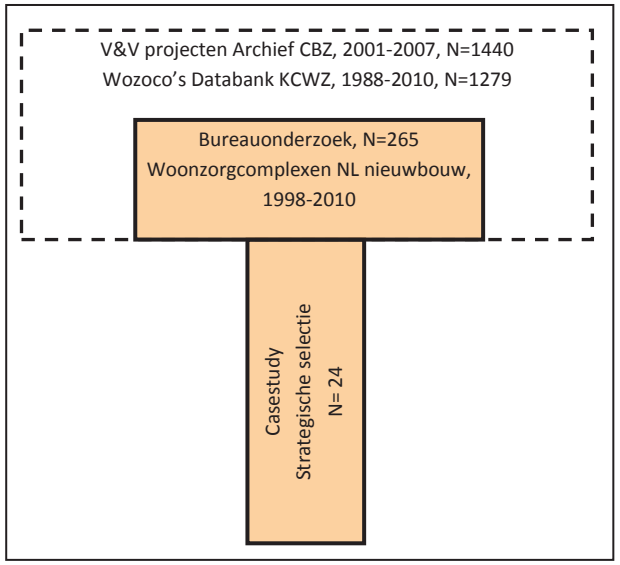
Het Centre for Building Performance Research (CPBR) onderscheidt vier rolgebaseerde kaders voor gebouwevaluatie (Baird, 1996): user only, gebruikersgroepen sturen de evaluatie en voeren hem uit; provider driven, faciliteerders sturen de evaluatie, gebruikers voeren hem uit; user driven, gebruikers sturen de evaluatie, faciliteerders voeren hem uit; provider only, faciliteerders sturen de evaluatie en voeren hem uit.
Dit onderzoek werd van buitenaf geinitieerd met het oog op nieuwe intiatieven van facilteerders, en door zowel gebruikers als facilteerders uitgevoerd. Daarmee is het een mengvorm van provider driven en provider only, wat extra aandacht vraagt van de benadering van beide groepen bij de evaluatie.
Gray (Baird, 1996) maakt verder het onderscheid tussen een interne of externe evaluatie en een op empirische, theoretische of gemengde grondslag. Dit onderzoek is een externe

evaluatie met gemengde grondslag. Het handelt over “wijdverspreide ervaringen van verschillende groepen, vergeleken met breedgedragen theorie”.
Een specifiekere methode voor gebouwevaluatie is de Post Occupancy Evaluation, POE (Van derVan der Voordt, 1994; Preiser, 1988). Belangrijke vragen bij POE zijn: wordt het gebouw gebruikt zoals de opdrachtgever en de architect dit voor ogen hadden en zijn de gebruikers tevreden?
Onderzocht werden complexen in de gebruiksfase, waarbij gebruik en waardering werden geëvalueerd met het doel lessen voor vervolgprojecten te trekken. Dit laatste betekent dat de resultaten vertaalbaar moeten zijn naar de komende bouwperiode, zeker omdat de betekenis van het woonzorgcomplex verschuift (Singelenberg, 2009). Aan de hand van prestatie-eisen, in het conceptueel model de onafhankelijke, mediërende en afhankelijke variabelen, worden doelstellingen en verwachtingen getoetst aan daadwerkelijk gebruik en waardering. Het gaat hier om ex post (= achteraf) evalueren, hoewel niet uit te sluiten is dat dit kan leiden tot ex ante (= vooraf) evalueren in reken- en andere simulatiemodellen. Van der Voordt (1994) stelt dat voor enige ervaring met het gebouw, minimaal één jaar na ingebruikname dient te worden gewacht met onderzoek, hoewel vlak na inhuizing het bewustzijn van de bewoners ten aanzien van de woning en woonomgeving het grootst is.

4.1.6 Keuze onderzoeksstrategie

Verschuren en Doorewaard (2007) onderscheiden als onderzoeksstrategieën: het survey, het experiment, de casestudy, de gefundeerde theoriebenadering en het bureauonderzoek. Experimenteel onderzoek was in dit geval niet mogelijk vanwege het niet-isoleerbare karakter van het onderzoeksobject, het woonzorgcomplex. Een gefundeerde theoriebenadering volstond niet omdat we de ervaren sociale kwaliteit van wonen wilden meten. De strategieën die resteerden waren het survey, de casestudy en het bureauonderzoek.

Voor het eerste deel van het onderzoek, het beschrijven van frequenties van de onderzoeksvariabelen en hun relaties met institutionele factoren, is een bureauonderzoek de aangewezen vorm vanwege het arbeidsextensieve karakter, het snel vergaren van een groot aantal gegevens en de beschikbaarheid van secundaire data. Deze data bestaan uit het archief CBZ en de databank KCWZ.
Voor het tweede deel van de onderzoeksstrategie kon gekozen worden tussen een survey en een casestudy. Het verschil tussen beide wordt bepaald door het aantal projecten en door de keuze voor een kwantitatieve of een kwalitatieve benadering. Zoals we zagen staan traditioneel deze twee wijzen van onderzoek naast of zelfs tegenover elkaar. Door de keuze voor mixed methods is er een derde benadering die beide paradigma’s combineert mogelijk.



Figuur 35 Onderzoekstrategie op hoofdlijnen

In dit onderzoek is ervoor gekozen om na het bureauonderzoek een multiple casestudy te verrichten, zie Figuur 35. Dit ten behoeve van een kwalitatieve vergelijking, gericht op een variatie in de reeds kwantitatief onderzochte variabelen. Bij de kwalitatieve benadering zijn de processen en relaties onderwerp van onderzoek. Het is gericht op inzichtbrengend, verklarend onderzoek (Baarda, 2009). Voor een casestudy is bovendien gekozen omdat het naast het bestuderen van projecten op papier van belang is om op locatie waar te nemen, ook voor de meewerkende studenten.

Door de drievoudige variatie van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau en de beoogde saturatie binnen die variatie zijn 24 projecten onderzocht. Om te voldoen aan saturatie, de verzadiging aan informatie, zijn theoretisch daartoe minimaal 30 interviews benodigd (Van Biene et al., 2008; Robson, 2002a). In de praktijk kan het verzadigingsniveau veel lager zijn, wanneer bijvoorbeeld na tien interviews reeds geen nieuwe informatie zich aandiend in de interviews.
Yin (1989) onderscheidt een enkelvoudige, een meervoudige en een retrospectieve casestudy. De retrospectieve casestudy bestudeert veranderingen in de tijd van al dan niet dezelfde cases.
In dit onderzoek is sprake van een meervoudige casestudy omdat verschillende projecten zijn onderzocht met als doel verschillen in schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau te vergelijken. De spreiding in bouwjaren binnen de onderzoeksperiode is 1998-2010. Alle projecten zijn eenmalig en binnen een jaar bezocht, waardoor ondanks de periode van twaalf jaar geen sprake is van een retrospectieve casestudy.

4.1.7 Samenvatting onderzoeksbenadering

Samenvattend is te stellen dat voor een mixed method van een kwantitatief bureauonderzoek en een kwalitatieve casestudy is gekozen. Dit enerzijds vanwege het beschrijvende karakter van het onderzoek naar de totale populatie woonzorgcomplexen in de onderzoeksperiode, anderzijds vanwege het zoeken naar verklarende invloeden op de sociale kwaliteit van wonen.
Binnen de deelonderzoeken zijn er mixed models toegepast door invloeden vanuit context kwalitatief te verklaren binnen het verder kwantitatieve bureauonderzoek en door kwantitatieve analyses van de narratieven in de casestudy. Dit levert tevens triangulatie van bronnen en methoden op.

4.2 Vooronderzoek dertien woonzorgprojecten

Ter oriëntatie op de problematiek en ter afbakening van het onderzoeksobject is in de periode augustus 2008 tot en met juni 2009 een vooronderzoek uitgevoerd. Gesproken is met experts op het vlak van woonzorgcomplexen, zowel uit het werkveld als uit de wetenschap. Daarnaast zijn dertien woonzorgprojecten verkennend bezocht, waarbij gesproken is met de daarbij betrokken beslissers.
De experts met betrekking tot woonzorgcomplexen met hun functie ten tijde van het onderzoek waren: Jeroen Singelenberg van de SEV (†2012), onderzoeker woonzorgcomplexen en woonservicegebieden; professor Hans Becker van Humanitas, directeur en voorstander grootschalige complexen; lector Tom Vroon, HAN en bestuurder CBZ, het voormalig toezichtorgaan van zorgbouwaanvragen en professor George de Kam, RU, onderzoeker woonservicegebieden en promotor. De bijdragen uit deze gesprekken zijn verwerkt in het theoretisch kader, hoofdstuk 3. De verslagen van de gesprekken zijn terug te vinden in bijlage 1, Verslagen gesprekken experts.

4.2.1 Projecten vooronderzoek

Vanuit studiereizen met het CBZ en door enkele praktijkonderzoeken vanuit het lectoraat ZorgGericht Bouwen waren reeds verschillende woonzorgprojecten bekend en opgevallen vanwege hun bijzondere kenmerken. In Tabel 8 zijn de complexen uit het vooronderzoek weergegeven en of ze binnen de later geselecteerde doelgroep zelfstandig wonende senioren vallen en of ze in het bureauonderzoek en de casestudy terugkomen.

Tabel 8 Bezochte woonzorgprojecten vooronderzoek

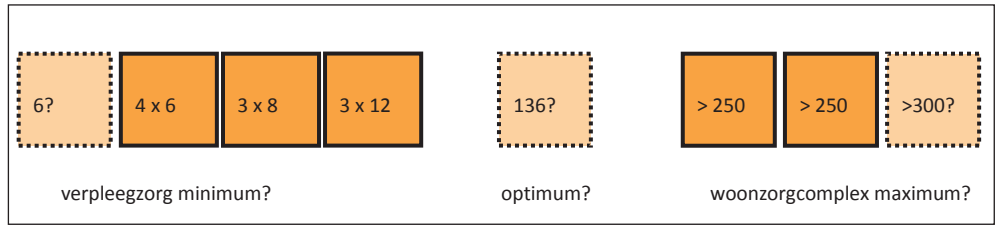
Periode	Naam project	Plaats	Doelgroep	Bureauonderzoek	Casestudy
Oktober ‘08	St. Annahof	Uden	x	x	x
	Prior v Milstraat	Uden	-		
November ‘08	Skewiel Trynwalden	Oenkerk	x		
	Stellinghaven	Oosterwolde	-		
	Nij Marienacker	Workum	x	x	
November ’08 + Maart ‘09	Eilandstaete	Arnhem	x	x	x
	Eldenstaete	Arnhem	-	x	
	Malburgstaete	Arnhem	x	x	x
Maart ‘09	Meulenvelden	Didam	x	x	
	Waterrijk	Doetinchem	x	x	
	Debbeshoek	Ulft	x	x	
April ’09	Czaar Peterpunt	Amsterdam	-		
	Reinaldahuis	Amsterdam	x	x	x

De complexen St. Annahof (Uden), Malburgstaete (Arnhem) en Meulenvelden (Didam) waren daarbij opgevallen door hun bijzondere schaal en inpassing in de woonomgeving. Skewiel (Trynwalden) was bezocht vanwege het bijzondere concept van voorzieningen zonder gekoppelde woningen. Reinaldahuis (Haarlem) en Waterrijk (Doetinchem) vielen op vanwege de bijzondere wijze waarop de wijk ‘naar binnen’ wordt gehaald. Verkennend is er gekeken naar andere doelgroepen zoals licht verstandelijk beperkten in het project Prior van Milstraat (Uden) en groepswoningen voor dementerenden in Stellinghaven (Oosterwolde) en Czaar Peterpunt (Amsterdam). Nij Marienacker (Workum), Debbeshoek (Ulft), Eilandstaete en Eldenstaete (Arnhem), ten slotte zijn gekozen vanwege hun nabijheid en de bestaande contacten.

4.2.2 Conclusies vooronderzoek

Na het vooronderzoek is het onderzoeksobject afgebakend tot woonzorgcomplexen met in meerderheid zelfstandig wonende senioren, zie ook deelparagraaf 2.3.2, definities. Projecten die specifiek bedoeld waren voor een andere doelgroep, zoals de projecten voor dementerende bewoners, zijn bij het verdere onderzoek uitgesloten. De relevantie van de vraagstelling is getoetst in de gesprekken met beslissers.

Gebleken is dat woonzorgcomplexen nog immer worden gebouwd, ondanks de veronderstelde achterhaaldheid van het concept. De samenstelling van doelgroepen was daarbij opgeschoven naar een meer gemengde bewonerssamenstelling wat betreft de zorgzwaarte. Dit geschiedde echter zonder kwalitatieve onderbouwing van de keuzes. De behoefte onder zorg- en woonpartijen aan wetenschappelijk verantwoorde, vergelijkende overzichten van woonzorgprojecten met feitelijke en visuele informatie bleek nadrukkelijk aanwezig. Ten slotte heeft het vooronderzoek geleid tot een eerste inzicht in de spreiding ten aanzien van de fysieke schaalgrootte, de onafhankelijke variabele van dit onderzoek, zie Figuur 36.

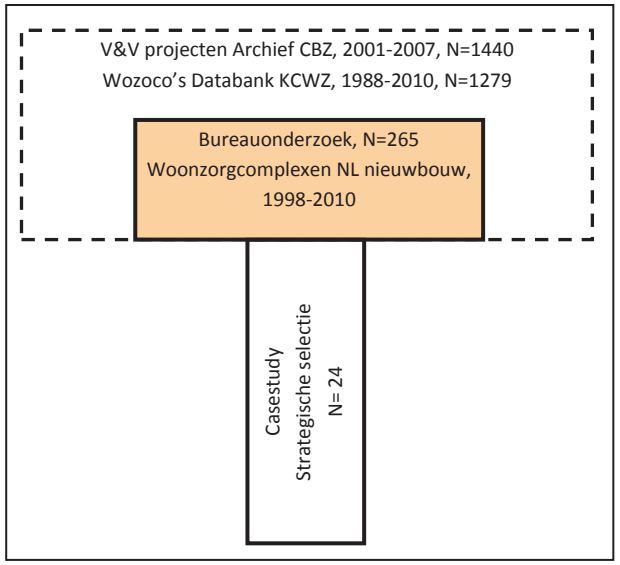


Figuur 36 Waargenomen spectrum van de fysieke schaalgrootte in het vooronderzoek

De in het vooronderzoek waargenomen schaalgrootte loopt van de minimale waarde van 24 wooneenheden, met name voor de doelgroep bewoners met dementie, tot de maximale waarde van 250 à 300 woningen voor de grootschalige projecten van bijvoorbeeld Humanitas, Rotterdam.

4.3 Bureauonderzoek 265 woonzorgprojecten

Na het vooronderzoek was het eerste van de twee hoofdonderdelen het bureauonderzoek. In deze paragraaf zal eerst de afbakening van de onderzoekspopulatie worden beschreven. Daartoe wordt eerst de onderzochte periode geduid en vervolgens de selectie uit de twee gebruikte databases onderbouwd. Vervolgens worden de onderzoeken naar de spreiding, correlaties en eventuele aantoonbare causale verbanden qua opzet beschreven.



Figuur 37 Bureauonderzoek binnen het onderzoeksmodel op hoofdlijnen

4.3.1 Onderzoeksperiode

Voor een eerste afbakening van de onderzoeksperiode is gekeken naar de nationale survey van de SEV (Singelenberg, 1999). Deze survey bevatte projecten tot 1998. Het onderzoek De Wenselijke Schaal richt zich op de periode daarna; enerzijds ter aanvulling van de nationale survey, anderzijds om een zo recent mogelijke populatie te onderzoeken, leidend tot passende aanbevelingen voor het komende decennium.

Het jaar 2008 was in eerste instantie het laatste jaar van de onderzoeksperiode. In dat jaar kwamen de aanvragen vanuit de care onder het bouwregime van het College Bouw Zorgvoorzieningen (CBZ) als vergunningverlenende instantie namelijk te vervallen en de bouwmaatstaven verloren hun juridische status. Daarmee viel deze gegevensbron - tevens een belangrijk sturend orgaan - weg. Met de latere toevoeging van de databank KennisCentrum Wonen-Zorg (KCWZ) is de onderzoeksperiode van de dataset verruimd tot de periode 1998-2010.

4.3.2 Archief Verpleging en Verzorging, CBZ

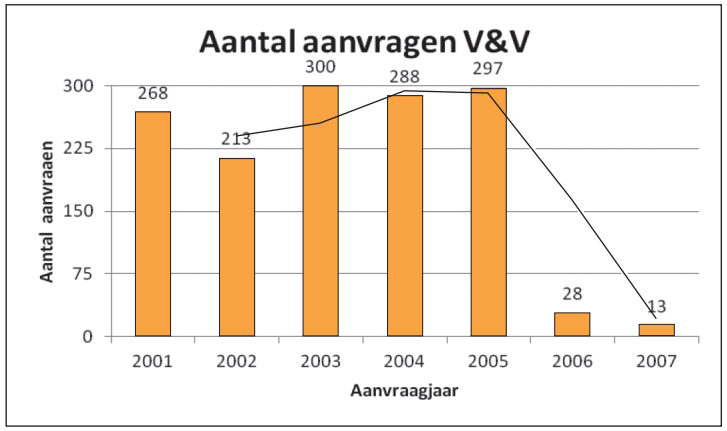
De eerste dataverzameling die is onderzocht is die van het archief CBZ in Utrecht. Dit orgaan behandelde de vergunningsaanvragen voor een zorggebouw tot einde 2009.
In het archief CBZ, onderdeel Verpleging en Verzorging (V&V) waren, binnen de periode 2001-2007, 1.440 aanvragen aanwezig. In Figuur 38 is te zien dat het aantal aanvragen relatief constant is in de jaren 2001-2005. Daarna is een duidelijke daling van de trend in de jaren 2006 en 2007 waar te nemen.
De aanvragen betroffen kleine en grote zorgbouwprojecten; aanvragen kwamen verschillende keren terug vanwege procedures, afwijzingen of wijzigingen. Vanwege deze diversiteit en herhaling heeft eerst een screening van het archief op relevante woonzorgprojecten plaatsgevonden.

Bij de screening van de eerste zeven van vijftien archiefdozen bleken de projecten een veel hogere doelgroepenmenging met zorggerelateerde doelgroepen in een woonzorgcomplex te laten zien dan we zouden kunnen verwachten vanuit de definitie van een woonzorgcomplex, waarin het primair om zelfstandig wonende ouderen gaat. Van 150 woonzorgprojecten huisvestten meer dan 80% minimaal één extra doelgroep en vele twee extra doelgroepen. Het ging daarbij in de meeste gevallen om bewoners met psychogeriatrische en somatische beperkingen.

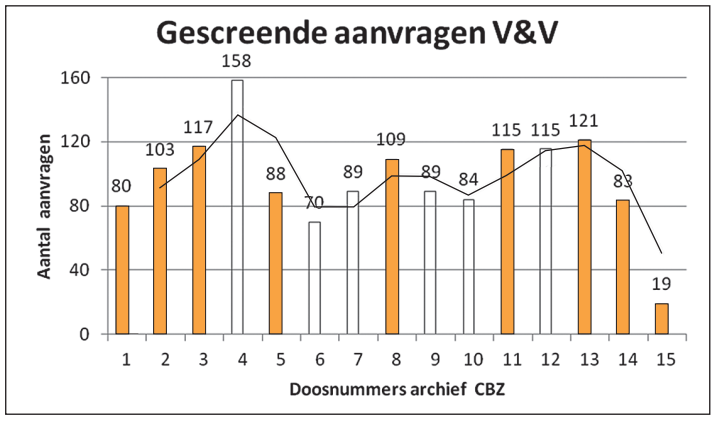
Een verklaring voor deze bias lijkt te kunnen worden gevonden in het feit dat 'zuivere' woonzorgcomplexen, dat wil zeggen enkel voor vitale bewoners, niet via het CBZ werden aangevraagd. Enkel als er één of meerdere intramurale zorgcategorieën aanwezig waren werd een aanvraag in behandeling genomen. De meerderheid van de projecten in het archief V&V waren geheel intramuraal. Een meerderheid betrof intramurale projecten gecombineerd met aanvragen voor extramurale plaatsen. Ook projecten met aanvragen voor zorginfrastructuur, al dan niet in combinatie met intramurale plaatsen werden in het archief CBZ gevonden. De meerderheid van deze zorginfrastructuurprojecten werd overigens via het Centraal orgaan Tarieven Gezondheidszorg (CTG, later Nederlandse Zorg Autoriteit, NZA) toegekend en vielen daarmee buiten de onderzochte database. Enkel als er sprake was van extramurale plaatsen vielen ze binnen de definitie van dit onderzoek voor woonzorgcomplexen.

Vanwege deze bias met zwaardere zorg is naar een alternatieve dataverzameling gezocht. Deze werd gevonden in de databank woonzorgcomplexen van het KCWZ. In tweede instantie is de database van het KCWZ vanwege het ontbreken van de bias door de zorggerelateerde inhoud en de grotere toegankelijkheid leidend voor het onderzoek geworden. Wel heeft de verkenning van de data van het CBZ inzicht gegeven in de voorkomende doelgroepen en een aanzet voor een opbouw in de schaalgrootte van woonzorgprojecten. Om ten aanzien van de variabelen schaalgrootte en

doelgroepenmenging een vergelijking met de projecten uit de database van het KCWZ te kunnen maken, werden nog eens drie archiefdozen van het CBZ gescreend, zie Figuur 39.

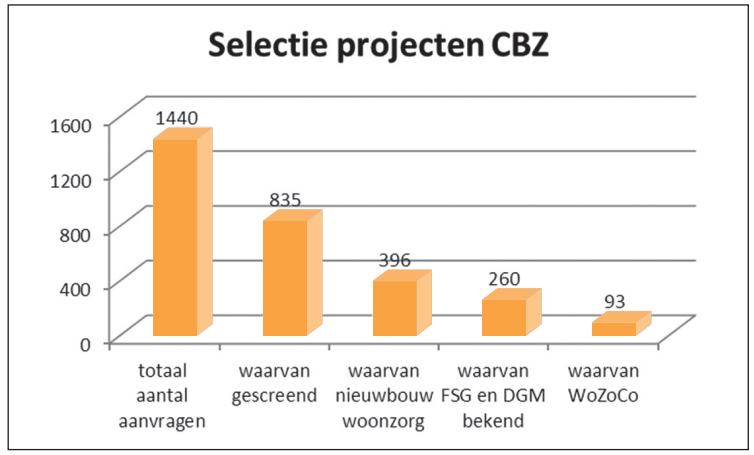


Figuur 38 Aantal aanvragen V&V 2001-2007



Figuur 39 Gescreende aanvragen V&V

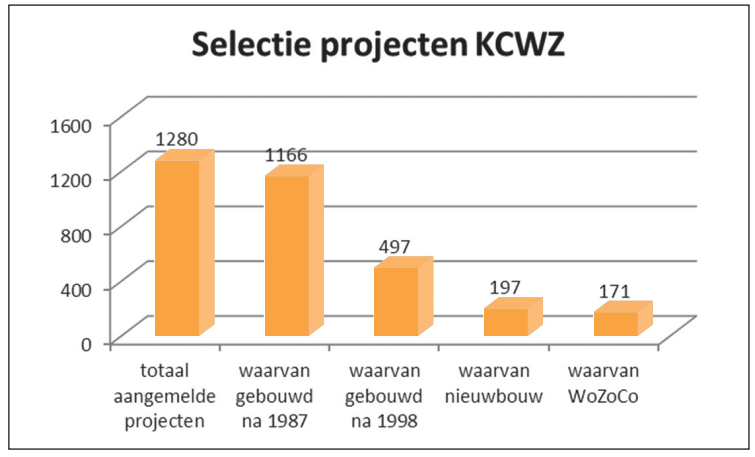
Er werden in totaal 835 van de 1440 V&V-aanvragen gescreend, wat neerkomt op 58%. Bij de screening van deze aanvragen werden vervolgens eerdere aanvragen van hetzelfde project uitgesloten, evenals kleine verbouwingen of vernieuwbouw. In totaal konden er 396 projecten als nieuwbouw-woonzorgprojecten worden aangemerkt. Van deze projecten waren van 260 stuks de fysieke schaalgrootte en doelgroepen in de dossiers herkenbaar vastgelegd. Vervolgens is gekeken naar het voorkomen van de primaire doelgroep, 55+ zonder of met een lichte zorgindicatie. Na deze controle van de doelgroepsamenstelling bleken uiteindelijk slechts 93 van de 260 nieuwbouw-woonzorgprojecten als woonzorgcomplex te kunnen worden aangemerkt, zie Figuur 40. Dat was in lijn met de geconstateerde zorggerelateerde inhoud bij de eerste screening van 150 projecten.



Figuur 40 Selectie projecten CBZ

4.3.3 Databank woonzorgcomplexen KCWZ

Na de geconstateerde bias door zorg van de aanvragen in het archief CBZ is gezocht naar een beter passende database van woonzorgcomplexen. Het KCWZ beheert verschillende databanken van woonzorgvoorzieningen die worden aangeboden via haar website, waaronder één van woonzorgcomplexen (KCWZ, 2010). De data uit de databank woonzorgcomplexen werden door het KCWZ integraal beschikbaar gesteld.



Figuur 41 Selectie projecten KCWZ

Op de peildatum 10 juni 2010 waren in de database woonzorgcomplexen van het KCWZ 1.280 projecten binnen de periode 1927-2010 opgenomen. Het KCWZ stelde daarbij dat voor de projecten de ‘dekking’ circa 75% zou zijn, omdat het om vrijwillige deelname gaat van aangesloten leden. De dekking zou in de laatste jaren wat minder zijn doordat een minder nadrukkelijk beroep op de leden van Aedes en Actiz werd gedaan om

woonzorgcomplexen aan te melden. Deze database was toegankelijk via de website van KCWZ. Voor dit onderzoek werd echter gebruik gemaakt van de achterliggende gegevens in een gedetailleerde Excelsheet, zie bijlage 3, Ruwe data Archief CBZ.

Een eerste selectie is gepleegd naar bouwjaar. Van alle 1280 complexen is op één complex na het bouwjaar vermeld. Voor 115 complexen ligt het bouwjaar tussen 1927 en 1987. Aangezien woonzorgcomplexen pas vanaf 1987 als zodanig zijn gedefinieerd, vielen deze complexen voor het onderzoek af. Waarschijnlijk ging het hier ook om herbestemmingen en renovaties van bestaande gebouwen en niet om de gezochte nieuwbouwprojecten. Voor dit onderzoek is nieuwbouw het uitgangspunt omdat daarbij de voorbeeldfunctie voor nieuwe initiatieven het grootst zal zijn en geen neveneffecten van de voorraad meespelen.
Binnen de resterende 1166 complexen werden twee perioden onderscheiden: de door Singelenberg onderzochte periode 1987-1998 met 699 complexen en de onderzoeksperiode van dit onderzoek 1999-2010 met 497 complexen.

In de databank KCWZ waren van de 497 projecten in de geselecteerde bouwperiode 197 projecten vermeld als nieuwbouwprojecten en daarnaast 41 renovatieprojecten. Van 289 stuks, dat wil zeggen 60% van de projecten, ontbraken gegevens over de nieuwbouwstaat. De overgebleven 197 projecten zijn ten slotte gecontroleerd op de aanwezigheid van de primaire doelgroep van woonzorgcomplexen: 55+ zonder of met een lichte zorgindicatie.
Daaraan voldeden 171 van de 197 projecten, het hoge aantal was tevens een indicatie voor de representativiteit van deze database voor woonzorgcomplexen.

4.3.4 Itemselectie en aanvulling databank KCWZ

De databank kende 39 verschillende items, van NAW-gegevens, bouwjaar tot zorgdata. Niet alle items waren compleet ingevuld, van vele gegevens ontbrak 50%, van sommige meer dan 90%; zie bijlage3, Ruwe data Archief CBZ, voor de volledige database.

In Tabel 9 zijn de relevante data voor dit onderzoek geordend naar de onderzoeksvariabelen. Direct bruikbaar waren de items bouwjaar en voorzieningenniveau. De contactgegevens waren bruikbaar bij het aanvullen van hiaten.
Ten aanzien van de fysieke schaalgrootte waren aantallen huur- en koopwoningen vermeld. Het totaal van beide is gebruikt bij de bepaling van de fysieke schaalgrootte. Controle van de betrouwbaarheid van met name het aantal koopwoningen in de complexen bleek nodig, omdat de woningcorporaties vaak enkel het aantal huurwoningen aangaven. Ook de doelgroepenmenging was slechts deels ingevuld en bleek na steekproefsgewijze controle niet overeen te komen met de werkelijkheid; veelal waren er verschillende doelgroepen onder de noemer van de (zelfstandig wonende) ouderen vermeld.

Tabel 9 Relevante data KCWZ voor onderzoeksvariabelen

variabele	Data
Selectie	bouwjaar
	ontstaan door
Situering	Gemeente
	provincie
	situering
Doelgroepenmenging	doelgroepen
Fysieke schaalgrootte	koopwoningen
	huurwoningen
	aantal woningen
Voorzieningenniveau	nabijheidzorg
	infrastructuur
	zorggarantie
	voorzieningen
	afspraken bewoners
	buurtfunctie
Contactgegevens	naam
	contactpersoon
	contactemail
	websites

De situering in dorp/stad en de plaatsnaam is van alle projecten via internet gecheckt en aangevuld. Van de 197 complexen werd met een korte telefonische vragenlijst de juistheid, compleetheid en actualiteit van de schaalgrootte (huur- en koopwoningen) en doelgroepenmenging gecheckt.
De voorzieningen zijn via de websites van de complexen gecheckt, zie hiervoor belinstructie en en aanvullende gegevens database KCWZ in bijlagen 9 en 10. De data betreffende de voorzieningen werden via de websites van de woonzorgcomplexen en die van KiesBeter.nl (KB) en ZorgGids Nederland (ZGN) aangevuld en gecorrigeerd.

4.3.5 Overeenkomende projecten databases CBZ en KCWZ

Onderzocht is hoeveel complexen van de eerste selectie van 150 woonzorgprojecten CBZ overeenkomen met de 497 na 1998 gebouwde complexen van KCWZ. Allereerst zijn daartoe de complexen CBZ en KCWZ per vestigingsadres vergeleken, waarbij rekening gehouden werd met verschillen in notatie. Vervolgens zijn beide datasets per provincie vergeleken. Daarbij zijn de namen van alle woonzorgprojecten CBZ via internet bekeken op mutaties.
Uit het archief CBZ kwamen 31 van de 150 complexen overeen met complexen in de database KCWZ. Dat is slechts 2,4% van de totale database KCWZ. Van de 197 geselecteerde complexen uit de databank KCWZ bleken slechts 6 complexen met het archief van CBZ te corresponderen, dat is slechts 3,6%.
De geringe overlap tussen beide databases in combinatie met de fors hogere

representativiteit voor de zelfstandige doelgroepen in woonzorgcomplexen van de database KCWZ heeft ertoe geleid dat we voor het vervolg van het onderzoek, namelijk de casestudy, met de data van het KCWZ verder zijn gegaan. Naast relevanter voor de onderzochte doelgroep waren deze data ook toegankelijker en deels completer en meer in overeenstemming met de gebouwde werkelijkheid, omdat het bij het archief CBZ aanvragen en daarmee niet per se gebouwde projecten betrof. Wel zijn de variabelen fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging in beide dataverzamelingen vergeleken, juist ook om de invloed van de institutionele factor, de aanvraag bij het CBZ, te kunnen analyseren.

4.3.6 Analyse data in SPSS

In het bureauonderzoek zijn de onafhankelijke en mediërende onderzoeksvariabelen bestudeerd: fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Daarnaast zijn de contextuele variabelen wetgeving en financiering en ten slotte van de controlevariabelen het bouwjaar en de situering bestudeerd. De relatie met de sociale kwaliteit van wonen en het besluitvormingstraject volgen in de casestudy.

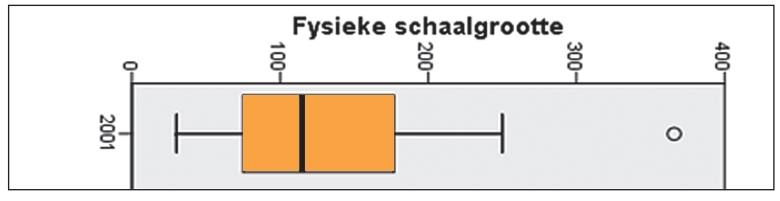
De fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau zijn kwantitatief geanalyseerd in SPSS, Statistical Package for the Social Sciences (Groat & Wang, 2002; Memelink, 2007; te Grotenhuis & Matthijssen, 2011; De Vocht, 2010). Hiervoor is gebruikt gemaakt van IBM SPSS STATISTICS 20. Daarna zijn verbanden onderzocht tussen de variabelen (deelvraag 2 en 3) en de institutionele factoren wetgeving en financiering (deelvraag 4).

De aangevulde en bewerkte data zijn in SPSS ingevoerd, zie bijlage 5, Bewerkte data Archief CBZ en Bijlage 6, Bewerkte data databank KCWZ. Aan alle variabelen is een meetschaal toegekend. Gebruikt zijn de nominale schaal, ordinale schaal, intervalschaal en ratioschaal. In SPSS zijn de interval en ratioschaal samen in de meetschaal ‘scale’ gebracht. (Groat & Wang, 2002; Memelink, 2007; te Grotenhuis & Matthijssen, 2011; De Vocht, 2010).

De fysieke schaalgrootte is als enige op een ratioschaal aangegeven naast een weergave in een ordinale schaal. Deze ratioschaal telt de wooneenheden. Voor de ordinale schaal is een verdeling in stappen toegepast van zeer klein, klein, middelgroot, groot tot zeer groot. De grenzen tussen die ordes werden gebaseerd op de gevonden spreiding.
De doelgroepenmenging zou een nominale ordening kunnen krijgen aangezien de verschillende doelgroepen geen rangorde kennen. Echter, omdat het gaat om de mate van menging en om meer statische verbanden te kunnen leggen, werd ook hier een ordinale schaal toegepast. De primaire doelgroep, 55+ zonder of met lichte zorgindicatie, is hierbij uitgangspunt en daarmee categorie 1, Niet gemengd. Gemengd met zwaardere zorg is

categorie 2. Gemengd met zwaardere en met niet-zorggerelateerde doelgroepen zoals gezinnen en jongeren is categorie 3, en daarmee de meest gemengde variant.
Voor het voorzieningenniveau is in het theoretisch kader reeds een categorisering naar algemeen, welzijn en zorg gemaakt en een niveauaanduiding met de niveaus basis, kwaliteit en extra. De niveaus volgen daarmee een ordinale schaal.

Voor dit onderzoek zijn voor de beschrijvende statische overzichten van de spreiding van de onderzoeksvariabelen histogrammen en boxplotgrafieken gebruikt. De boxplot is gebruikt om de data te verkennen. Deze geeft de mediaan en het eerste en derde kwartiel weer. Dit betekent dat 50% van de cases zich in de box bevinden. De lengte van de box is de interkwartielafstand (IQR). Outliers zijn cases die op 1,5 tot 3 IQR liggen en worden met een rondje aangegeven.



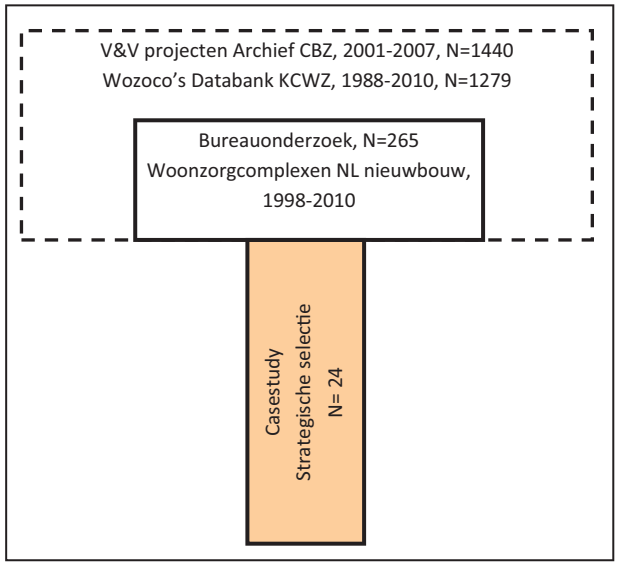
Figuur 42 Voorbeeld boxplot

De normaalverdeling van de steekproef is eveneens getoetst. Een steekproef is normaal verdeeld indien de te toetsen variabele normaal verdeeld is in de populatie en de steekproefomvang minimaal 30 cases groot is (De Vocht, 2010). De toetsing geschiedde tweezijdig (two-tailed) omdat de richting van het verband vooraf niet bepaald was.
Om de normaalverdeling te onderzoeken zijn Q-Q plots (Quantile-Quantile plot) gebruikt, waarin de geobserveerde verdeling is vergeleken met de verwachte verdeling.

Voor het bepalen van statisch significant verband, de associatie, is de Chikwadraattoets gebruikt. De CHi-squared Automatic Interaction Detector (CHAID) is gebaseerd op the Holm–Bonferroni methode. Deze methode toetst de onafhankelijkheid van twee categorale, dat wil zeggen nominale of zwak ordinale, variabelen (De Vocht, 2010).
Aangezien de variabelen in dit onderzoek alle ordinaal waren geordend en alleen de fysieke schaalgrootte een ratioschaal kent, kwam slechts de niet-parametrische Spearman’s rangcorrelatiecoëfficiënt in aanmerking. Hierbij is ook de determinatiecoëfficiënt r^2 bepaald. De waarde van r^2 ligt tussen -1, volledig negatief verband en +1, volledig positief verband.

4.4 Casestudy 24 woonzorgcomplexen

Zoals aangegeven in deelparagraaf 4.1.6 is een meervoudige vergelijkende casestudy gekozen vanwege de waarneming op locatie, de acceptatie door het werkveld vanwege de beoogde aanbevelingen voor initiatiefnemers en het wendbare karakter. De wendbaarheid is onder meer een voordeel omdat de strategische selectie plaatsvond op basis van de uitkomsten van de bureaustudie.



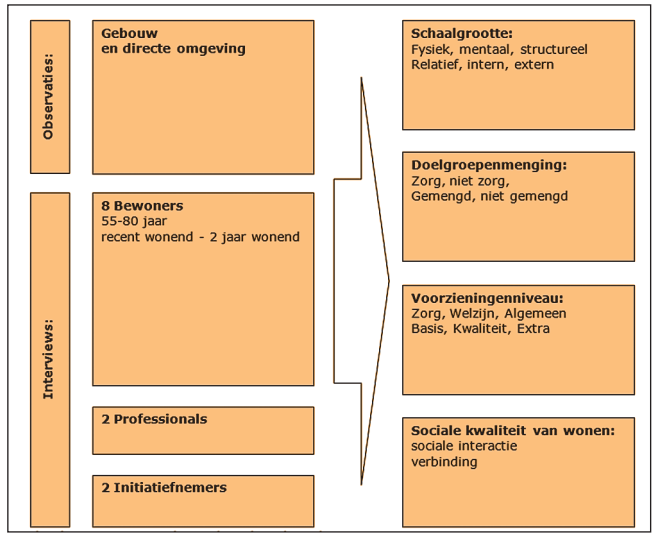
Figuur 43 Casestudy binnen het onderzoeksmodel op hoofdlijnen

De complexen en de variabelen met hun onderlinge relaties zijn reductionistisch onderzocht en afzonderlijk bestudeerd. Er hebben observaties plaatsgevonden en vervolgens is er gesproken met bewoners, professionals en beslissers. Zowel de observaties als de gesprekken richtten zich op de ervaren sociale kwaliteit van wonen.

Ten behoeve van het meten van de beleving van de sociale kwaliteit van wonen zijn per complex zes tot acht bewoners geïnterviewd. Voor de indirecte waarneming van de sociale kwaliteit van wonen zijn per case twee professionals en twee beslissers geïnterviewd. De beslissers ook ten aanzien van de afwegingen die zij hebben gemaakt met betrekking tot de sociale kwaliteit van wonen en de variabelen schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Ook voerden studenten en de onderzoeksleider systematische niet-participerende observaties uit.

Daarmee zijn in totaal vier verschillende bronnen ten behoeve van de triangulatie ingezet, zie Figuur 44. Er zijn geen andere indicatoren onderzocht zoals medicijngebruik,

artsbezoek, aantal zorgminuten gemiddeld per bewoner per complex of bestaande tevredenheidonderzoeken. Er is naar de uitkomsten van tevredenheidonderzoeken in de interviews met beslissers wel gevraagd.



Figuur 44 Bronnen- en methodetriangulatie

4.4.1 Strategische selectie

Uit de kwantitatieve verkenning van het bureauonderzoek is een strategische selectie voor de casestudy gemaakt. Om vergelijking mogelijk te maken zijn de woonzorgcomplexen geclassificeerd naar fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau (Baarda, 2009).

Een belangrijke keuze is voor minimaal of maximaal van elkaar verschillende cases; most simular of most different cases in de systematiek van Gerring (2007). Een keuze voor minimaal verschillende cases zou inhouden dat bijvoorbeeld complexen met één vergelijkbare waarde voor de doelgroepenmenging bestudeerd worden om die deelpopulatie te onderzoeken. Uiteindelijk is gekozen voor maximaal verschillende cases met een maximale spreiding in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Op die manier konden de effecten op de sociale kwaliteit van wonen meer geprononceerd gedetermineerd worden voor het toetsen van de hypothesen.

In eerste instantie werd hiervoor het benodigde aantal voor de strategische selectie bepaald op 24 complexen. In de eerste ronde van 12 complexen zou de variatie in doelgroepenmenging worden onderzocht: Niet gemengd (55+ zonder of met een lichte zorgindicatie); Gemengd met zwaardere zorg en Gemengd met zwaardere en niet-zorg. In de tweede ronde van 12 complexen zou worden gevarieerd naar voorzieningenniveau:

Basis, Kwaliteit en Extra. Binnen beide groepen van 12 complexen zouden telkens 4 complexen met een vergelijkbare fysieke schaalgrootte van Zeer kleinschalig tot Kleinschalig, Middelgrootschalig en Grootschalig tot Zeer grootschalig worden bekeken, zie Tabel 10.

Tabel 10 Concept strategische selectie

Fysieke Schaalgrootte (FSG)	(zeer) Kleinschalig <80 woningen	Middelgrootschalig 80< >130 woningen	(zeer) Grootschalig >131 woningen
Variatie in doelgroepen menging			
Niet gemengd (55+ zonder of lichte zorgindicatie) Gemengd met zwaardere zorg Gemengd met zwaardere en niet-zorg	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
Variatie in voorzieningenniveau			
Basis Kwaliteit Extra	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers

In tweede instantie is ervoor gekozen de spreiding voor doelgroepenmenging én voorzieningenniveau ook in de eerste ronde te hanteren, omdat daarmee ook eerder inzicht in de effecten van beide mediërende variabelen zou komen zodat complexen nog gerichter hierop in de tweede ronde geselecteerd zouden kunnen worden. Bijkomend voordeel voor de meewerkende studenten verpleegkunde was dat zij zich zo voor hun eigen onderzoek konden richten op de doelgroepenmenging en de facilitair management studenten op het voorzieningenniveau, zie Tabel 11.
Voor saturatie binnen elk compartiment uit de matrix bij 30 interviews zouden theoretisch tweemaal 36 cases zijn benodigd. Echter, omdat dezelfde complexen zowel een variatie in doelgroepenmenging als in voorzieningenniveau kenden en deze gerelateerd diende te worden aan de variatie in fysieke schaalgrootte, was bij het juist bewaken van beide variaties niet het dubbele aantal nodig.

Een aantal van 24 casestudies is relatief hoog, waardoor de dataverzameling en analyse behoorlijk arbeidsintensief zijn geweest. Na de eerste ronde van 11 complexen is overwogen te bezien of de resultaten al voldoende saturatie in de praktijk op zouden leveren. Dit zou mede aannemelijk zijn door het ontbreken van complexen met een bepaalde combinatie van variabelen. Hoewel de tussentijdse analyse op basis van codering in Excel al convergerende resultaten gaf, is toch besloten alle 24 complexen te onderzoeken.
De belangrijkste twee redenen daarvoor waren het ingezette onderzoeksstramien met de

drievoudige variatie, en de beoogde representatie in de Beschut Zelfstandig Wonen-atlas, die beide meer dan 11 complexen wenselijk maakten. Er werd volstaan met de oorspronkelijke beoogde 24 complexen en niet het theoretische benodigde aantal van 36 uit de tweede opzet voor de strategische selectie. Ook na de tweede ronde bezoeken bleef een aantal compartimenten uit de matrix namelijk leeg, waardoor saturatie waar die mogelijk was ook werd gehaald.

Tabel 11 Definitieve strategische selectie

Fysieke Schaalgrootte (FSG)	(zeer) Kleinschalig <80 woningen	Middelgrootschalig 80< >130 woningen	(zeer) Grootschalig >131 woningen
Variatie in doelgroepen menging			
55+ zonder of lichte zorgindicatie	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
gemengd met zwaardere zorg	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
gemengd met zwaardere en niet-zorg	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
Variatie in voorzieningenniveau			
Basis	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
Kwaliteit	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers
Extra	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers	4 complexen: - 8 bewoners - 2 profs. - 2 beslissers

Na de toewijzing van de classificatie zijn de projecten binnen de matrix in volgorde van de in Tabel 12 weergegeven inclusiecriteria geselecteerd. In eerste instantie zijn de complexen volgens deze inclusiecriteria door studenten benaderd volgens een gestructureerde belinstructie, zie Bijlage 9, Belinstructie.
Nadat de eerste vijf complexen zeer moeizaam vastgelegd konden worden, zijn de volgende zes van het eerste deel door de onderzoeksleider benaderd. Voor de 13 complexen die in het najaar 2011 zijn bezocht, is het eerste contact tot formele toestemming door de onderzoeksleider gelegd. Vervolgens zijn via de meewerkend

junioronderzoeker detailafspraken gemaakt. Informatie over het onderzoek voor de beslissers en de achtergrond van het lectoraat ZorgGericht Bouwen werden gemaild, zie Bijlage 11, Informatiebrieven deelnemers.
De voortgang in het benaderen van complexen is vastgelegd in een nabelschema, zie Bijlage10, Nabelschemas.

Tabel 12 Inclusiecriteria cases

Projecten uit database KCWZ
Bouwjaar 1998-2009 (Onderzoeksperiode is 1998-2010, echter 1 jaar in gebruik in verband met eventuele kinderziektes (van der Voordt & van Wegen, 2000))
Woonzorgcomplexen met meerderheid doelgroep zelfstandig wonende senioren
Maximale variatie schaalgrootte: zeer klein, middelgroot en zeer groot; waar nodig aangevuld met klein en groot
Op variatie in doelgroepenmenging: 55+ zonder of met een lichte zorgindicatie; gemengd met zwaardere zorg en gemengd met zwaardere en geen zorg
Maximale variatie in voorzieningenniveau: Basis; Kwaliteit; Extra
Spreiding dorp en stad vanwege verwachte verschillen

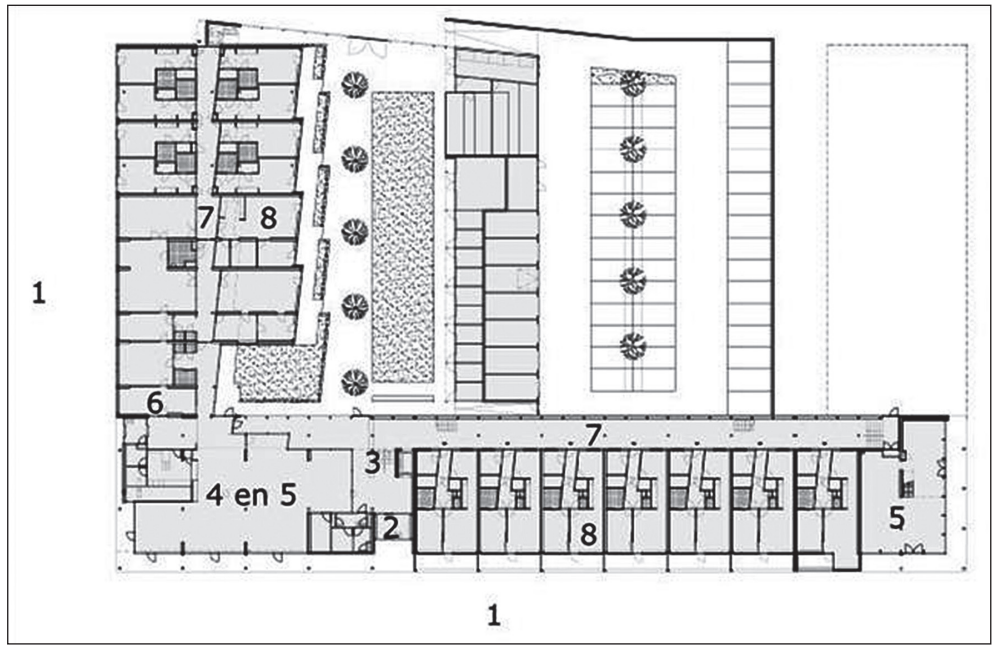
4.4.2 Systematische, niet-participerende observaties

Om naast de interviews ook zelf een indruk van de sociale kwaliteit van wonen binnen de woonzorgcomplexen te verkrijgen, zijn observaties uitgevoerd (Baarda, 2009; Flick, 2006; Verschuren & Doorewaard, 2007). Voor dit onderzoek is gekozen voor niet-participerende observaties, enerzijds vanwege de benodigde tijd voor participerende observatie en anderzijds vanwege het voorkomen van invloeden van met name de studenten als jongere participant tussen senioren. De observaties waren dus afstandelijk, zonder direct contact waarbij gedragingen worden waargenomen zonder deelname van de observant.
Daarnaast is gekozen voor een systematische observatie om een vergelijkbare observatie tussen de verschillende onderzoekers te krijgen en een gerichtheid op de onderzoeksvariabelen.



Foto 14 Niet-participerende observatie De Berken (Milheeze)

Geobserveerd zijn de levendigheid, de sociale interactie en de deelname aan activiteiten in het woonzorgcomplex. Dit geschiedde op een onverhulde wijze, zodat de observanten niet gehinderd werden door vrees voor onthulling als onderzoeker. Zo konden zij vrij aantekeningen en eventuele video-opnamen maken.
De waarnemingen tijdens de participaties zijn persoonlijk en daarmee subjectief. Door echter verschillende participaties te combineren ontstaat een zekere vorm van intersubjectiviteit (Maso & Smaling, 2004).



Figuur 45 Plattegrond De Sfinx (Zeewolde) met nummering observaties

De observaties geschiedden volgens een vast patroon in de volgorde: 1- exterieur, 2- entree, 3- ontvangstruimte, 4- gezamenlijke ruimte, 5- welzijnruimten, 6- zorgvoorziening, 7- verkeersruimte en 8- een woning.
Hiertoe werd vooraf de plattegrond verkend en genummerd. In een aantal gevallen werd dezelfde volgorde gehanteerd en achteraf op de plattegronden aangegeven. Zie voor een voorbeeld Figuur 45.
De observaties zijn uitgevoerd door vijf tot negen personen, de onderzoeksleider en de meewerkende junioronderzoeker, aangevuld met meewerkende studenten. Dit geschiedde onafhankelijk van elkaar om wederzijdse beïnvloeding te vermijden. Ze vonden alle plaats tussen 10.00 en 11.00 uur ’s ochtends, zijnde het tijdstip waarop in nagenoeg alle complexen gezamenlijk koffie wordt gedronken en/of de eerste activiteiten plaatsvinden. Op die wijze konden sociale interactie, levendigheid en activiteitenniveau worden waargenomen.

Tabel 13 Fragment observatieschema

Naam observator: Datum: Tijdstip: Locatie: Ronde via plattegrond, eerst ontvangst, dan centrale hal, dan activiteitenruimtes, dan woninggangen, dan eventueel een woning					
Gebouw					
Hoe komt het gebouw op je over?	- -	-	0	+	++
Beschrijf de sfeer/leef klimaat van het complex:	- -	-	0	+	++
Zorg/ sociale kwaliteit					
Is er sprake van informele hulp?					
Wat voor sociale interactie observeer je?					
Wat voor activiteiten observeer je en hoe komt deze op je over?					
Zou je je hier veilig voelen, door welke aspecten?	- -	-	0	+	++

Voor het observeren is gebruik gemaakt van observatieschema´s, die in een aantal edities zijn gereviewd, zie Tabel 13 voor een fragment en bijlage 12, Observatieschema casestudy, voor een compleet schema.De observatieschema's bevatten vragen rond de ervaren activiteiten en indrukken en kenden een vijfpuntschaal met daarbij ruimte voor observaties of toelichtingen. Daarnaast zijn foto´s gemaakt van het gebouwexterieur, de entree, gezamenlijke ruimten, activiteitenruimten en activiteiten, verkeersruimten en van woningen en bewoners, de laatste twee indien daartoe toestemming werd verleend.
Alle ingevulde observatieschema's zijn gedigitaliseerd en verwerkt in overall schema's per complex. Zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevens werden daarbij geanalyseerd. Omdat verschillende studentengroepen werden ingezet, was het van belang de bias per groep te bewaken en is daarnaast de bias per observator gecontroleerd, zie bijlage 13, Projectobservaties casestudy.

4.4.3 Narratieve methode

Om de ervaren sociale kwaliteit van wonen van de bewoners te onderzoeken is een narratieve methode gebruikt (Van Van Biene et al., 2008; Clandinin, 2006; Meesters et al., 2010; Sools & Basten, 2012). Dit is een open, semigestructureerde interviewmethode en levert dieperliggende informatie. De term 'narratieve methode' staat daarbij voor zowel het onderzochte, het narratief zelf, als de wijze van onderzoeken.
De methode gaat uit van het universele gegeven dat mensen (levens)verhalen vertellen, die betekenis geven aan hun dagelijkse gebeurtenissen.

Discourse en Grounded theorie

De Discoursetheorie beschrijft interpretaties van geproduceerde sociale betekenissen als een 'thinking device' of 'tool of inquiry (Flick, 2006; Sinkovics & Alfoldi, 2012), als een geheel aan identiteit, betekenissen die in taal worden vastgelegd, waarbij taal meer is dan de grammatica, meer dan de directe betekenis van de woorden. Yannow en Schwarz-Shea (2006) onderscheiden daarvoor de zogenaamde 'thick descriptions', die een etnografische, contextspecifieke herkenning van patronen beschrijven inclusief hun werking.

Voor de narratieve methode is, naast de open bevraging, het doorvragen aan de hand van de antwoorden van de respondent cruciaal. De startvraag, de zogenaamde SQUIN, Single Question Aimed at Inducing Narrative, dient uit te nodigen tot een verhalende beschrijving van gebeurtenissen (Wengraf, 2001). De narratieve methode levert een focused interview op, doordat deze gericht is op de te onderzoeken variabelen en het belang dat de respondent aan die variabelen hecht.

Voor de interpretatie van de transcripties worden deze omgezet in gecodeerde tekstbestanden. Hierbij worden betekenissen aan delen van de teksten, de narratieven, toegekend. De methodiek van coderen is gebaseerd op de gefundeerde theoriebenadering, de Grounded theorie (Glaser & Strauss, 1967). Deze methode beschrijft een gestructureerde werkwijze om vanuit ruwer onderzoeksmateriaal zoals interviewfragmenten te komen tot hogere, abstracte resultaten en inzichten.

Voor deze, relatief arbeidsintensieve, interviewmethode is gekozen om een diepgaand kwalitatief onderzoek te verkrijgen, gericht op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen en de daarvoor relevante afwegingen bij besluitvorming door initiatiefnemers.

4.4.4 Respondenten en interviewguide

De primaire doelgroep van het onderzoek betrof de vitale oudere bewoner. Zij vormden de grootste groep geïnterviewden, zes tot acht bewoners per woonzorgcomplex, 178 interviews in totaal, waarvan er vier na controle buiten het inclusiecriterium 55+ vielen. De vier bewoners jonger dan 55 zijn niet meegenomen in de kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de narratieven op setniveau. Wel zijn deze vier interviews kwalitatief geanalyseerd ten aanzien van doelgroepenmenging. Er zijn zeven interviews met een

echtpaar afgenomen, deze zijn geteld als één wooneenheid, en daarmee als één respondent. Om te voldoen aan saturatie, de verzadiging aan informatie, zijn theoretisch daartoe minimaal 30 interviews benodigd (Van Biene, et al., 2008; Robson, 2002a). Met zes tot acht geïnterviewde bewoners per complex, wordt reeds bij vier complexen voldaan aan de beoogde theoretische saturatie en daarmee aan de externe validiteit.

Om naast de ervaringen van de bewoners ook een indirecte en meer professionele kijk op het welbevinden en de interactie van bewoners te verkrijgen, zijn één à twee professionals per complex geïnterviewd. In aanmerking kwamen bijvoorbeeld een huismeester, een gastvrouw of iemand van de zorgorganisatie, in complexen waar zorg permanent aanwezig was. Er is één interview met twee professionals tegelijk gehouden, dit is als één interview verwerkt.
Als derde groep personen zijn één of twee beslissers geïnterviewd, al dan niet betrokken bij het initiatief van het woonzorgcomplex. Op die manier konden, naast de indirecte kijk op de bewoners, de afwegingen rond fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en de door hen veronderstelde effecten op de sociale kwaliteit van wonen worden bevraagd. Eén van de geinterviewde beslissers was directeur van twee cases.



Foto 15 Interview met bewoner St. Franciscus (Veendam)

Op één of twee gevallen na zijn de bewoners door de aan het woonzorgcomplex gelieerde zorgorganisatie dan wel woningcorporatie benaderd. Voor de bewoners golden de volgende inclusiecriteria:

- zelfstandig wonend, dat wil zeggen zonder of met enkel een lichte zorgindicatie.
- senior, spreiding in leeftijd vanaf 55 jaar.
- spreiding in geslacht (waarbij naar verwachting meer vrouwen vertegenwoordigd zullen zijn vanwege de hogere levensverwachting.

- spreiding in burgerlijke staat (waarbij naar verwachting meer alleenstaanden vertegenwoordigd zullen zijn).
- bij voorkeur minimaal één jaar wonend in het complex.
- Maximaal een kwart lid van een bewonerscommissie/cliëntenraad

Voor de professionals gold bij voorkeur een minimale periode van twee jaar werkende in het complex en een directe betrokkenheid bij de bewoners in het dagelijkse werk.
Voor de beslissers gold een spreiding tussen het wonen-, welzijns- en het zorggerelateerde domein, bij voorkeur minimaal twee jaar werkend bij de organisatie gerelateerd aan het complex, en bij voorkeur betrokken bij het initiatief.

Bij een narratieve methode wordt geen gestructureerde vragenlijst gehanteerd; in dit onderzoek is echter wel een semigestructureerde topiclist gebruikt. De geïnterviewden spreken door de open vraagstelling vrijer, maar worden langs de topics geleid door de interviewers. De topiclisten voor dit onderzoek zijn opgenomen in een interviewguide die enigszins verschilde per groep ondervraagden. Hierin is een standaard opening en afsluiting van het interview opgenomen.

De interviewguide werd na de pilotronde door het team gereviewd onder leiding van een expert (Van Biene, et al., 2008). Er heeft een tweede review plaatsgevonden na de eerste zes bezochte woonzorgcomplexen. Zie Figuur 46 voor een fragment en bijlage 14 voor de interviewguides.

2. Schaalgrootte Topics: - Fysieke schaalgrootte - Structurele schaalgrootte - Mentale schaalgrootte	**Weet u hoeveel mensen er in 'naam complex' wonen?** **Hoe ervaart u het wonen met deze hoeveelheid bewoners met elkaar?** Subvragen: - Wat vindt u van het wonen binnen 'naam complex'? - Hoe ervaart u de organisatie binnen het complex? - Zou u het complex kleiner, groter hebben bedacht? Waarom?
3. Doelgroepenmenging Topics: - Zelfstandigwonende oudere (primaire doelgroep) - Zorg-doelgroepen - Niet zorg-doelgroepen - Menging/ mix - Tijdelijke plaatsen	**Welke groepen mensen wonen er in 'naam complex'?** **Hoe ervaart u het wonen met verschillende groepen in "naam complex"?** Subvragen: - Wat vindt u van het samenleven met deze verschillende groepen? - Welke groepen zou u graag willen zien in 'naam instelling'? - Wordt er wel eens geroddeld onder bewoners? - Praat het personeel over andere bewoners? - Denkt u dat mensen wegblijven bij activiteiten om die reden?

Figuur 46 Fragment interviewguide

De interviews bestonden uit één bijeenkomst per geïnterviewde, met een tijdsduur van 30-60 minuten. De bewoners werden nagenoeg allen in hun eigen woning geïnterviewd, de beslissers en professionals op hun werkplek. De interviews werden met expliciete, in woord en schrift vastgelegde toestemming, opgenomen met een voicerecorder.

4.4.5 Observatie/interviewdagen

Voor de interviews en observaties zijn de onderzoeker, een junioronderzoeker en daarnaast een team van studenten ingezet. Streven was daarbij dat de onderzoeksleider zelf circa 25% van de interviews en 100% van de observaties uit zou voeren.

Voor de eerste periode, waarin elf complexen zijn bezocht, waren vijf studenten beschikbaar. Voor de tweede periode, met dertien complexen, tien studenten. Hiervan deden telkens vier tot zes studenten mee, zie ook Tabel 14. De interviews zijn in koppels afgenomen, zoveel mogelijk gemixt qua opleidingsachtergrond en geslacht.
De interviewers zijn vooraf getraind in de narratieve interviewtechniek door een expert (Van Biene, et al., 2008). In de periode van de eerste training is een pilotinterview afgenomen, zowel met bewoner als met een beslisser.

Tabel 14 Samenstelling observatie & interviewteams

Functie	Discipline	Geslacht	Leeftijd
Vaste bezetting			
onderzoeksleider	bouwkunde	M	47
junioronderzoeker	bouwkunde	V	25
1e periode 11 woonzorgcomplexen			
afstudeerder ZGB	bouwkunde	V	23
	verpleegkunde	V	21
	verpleegkunde	V	21
	facilitair management	M	25
minorstudent ZGB	facilitair management	M	25
2e periode 13 woonzorgcomplexen			
afstudeerder ZGB	bouwkunde	M	23
	bouwkunde	M	24
minorstudent ZGB	bouwkunde	M	22
	bouwkunde	M	24
	facilitair management	V	21
	facilitair management	V	21
	ergotherapie	V	23
	gezondheidszorgtechnologie	V	23
	gezondheidszorgtechnologie	M	24

Zodra het management van een woonzorgcomplex toestemming had gegeven voor een bezoek, werd een dagschema ter invulling van de specifieke interviews en een infobrief voor het benaderen van de bewoners opgestuurd, zie Tabel 15 en Bijlage 11, Informatiebrieven deelnemers. Het inplannen van de gesprekken met de bewoners, professionals en beslissers gebeurde door de betrokken zorgorganisatie of woningcorporatie op basis van door ons verstrekte criteria.



Foto 16 Tijdelijke werkplek observatiedag Nije Dekama (Weidum)

De observatie- en interviewdag startte met de observaties. Hierna volgden de interviewrondes. In de voorjaarsronde van 11 complexen werd gewerkt met vier interviewrondes om 11.00, 13.00, 14.30 en 16.00 uur.
Echter, omdat de concentratie van de interviewers na een lange dag zou kunnen verminderen en omdat er meer interviewers beschikbaar waren, is in de najaarsronde met drie interviewrondes gewerkt: 11.00, 13.00 en 14.00 uur, zie Tabel 15.

Tabel 15 Dagschema's Observatie+Interviews najaar 2011

Bijgesteld Dagschema Observatie+Interviews Najaar 2011		Datum …..	Complex: …..
Tijd	Activiteit	Bewoner/professional initiatiefnemer	Door
10:00 - 10:45	Observatie	Gehele complex volgens route nav plattegrond	Allen
11:00 - 11:45	Interviews (4x)	1:	
		2:	
		3:	
		4:	
Lunch			
13:00 - 13:45	Interviews (4x)	5:	
		6:	
		7:	
		8:	
14:00 – 14.45	Interviews (4x)	9:	
		10:	
		11:	
		12:	

Om na te gaan of van een verschil sprake zou zijn tussen de interviews van de voorjaarsronde en najaarsronde, zijn deze gecontroleerd op informatiedichtheid in minuten. Ook de interviews uit een vierde of soms vijfde ronde zijn op afwijkingen in tijdsduur gecontroleerd, zie Tabel 16.

Tabel 16 Lengte van de interviews

gemiddelde interviewlengte in minuten	totaal	voorjaarsronde	najaarsronde	4e ronde
bewoners	34	37	32	37
professionals	28	27	29	39
beslissers	45	44	46	46

De interviews met beslissers waren duidelijk langer dan die met bewoners en professionals, gemiddeld 45 minuten. De duur van de beslissersinterviews verschilde niet in beide perioden of in de vierde ronde. De interviews met bewoners duurden gemiddeld 34 minuten, waren wat langer in de voorjaarsronde en de vierde ronde gesprekken, gemiddeld 37 min.
De interviews met de professionals waren korter, gemiddeld 28 min. Deze waren niet noemenswaardig verschillend in voor- en najaar, maar wel veel langer in de vierde ronde. Bij de laatste categorie, de professionals, betrof het twee gesprekken waarvan er één met 50 minuten een uitzondering naar boven betrof. Al met al was er geen reden om de voor- en najaarsronde of de vierde ronde apart te analyseren.

4.4.6 Bruikbaarheid observaties

De observaties zijn minder systematisch uitgevoerd dan gewenst. Dit komt enerzijds omdat het observatieschema snel en regelmatig evolueerde, waardoor met name de kwantitatieve resultaten niet of lastig vergelijkbaar zijn voor twaalf van de zestien vragen. Daarnaast was de vraagstelling wel afgeleid van het conceptueel model en daarmee gekoppeld aan de onderzoeksvariabelen, echter veel indirecter dan de interviewguide.

Tabel 17 Vragen observatieschema gekoppeld aan conceptueel model

		Relatie onder-zoeksvariabele				Aantal vragen bruikbaar in analyse	
Vragen in observatieschema's		FSG	DGM	VZN	SKW	Kwantitatief	Kwalitatief
3	Beschrijf de sfeer/leef klimaat van het complex				X	24	24
13	Zou je je hier veilig voelen, door welke aspecten?				X	24	24

In bijlage 12, Observatieschema casestudy, zijn de observatieschema's weergegeven. Deze bevatten in totaal zestien vragen waarvan vijf vragen een a-, b- of c-variant kennen.
Als we vervolgens kijken naar de kwantitatieve vragen zijn van de vier bruikbare vragen er twee gerelateerd aan het voorzieningenniveau en twee aan de sociale kwaliteit van wonen. De twee gerelateerd aan de sociale kwaliteit van wonen zijn uiteindelijk als enige gebruikt in de comparatieve analyse, zie Tabel 17.

Van de kwalitatieve vragen zijn er vijftien van de zestien relevant en valt de ene vraag betreffende domoticavoorzieningen voor het voorzieningenniveau af.
De bruikbaarheid van de kwalitatieve vragen voor vergelijkend kwalitatief onderzoek is echter nihil gebleken. Er is in tabellen en in woordclouds, zie bijlage 12, Observatieschema casestudy, een overzicht van de gebruikte opmerkingen van observanten gegeven. Deze geven echter nauwelijks of geen verschillen tussen de sets aan.

4.4.7 Transcripties en codering in Atlas ti

In de pilot van vijf interviews in het eerste woonzorgcomplex is met bandopnames en met ter plekke geschreven veldnotities gewerkt. Hoewel de veldnotities een snellere verwerking mogelijk zouden maken, maakten de informatiedichtheid van de interviews en de gewenste aandacht voor de geïnterviewden deze methode niet haalbaar. Er is voor gekozen om alle interviews met op band vastgelegde en schriftelijk bevestigde toestemming van de geïnterviewden op te nemen en vervolgens volledig te transcriberen.
Voor het transcriptiewerk zijn in totaal dertien transcribeerders ingezet. De transcribeerders ontvingen hiervoor een format, zie bijlage 17, en een geluidsbestand als proef per mail. Deze proeftranscriptie werd zorgvuldig gecontroleerd, waarna bij goed bevinden geluidsbestanden in groepen werden toegestuurd. Hierbij was het tempo afhankelijk van de beschikbaarheid van de transcribeerder. Alle verwerkte transcripties zijn bij terugkomst globaal gecontroleerd op een juiste verwerking.

Computer Assisted Qualitative Data Analysis

Het systematisch reduceren van een extensieve database om meer focus, te verkrijgen is bekend als progressive focussing (Sinkovics & Alfoldi, 2012; Stake, 1995). Voor het coderen van grote hoeveelheden data zijn, naast een handmatige aanpak, verschillende ondersteunende digitale middelen beschikbaar, onder de noemer Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) (Fielding & Lee, 1998). De software is daarbij een hulpmiddel met als grootste voordeel de snelheid en het overzicht bij het zoeken. Het is geen vervanging van de analyse. Verschillende bronnen geven waarschuwingen voor niet-reflectief gebruik en het niet herkennen van de assumptie in het programma (Brink, 2009; Yannow & Schwarz-Shea, 2006).

Voor de codering van dit onderzoek zijn, naast Excel, de softwareprogramma's Qualitan en Atlas ti bezien op geschiktheid.
Excel werd gebruikt bij de analyse van de interviews van de eerste zes projecten voor de afstudeerscripties van een facilitair management student en twee verpleegkundestudenten. Bij deze geringere aantallen is de methode zeer geschikt en eenvoudig in te zetten.
Bij de opschaling naar 24 projecten echter zijn Qualitan en Atlas ti vergeleken op geschiktheid. Beide zijn zeer geschikt om bronnen te coderen. Echter, het managen van meerdere documenten is in Atlas ti eenvoudiger, wat vooral van belang is bij vele

projecten en documenten en verwerking met meer teamleden. Bovendien is de bediening van het programma gebruiksvriendelijker. Atlas ti geeft de codes weer in de kantlijn, wat ook leidt tot een beter overzicht en het heeft meer opties om de filtering weer te geven in grafische schema's.
Van den Brink (2009) noemt drie aandachtspunten van het programma Atlas ti: de arbeidsintensiteit door de tekstcodering en de analyse, het gevaar van verlies aan overzicht door teveel codes en de ogenschijnlijk erg statische en objectieve weergave van de grafische analyse. De keuze van een hanteerbare en zuivere analytische strategie is daarmee erg belangrijk.

Voor dit onderzoek is voor de verwerking en codering van de getranscribeerde interviews als programma Atlas ti gekozen, (Friese, 2012).
Alle data voor een project zijn ondergebracht in een zogenaamde hermeneutic unit (HU). Binnen Atlas ti is een tekstuele mode en multi level mode voor het opnemen van bronnen van verschillende aard beschikbaar. Voor dit onderzoek zijn alleen de tekstuele mode gebruikt voor de verwerking van de transcripties. De belangrijke fase van het coderen, het hangen van betekenis aan de tekstfragmenten, kan geschieden door open codering of met een tevoren vastgestelde codering. Bij open codering 'groeien' de codes uit het coderen.
Voor dit onderzoek is een onderscheid in drie categoriesystemen voor de codering gebruikt (Van Biene, et al., 2008). Het eerste categoriesysteem betreft inhoudsdomeinen over kwaliteit van leven (WAT). Het tweede systeem gaat over de radius of schaal waar de geïnterviewde, van dichtbij of veraf, spreekt, ook wel aangeduid als het perspectief van de spreker (WIE). Het derde systeem gaat over de wijze waarop de geïnterviewde iets vertelt (HOE).

Voor dit onderzoek is de codering tevoren vastgesteld, gerelateerd aan de onderzoeksvariabelen en de bijbehorende vraagstelling en hypothesen. Daarna is de codering in vier rondes bijgesteld en afgestemd met alle codeerders. Dit geschiedde om enerzijds tot een doelmatige en representatieve topiclist te komen en anderzijds werd, om de mogelijke bias van codeerders te minimaliseren, eerst één interview door alle codeerders gedaan. De topiclist is uitgebreid besproken. Bij de eerste vergelijking bleek reeds driekwart van de codes door alle codeerders op een gelijke wijze te worden gebruikt. Vervolgens is de codelist aangescherpt en de uitleg bij de codes uitgebreid, waarna elke codeerder vijf van elkaar verschillende interviews heeft uitgewerkt. Hierna werden deze resultaten vergeleken en is de definitieve codelist vastgesteld, zie tabel 18.
De definitieve topiclist bestaat uit 50 topics gerangschikt naar de onderzoeksvariabelen. Hierin staan de biografische gegevens van de geïnterviewde met daarnaast de topics per onderzoeksvariabele (WAT). Waar relevant is hiervan de kwaliteit (HOE) en radius (WIE) gecodeerd. 60 interviews zijn in een eerste batch gecodeerd door vier personen, en 200 interviews in een tweede batch, door vier andere personen.

Tabel 18 Codering narratieven

Topic	Code	Omschrijving
BIOGRAFISCHE GEGEVENS		
Burgerlijke staat	Bst	alleenstaand, getrouwd, samenwonend
Kinderen of niet	Kin	vroeger of nu kinderen
Leeftijd	Lft	leeftijd(indicatie)
Periode in dorp/stad	Ped	aantal jaar in dit dorp/stad wonend
Periode in omplex	Pec	aantal jaar in complex wonend
Commissiewerk	Cie	bewonersraad, maaltijdcie, cliëntenraad
Vitaliteit	Vit	Vitaliteit, zelfredzaamheid
WAT?		
ONDERZOEKSVARIABELEN		
Schaalgrootte	Scg	als er geen specificering naar bijvoorbeeld fysiek, structureel of mentaal kon worden aangegeven, maar het narratief wel onder schaalgrootte viel, is het aan de codefamilie toegekend
Sociale kwaliteit van wonen	Skw	
Voorzieningen niveau	Vzn	
Doelgroepen Menging	Dgm	
Institutionele factoren	Isf	
Controle variabelen	Cov	
SCHAALGROOTTE		
Fysieke schaal grootte	Sgf	omvang in sociale of ruimtelijke eenheden, in dit geval woningen
Structurele schaal grootte	Sgs	het proces, waardoor individuele/sociale systemen worden opgenomen in meeromvattende interactie en communicatiepatronen
Mentale schaal grootte	Sgm	verandering cultuurpatroon groep en emotionele band
SOCIALE KWALITEIT VAN WONEN		
Sociale inter-actie bewoners	Soc	de mate van sociale interactie tussen bewoners en groepen
Verscheidenheid in activiteiten, ontspanning	Act	verscheidenheid en deelname aan activiteiten en voorzieningen
Veiligheid	Vlg	mate ervaren veiligheid
Sociale controle	Scc	sociale controle
Verbondenheid	Vbd	mate ervaren verbondenheid of eenzaamheid
DOELGROEPENMENGING		
Menging licha-melijk beperkten	Mlb	daadwerkelijke sociale interactie met lichamelijk beperkten
Menging dementerenden	Mde	daadwerkelijke sociale interactie met dementerenden
Menging niet-zorg	Mov	daadwerkelijke sociale interactie met starters, gezinnen of jongeren
Menging 55+	55+	daadwerkelijke sociale interactie met 55-75 jr
Menging 75+	75+	daadwerkelijke sociale interactie met 75+

VOORZIENINGENNIVEAU		
Voorzieningen Zorg	Vzo	directe noodhulp, zorgsteunpunt, alarmering, slaapwacht, huishoudelijke hulp, maaltijdenservice, huisarts, fysiotherapie, tijdelijke opname, 24-uurzorgpersoneel, groepsverzorging, dagopvang, verzorging, verpleging, begeleiding, kantoor thuiszorg, diëtist, ergotherapie, logopedie
Voorzieningen Welzijn	Vwe	huiskamer, recreatieve bezigheden, recreatieruimten, welzijn ouderen, kapper, internetruimte, stilte/gebedscentrum, geestelijke verzorging, café, rokersruimte, pedicure, bibliotheek, fitness, schoonheidssalon, zwembad, (à la carte) restaurant
Voorzieningen Algemeen	Val	winkel, toko, openbaar vervoer, receptie, huismeester, wasservice, atrium, bankfaciliteit, pinautomaat, receptie24uur
Informele zorg	Iz	mantelzorg, burenhulp e.d. buiten professionele zorg
CONTEXT		
Demografie	Dem	(dubbele) vergrijzing, ontgroening, krimp
Padafhankelijkheid	Pad	zo doen we het altijd, gewoonte organisatie
Trends	Trs	trends in zorgbouw en maatschappij algemeen, emancipatie, individualisering, streven naar privacy
Wetgeving	Wet	invloeden wet en regelgeving, Wmo, AWBZ...
Financiering	Fin	financiering van het woonzorgcomplex, exploitatie en investering, boekwaarde, restwaarde
CONTROLEVARIABELEN		
Functionele kwaliteit	Fun	indeling/oppervlakte woning, algemene ruimten, toegankelijkheid gebouw
Economische kwaliteit	Eco	huur of koop, betaalbaarheid wonen, zorg en service
Technische kwaliteit	Tec	staat van onderhoud, gebouwklimaat, mankementen
Esthetische kwaliteit	Est	ervaring esthetiek, mooi of fraai, exterieur of interieur gebouw
HOE? (TEVREDENHEID)		
Tevreden	Tev	positieve beoordeling
Niet tevreden	Ntv	negatieve beoordeling
Probleem	Prb	probleemsignalerend
Oplossing	Opl	oplossinggericht
WIE? (RADIUS)		
Eigen	Eig	de geïnterviewde spreekt over/namens zichzelf
Naasten/medebewoners/doelgroep	Nst	de geïnterviewde spreekt over/namens directe familie en buren
Veraf/andere doelgroep	Ver	de geïnterviewde spreekt over/namens abstracte ander zoals jongeren, ouderen of allochtonen
Woning	Won	de geïnterviewde spreekt over eigen woning
Complex	Com	de geïnterviewde spreekt over complex
Straat/naaste omgeving	Str	de geïnterviewde spreekt over straat als omgeving
Wijk Dorp Stad	Wjk	de geïnterviewde spreekt over totale dorp, wijk, stad
Topic	Code	Omschrijving

In de narratieve methode zoals beschreven door van Biene et al (2008)worden deze codes voor het HOE? de 'kwaliteit' genoemd. In dit onderzoek is de benaming 'tevredenheid' gebruikt, omdat deze beter passend lijkt bij de ervaringen van de bewoners maar vooral minder verwarrend ten aanzien van de onderzochte sociale kwaliteit van wonen (anders zou men immers spreken van de kwaliteit van de sociale kwaliteit van wonen). Dit is in de gehele analyse zo doorgevoerd.

4.4.8 Interpretatie narratieven

Zoals gesteld pleit Flick (2006) voor triangulatie van de gemeenschappelijke kenmerken van kwalitatief onderzoek als het *Verstehen*, de reconstructie van cases en het analyseren van teksten, zie ook Tabel 6. Alle drie deze gemeenschappelijke kenmerken spelen nadrukkelijk bij de gehanteerde narratieve methode.

Ten aanzien van de fasering van de interpretatie onderscheiden Yannow en Schwarz-Shea (2006) vier interpretatieve momenten binnen narratief onderzoek:

- de ervaring uit de eerste hand door de onderzoeker in de te onderzoeken setting, de zogenaamde situationele actor, door afstandelijke of participatieve observatie;
- de interpretatie op het moment van rapporteren en transcriberen;
- de interpretatie tijdens het analyseren en schrijven, het zogenaamde 'world-making'
- de interpretatie tijdens het lezen of luisteren naar het verslag door de onderzochten, de member check, dat is een individuele terugkoppeling, of de transdisciplinaire terugkoppeling.

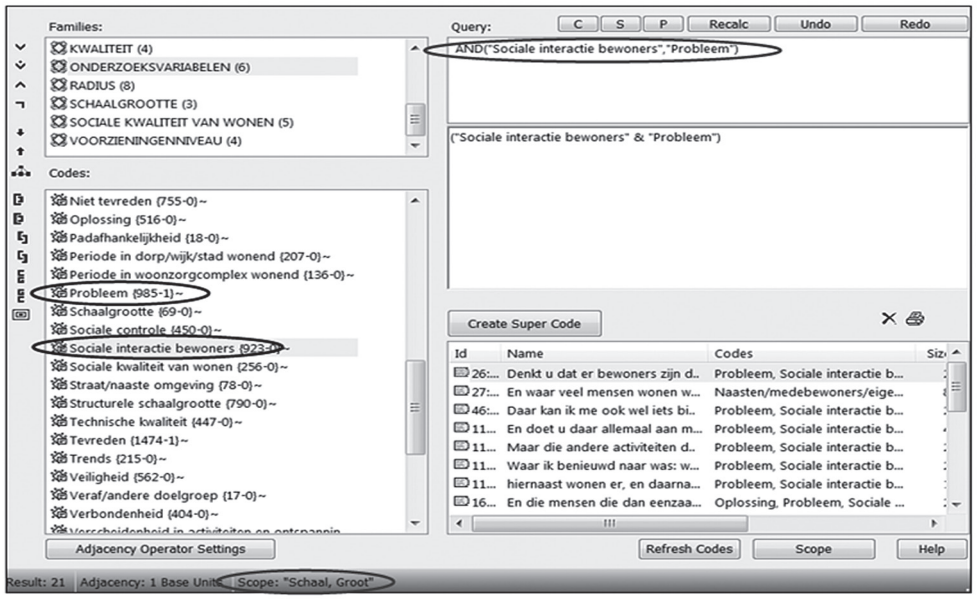
Voor de interpretatie van de eerste stap, de systematische niet-participerende observaties, zie deelparagraaf 4.4.2. De interpretatie van de tweede stap, het transcriberen, is nagenoeg letterlijk: zoals eerder in deze paragraaf beschreven zijn de geluidsbestanden integraal getranscribeerd. Intonaties en non-verbale communicatie gaan echter verloren. Voor de interpretatie bij het coderen is door het gezamenlijk bewaken van de codelist en de betekenisgeving en het achteraf controleren op codefrequentie en codedichtheid een zekere codeerstandaard gewaarborgd.

Voor de belangrijke, derde stap van het world-making constateerde van den Brink (2009), ondanks de voordelen van software als Atlas ti, reeds het belang van de keuze van een zuivere analytische en anderzijds hanteerbare strategie.
Voor dit onderzoek zijn de codes vooraf opgesteld. Vervolgens werden zijn aan de hand van de hypothesen de zoeksporen, de zogenaamde queries, opgesteld. Deze queries bevatten de twee variabelen waarvan een relatie wordt onderzocht, al dan niet gekoppeld aan een kwaliteit en een radius, zie Tabel 19 voor een overzicht van de uitgevoerde queries en Tabel 20 voor een voorbeeld van een querie.

Tabel 19 Uitgevoerde queries Atlas ti

WAT		HOE
Onafhankelijke en mediërende variabelen	(indicator) Afhankelijke variabele	tevreden/ontevreden
Fysieke schaalgrootte	Sociale interactie	
	Activiteitenniveau	
	Veiligheid en verbondenheid	
	Sociale kwaliteit van wonen	
Doelgroepenmenging	Sociale interactie	
	Activiteitenniveau	
	Veiligheid en verbondenheid	
	Sociale kwaliteit van wonen	
Voorzieningenniveau	Sociale interactie	
	Activiteitenniveau	
	Veiligheid en verbondenheid	
	Sociale kwaliteit van wonen	
Controlevariabelen	Sociale interactie	
	Activiteitenniveau	
	Veiligheid en verbondenheid	
	Sociale kwaliteit van wonen	

Ten slotte worden alle indicatoren van Sociale kwaliteit van wonen rechtstreeks gecombineerd met de code van de betreffende onderzoeksvariabele om te kijken of en hoe bewoners van die set ook directe uitspraken doen over de relatie tussen sociale kwaliteit van wonen en de onderzoeksvariabele.



Figuur 47 Printscreen query Atlas ti

Combineren van codes in een query

Bij het combineren van twee codes in een query is gebruik gemaakt van de Boolean operators AND (Friese, 2012, p. 152): A en B moeten samen voorkomen. Omdat Oplossing en Tevreden respectievelijk Probleem en Niet tevreden in eerste instantie apart waren gecodeerd maar vervolgens zijn samengevoegd, worden narratieven die beide codes dragen daarmee dubbel geteld. Op de 1474 narratieven met code Tevreden en 516 met code Oplossing gaat het daarbij om 51 gemeenschappelijke narratieven. Op de 755 narratieven Niet tevreden en 985 Probleem om 211 narratieven. Deze dubbeltelling is niet ongedaan gemaakt omdat de coderingen van Oplossing en Probleem een stap verder gaat dan het aanduiden van Tevreden en Niet Tevreden en de dubbele code ook een zekere dubbele waarde aangeeft.

Het coderen met twee codes van één hetzelfde narratief betekent dat het narratief betekenis heeft voor beide codes, niet dat er ook pertinent een directe relatie tussen beide codes ligt, al is dat vaak wel het geval. Aan één narratief kunnen en zullen daarmee verschillende codes gehangen zijn.

De queries zijn door het software programma ingevuld met de gecodeerde narratieven. Vervolgens zijn alle verschillende queries doorgelezen, waarbij per query handmatig selecties werden gemaakt. Het criterium voor die selecties was de beantwoording op de deelvragen. Deze antwoorden zijn per deelvraag vastgelegd in 'thick descriptions' om zo tekstoverstijgende uitspraken te kunnen doen.

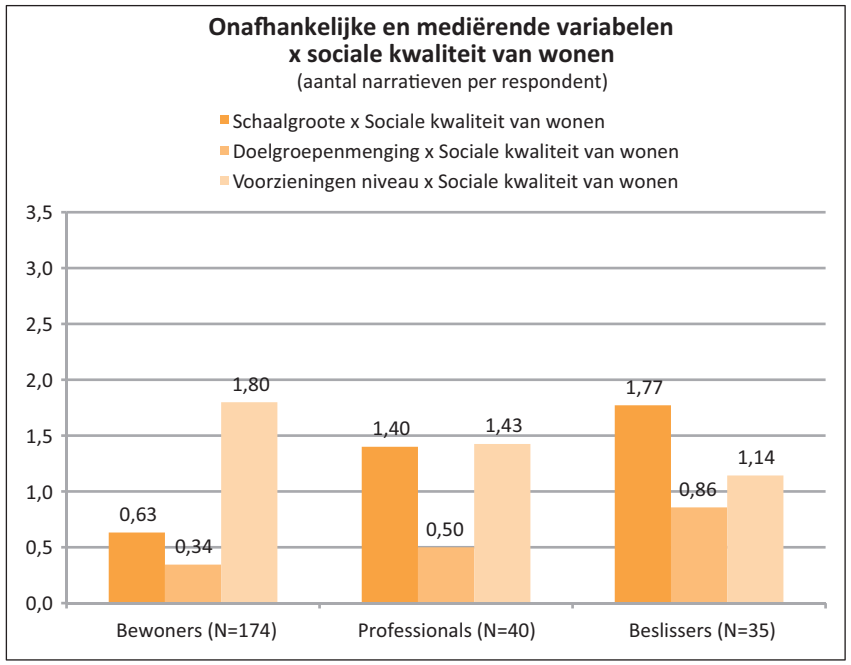
Naast de queries met betrekking tot de onafhankelijke en mediërende variabelen zijn ook de ervaren sociale kwaliteit van wonen per groep complexen geanalyseerd. Dit betreft de projecten in een (zeer) Kleinschalig, Middelgrootschalig of (zeer) Grootschalig complex, met respectievelijk zeven, negen en acht projecten; de projecten Niet gemengd ten opzichte van de projecten Gemengd met zwaardere zorg, met drie, respectievelijk twintig stuks en de projecten met een voorzieningenniveau Basis, Kwaliteit of Extra, respectievelijk zeven, elf en zes projecten. Ten slotte is de controlevariabele provincie, gegroepeerd in regio's, en situering in dorp dan wel stad met respectievelijk dertien en elf projecten geanalyseerd.

De radius, "over wie zegt men wat" is ook gecodeerd, al gaf dit weinig resultaat omdat bewoners met name vanuit zichzelf spraken.

Narratieven zijn in eerste instantie bedoeld om inhoudelijk te interpreteren. Bij grotere hoeveelheden kan het relevant zijn ze daarnaast ook te tellen. Een duidelijk hoger aantal narratieven voor de query Schaalgrootte x Sociale kwaliteit van wonen dan de query grotere invloed heeft op de ervaren sociale kwaliteit van wonen dan doelgroepenmenging. Om de verschillen tussen bewoners, professionals en beslissers te analyseren zijn deze aantallen apart weergegeven.

Deze wijze van werken wordt datatransformatie genoemd. Daarbij kunnen simultane en vergelijkbare, kwalitatieve datasets gekwantificeerd worden. Na het kwalitatief creëren van de codes en patronen wordt het aantal keren dat deze in de tekstdata voorkomen

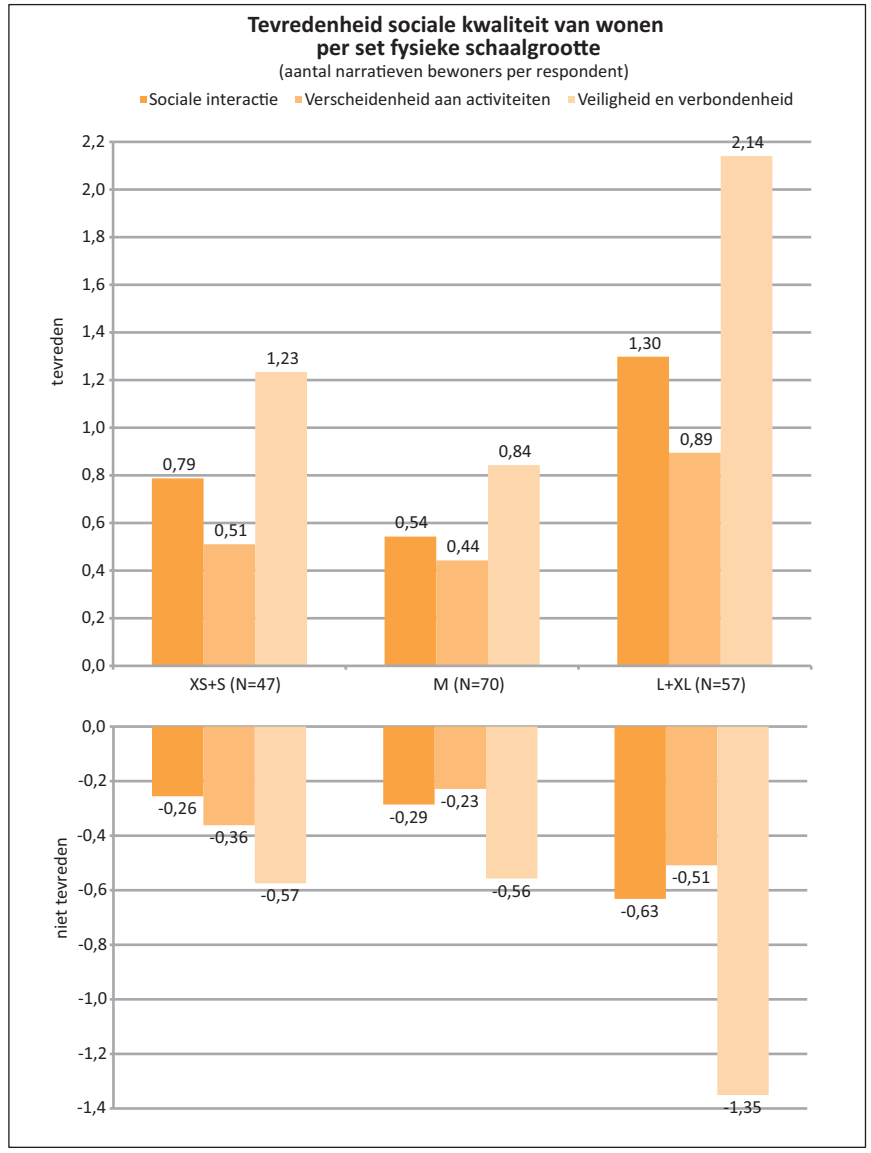
geteld, eventueel ook de lengte van de teksten. Sale (2002) noemt de trend van kwantificering van kwalitatief onderzoek een schending van de assumptie van kwalitatief onderzoek. Voor dit onderzoek wordt het gebruikt om als quick scan in de kwantitatieve verkenning van narratieven in deelparagraaf 6.2.1 en om de uitspraken tussen sets van cases te vergelijken, zie ook de methodologische reflectie in paragraaf 7.1.



Figuur 48 Voorbeeld kwantitatieve opbouw queries per groep respondenten

De kwantiteit van de narratieven is op drie niveaus geanalyseerd.

- Op het niveau van het geheel aan interviews, om verschillen in aandacht voor indicatoren te signaleren tussen bijvoorbeeld de groepen respondenten. Zie voor een voorbeeld Figuur 48, waar een Doelgroepenmenging ten opzichte van Schaalgrootte en Voorzieningenniveau minder aandacht in de interviews heeft gekregen, en Schaalgrootte bij bewoners duidelijk minder is vertegenwoordigd. Deze constateringen worden gebruikt om vervolgens binnen de kwalitatieve analyse nader te bekijken, bijvooorbeeld als opviel dat binnen de set (zeer) Grootschalig opvallend meer uitspraken over veiligheid worden gedaan.
- Op het niveau van de sets, voor een voorbeeld zie Figuur 49. Hier zijn overeenkomsten en verschillen tussen de sets Fysieke schaalgrootte te signaleren. Bijvoorbeeld meer uitspraken bij de set (zeer) Grootschalig; minder negatieve uitspraken maar niet extreem minder voor alle sets. Ook hier worden deze constateringen gebruikt om vervolgens kwalitatief in te zoomen.



Figuur 49 Voorbeeld kwantitatieve opbouw queries per set

- Op het niveau van het aantal narratieven per patroon. Deze analyse is gepresenteerd in een groot aantal tabellen, waarbij het aantal door de query geselecteerde narratieven in de kop boven de tabel staan. In de eerste kolom staat het patroon, in de tweede kolom de bronvermelding uit Atlas ti, in de derde kolom het aantal narratieven dat voor het patroon is gebruikt en in de vierde kolom een letterlijk, exemplarisch voorbeeld. Zie Tabel 20 voor een voorbeeld en voor de uitvoerige volledige analyse bijlage 18, Patronen interviews.

Tabel 20 Schaalgrootte x Sociale interactie
(professionals en beslissers, X(S), totaal 14 narratieven)

Patroon	Bron	Aantal	Voorbeeld
Nieuwe sociale contacten leggen is lastig, het kost veel tijd en energie: Dit hangt af van de sociale vaardigheden, geestelijke en lichamelijke conditie van de bewoner en of hij of zij uit de buurt komt, of van buiten komt/ afkomstig is uit hetzelfde sociale milieu	*P67: Bewoner C, De Sfinx - 67:16 [En er wordt niks mee gedaan? N..] (55:58) (Super)* *P73: Bewoner E, De Sfinx - 73:56 [En hoe denkt u dat u aan die c..] (148:149) (Super)* *P73: Bewoner E, De Sfinx - 73:58 [En hoe kunnen we er nu voor zo..] (152:153) (Super)* *P231: Bewoner B, St. Annahof - 231:10 [Je moet er van tevoren over na..] (45:45) (Super)* *P65: Bewoner D, De Sfinx - 65:19 [het is een dorpje. Maar goed w..] (67:67) (Super)*	*5*	*Ja nu zeggen ze, ja en dat moet je zelf doen, en beneden kan dat dan, maar dan moet je echt op zoek, dat doe ik ook wel maar ja, de meeste daar wonen buiten de sfinx, dus je hebt er ook niet gek veel aan (P67, Bewoner C, de Sfinx, 55-58).*

De kwalitatieve analyse geschiedde in stappen: in de eerste stap is voorzichtig omgesprongen met samenvoegen. Het doel was om eerst een overzicht van narratieven te bieden en er pas daarna gewicht aan toe te kennen, dat wil zeggen de dominantie van het patroon te duiden.

De eerste samenvoeging in patronen is op drie wijzen gecontroleerd: door incidenteel nalopen van de narratieven van een query, door bespreking van opvallende afwijkingen ten opzichte van de ervaringen uit de door de onderzoeksleider zelf afgenomen interviews en door bespreking van opvallende omissies ten opzichte van de ervaringen uit de door de onderzoeksleider zelf afgenomen interviews. De door de junioronderzoeker samengestelde en door de onderzoeker gereviewde patronen zijn vervolgens door promotor de Kam gereviewd en gedrieën besproken. Om van de zeer uitgebreide analyse naar een zekere indikking te gaan, zijn de patronen vervolgens gebundeld in thema's. Deze thema's zijn gekoppeld aan de indicatoren voor de sociale kwaliteit van wonen. Deze indikking leverde de thema's op zoals weergegeven in Tabel 21 voor bewoners en in en Tabel 22 voor professionals en beslissers.

Tabel 21 Patronen bewoners geordend in thema's

Patronen bewoners geordend in items	Bewoners										
	Fysieke schaalgrootte			Doelgroepenmenging				Voorzieningenniveau			
	Sociale interactie	Verscheidenheid aan activiteiten	Veiligheid en verbonden-heid	Sociale interactie	Verscheidenheid aan activiteiten	Veiligheid en verbonden-heid	Tevredenheid	Sociale interactie	Verscheidenheid aan activiteiten	Veiligheid en verbonden-heid	Tevredenheid
Onderling contact	■			■			■	■			
Contact buiten de activiteiten	■	■		■				■	■		
Gemeenschappelijke ruimte	■	■						■	■		■
Op zichzelf	■	■		■	■			■	■		
Menging binnen het complex	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Relationele agressie	■	■	■	■		■		■			
Vaste plek	-			-				-			
Menging met de buurt	x	■	x	■	■	■	■	x	■	■	■
Eenzaamheid	■	■	■	■	■	■				■	■
Vrijwilligers	■			■	■						■
Hoeveelheid activiteiten		■			■				■		■
Aard en kwaliteit activiteiten	■	■			■				■		■
Betaalbaarheid		-			x				-		-
Bereikbaarheid											*
Informele zorg			■						■		■
Participatie		■			x				■		
Fysieke veiligheid			■			■				■	
Veiligheid door zorg			■			■				■	■
Verbondenheid	■		■	■		■	■	■		■	
Sociale controle	■		■			■				x	
Contact (klein) kinderen	■			■				■			
Organisatie											
Gebouw											

■ = item komt voor in deze set en is gebruikt voor toetsing hypothese/aanvullende bevindingen
- = item komt voor in deze set, niet gebruikt voor toetsing hypothese/aanvullende bevindingen
× = ontbreekt in deze set, komt wel voor in beide andere sets
* = komt slechts in 1 set in 1 deelkwaliteit voor

Tabel 22 Patronen professionals en beslissers geordend in thema's

Patronen professionals en beslissers geordend in items	Professionals en Beslissers			
	Fysieke schaal-grootte	Doelgroepen-menging	Voorzieningen-niveau	Sociale kwaliteit van wonen
Onderling contact				
Contact buiten de activiteiten				
Gemeenschappelijke ruimte			-	-
Op zichzelf				
Menging binnen het complex	x			
Relationele agressie				
Vaste plek				
Menging met de buurt				
Eenzaamheid				
Vrijwilligers				
Hoeveelheid activiteiten		x		
Aard en kwaliteit activiteiten				
Betaalbaarheid	-	-	-	-
Bereikbaarheid				
Informele zorg				
Participatie				
Fysieke veiligheid				
Veiligheid door zorg				
Verbondenheid				
Sociale controle				
Contact (klein) kinderen				
Organisatie		x		
Gebouw		x		

= item komt voor in deze set en is gebruikt voor toetsing hypothese/aanvullende bevindingen
\- = item komt voor in deze set, niet gebruikt voor toetsing hypothese/aanvullende bevindingen
x = ontbreekt in deze set, komt wel voor in beide andere sets
* = komt slechts in 1 set in 1 deelkwaliteit voor

Op deze wijze zijn alle relaties systematisch in kaart gebracht. Narratieven met eenzelfde boodschap zijn samengevoegd tot een patroon per thema, gekoppeld aan de kwantiteit per set. Deze ordening is, nadat alle data waren doorlopen in enkele maanden tijd, nog eens afgestemd op elkaar om de gevolgen van eventuele onderzoeksvermoeidheid vast te stellen en voortschrijdende inzichten op de gehele set toe te passen. Deze patronen per thema gekoppeld aan de kwantiteit per set, beschouwen we als het resultaat. Vervolgens is hierop gereflecteerd en zijn enkele representatieve narratieven opgenomen, zie voor een voorbeeld Figuur 50. Deze bewerking is explorerend, de queries van alle onderzoeksvariabelen zijn systematisch afgelopen.

Onderling contact

Resultaat
De sociale interactie met medebewoners maakt het erg fijn om in een complex te wonen.
In de complexen zijn er altijd wel bewoners te vinden voor een praatje. Er zijn veel sociale contacten hier. Genoemd door **vele** bewoners in de set (zeer) Kleinschalig en door **meerdere** bewoners in de sets Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig.
Men woont prettig al heeft men minder sociale contacten dan in de vorige woning. Genoemd door een **enkeling** in de set (zeer) Kleinschalig.
Er is geen overmatig veel contact met de medebewoners, men loopt de deur bij anderen niet plat. Genoemd door **enkele** bewoners in de set Middelgrootschalig.
Nieuwe sociale contacten leggen kan best moeilijk zijn voor bewoners. Genoemd door een **enkeling** in de set (zeer) Grootschalig.
Het gezamenlijk koffie uurtje is erg belangrijk voor de sociale interactie. De bewoners waarderen deze activiteit zeer en vinden het erg prettig om daar andere mensen te treffen en lekker te kletsen. Genoemd door **meerdere** bewoners in alle sets fysieke schaalgrootte.
Sociale interactie is in kleinschalige setting sterk gerelateerd aan interne activiteiten. Genoemd door **enkele** bewoners in de set (zeer) Kleinschalig.
In een groot complex heb je meer draagvlak voor activiteiten doordat er makkelijker voldoende gelijkgestemde mensen voor te vinden zijn. Ook kun je kiezen met wie je om wil gaan. Genoemd door een **enkeling** in de set (zeer) Kleinschalig.

Reflectie
Sociale interactie wordt over het algemeen gewaardeerd door de bewoners. Bewoners vinden het erg prettig om met elkaar te praten, koffie te drinken of samen activiteiten te doen. De sociale contacten worden als voordeel gezien van het wonen in een woon-zorgcomplex. Dit geldt voor alle sets fysieke schaalgrootte. Waarbij de activiteiten in een kleiner complex wel crucialer zijn voor sociale interactie. Als grootste voordeel van de (zeer) Grootschalige complexen wordt keuze in contacten genoemd.
De sociale functie van het woonzorgcomplex is zeer groot. Dit geldt voor alle schaalgroottes en elke situering. De rol die de activiteiten in het complex daarbij spelen lijken groter voor de kleinschalige complexen, mogelijk door het ontbreken van voorzieningen in de omgeving.
De grotere keuze in contacten en activiteiten in (zeer) Grootschalige complexen wordt nadrukkelijk genoemd. Deze zou aan de stedelijke context en dus de meer stedelijke, daarmee meer keuzerijke, leefwijze van de bewoners van die complexen gerelateerd kunnen zijn.

Exemplarische narratieven

"Maar het is ook heel erg belangrijk vind ik het sociaal gebeuren gewoon. Mensen leven daar heel erg naar toe. En vinden het ontzettend leuk om het te doen gewoon."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Ik denk persoonlijk dat een groter complex beter is… dat je ook meer kansen hebt om vrienden en kennissen te krijgen. In een kleiner complex… dan wordt het toeval als het allemaal mensen zijn met wie het klikt… terwijl hier, in zo'n groot complex, vind je altijd mensen met wie je plezier kunt hebben."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Figuur 50 Voorbeeld presentatie resultaat van een thema

Voor de toetsing van de hypothesen zijn de reflecties per set op deze thema's gebruikt. Bijkomende resultaten zijn meegenomen, mogelijk gemaakt door de explorerende wijze van werken. In hoofdstuk 6 zijn de reflecties en exemplarische narratieven van die

thema's die zijn gebruikt voor toetsing van de hypothesen en voor de aanvullende bevindingen weergegeven. Voor de bijbehorende resultaten en het volledige overzicht van thema's zie bijlage 18, Patronen interviews.

De vierde en laatste fase die Yannow en Schwarz-Shea (2006) onderscheiden is die van de interpretatie tijdens het lezen of luisteren naar het verslag door de onderzochten. Dit kan geschieden door een member check, een individuele terugkoppeling nadat het interview heeft plaatsgevonden of een transdisciplinaire terugkoppeling, waarbij meer betrokken partijen inclusief de onderzoekers aanwezig zijn.
In dit onderzoek heeft member checking op aanvraag van de onderzochte plaatsgevonden na de interviews. Er is overwogen als afsluiting van het onderzoek transdisciplinaire bijeenkomsten te houden met bewoners, professionals en beslissers. Echter, met name het bijeenroepen van de bewoners zou opnieuw een zeer tijdrovende exercitie zijn geweest. Wel zijn de resultaten voorgelegd aan beslissers en professionals op drie symposia vanuit het werkveld, twee internationale congressen en twee universitaire colloquia. De resultaten per complex zijn voor member checking aan alle deelnemende beslissers voorgelegd, waarbij tevens de bruikbaarheid van de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als ondersteuning bij besluitvorming werd getoetst.

4.4.9 Qualitative Comparative Analysis

Voor het vergelijken van kwalitatieve data zijn er verschillende methodieken beschikbaar onder de paraplu Systematische kwalitatieve vergelijkende analyse (SKVA) of Qualitative Comparative Analysis (QCA) (Ragin & Rihoux, 2008; Wagemann & Schneider, 2010). De QCA-methodiek zit tussen de meer casegeoriënteerdheid van kwalitatief onderzoek en meer variabele georiënteerdheid van kwantitatief onderzoek in. Skaaning (2011) stelt dat het zich in dat spectrum meer aan de zijde van casegeoriënteerde research bevindt, omdat het meer contextgevoelig is in de traditie van grounded theory.

Ragin & Rihoux (2008) stellen dat de QCA-methodiek met name geschikt is voor 'intermediate N' onderzoek tussen het 'small N' research met 2 à 10 cases en 'large N' research met 50 à 100 cases. De methodiek levert een grote mate van transparantie door de calibratie en de opstelling van de zogenaamde waarheidstabel. Voor een voorbeeld, zie Tabel 23. In deze tabel zijn in de kolommen het al dan niet voorkomen van de getoetste condities en de uitkomst opgenomen en in de regels de casussen die aan die betreffende combinatie voldoen.
Ragin & Rihoux (2008) stellen dat QCA kan worden verenigd met andere onderzoekstechnieken. Zij verwachten nog veel ontwikkeling in de methodiek. Een potentieel krachtige maar nog weinig onderzochte eigenschap van QCA zou daarbij de hypothese toetsing zijn.

Tabel 23 Voorbeeld waarheidstabel (Verweij & Gerrits, 2012)

Condities			**Casussen**		**Uitkomst**
Netwerk-complexiteit (C)	Stakeholder-betrokkenheid (B)	Netwerk-management (M)	Aantal cassusen (N)	Distrubutie van casussen	Stakeholder-tevredenheid (T)
1	1	1	5	ZUID, NOORD, IJSS, SIJT, WEST	1
0	1	1	1	BROEK	1
1	0	1	2	PERK, DELFT	1
0	0	1	1	DIEF	1
0	1	0	2	WAAL, GOUW	C
1	1	0	2	LENT, SCHEL	C
1	0	0	1	WIER	0

Voor dit onderzoek is QCA gebruikt om, na de deductieve wijze van verzamelen van patronen uit de grote hoeveelheid data, tot een reductie van relevante patronen te komen. En tot een vergelijking van patronen tussen de sets, geordend naar onderzoeksvariabelen ten behoeve van de toetsing van de hypothesen te komen. De reductie betrof de in deelparagraaf 4.4.8 reeds beschreven ordening in thema's die gekoppeld werden aan de sets fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau om vervolgens de bijbehorende hypothesen te toetsen. Voor een beeld van de doorlopen stappen zie
Tabel 24.

Tabel 24 Stappenplan data-analyse casestudy

	Stap	**Resultaat**	**Opgenomen in**
1	Interviews	Ruwe data	Bijlage 16, www.BZWatlas.nl
2	Gecodeerde fragmenten uit interviews	Narratieven	Bijlage 16, www.BZWatlas.nl
3	Gecombineerde codes per set	Queries	Bijlage 18, www.BZWatlas.nl
4	Indikken narratieven queries + aantal/query + voorbeelden	Patronen	Bijlage 18, www.BZWatlas.nl
5	Ordening patronen naar thema's + aantal/set	Ruw resultaat	Bijlage 18, www.BZWatlas.nl
6	Kwantitieve (QCA) en kwalitatieve interpretatie/thema/set + illustratieve narratieven	Resultaat	Bijlage 18, www.BZWatlas.nl Paragraaf 6.3 t/m 6.6, proefschrift
7	Triangulatie interpretaties incl. observaties	Conclusies hypothesen	Hoofdstuk 8, proefschrift

Van het opstellen van een waarheidstabel is afgezien omdat de analyse zowel kwantitatief als kwalitatief is uitgevoerd en een waarheidstabel ofwel erg complex zou worden ofwel geen recht zou doen aan de complexiteit van de variatie en de te toetsen hypothesen ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen.

De vele stappen in het onderzoek vanuit verschillende onderzoeksscholen vragen om een zorgvuldige integratie en triangulatie.
Voor kwantitatief onderzoek is de waarde van de resultaten vast te stellen door de interne en externe validiteit, de betrouwbaarheid en objectiviteit na te gaan. Indicatoren voor

validiteit als meetbaarheid en isoleerbaarheid van kwalitatieve resultaten zijn echter minder eenvoudig vast te stellen. Dient de invloed van de contextvariabelen bijvoorbeeld mee te worden genomen of niet? En indien de contextvariabelen worden meegenomen, zijn de resultaten dan wel te generaliseren? In dit onderzoek is de invloed van de context meegenomen, getoetst en kan daarmee de generalisatie van resultaten worden bepaald.
Bij de vaststelling van de validiteit en betrouwbaarheid is van belang te memoreren dat het in kwalitatief onderzoek in de eerste plaats gaat om verbijzondering en niet om generalisatie van resultaten (Guba & Lincoln, 1994). Zij stellen dat interpretatief onderzoek niet op zoek is naar interne of externe validiteit of generalisatie.

Criteria voor kwalitatief onderzoek

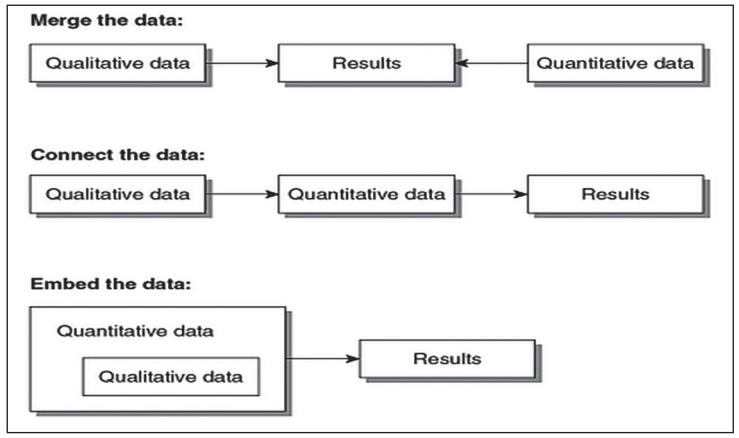
Guba en Lincoln onderscheiden vier criteria voor de waarde van kwalitatief onderzoek: de geloofwaardigheid van resultaten, vergelijkbaar met de interne validiteit bij kwantitatief onderzoek; de verdraagbaarheid van resultaten, vergelijkbaar met externe validiteit; de herhaalbaarheid, vergelijkbaar met betrouwbaarheid en ten slotte de bevestigbaarheid vergelijkbaar met objectiviteit bij kwantitatieve resultaten.

Yannow en Schwarz-Shea (2006) stellen dat voor de geloofwaardigheid een zo groot mogelijke openheid en transparantie nodig is, en daarnaast een reflectieve analyse die zelfkritisch is ten opzichte van de eigen interpretatie. Triangulatie van meer bronnen en op zijn minst drie analytische tools zoals member checking, peer en document reviewing zijn nodig voor voldoende geloofwaardigheid, herhaalbaarheid en bevestigbaarheid.

Deze criteria worden ook door Tashakkori & Teddlie (1998) aangehaald. Voor zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek stellen zij dat validiteit en betrouwbaarheid van eerder verkregen resultaten van de gebruikte methoden kan worden gebruikt als onderbouwing. Verder is hun opvatting dat potentiële bedreigingen van de interne validiteit dienen te worden verkend.

Creswell (2008) onderscheidt drie wijzen voor het mixen van kwantitatieve en kwalitatieve data: samenvoegen, linken of inbedden van de data, zie Figuur 51. Voor dit onderzoek is triangulatie door samenvoegen en inbedden van verschillende bronnen en verschillende methoden het belangrijkste instrument voor het toetsen van de betrouwbaarheid. Zowel triangulatie door samenvoegen als door inbedden is geschied op het niveau van de onderzoeksstrategie en binnen de onderdelen daarvan. Het gaat daarbij om kwalitatieve onderdelen maar ook om mixed method research onderdelen.

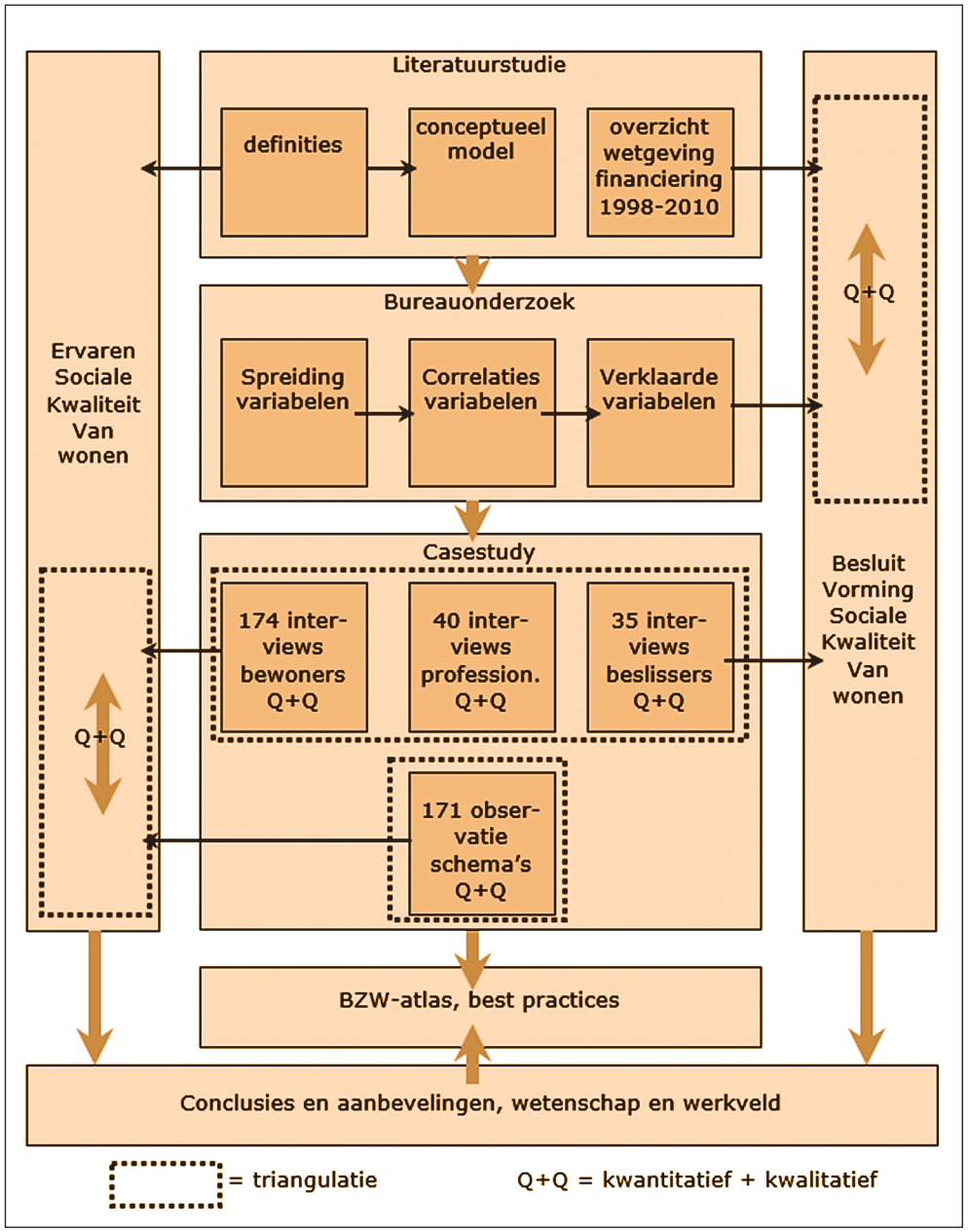
Binnen het bureauonderzoek is sprake van bronnentriangulatie doordat data van het archief CBZ en van de databank KCWZ zijn gebruikt.



Figuur 51 Mixen van kwantitatieve en kwalitatieve data (Creswell, 2008)

Binnen de casestudy zijn twee verschillende triangulaties toegepast. In de eerste plaats bronnentriangulatie door de interviews met verschillende groepen respondenten van bewoners, beslissers en professionals, gericht op de ervaren sociale kwaliteit van wonen. Deze triangulatie geschiedt door inbeddding van kwantitatieve deel door het tellen van het aantal gecodeerde narratieven van een bepaald thema, met het kwalitatieve deel van de narratieve methode. Op de tweede plaats, en een niveau hoger in de verwerking, is er de methodetriangulatie door middel van samenvoeging van de observaties en de narratieve interviews, gericht op ervaren sociale kwaliteit van wonen, zie hiervoor de reflecties en conclusies in hoofdstuk 8.

Triangulatie van bureauonderzoek en casestudy is er niet ten aanzien van de ervaren sociale kwaliteit van wonen, omdat het bureauonderzoek daarover geen gegevens bevat. Wel hebben de gevonden verdeling en verbanden binnen de onafhankelijke en mediërende variabelen tot de strategische selectie voor de casestudy geleid. De resultaten ten aanzien van besluitvorming gericht op de sociale kwaliteit van wonen zijn wel op het niveau van bureauonderzoek en casestudy getrianguleerd. Hiervoor zijn de uitkomsten uit de correlaties tussen de veranderingen in wetgeving en financiering met de spreiding in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau gecombineerd met de resultaten uit de interviews met beslissers gericht op de keuzes daarin.
In Figuur 52 is het uitgebreide onderzoeksmodel weergegeven. Daarin zijn de onderzoeksstrategieën literatuurstudie, bureauonderzoek en casestudy te onderscheiden. Deze zijn opgedeeld in verschillende kwantitatieve, kwalitatieve en mixed (Q+Q) onderdelen. Aangegeven is welke resultaten gebruikt zijn voor de vraagstelling met betrekking tot de ervaren sociale kwaliteit van wonen en welke met de daarop gerichte besluitvorming. Ten slotte zijn de belangrijkste triangulaties van onderzoeksdata aangegeven.



Figuur 52 Onderzoeksmodel met triangulatie verschillende fasen en onderdelen

Er zijn dagen
Waarop het huis zich een hutje voelt
Klein, onbetekenend, zwak

Er zijn dagen
Waarop het huis zich een kasteel waant
Groots, hoog, indrukwekkend
Met enorme stenen voeten op de grond

Er zijn dagen
Waarop het huis zichzelf is
Niet denkt aan groot of klein
Niet denkt aan de grond waarop het staat

Op die dagen
Waarop het huis zichzelf is
Staat het steviger dan ooit
Met het dak in de wolken

In de Wolken, Willemien Verijken

Deel

B

Datacollectie

&

Analyse



Vele externe voorzieningen

Menno Simons, Amsterdam (Grootschalig-Gemengd met zorg- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

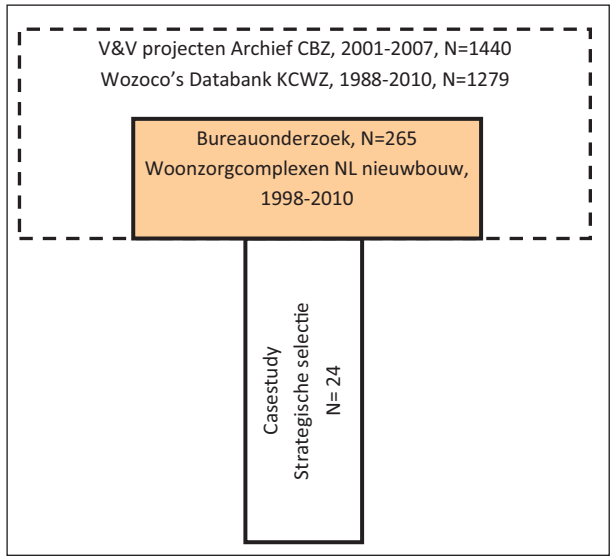
Hoofdstuk

5

Woonzorgcomplexen 1998-2010

5 Woonzorgcomplexen 1998-2010

Dit hoofdstuk bevat het eerste deel van de resultaten, namelijk die van het bureauonderzoek, zie
Figuur 53. Hierin zijn woonzorgcomplexen in Nederland, aangevraagd dan wel gebouwd tussen 1998 en 2010, kwantitatief vergeleken.
Voor deze kwantitatieve analyse zijn data gebruikt uit het archief Verzorging en Verpleging (V&V) van het College Bouw Zorgvoorzieningen (CBZ, 2010) en de databank Woonzorgcomplexen van het KennisCentrum Wonen-Zorg (KCWZ, 2010).



Figuur 53 Bureauonderzoek binnen het onderzoeksmodel

Binnen het archief CBZ zijn voor de onderzoeksperiode 397 aanvragen als woonzorgcomplexen aangemerkt. Binnen de databank KCWZ waren dit 197 projecten.
In paragraaf 5.1 worden eerst de aantallen binnen de databases behandeld, alsmede de spreiding naar bouwjaar en situering. In paragraaf 5.2 worden vervolgens de resultaten van de onderzoeksvariabelen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau afzonderlijk gegeven. De relaties met de context en de controlevariabele situering worden per onderzoeksvariabele uitgewerkt.
Vervolgens worden in paragraaf 5.3 de relaties tussen deze variabelen behandeld en komt de vergelijking met de institutionele factoren wetgeving en financiering aan bod.

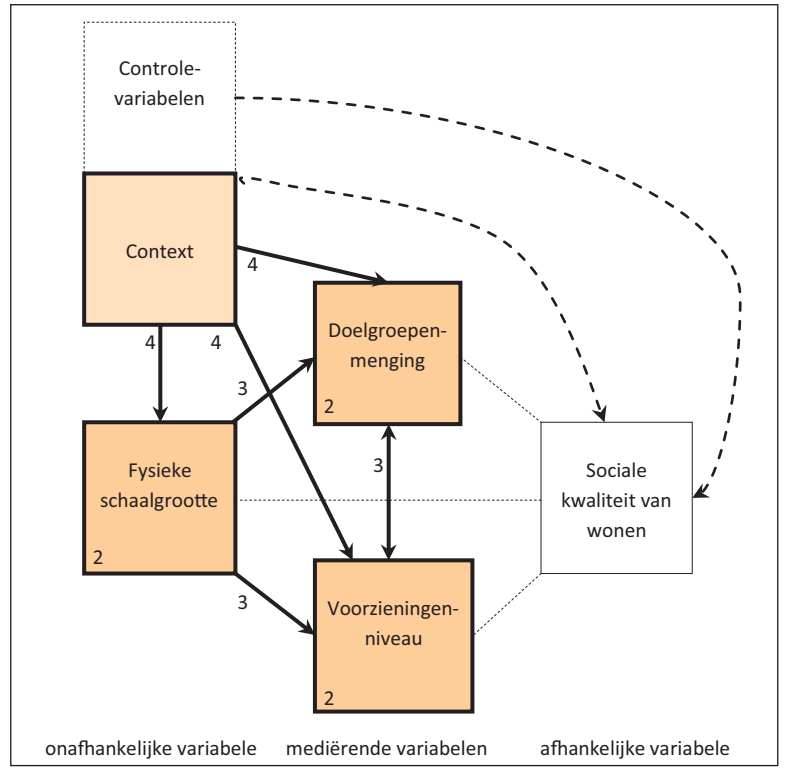
De in dit hoofdstuk onderzochte variabelen en relaties zijn in het conceptuele model in Figuur 54 aangegeven.

De betreffende deelvragen zijn:

Deelvraag 2: Wat is de spreiding in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau binnen woonzorgcomplexen in Nederland, gebouwd in de periode 1998-2010?

Deelvraag 3: Wat zijn de relaties tussen de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau van deze woonzorgcomplexen?

Deelvraag 4: Wat zijn de relaties tussen de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau van woonzorgcomplexen en de wetgeving en financiering in de periode 1998-2010?



Figuur 54 Onderzochte variabelen en deelvragen in het bureauonderzoek

De bijbehorende hypothesen zijn:

H1 FSG: Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van schaalgrootte ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.

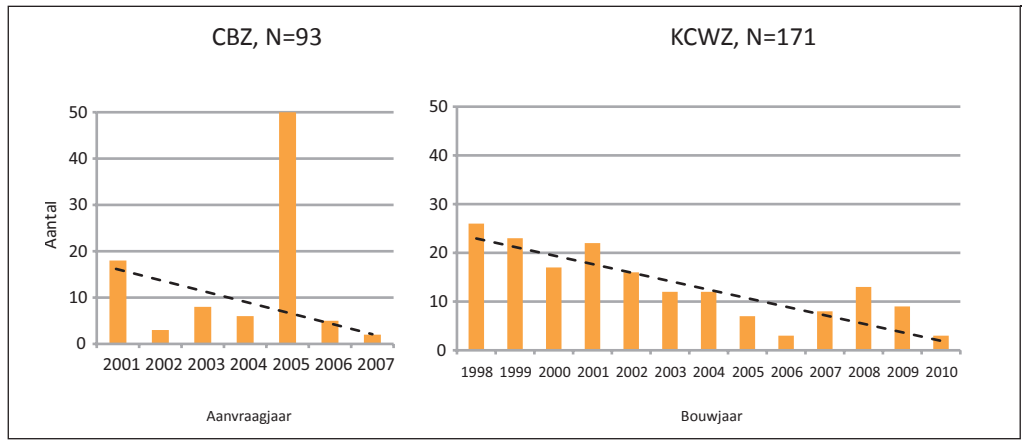
H2 FSG: Het grotere inwoneraantal in steden leidt tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993).

H5 DGM: Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging neemt toe (Singelenberg, 2009).

H9 FSG-VZN: Grootschaligheid zal een hoger en gevarieerder intern voorzieningenniveau ondersteunen (Becker, 2003).

5.1 Opbouw databases

Als eerste zijn de aantallen woonzorgcomplexen uit de twee databases naar bouwjaar naast elkaar gezet, zie figuur 55. De data van CBZ en KCWZ zijn niet in één figuur maar naast elkaar gepresenteerd, omdat het bij CBZ om het aanvraagjaar gaat en bij het archief KCWZ om aangemelde projecten per bouwjaar, en er bovendien een verschil in de lengte van de periode is. Deze loopt bij CBZ van 2001 t/m 2007, bij KCWZ van 1998 t/m 2010.



Figuur 55 Woonzorgcomplexen naar bouwjaar (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat

Het CBZ had een extreem groot aantal projecten in 2005, wat resulteeert in een horizontale trend. Als we het jaar 2005 buiten beschouwing laten, is een dalende trend zichtbaar. Het totaal van alle aanvragen voor V&V-projecten was 215-297 in de jaren 2001-2006, dalend tot 13 in 2007.

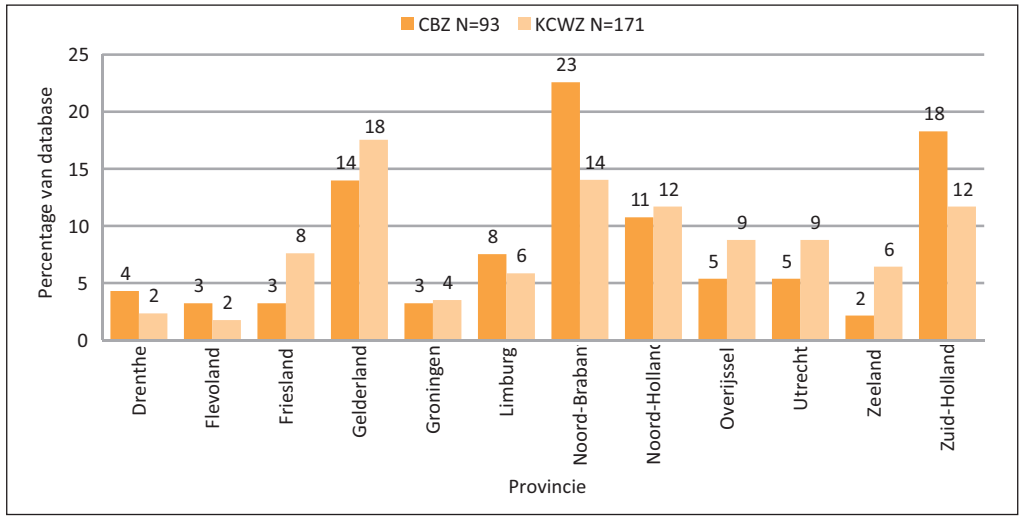
Bij het KCWZ is een dalende trend zichtbaar met een 'dip' in 2006. Het totaal van alle aanmeldingen van woonzorgcomplexen was 26 in het jaar 1998, dalend tot 3 in 2010.

Reflectie

De opvallende piek in 2005 bij CBZ lijkt te duiden op een regelgevingsmaatregel in dat jaar, die niet terug te vinden is bij KCWZ. Dit wijst op een piek van V&V-projecten.

De dalende trend voor beide onderzoekspopulaties is min of meer vergelijkbaar. Voor het KCWZ is deze beïnvloed door lagere aantallen aanmeldingen als gevolg van minder intensieve aandacht voor het vullen van de database in die laatste jaren. Toch lijken beide trends te wijzen op een langzaam dalende bouwproductie van woonzorgcomplexen.

In het conceptueel model is situering een controlevariabele. We onderscheiden daarbij de situering naar provincie, al dan niet gecombineerd tot regio's en de situering naar dorp en stad. In figuur 56 zijn de percentages per provincie weergegeven. Dit is geschied met behulp van een naar Excel geëxporteerde draaitabel uit SPSS.

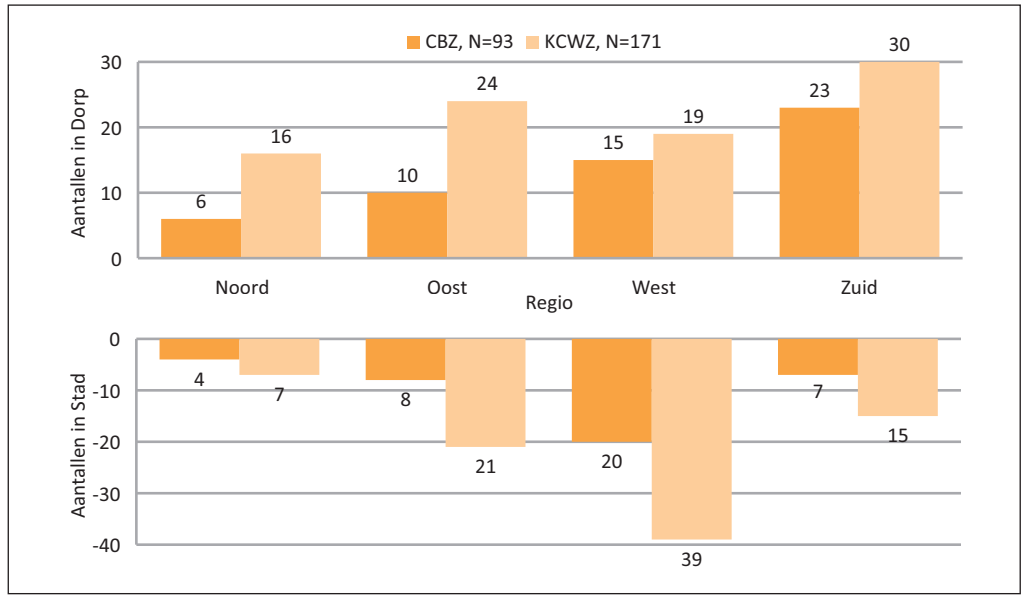


Figuur 56 Woonzorgcomplexen per provincie (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
De provincies Drenthe, Flevoland en Groningen hebben met 2 tot 4% weinig complexen in beide databases. De provincies Noord-Holland en Gelderland hebben met 11 tot 18% redelijk veel complexen in beide databases.
De opvallende verschillen zitten in de provincies Noord-Brabant en Zuid-Holland met 1,5x zoveel complexen voor KCWZ; Overijssel en Utrecht met circa 2x zoveel complexen voor KCWZ; en Friesland en Zeeland met (bijna) 3x zoveel complexen voor KCWZ.

Reflectie
De provincies met meer inwoners zijn ook meer vertegenwoordigd. De drievoudige vertegenwoordiging bij KCWZ van Friesland en Zeeland is opvallend, eventueel te verklaren uit provinciaal beleid, al tikken bij deze kleinere aantallen verschillen ook zwaar door.

De provincies zijn vervolgens gecombineerd tot regio's om patronen in geografische ligging dan wel ligging ten opzichte van de Randstad na te gaan. Wanneer we de regio's combineren met de situering in dorp of stad krijgen we het beeld in Figuur 57.



Figuur 57 Verdeling dorp en stad naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
De database KCWZ is bijna tweemaal zo groot. Het is opvallend dat in regio West en Zuid de aantallen voor situering in dorp niet zoveel verschillen.
Situering in de stad komt in regio Noord en Zuid duidelijk minder voor en in regio West duidelijk vaker, zeker bij KCWZ.

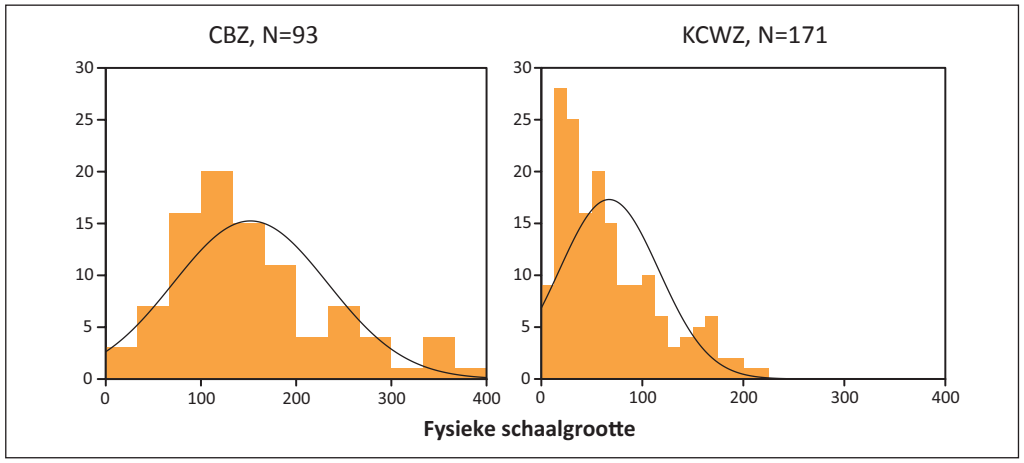
Reflectie
Opvallend is het grote aantal woonzorgprojecten dat in de regio Zuid in een dorp is gesitueerd; hier zijn toch vele steden in de provincie aanwezig. In regio Noord is het aandeel situeringen in een dorp meer in overeenstemming met het geringe aantal steden. Mogelijk zijn er meer lokale dorpsinitiatieven in regio Zuid, of geldt er een afwijkend provinciaal beleid.

5.2 Spreiding van de onderzoeksvariabelen

De spreiding van de onderzoeksvariabelen betreft de tweede deelvraag van dit onderzoek. In deze paragraaf is de spreiding van de fysieke schaalgrootte, de doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau weergegeven, en vervolgens afgezet tegenover het bouwjaar om een relatie met de context te leggen, en tegenover de situering als controlevariabele.

5.2.1 Spreiding fysieke schaalgrootte

De fysieke schaalgrootte is weergegeven in Figuur 58 in een histogram met normaalverdeling.



Figuur 58 Spreiding fysieke schaalgrootte (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat

De fysieke schaalgrootte bij CBZ varieert van 20 tot 385 wooneenheden. 50% van de complexen kent 70 à 260 wooneenheden. De piek in de normaalverdeling zit rond 150 wooneenheden met 15 projecten. Bij KCWZ varieert de fysieke schaalgrootte van 8 tot 224 wooneenheden. 50% van de complexen kent 25 à 140 wooneenheden. De piek in de normaalverdeling zit rond 70 wooneenheden met 20 projecten.

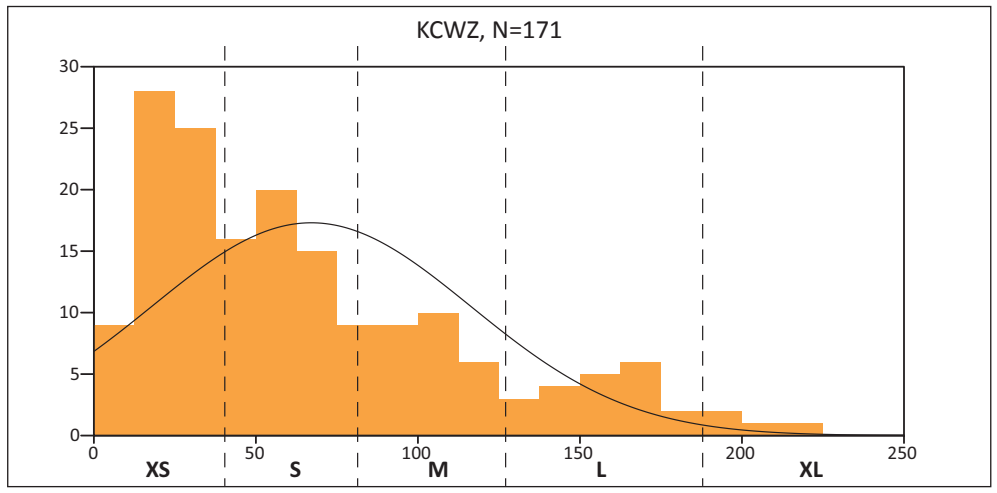
Reflectie

CBZ kent ondanks lagere aantallen een grotere spreiding tot aan 400 wooneenheden, ook de piek ligt duidelijk hoger. De zorggerelateerde bias zou daaraan debet kunnen zijn, bijvoorbeeld doordat zorg grotere aantallen vraagt voor de exploitatie.

KCWZ kent veel zeer kleinschalige projecten tot 30 eenheden, niet uitgesloten is dat het hier soms om annexen en uitbreidingen van grotere locaties gaat. De complexen zullen ook meer het karakter van een woongroep hebben dan van een woonzorgcomplex.

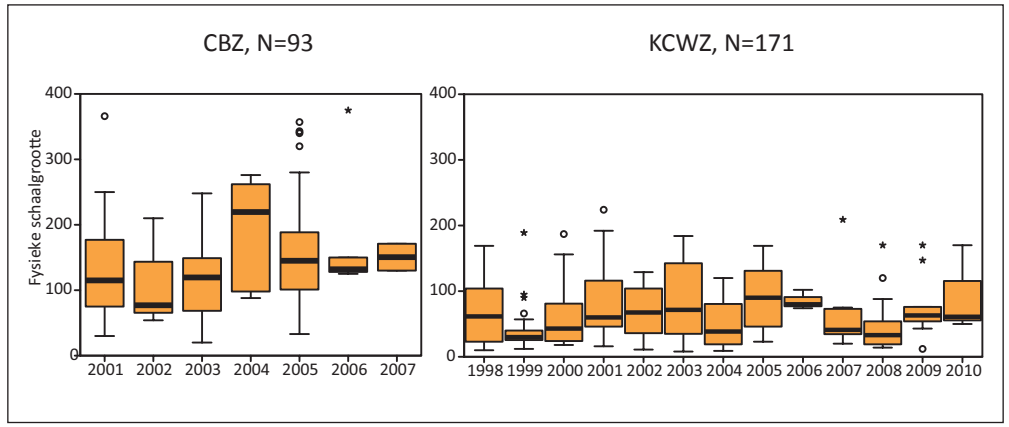
Voor een indeling in groepen fysieke schaalgrootte is gekeken naar de volgende opties: opdelen volgens lineaire schaalsprongen, opdelen volgens cumulatieve percentages en het aflezen van groepen uit de aanwezige spreiding. Gekozen is voor de volgende schaalgroepen op basis van de normaalverdeling in de database KCWZ die de basis vormt voor de casestudy:

- Zeer kleinschalig XS ≤ 40 wooneenheden
- Kleinschalig S 41 – 80 wooneenheden
- Middelgrootschalig M 81 – 130 wooneenheden
- Grootschalig L 131 – 190 wooneenheden
- Zeer grootschalig XL ≥ 191 wooneenheden



Figuur 59 Schaalsgroepen fysieke schaalgrootte (KCWZ, 2010)

De fysieke schaalgrootte naar bouwjaar is uitgezet in Figuur 60. Dit is geschied met behulp van een boxplot, voor een toelichting zie deelparagraaf 4.3.6.

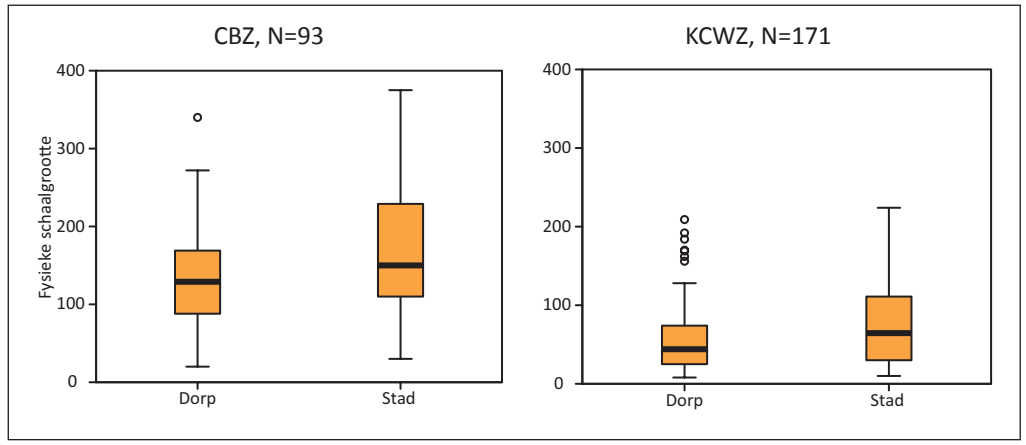


Figuur 60 Fysieke schaalgrootte naar bouwjaar (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
CBZ: zeer brede spreiding in 2004 en 2005, het jaar 2005 met een uitzonderlijk groot aantal aanvragen. Kleinschalige en grootschalige projecten zijn afwezig na 2005.
KCWZ: De spreiding in fysieke schaalgrootte is tot 2006 behoorlijk en zeer gering in het jaar 2006. Zeer kleinschalige projecten zijn nagenoeg afwezig na 2008.

Reflectie
Er lijken na 2005, 2006 veranderingen in beide databases te zijn opgetreden. De vraag is of deze veranderingen teweeg zijn gebracht door veranderingen in wetgeving en financiering, zie hiervoor deelparagraaf 5.3.1.

De fysieke schaalgrootte gerelateerd aan de situering in dorp of stad is uitgezet in Figuur 61. Dit is geschied met behulp van de graphic template builder in SPSS in een boxplot.

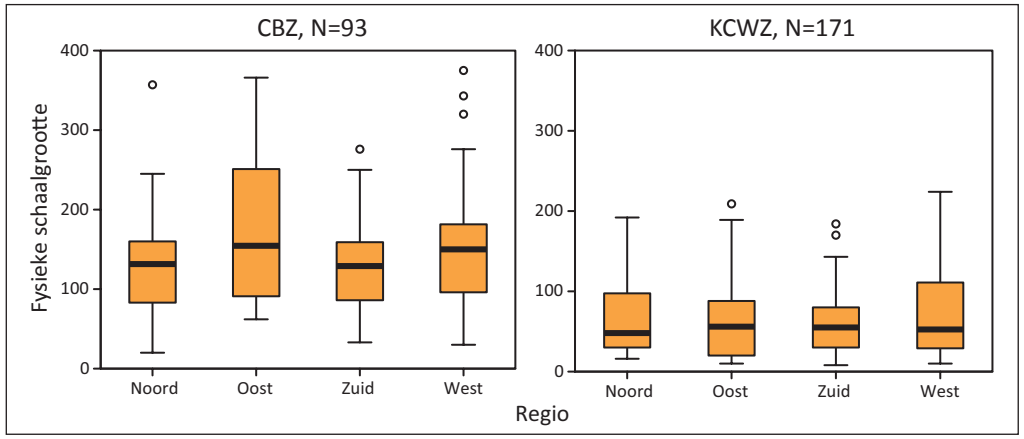


Figuur 61 Fysieke schaalgrootte naar situering in stad of dorp (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
De fysieke schaalgrootte varieert bij beide databases sterker in de stad dan in het dorp, dit verschil is op enkele outliers na minder groot bij KCWZ. De mediane fysieke schaalgrootte verschilt weinig voor dorp of stad en is hoger bij CBZ.

Reflectie
De stad biedt plaats aan meer complexen maar ook aan een grotere variëteit. Of dit verklaarbaar is vanuit een groter marktaanbod of meer mogelijkheden voor exploitatie is de vraag. Dat dit verschil tussen dorp en stad qua variatie nadrukkelijker is bij KCWZ zou vanuit de meer zorggerelateerde, en daardoor meer van zorgexploitatie afhankelijke complexen bij CBZ verklaard kunnen worden.

Ten slotte is de spreiding in fysieke schaalgrootte naar regio bekeken, gepresenteerd in een boxplot, zie Figuur 62.



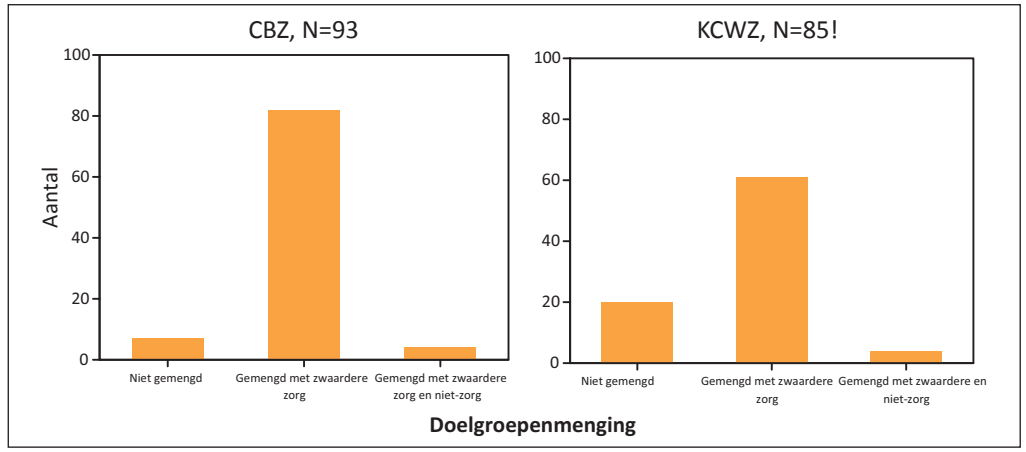
Figuur 62 Fysieke schaalgrootte naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
Er zijn weinig verschillen tussen de regio's, enkel de grotere spreiding aan de bovenkant bij CBZ in regio Oost valt op.

Reflectie
De spreiding in fysieke schaalgrootte verschilt niet sterk tussen de regio's. Enkel de wat grotere complexen in de regio Oost vallen op. Een invloed vanuit regelgeving of regionaal stimuleringsbeleid zou hieraan ten grondslag kunnen liggen.

5.2.2 Spreiding doelgroepenmenging

De overall spreiding van doelgroepenmenging is weergegeven in Figuur 61.

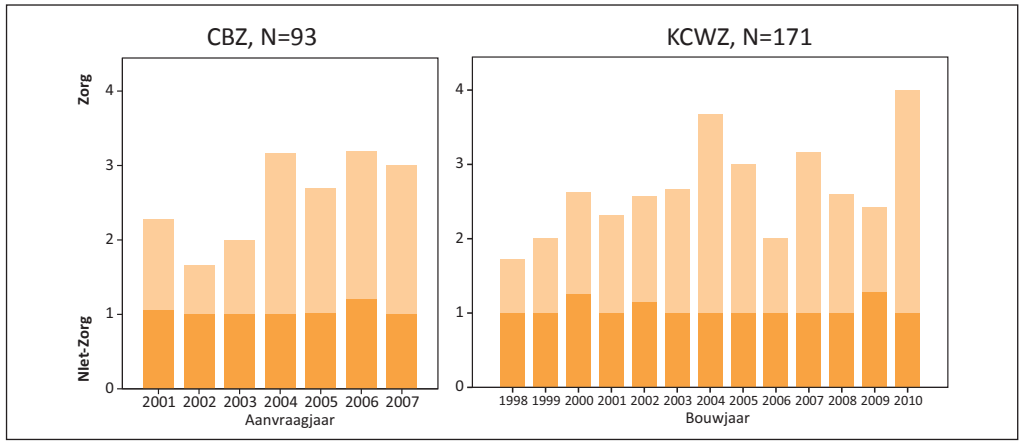


Figuur 63 Doelgroepenmenging (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
In de database KCWZ is van 86 complexen de doelgroepenmenging niet vastgesteld. De complexen Gemengd met zwaardere zorg zijn in beide databases duidelijk het grootst, nog nadrukkelijker bij CBZ. De complexen Niet gemengd zijn bij KWCZ bijna driemaal zoveel aanwezig. De complexen gemengd met zwaardere en niet-zorg vormen een uitzondering in beide databases.

Reflectie
De complexen gemengd met zorg zijn meer aanwezig dan vooraf verwacht, met name in de database KCWZ. Onverwacht, omdat deze daarmee niet aan de oorspronkelijke definitie van woonzorgcomplexen voldoen. De complexen Niet gemengd voldoen wel aan deze definitie. Kennelijk ontbreken deze nagenoeg bij CBZ.
De complexen gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg zijn kennelijk nog een zeldzaamheid.

De doelgroepenmenging naar bouwjaar is uitgezet in een gestapelde staafdiagram in Figuur 64.



Figuur 64 Doelgroepenmenging naar bouwjaar, (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat

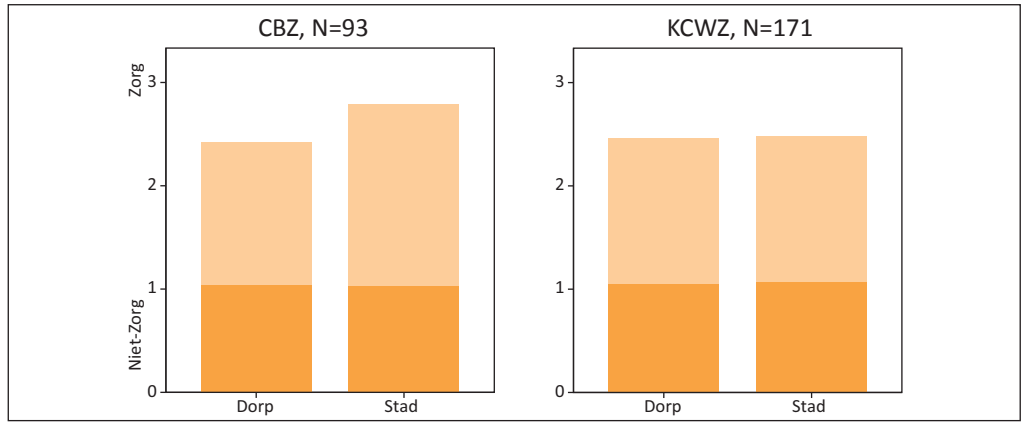
Het aantal groepen Niet-zorg is bijna constant één tijdens de gehele periode in beide databases. De jaren waarin andere niet-zorggroepen dan de vitale ouderen worden vertegenwoordigd zijn zeldzaam.

Het aantal zorgbehoevende groepen bedraagt één tot drie. De gegevens van CBZ blijken een licht opgaande lijn te vertonen. De gegevens van KCWZ tonen een meer wisselend beeld, met een 'dip' in 2006 (parallel aan een dip in het aantal projecten). De gegevens tonen een uitzonderlijk hoogste gemiddelde in zorgbehoevende groepen in 2010, eventueel vertekend het lage aantal complexen in de database die jaren.

Reflectie

Over de gehele linie kennen woonzorgcomplexen in beide databases één niet-zorgdoelgroep, de vitale ouderen waarvoor zij ook als primaire doelgroep zijn bedoeld. Bijmenging met andere niet-zorgdoelgroepen zoals jongeren geschiedt minimaal. De zorgdoelgroepen nemen toe in aantal dat is bijgemengd door de jaren heen in beide databases.

De Doelgroepenmenging naar situering in dorp of stad is uitgezet in een gestapelde staafdiagram in Figuur 65.



Figuur 65 Doelgroepenmenging naar situering dorp of stad (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

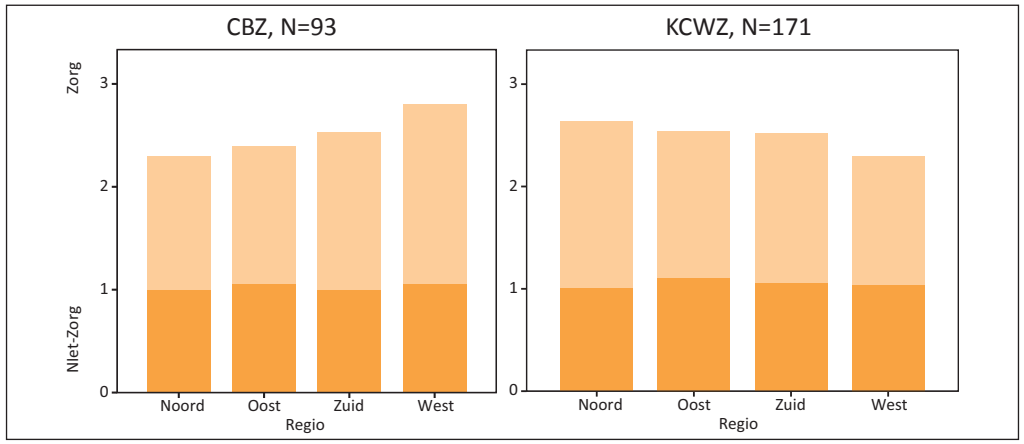
Resultaat

Naast het hiervoor in Figuur 64 geschetste beeld van één vitale groep ouderen en enkele bijgemengde zorgdoelgroepen, is er slechts een licht verschil in de database CBZ waarbij in de stad meer zorgdoelgroepen aanwezig zijn dan in het dorp.

Reflectie

Kennelijk is er in de database CBZ een groter verschil in aantal zorgdoelgroepen wat mogelijk verklaard zou kunnen worden uit de zorggerelateerde bias van deze database in combinatie met de grotere variatie in de stad door hogere aantallen complexen.

Ten slotte is gekeken naar de spreiding in fysieke schaalgrootte naar regio, gepresenteerd in een gestapelde staafdiagram zie Figuur 66.



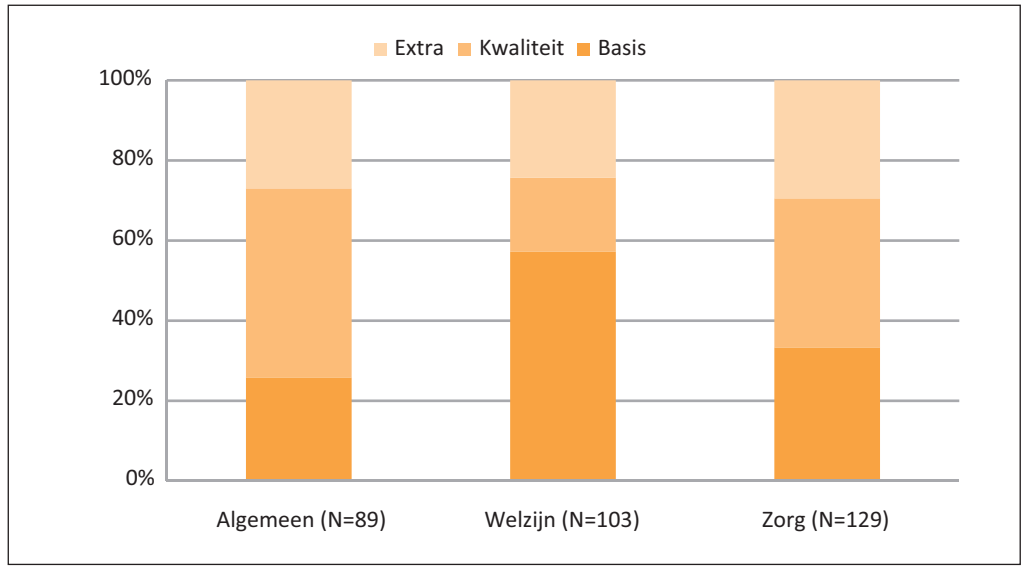
Figuur 66 Doelgroepenmenging naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010)

Resultaat
Naast het hiervoor in Figuur 64 geschetste beeld van één vitale groep ouderen en enkele bijgemengde zorgdoelgroepen, is er slechts een licht verschil in het aantal zorgdoelgroepen tussen de regio's. Opvallend daarbij is dat deze bij de database CBZ in aantal opklimt vanaf regio Noord, via Oost, Zuid tot West; en in de database KCWZ juist dalen volgens diezelfde reeks.

Reflectie
Kennelijk is er een licht verschil in invloed vanuit de regio wat in de zorggerelateerde database CBZ een stijgende lijn en in de niet-zorggerelateerde database KCWZ een dalende lijn veroorzaakt in de reeks regio's, gerangschikt naar bevolkingsdichtheid.

5.2.3 Spreiding voorzieningenniveau

De archieven van de CBZ bevatten geen bruikbare informatie over voorzieningenniveau, waardoor wat betreft de onderzoeksvariabele voorzieningenniveau alleen de database KCWZ kan worden geanalyseerd. De voorzieningen zijn opgesplitst in de categorieën algemeen, welzijn en zorg en gerangschikt naar de niveaus Basis, Kwaliteit en Extra.
Het overall beeld betreffende het voorzieningenniveau is uitgezet in een gestapelde staafdiagram in Figuur 67.

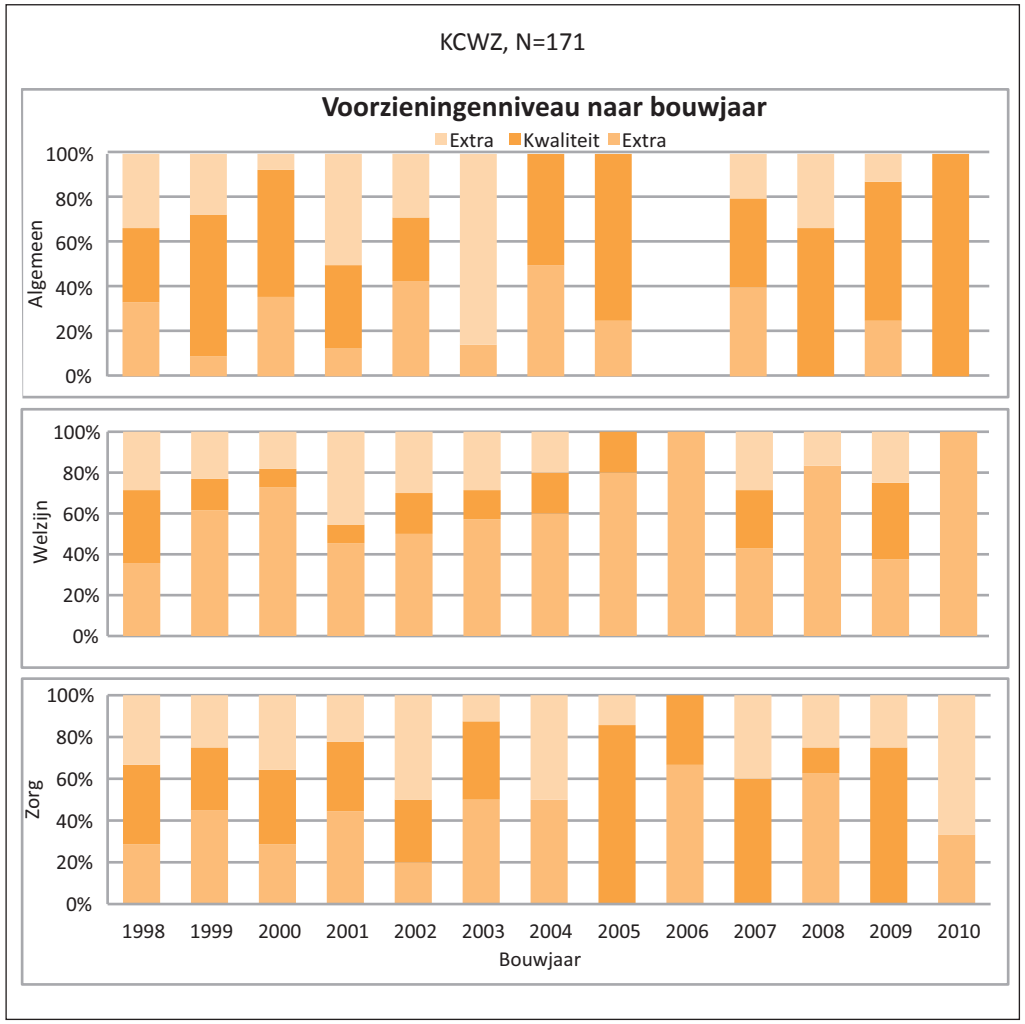


Figuur 67 Voorzieningniveau per categorie (KCWZ, 2010)

Resultaat
In het totaalbeeld zien we dat voorzieningen bij alle drie de categorieën circa een kwart het niveau Extra heeft. In de Algemene en Zorgvoorzieningen kent een kwart tot een derde het niveau Basis. Bij de welzijnsvoorzieningen is dit meer dan de helft hoger, hier is het niveau Kwaliteit nauwelijks als middengroep vertegenwoordigd.

Reflectie
Welzijnsvoorzieningen kennen in een meerderheid van de complexen een Basisniveau, terwijl dit voor algemene en zorgvoorzieningen 'doorgroeit' naar het niveau Kwaliteit. Kennelijk is er minder variatie in het aanbod van welzijnsvoorzieningen. Echter, aangezien het niveau Extra bij welzijn vergelijkbaar vertegenwoordigd is, zou de definitie van het kwaliteitsniveau bij welzijnsvoorzieningen hier ook debet aan kunnen zijn. Deze lijkt daar echter geen aanleiding voor te geven. Mogelijk is een keuze voor Kwaliteitsvoorzieningen welzijn minder beinvloedbaar door initiatiefnemers dan wel minder makkelijk te exploiteren? Bij de kwalitatieve analyse is geen verklaring hiervoor naar voren gekomen.

Het voorzieningenniveau naar bouwjaar is per categorie in drie gestapelde staafdiagrammen weergegeven in Figuur 68. Vanwege de beschikbare data is deze relatie alleen voor de database KCWZ onderzocht.



Figuur 68 Voorzieningenniveau naar bouwjaar (KCWZ, 2010)

Resultaat

Het voorzieningenniveau van de algemene voorzieningen wisselt zeer per bouwjaar, een trend is hierin niet te onderscheiden, enkel dat het niveau Extra relatief nog meer wisselingen kent. Dit niveau valt weg in de jaren 2004, 2005 en 2010, maar overheerst juist weer in het jaar 2003.

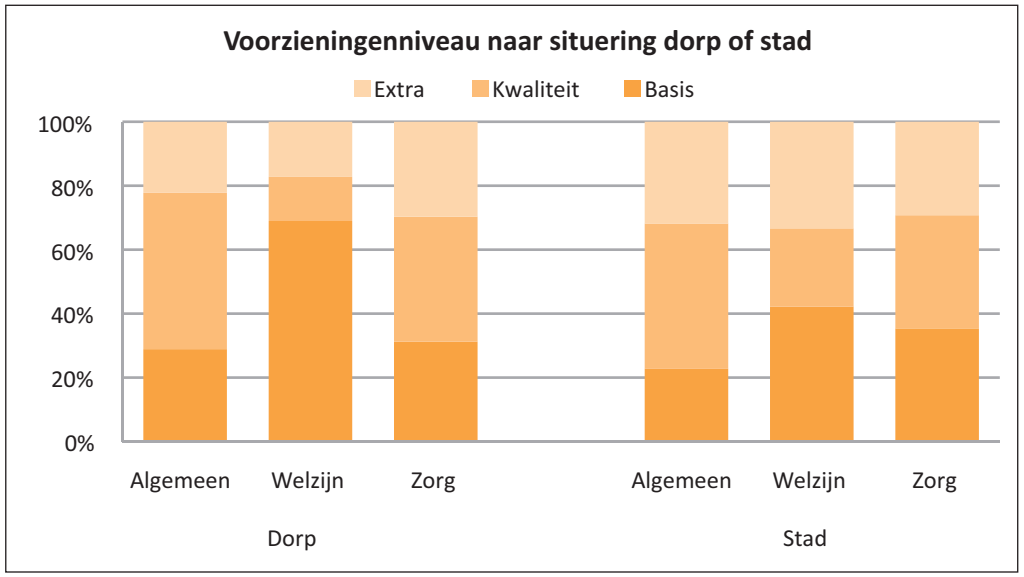
Het overheersen van het niveau Basis bij de welzijnsvoorzieningen kent een opgaande lijn vanaf 1998 tot 2006, met in de daarop volgende jaren grote wisselingen.

Bij de zorgvoorzieningen wisselt het niveau Kwaliteit zeer sterk na 2003 en is (nagenoeg) afwezig in de jaren 2004, 2008 en 2010 en kent juist een grote aanwezigheid in 2005, 2007 en 2009.

Reflectie

De afwisselende scores zijn nadrukkelijker aanwezig en lijken daarmee de enige wetmatigheid. Wel zijn de uitschieters groter en veelvuldiger in de tweede helft van de onderzoeksperiode, vanaf 2003, 2004 en 2005. Dit zou kunnen wijzen op meer vrijheden dan wel meer onzekerheden en daardoor uiteenlopende keuzen vanaf deze periode. Maar dit kan ook een effect zijn van de kleinere aantallen.

Het voorzieningenniveau naar situering in dorp of stad is in een gestapelde staafdiagram uitgezet in Figuur 69. Vanwege de beschikbare data is deze relatie enkel voor de database KCWZ onderzocht.

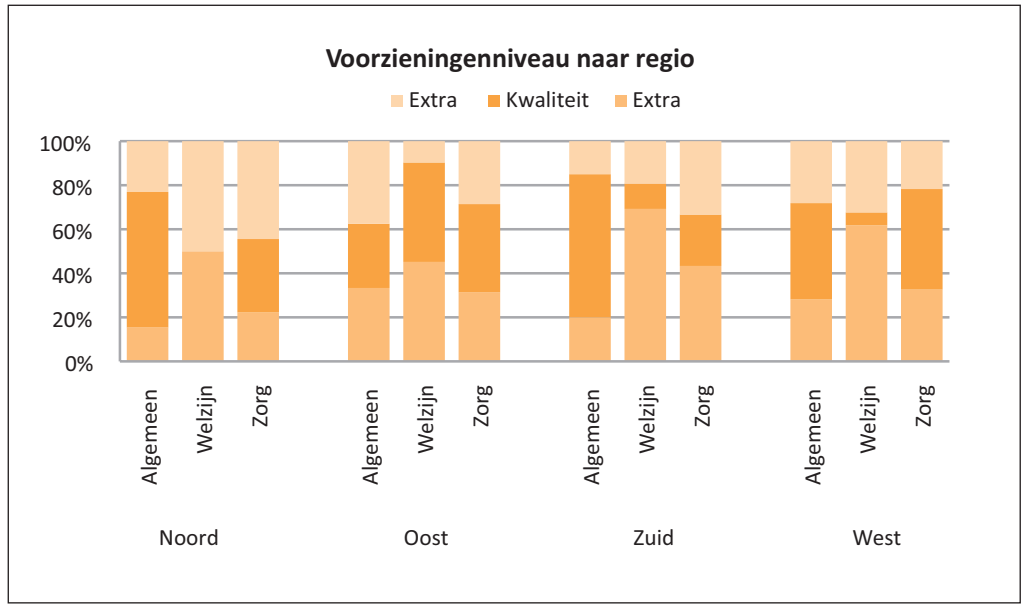


Figuur 69 Voorzieningenniveau naar situering dorp of stad (KCWZ, 2010)

Resultaat
De opvallendste verschillen met het overall beeld is de duidelijk grotere groep welzijnsvoorzieningen met niveau Basis in dorpen. Daarnaast is het niveau Extra bij alle drie categorieën meer vertegenwoordigd in de stad dan in het dorp.

Reflectie
De opvallende oververtegenwoordiging van welzijnsvoorzieningen met niveau Basis blijkt in dorpen gesitueerd.
Kennelijk is er in de stedelijke situering meer ruimte voor Kwaliteit en Extra voorzieningen, mogelijk veroorzaakt door meer draagvlak aldaar. Dit is in tegenstelling tot de verwachting dat complexen in dorpen een centrumfunctie zouden vervullen, dit blijkt voor welzijnsvoorzieningen van het niveau Basis te zijn.

Het voorzieningenniveau naar regio is uitgezet in Figuur 70. Dit is geschied in een gestapelde staafdiagram. Vanwege de beschikbare data is deze relatie enkel voor de database KCWZ onderzocht.



Figuur 70 Voorzieningenniveau naar regio (KCWZ, 2010)

Resultaat
Opvallend hoog in de regio Noord zijn de hogere aantallen complexen met niveau Extra bij de welzijns- en zorgvoorzieningen, het niveau Kwaliteit ontbreekt aldaar zelfs geheel bij welzijn.
Opvallend laag in de regio Oost is het geringe aantal complexen niveau Extra bij welzijnsvoorzieningen en in de regio Zuid het geringe aantal niveau Extra bij zowel algemene als welzijnsvoorzieningen.

Reflectie
In de regio Noord is een duidelijk hogere vertegenwoordiging van voorzieningen Extra bij welzijn en zorg. Een grotere aandacht, grotere draagkracht dan wel stimulans vanuit provinciaal beleid zouden daarvan oorzaken kunnen zijn.
Dit geldt in tegenovergestelde zin voor de regio's Oost en Zuid.

5.3 Relaties tussen de onderzoeksvariabelen

De relaties tussen de onderzoeksvariabelen betreft de derde deelvraag van dit onderzoek. In deze paragraaf worden deze kwantitatief onderzocht.
Hiertoe is eerst voor beide databases de correlatie tussen de onafhankelijke en mediërende variabelen geanalyseerd in deelparagraaf 5.3.1.
Vervolgens zijn de relaties tussen deze onderzoeksvariabelen afzonderlijk nader bezien in de paragrafen 5.3.2 t/m 5.3.4.

5.3.1 Correlatiematrix

Om eventuele correlaties tussen de onderzoeksvariabelen te analyseren is in SPSS is een bivariate correlatie op basis van Spearmans Rho uitgevoerd, zie ook deelparagraaf 4.3.6, Analyse data in SPSS.
De frequenties in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, en het voorzieningenniveau zijn vergeleken met de veranderingen in de wetgeving. Hiervoor is de nominale verdeling in groepen gebruikt. Voor de correlatie met veranderingen in de wetgeving in de onderzoeksperiode, zijn de grote veranderingen gebruikt, zoals beschreven in deelparagraaf 2.3.3 en Figuur 10 Veranderingen wetgeving en financiering ouderenhuisvesting.
Binnen de onderzoeksperiode zijn ten behoeve van de analyse drie tijdsperioden onderscheiden:

- de periode tot 2003 met de vernieuwing in de AWBZ die de indicatiestelling met behulp van functies regelt en de invoering van het PGB.
- de periode tussen 2003 en 2008.
- de periode na 2008 met de opheffing van de vergunningplicht voor zorgbouw en het verdwijnen van de wettelijke taken van het College Bouw Zorginstellingen (CBZ).

Onderzocht is of hierbij een vertraging of juist vooraf inspelen op veranderingen in wetgeving traceerbaar verwerkt is in de besluitvorming. Verstrijkt er een tijd tussen de institutionele veranderingen en het feitelijke gedrag van de initiatiefnemers? Of handelen initiatiefnemers mogelijk juist proactief, bewust van toekomstige wijzigingen in de wetgeving of de financiering? Hiertoe zijn de tijdsperioden ook met één à twee jaren verschoven onderzocht. De tabel met de sterkste correlatie is hieronder weergegeven.

De lineariteit van de onderzoeksvariabelen binnen beide populaties is gecontroleerd met Q-Q plots, zie ook deelparagraaf 4.3.6. In Tabel 25 en
Tabel 26 worden de resultaten gepresenteerd. Significantie (2-tailed) wordt aangegeven met lichtgeel (significantieniveau 0.05) en oranjegeel (significantieniveau 0.01).

De correlaties tussen de onderzoeksvariabelen in de database CBZ zijn weergegeven in Tabel 25.

Tabel 25 Correlatie onderzoeksvariabelen archief CBZ

Spearman's Rho, N=93		Wetgevings-periode	Fysieke schaalgrootte	Doelgroepen-menging
Wetgevingsperiode	Correlation Coefficient	1,000	,184	,101
	Sig. (2-tailed)	.	,077	,336
	N	93	93	93
Fysieke schaalgrootte	Correlation Coefficient	,184	1,000	,334**
	Sig. (2-tailed)	,077	.	,001
	N	93	93	93
Doelgroepenmenging	Correlation Coefficient	,101	,334**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,336	,001	.
	N	93	93	93

** Correlatie is significant op het 0.01 level (2-tailed)

Resultaat
In de projecten uit het archief van CBZ zien we één correlatie op 0,01-niveau. Het betreft een zwakke, positieve correlatie tussen fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging: een grotere fysieke schaalgrootte correleert met een grotere doelgroepenmenging.
Opvallend laag is de correlatie tussen wetgevingsperiode en doelgroepenmenging.

Reflectie
De, weliswaar zwakke, positieve correlatie tussen fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging vraagt om een nadere analyse, zie hiervoor deelparagraaf 5.3.2.

De correlaties tussen de onderzoeksvariabelen in de database KCWZ zijn weergegeven in Tabel 26.

Tabel 26 Correlatie onderzoeksvariabelen database KCWZ

Spearman's Rho		Wetgevings-periode	Fysieke schaal-grootte	Doel-groepen-menging	Voorzieningenniveau		
					algemeen	welzijn	zorg
Wetgevings-periode	Correlation Coefficient	1,000	,038	,243*	,014	-,123	,003
	Sig. (2-tailed)	.	,622	,025	,898	,216	,974
	N	171	171	85	89	103	129
Fysieke schaalgrootte	Correlation Coefficient	,038	1,000	,211	,286**	,241*	,274**
	Sig. (2-tailed)	,622	.	,052	,007	,014	,002
	N	171	171	85	89	103	129
Doelgroepen-menging	Correlation Coefficient	,243*	,211	1,000	-,117	-,132	,013
	Sig. (2-tailed)	,025	,052	.	,396	,316	,913
	N	85	85	85	55	60	69
Voorzieningen-niveau algemeen	Correlation Coefficient	,014	,286**	-,117	1,000	,225*	-,066
	Sig. (2-tailed)	,898	,007	,396	.	,046	,571
	N	89	89	55	89	79	77
Voorzieningen-niveau welzijn	Correlation Coefficient	-,123	,241*	-,132	,225*	1,000	,451**
	Sig. (2-tailed)	,216	,014	,316	,046	.	,000
	N	103	103	60	79	103	90
Voorzieningen-niveau zorg	Correlation Coefficient	,003	,274**	,013	-,066	,451**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,974	,002	,913	,571	,000	.
	N	129	129	69	77	90	129

* Correlation is significant op het 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant op het 0.01 level (2-tailed).

Resultaat

De projecten uit de database KCWZ tonen drie zwakke correlaties op 0,05-niveau en drie zwakke correlaties op 0,01 niveau.

Deze database bevat meer indicatoren dan die van CBZ, met name die van het niveau van de voorzieningen. Vijf van de zes correlaties betreffen de variabele voorzieningenniveau.

Daarnaast is er op 0,01 niveau een correlatie tussen wetgevingsperiode en doelgroepenmenging.

Verder is er een significante correlatie op 0,01 niveau gevonden tussen de fysieke schaalgrootte en het niveau van zorgvoorzieningen, en op 0,05-niveau tussen de fysieke schaalgrootte en het niveau van de algemene en welzijnsvoorzieningen. Fysieke schaalgrootte is daarmee gecorreleerd aan het niveau van voorzieningen in alle drie de categorieën van voorzieningen. Ten slotte is het niveau van zorgvoorzieningen sterk gecorreleerd met het niveau van welzijnsvoorzieningen.

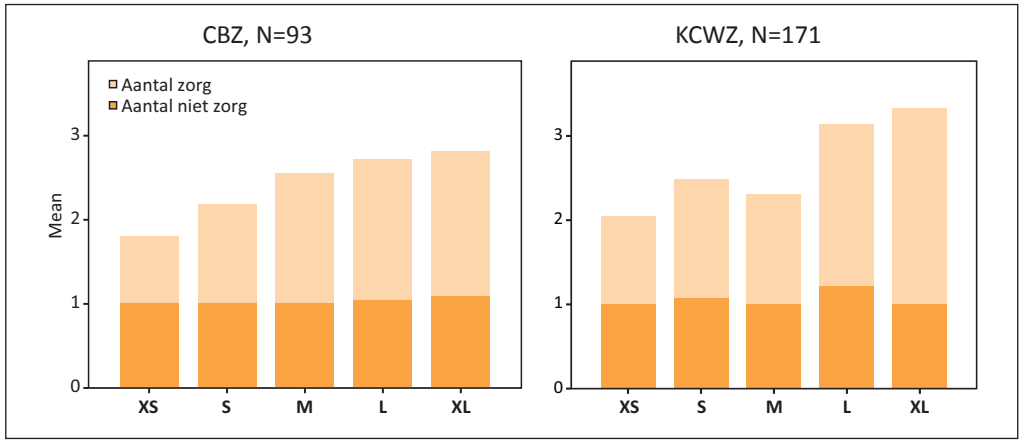
Reflectie

De, weliswaar zwakke, positieve correlaties tussen fysieke schaalgrootte en de verschillende voorzieningenniveaus vragen om een nadere analyse, zie hiervoor deelparagraaf 5.3.3.

De, eveneens zwakke, correlatie tussen wetgevingsperiode en doelgroepenmenging wijst op een invloed van de veranderingen in wetgeving op de keuzes voor samenstelling ten aanzien van doelgroepen. Deze correlatie tussen wetgevingsperiode en doelgroepenmenging is geheel afwezig bij CBZ, kennelijk wordt deze daar niet beïnvloed door de veranderingen in wetgeving, te verklaren door de consequent zorggerelateerde bias van de database CBZ, maar is er bij KCWZ wel sprake van andere doelgroepenmenging als gevolg van wetgeving. Zie ook deelparagraaf 5.2.2.

5.3.2 Relatie fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging

De relatie fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging is uitgezet in een gestapelde staafdiagram in Figuur 71.



Figuur 71 Doelgroepenmenging naar fysieke schaalgrootte

Resultaat

Het aantal niet-zorgdoelgroepen is vrijwel overal één, met een lichte schommeling bij KCWZ. Er is weinig tot geen menging met jongeren, starters of gezinnen.

De doelgroepenmenging in aantal niet-zorgdoelgroepen neemt toe bij grotere fysieke schaalgrootte, nog nadrukkelijker bij de database KCWZ.

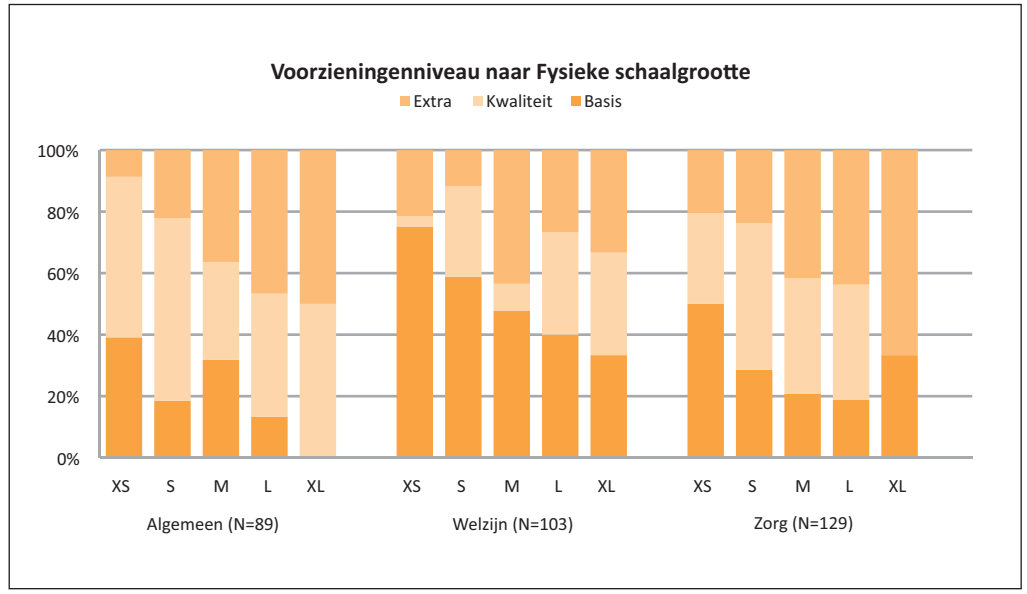
Reflectie

Hoe groter het complex des te meer zorgdoelgroepen aanwezig zijn.. Mogelijk biedt de grotere schaal meer mogelijkheden voor variëteit van zorgdoelgroepen. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door meer facilitering van zorgvoorzieningen of getalsmatig door meer mogelijkheden voor variatie bij grotere fysieke schaalgrootte.

Dit geldt minder eenduidig voor KCWZ, er zit een dip bij middelgrootschalige projecten. Los van deze dip is het effect groter bij KCWZ; dit is opvallend omdat juist de zorggerelateerde database van CBZ hier eerder aanleiding voor zou geven.

5.3.3 Relatie fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau

De relatie fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau is in een gestapelde staafdiagram uitgezet in Figuur 72. Vanwege het ontbreken van data ten aanzien van het voorzieningenniveau in de CBZ database is deze relatie enkel voor de database KCWZ onderzocht.



Figuur 72 Relatie Fysieke schaalgrootte – Voorzieningenniveau (KCWZ, 2010)

Resultaat

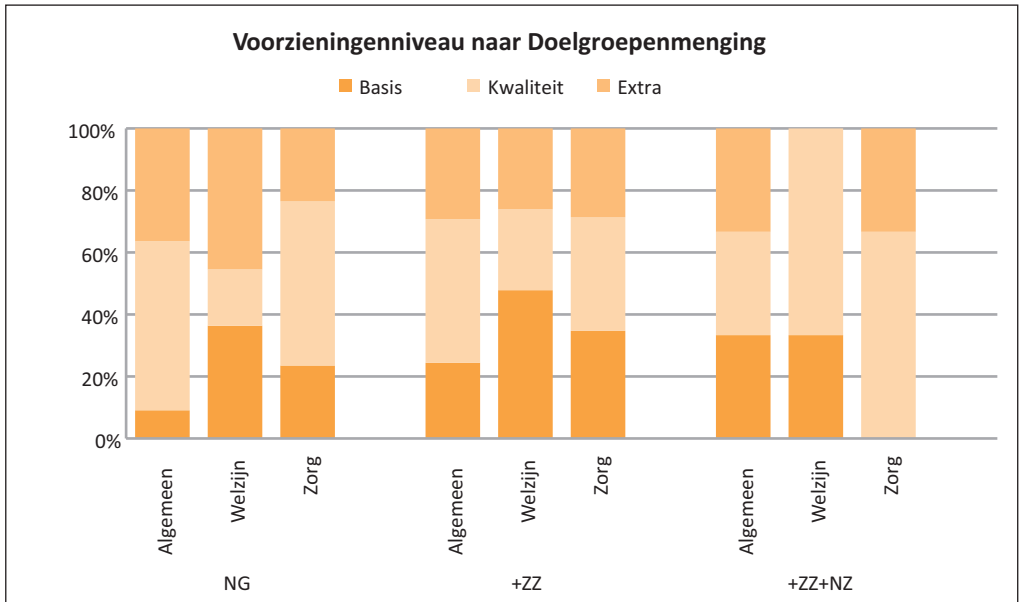
Het niveau Extra neemt in aandeel toe bij alle drie categorieën voorzieningen gerelateerd met de fysieke schaalgrootte, dit geldt het sterkst voor de algemene voorzieningen. Het niveau Basis neemt af bij grotere fysieke schaalgrootte in de categorieën algemeen en welzijn, bij zorg blijft dit gelijk. Opvallend zijn de kleine aandelen Kwaliteit bij welzijnsvoorzieningen bij de Zeer kleinschalige en middelgrootschalige complexen.

Reflectie

Het toenemen van het aandeel niveau Extra en het afnemen van het aandeel niveau Basis bij toenemende fysieke schaalgrootte wijst op een directe relatie tussen deze twee onderzoeksvariabelen. Een grotere fysieke schaalgrootte maakt meer variatie en meer luxe mogelijk in de interne voorzieningen, verklaarbaar vanuit een groter draagvlak voor deze voorzieningen door een groter aantal bewoners.

5.3.4 Relatie doelgroepenmenging en voorzieningenniveau

De relatie doelgroepenmenging en voorzieningenniveau is uitgezet in Figuur 73. Dit is geschied met behulp van de chart builder in SPSS in een gestapelde staafdiagram. Vanwege het ontbreken van data ten aanzien van het voorzieningenniveau in de CBZ database is deze relatie enkel voor de database KCWZ onderzocht.



Figuur 73 Voorzieningenniveau naar doelgroepenmenging (KCWZ, 2010)

Resultaat

Het niveau Basis is minimaal bij de algemene voorzieningen in de complexen Niet gemengd en ontbreekt bij de zorgvoorzieningen bij de complexen Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg.

Het niveau Extra is ruim vertegenwoordigd bij zowel algemene als welzijnsvoorzieningen bij de complexen Niet gemengd, maar ontbreekt opvallend genoeg bij welzijnsvoorzieningen bij de complexen Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg.

Reflectie

De complexen Niet gemengd hebben vaker Extra voorzieningen en weinig algemene voorzieningen met niveau Basis, dit wijst op een meer op luxe gericht voorzieningenpakket.

Het ontbreken van het basisniveau van zorgvoorzieningen bij de complexen met zwaardere zorg en niet-zorg is opvallend.

5.4 Resumé bureauonderzoek

Het bureauonderzoek is gericht op de deelvragen en hypothesen naar de spreiding in en de relaties tussen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, en de wetgeving en financiering in de periode 1998-2010. Het bureauonderzoek geeft kwantitatieve overzichten van deze onafhankelijke en mediërende onderzoeksvariabelen, gerelateerd aan de tijd, situering en aan elkaar, en daarmee een beeld van de variatie in woonzorgcomplexen in de periode 1998-2010.

Vervolgens is deze spreiding en variatie leidend geweest voor de strategische selectie van de casestudy. Voor deze selectie is de database KCWZ als basis genomen vanwege de hogere representativiteit van deze database voor woonzorgcomplexen, de grotere tijdspanne en de grotere compleetheid van de data.

De geconstateerde spreiding in fysieke schaalgrootte is gebruikt voor de indeling in schaalgroepen ten behoeve van de strategische selectie. De geconstateerde correlatie met de veranderingen in wetgeving en grotere variatie in de stad zijn leidend voor de kwalitatieve analyse van deze aspecten in de casestudy.

De opvallende oververtegenwoordiging van projecten Gemengd met zwaardere zorg is terug te zien in eenzelfde oververtegenwoordiging van cases Gemengd met zwaardere zorg. De stijging van de menging en correlatie met veranderingen in wetgeving en financiering is in de interviews met beslissers nader onderzocht.

Ook de single case Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg is in lijn met de zeldzaamheid van deze projecten binnen het bureauonderzoek.

Ten aanzien van het voorzieningenniveau is de meest opvallende constatering de oververtegenwoordiging van welzijnsvoorzieningen met niveau Basis in dorpen. Dit is in tegenstelling met de verwachting dat complexen in dorpen een centrumfunctie zouden vervullen. Waarom dit dan vooral een basale functie blijkt, is ook in de kwalitatieve analyse van de narratieve interviews onderzocht.

De reflecties en de toetsing van de hypothesen zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 8.



Gemeenschappelijke buitenruimte en binnentuin,
De Schermerij, Leersum (Middelgrootschalig-Niet Gemengd- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

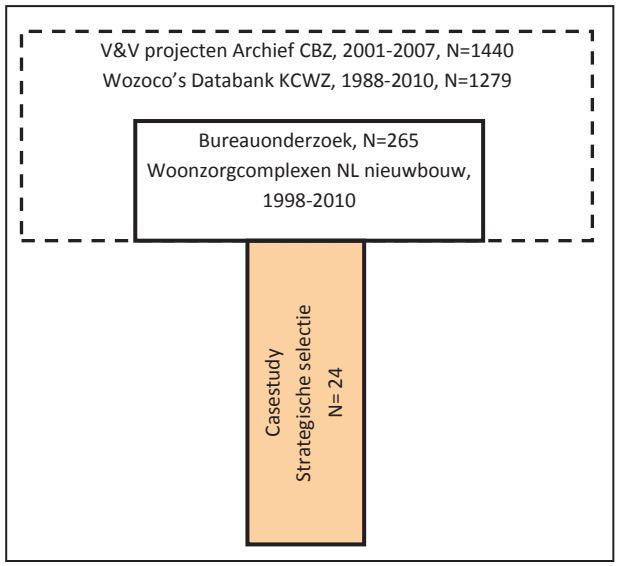
Hoofdstuk

6

Ervaringen sociale kwaliteit van wonen

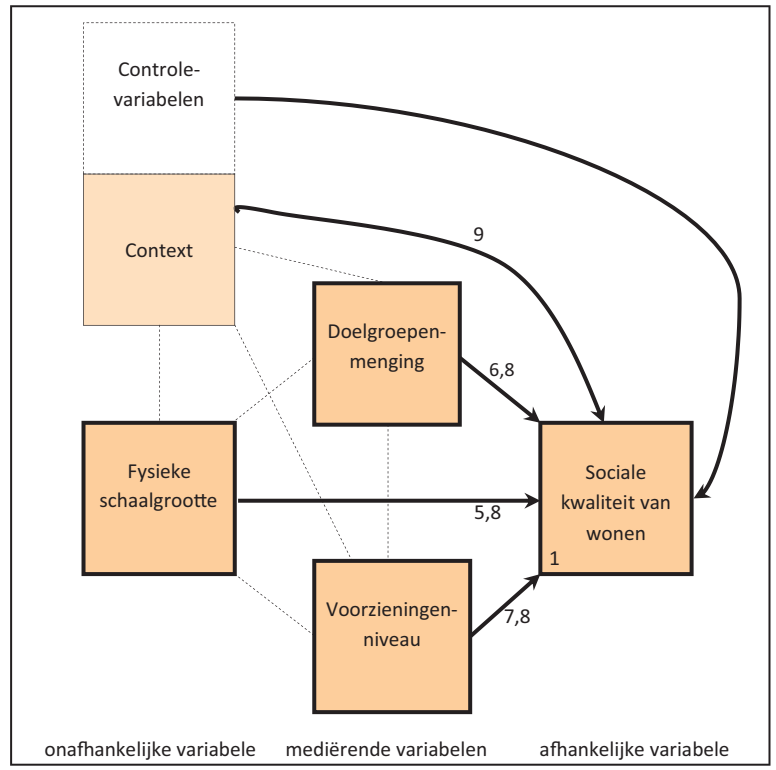
6 Ervaringen sociale kwaliteit van wonen

Dit hoofdstuk bevat het tweede deel van de resultaten, die van de casestudy, zie Figuur 74. Hierin is een strategische selectie van 24 woonzorgcomplexen op een voornamelijk kwalitatieve wijze vergeleken.



Figuur 74 Casestudy binnen het globale onderzoeksmodel

In paragraaf 6.1 wordt een overzicht gegeven van de cases in de gerealiseerde strategische selectie. In paragraaf 6.2 wordt de kwantitatieve verkenning van narratieven weergegeven en de analyse van de controlevariabelen.
In de paragrafen 6.3 t/m 6.5 worden de resultaten van de interviews met de bewoners gegeven, dit betreft respectievelijk de deelvragen 5, 6 en 7. In paragraaf 6.6 komen de resultaten van de interviews met professionals en beslissers aan bod, dit betreft de deelvragen 8 en 9.



Figuur 75 Onderzochte variabelen en deelvragen in de casestudy

6.1 Realisatie strategische selectie

In deze paragraaf wordt de gerealiseerde selectie van cases beschreven aan de hand van de inclusiecriteria van de primaire doelgroep en het bouwjaar. Vervolgens worden de spreiding en saturatie van de onderzoeksvariabelen en de spreiding in situering beschreven, waarna de 24 onderzochte cases kort worden gekarakteriseerd. Ten slotte wordt de spreiding in geslacht, leeftijd, alleenstaand zijn onder de respondenten behandeld.

6.1.1 Primaire doelgroep en bouwjaar

Alle onderzochte woonzorgcomplexen huisvesten als primaire doelgroep zelfstandig wonende senioren, waarmee aan dit inclusiecriterium voor 100% is voldaan. De selectie uit de database KCWZ is aangevuld met enkele projecten bekend uit eigen waarneming of andere bronnen.Het inclusiecriterium bouwjaar tussen 1998 en 2009 is voor één project niet behaald. De case Bergweg heeft als bouwjaar 1995 en is daarmee drie jaar ouder dan de inclusiecriteria voorschrijven. Echter, gezien het voorbeeldkarakter als

woonzorgcomplex van dit project en de uitgangspunten van Humanitas is het alsnog meegenomen. Een vijftal projecten zijn geen volledige nieuwbouw: Nije Dekama, Weidum; Mercator, Groningen; Huize St. Franciscus, Veendam; Huis ter Leede, Leerdam en ’t Derkshoes, Westerbork. Eventuele minder positieve waarderingen van de gebouwstaat zijn in de kwalitatieve analyse uitgefilterd.
De case Malburgstaete 2009 was op moment van onderzoek minder dan één jaar in gebruik zodat er sprake van kinderziektes zou kunnen zijn (Van der Voordt & Van Wegen, 2000). Omdat dit het enige project Gemengd met zwaardere en niet-zorg was, is dit als single case wel meegenomen.

6.1.2 Spreiding onderzoeksvariabelen en saturatie sets

24 complexen vormen samen de multiple casestudy van dit onderzoek. Niet alle cases zijn gelijk verdeeld over alle variabelen. Hierdoor is het niet bij alle sets mogelijk om het theoretische verzadigingspunt te bereiken van 30 interviews op een populatie (Baker & Edwards, 2012; Robson, 2002b, p. 192).

Tabel 27 Positionering cases naar fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging

Fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging	(zeer) Kleinschalig < 80 wooneenheden	Middelgrootschalig 81–130 wooneenheden	(zeer) Grootschalig > 131 wooneenheden
Niet gemengd (55+ zonder of met lichte zorg)	**De Wemel,** Wemeldinge	**Jean Sibelius,** Eindhoven **De Schermerij,** Leersum	absent
Gemengd met zwaardere zorg	**De Sfinx,** Zeewolde **Eilandstaete,** Arnhem **De Berken**, Millheeze **Domus Bona Ventura** Nederweert **Huize St. Franciscus,** Veendam **Nij Dekama,** Weidum	**Rigtershof,** Grootebroek **Onderwatershof,** Rijswijk **BaLaDe,** Waalwijk **‘t Derkshoes,** Westerbork **Het Reggedal,** Enter **Het Spijk**, Eefde **St. Annahof,** Uden	**Bergweg,** Rotterdam **De Pleinen,** Ede **Reinaldahuis,** Haarlem **Parc Imstenrade,** Heerlen **Menno Simons,** Amsterdam **Mercator,** Groningen **Huis ter Leede,** Leerdam
Gemengd met zwaardere en met niet-zorg	absent	absent	**Malburgstaete,** Arnhem

Bij de selectie op fysieke schaalgrootte is de theoretische saturatie in alle drie de sets bereikt, waarbij de set Zeer kleinschalig is aangevuld met kleinschalig en de set Zeer grootschalig is aangevuld met grootschalig om voldoende complexen te kunnen selecteren. Hierdoor is de maximale variatie in fysieke schaalgrootte afgezwakt.

Tabel 28 Positionering cases naar fysieke schaalgrootte – intern voorzieningenniveau

Fysieke schaalgrootte - intern voorzieningenniveau	(zeer) Kleinschalig < 80 wooneenheden	Middelgrootschalig 81–130 wooneenheden	(zeer) Grootschalig > 131 wooneenheden
Basis	**De Wemel,** Wemeldinge **Huize St. Franciscus**, Veendam **Nij Dekama,** Weidum **De Berken,** Millheeze	**Jean Sibelius,** Eindhoven **St. Annahof,** Uden	**De Pleinen,** Ede
Kwaliteit	**De Sfinx,** Zeewolde **Eilandstaete,** Arnhem **Domus Bona Ventura** Nederweert	**De Schermerij,** Leersum **Onderwatershof,** Rijswijk **‘t Derkshoes,** Westerbork **Het Reggedal,** Enter **Het Spijk,** Eefde	**Menno Simons**, Amsterdam **Mercator,** Groningen **Huis ter Leede,** Leerdam
Extra	absent	**Rigtershof,** Grootebroek **BaLaDe,** Waalwijk	**Parc Imstenrade,** Heerlen **Bergweg,** Rotterdam **Malburgstaete,** Arnhem **Reinaldahuis,** Haarlem

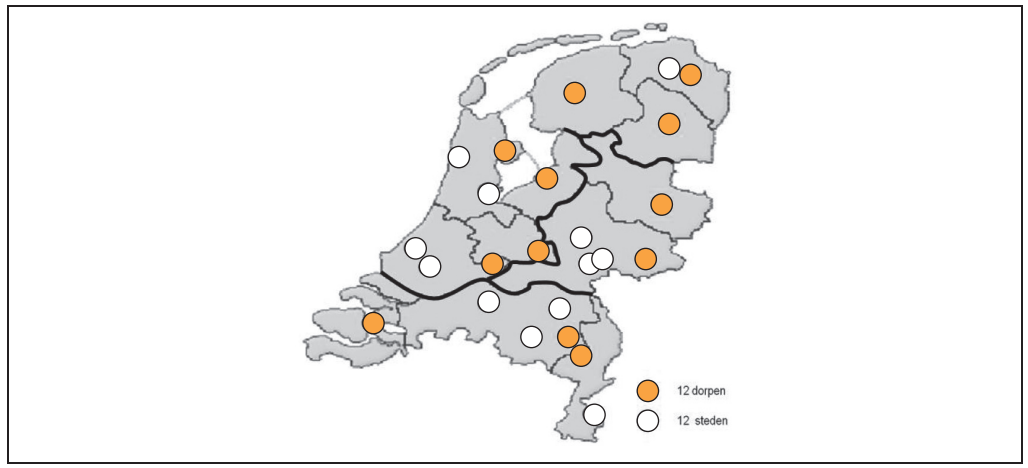
Zowel bij de selectie op basis van doelgroepenmenging als de selectie op basis van voorzieningenniveau is het niet voor alle sets gelukt de theoretische saturatie te bereiken. De variatie in doelgroepenmenging kent weinig cases Niet gemengd, vele cases Gemengd met zorg en een single case Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg.
Niettemin zullen ook de sets met onvolledige saturatie grondig onderzocht worden. De twee onderstaande tabellen bieden een overzicht van de strategische selectie, respectievelijk naar fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging en naar fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau.

6.1.3 Spreiding situering

Er is bij de strategische selectie een optimale spreiding naar dorp/stad en naar regio nagestreefd, zie figuur 76. De grens voor dorp en stad lag bij een inwoneraantal van 25.000 zoals vaker wordt gehanteerd. De regio’s werden gevormd door:

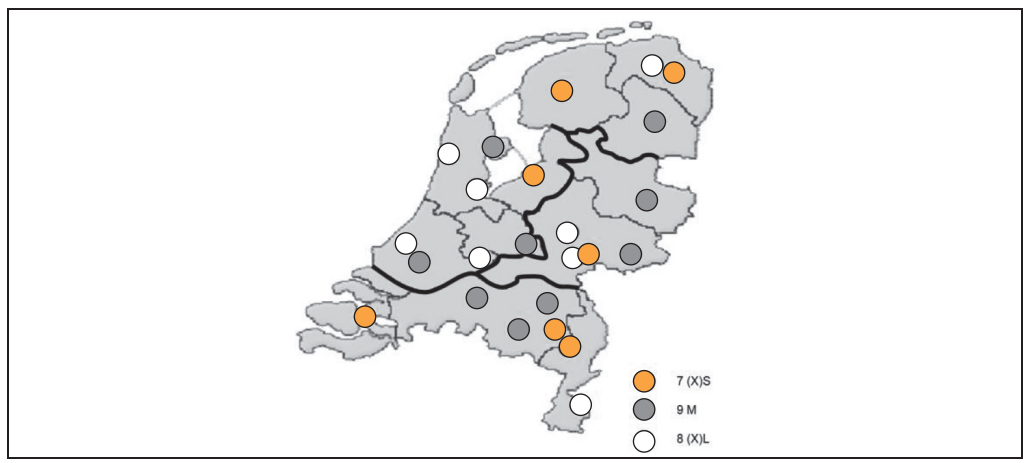
Regio Noord: Drenthe, Groningen en Friesland
Regio Oost: Overijssel en Gelderland
Regio West: Noord-Holland, Zuid-Holland, Flevoland en Utrecht
Regio Zuid: Zeeland, Noord-Brabant en Limburg

De spreiding dorp – stad is optimaal, twaalf om twaalf complexen. De spreiding naar regio is voldoende. Met acht en zeven complexen zijn de regio's West en Zuid iets oververtegenwoordigd. Met vier complexen is de regio Noord iets ondervertegenwoordigd. Deels weerspiegelt dit de verschillen in inwoneraantallen.
In alle regio's is de mix dorp – stad nagenoeg fiftyfifty, behalve in regio Noord, waar drie complexen in een dorp gesitueerd zijn tegenover één complex in de stad; ook dit weerspiegelt de verschillen in inwoneraantallen.



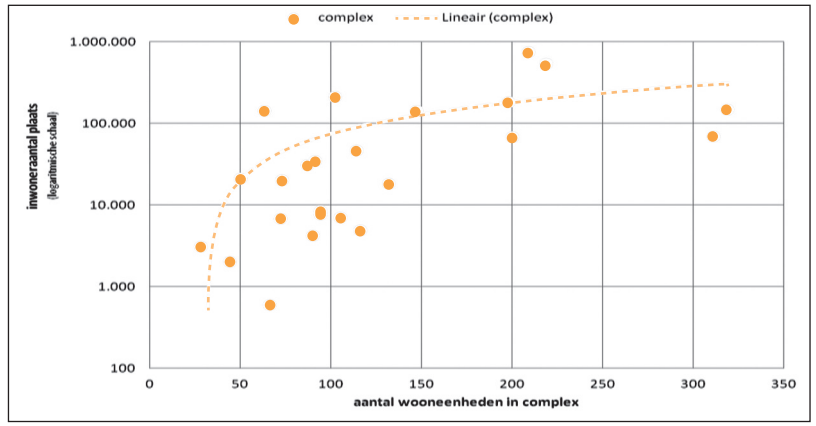
Figuur 76 Spreiding cases naar regio en situering dorp – stad

De spreiding van fysieke schaalgrootte naar regio is voldoende gehaald, zie figuur 77. Al is er een lichte ondervertegenwoordiging van de (zeer) kleinschalige complexen en oververtegenwoordiging van de (extra) grootschalige complexen in de regio West. Deels weerspiegelt dit de verschillen in bevolkingsaantallen.



Figuur 77 Spreiding cases naar regio en fysieke schaalgrootte

De spreiding van fysieke schaalgrootte ten aanzien van de situering dorp - stad is niet gehaald, zie figuur 78. Er is slechts één kleinschalig complex in een stad (Eilandstaete in Arnhem) en één grootschalig complex in een dorp (Huis ter Leede in Leerdam). Controle op herleidbaarheid van de resultaten naar situering is hierdoor noodzakelijk.



Figuur 78 Inwoneraantal plaats - fysieke schaalgrootte

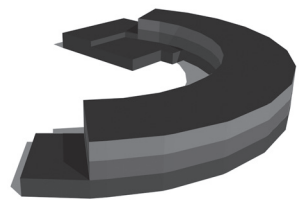
6.1.4 Karakteristieken van de cases

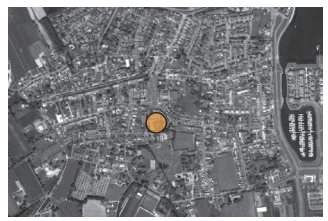
De belangrijkste karakteristieken van de cases worden in deze deelparagraaf weergegeven. Dit zijn: Naam complex, Plaats. Bouwjaar Nieuwbouw/Partiële verbouw; Dorp of stad (grens bij 25.000 inwoners, afgerond op 100), Inwoneraantal plaats; Fysieke schaalgrootte (FSG), doelgroepenmenging (DGM), voorzieningenniveau (VZN); Foto exterieur, Bouwmassa, Situering (bron: Googlemaps). Betrokken organisatie ten aanzien van het wonen en de zorg.

Set X(S): Er zijn zeven (zeer) kleinschalige cases, variërend van 28 tot 73 wooneenheden.

De Wemel, Wemeldinge

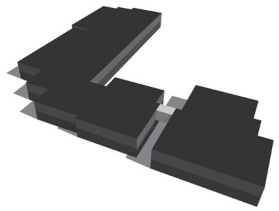






Nieuwbouw:	2001	dorp, 3.100 inwoners, provincie Zeeland
FSG:	Zeer kleinschalig, 28 wooneenheden	
DGM:	Niet gemengd	wonen: RWS Goes
VZN:	Basis	

De Berken, Milheeze

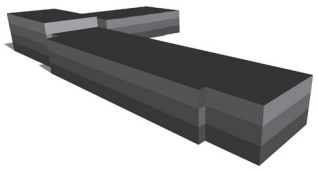




Nieuwbouw: 1999
FSG: Kleinschalig, 44 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg
VZN: Basis

dorp, 2.000 inwoners, provincie Noord-Brabant

wonen: Goed wonen
zorg: Zorgboog

De Sfinx, Zeewolde

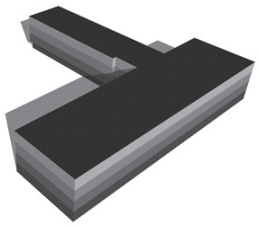




Nieuwbouw: 2001
FSG: Kleinschalig, 50 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg
VZN: Kwaliteit

dorp, 21.300 inwoners, provincie Flevoland

wonen: Woonpalet
zorg: Coloriet

Eilandstaete, Arnhem

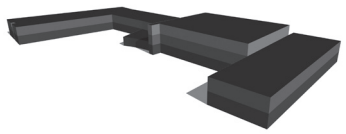




Nieuwbouw: 2009
FSG: Kleinschalig, 63 wooneenheden
DGM: Niet gemengd
VZN: Kwaliteit

stad, 143.800 inwoners, provincie Gelderland

wonen: Vivare
zorg: Pleyade

Nij Dekama, Weidum

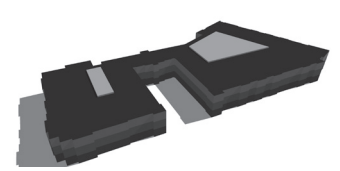




Renovatie: 2000
FSG: Kleinschalig, 66 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg
VZN: Basis

dorp, 600 inwoners, provincie Friesland

wonen: Woonzorg Nederland
zorg: Tellens

Domus Bona Ventura, Nederweert

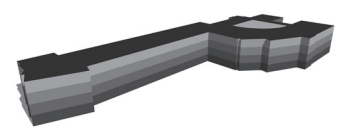




Nieuwbouw: 2007
FSG: Kleinschalig, 72 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg
VZN: Kwaliteit

dorp, 6.800 inwoners, provincie Noord-Brabant

wonen: Woningvereniging Nederweert
zorg: Land van Horne

Huize St. Franciscus, Veendam

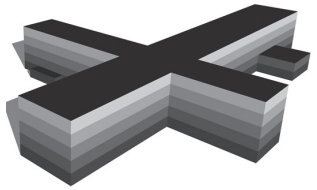

Renovatie/Uitbreiding:1995
FSG: Kleinschalig, 73 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg
VZN: Basis

dorp, 20.300 inwoners, provincie Groningen

wonen: Woonzorg Nederland
zorg: Sint Franciscus

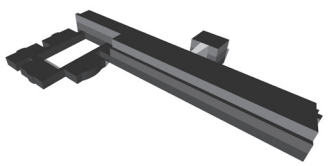
Set M: Er zijn negen middelgrootschalige cases, variërend van 87 tot 116 wooneenheden.

BaLaDe, Waalwijk

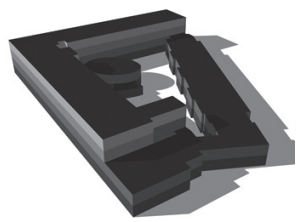
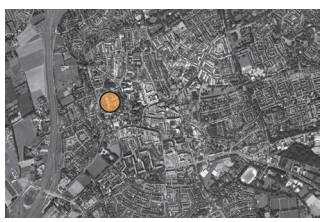

Nieuwbouw:	2009	dorp, 30.720 inwoners, provincie Noord-Brabant
FSG:	Middelgrootschalig, 87 wooneenheden	
DGM:	Niet gemengd	wonen: Schakelring
VZN:	Extra	zorg: Casade

Het Spijk, Eefde

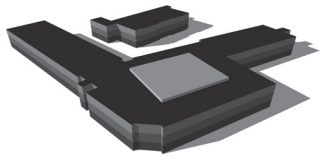

Restauratie/Nieuwbouw:	1999	dorp, 4.200 inwoners, provincie Gelderland
FSG:	Middelgrootschalig, 90 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg, 5 woongroepen van 33 wooneenheden	Woonbedrijf
VZN:	Kwaliteit	Stichting Sutfene

St. Annahof, Uden

Nieuwbouw:	2008	stad, 35.00 inwoners, provincie Noord-Brabant
FSG:	Middelgrootschalig, 91 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: Area
VZN:	Basis	zorg: Focus, Dichterbij

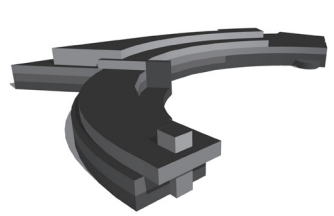
De Schermerij, Leersum


Uitbreiding:	1998	dorp, 7.600 inwoners, provincie Utrecht
FSG:	Middelgrootschalig, 94 wooneenheden	
DGM:	Niet gemengd	wonen: Woonzorg Nederland
VZN:	Kwaliteit	zorg: Quarijn

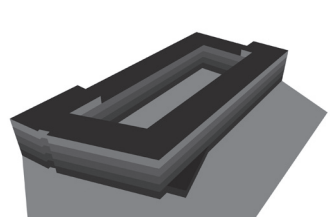
Rigtershof, Grootebroek






Nieuwbouw:	2002	dorp, 8.400 inwoners, provincie Noord-Holland
FSG:	Middelgrootschalig, 94 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: De Woonschakel
VZN:	Extra	zorg: Omring

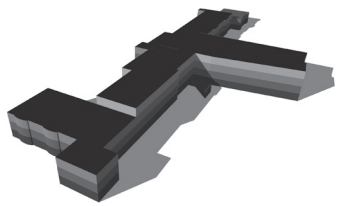
Jean Sibelius, Eindhoven


Nieuwbouw:	2006	stad, 212.300 inwoners, provincie Noord-Brabant
FSG:	Middelgrootschalig, 102 wooneenheden	
DGM:	Niet gemengd	wonen: Wooninc
VZN:	Basis	

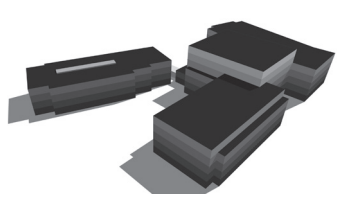
Set (X)L: er zijn acht (zeer) grootschalige cases, variërend van 132 tot 319 wooneenheden

Het Reggedal, Enter

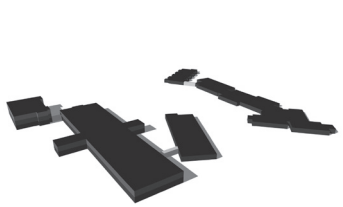

Nieuwbouw:	2003	dorp, 7.100 inwoners, provincie Overijssel
FSG:	Middelgrootschalig, 105 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: Stichting Wonen Wierden-Enter
VZN:	Kwaliteit	zorg: Carint Reggeland

Onderwatershof, Rijswijk

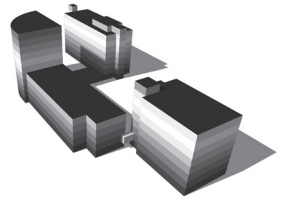

Nieuwbouw:	1993	stad, 46.800 inwoners, provincie Zuid-Holland
FSG:	Middelgrootschalig, 114 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: Stichting Onderwatershof
VZN:	Kwaliteit	zorg: Cardia

't Derkshoes, Westerbork

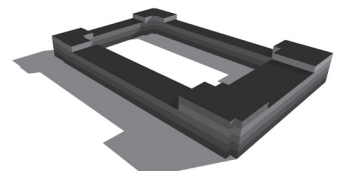
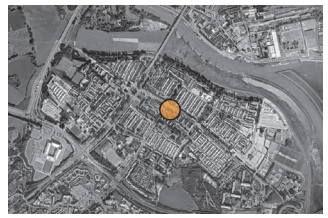

Uitbreiding:	1995	dorp, 4.900 inwoners, provincie Drenthe
FSG:	Middelgrootschalig, 116 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: De Marke
VZN:	Kwaliteit	zorg: Het Derkshoes

Huis ter Leede, Leerdam

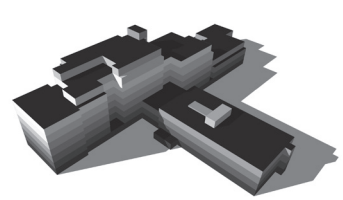
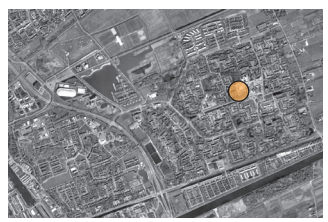

Uitbreiding:	2001	dorp, 18.125inwoners, provincie Gelderland
FSG:	Grootschalig, 132 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: Habion
VZN:	Kwaliteit	zorg: Huis ter Leede

Malburgstaete, Arnhem

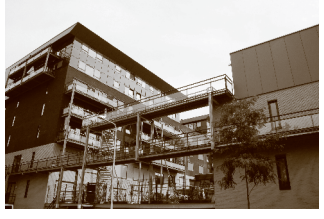
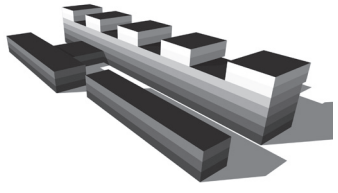
Nieuwbouw:	2009	stad, 143.770 inwoners, provincie Gelderland
FSG:	Grootschalig, 147 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg en met niet-zorg	wonen: Vivare
VZN:	Extra	zorg: Pleyade

Mercator, Groningen

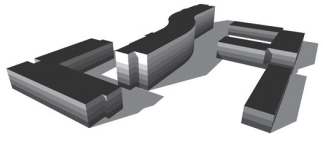
Uitbreiding:	1999	stad, 184.200 inwoners, provincie Groningen
FSG:	Zeer grootschalig, 198 wooneenheden	
DGM:	Gemengd met zwaardere zorg	wonen: Lefier
VZN:	Kwaliteit	zorg: Ludgerus

De Pleinen, Ede

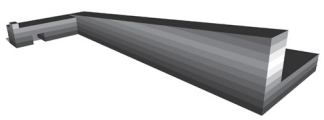

Nieuwbouw: 2009 stad, 68.000 inwoners, provincie Gelderland
FSG: Zeer grootschalig, 200 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg wonen: Woonstede
VZN: Basis zorg: Vilente

Menno Simons, Amsterdam

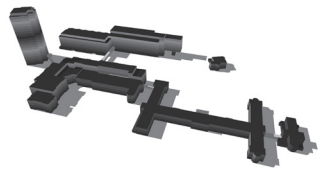

Nieuwbouw: 1998 stad, 752.100 inwoners, provincie Noord-Holland
FSG: Zeer grootschalig, 209 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg wonen: Woonzorg Nederland
VZN: Kwaliteit zorg: Zonnehuisgroep Amstelland

Bergweg, Rotterdam

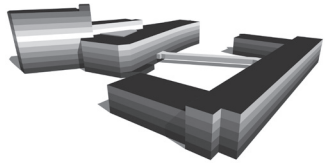

Nieuwbouw: 1985 stad, 538.000 inwoners, provincie Zuid-Holland
FSG: Zeer grootschalig, 219 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg wonen: Humanitas
VZN: Extra zorg: Humanitas

Parc Imstenrade, Heerlen


Nieuwbouw: 2000 stad, 69.100 inwoners, provincie Limburg
FSG: Zeer grootschalig, 311 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg wonen: Vitalis groep
VZN: Extra zorg: Vitalis groep

Reinaldahuis, Haarlem


Nieuwbouw: 2005 stad, 147.600 inwoners, provincie Noord-Holland
FSG: Zeer grootschalig, 319 wooneenheden
DGM: Gemengd met zwaardere zorg wonen: Woonzorg Nederland
VZN: Extra zorg: Humanistische Stichting Zorggroep Reinalda

6.1.5 Kenmerken van de respondenten

De respondenten onder de bewoners zijn zoveel mogelijk verdeeld uitgekozen naar geslacht, alleenstaand of met partner wonend en spreiding in leeftijd, zie ook bijlage 15, Controle inclusiecriteria respondenten. De echtparen in de zeven dubbelinterviews zijn voor leeftijd, geslacht en woonduur afzonderlijk geteld, echter voor de burgerlijke staat als één huishouden.

Van de bewoners woont 71% alleen (waarvan één met zoon met een verstandelijk beperking) en 29% met een partner. Deze spreiding in burgerlijke staat is conform de beoogde verdeling; bewoners verhuizen vaker indien ze alleenstaand zijn of verliezen een partner al tijdens de eerste jaren van hun woongeschiedenis in het complex.

Van de respondenten was 30% man en 70% vrouw. Deze verdeling man-vrouw bij de respondenten is zoals verwacht, aangezien de levensverwachting van vrouwen hoger is.
Ten aanzien van leeftijd vielen vier respondenten met een leeftijd tussen 27en 48 jaar, buiten het inclusiecriterium 55+. Zij wonen in een woonzorgcomplex vanwege een fysieke beperking. Zonder deze vier respondenten is de spreiding in leeftijd 58 tot 97 jaar en de gemiddelde leeftijd 81 jaar. Deze spreiding in leeftijd is conform de beoogde verdeling, de gemiddelde leeftijd van 81 jaar ligt hoger dan verwacht.
Van de 138 respondenten waarvan de woonduur bekend is, woonde 86% minimaal één jaar in het complex. De overige 14% woonde minimaal een half jaar in het complex, waarmee aan het inclusiecriterium met een voorkeur van minimaal een jaar woonduur is voldaan. De gemiddelde woonduur was 5 jaar, het maximum 20 jaar.
Onder de bewoners waren 25 leden van een bewonerscommissie, huurdersvereniging of cliëntenraad, met 14% voldoet dit inclusiecriterium maximaal een kwart van de respondenten. In de cases Parc Imstenrade en Reinaldahuis waren drie van de acht geinterviewde bewoners lid, relatief veel echter op de set (zeer) Grootschalig blijft dit met 19% binnen het inclusiecriterium.

De respondenten onder de professionals en beslissers zijn verdeeld naar woon-, welzijns- en zorgdomein. Van de professionals vertegenwoordigde 30% het woondomein, 15% het welzijnsdomein en 55% het zorgdomein. Dit is conform de beoogde verdeling.
De tijd die de professionals bij het woonzorgcomplex werkten varieerde van 4 maanden tot 16 jaar, met een gemiddelde van 7 jaar. Aan het voorkeurs inclusiecriterium, langer werkend dan twee jaar, voldeed 90% van de professionals.
Van de beslissers vertegenwoordigde 37% het woondomein, 2% het welzijnsdomein en 29% het zorgdomein. 14% vertegenwoordigde welzijn/zorg,14% alle drie domeinen. Dit is conform de beoogde verdeling.
De tijd die de beslissers bij het woonzorgcomplex werkten varieerde van 1,5 tot 16 jaar, met een gemiddelde van 6 jaar. Aan het voorkeurs inclusiecriterium, langer werkend dan twee jaar, voldeed 94% van de beslissers.

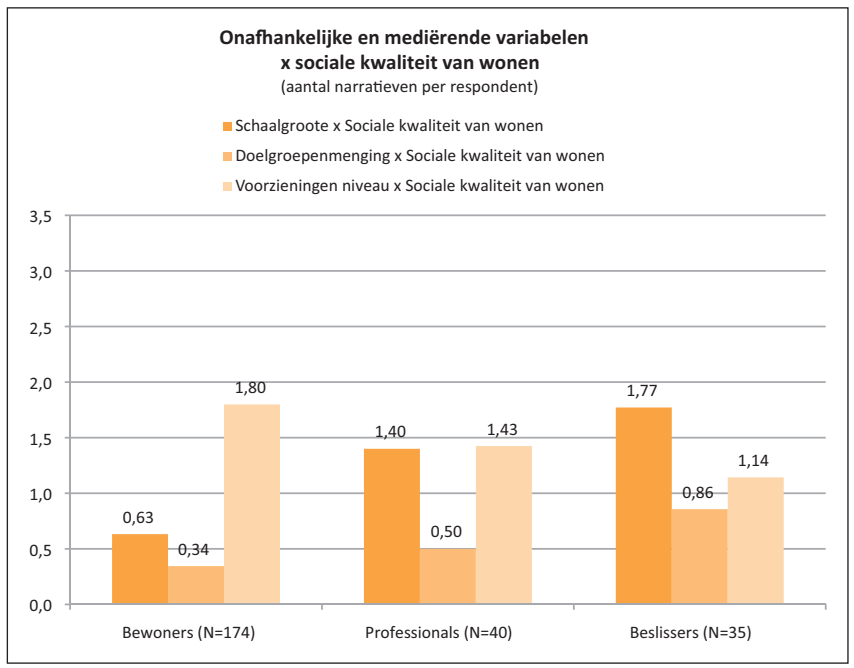
6.2 Kwantitatieve verkenning en controlevariabelen

In deze paragraaf wordt voor de kwalitatieve analyse in de daarop volgende paragrafen eerst de kwantitatieve verkenning van narratieven en de analyse van de controlevariabelen gepresenteerd.

6.2.1 Kwantitatieve verkenning narratieven

In deze deelparagraaf is een verkenning van de spreiding in aantallen van de narratieven opgenomen. Deze is gebruikt om na te gaan waar (on)voldoende aantallen narratieven verzameld zijn om een voldoende onderbouwd patroon te onderscheiden. Daarbij is als ijkpunt een totaal van dertig narratieven genomen, vergelijkbaar met de gehanteerde theoretische saturatie bij dertig respondenten.
Achtereenvolgens worden de queries bezien waarin een relatie met de sociale kwaliteit van wonen wordt gelegd, de queries met de relaties tussen de onafhankelijke en medierende variabelen onderling, de queries gerelateerd aan de context en ten slotte de queries gerelateerd aan de controlevariabelen.

In figuur 79 zijn de aantallen narratieven van de drie groepen respondenten uitgezet voor de queries Schaalgrootte, Doelgroepenmenging en Voorzieningenniveau x Sociale kwaliteit van wonen.



Figuur 79 Onafhankelijke en mediërende variabelen x sociale kwaliteit van wonen

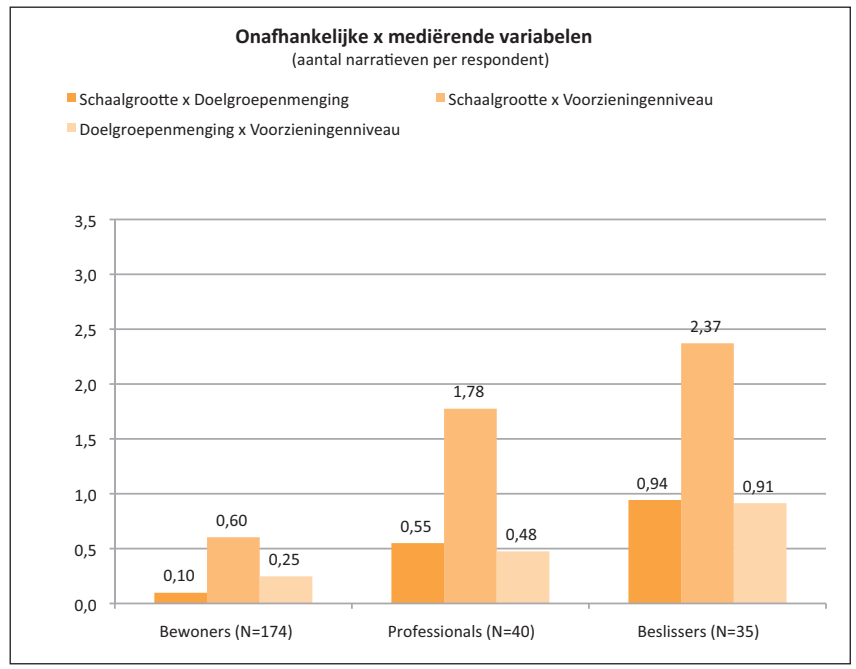
Resultaat

De drie queries zijn bij alle geïnterviewde groepen in voldoende mate beantwoord om deze te kunnen analyseren. Doelgroepenmenging is bij alle drie de groepen het minst vertegenwoordigd. Voorzieningenniveau is opvallend meer genoemd bij de bewoners.
Ondanks dat het aantal interviews bij professionals en beslissers ongeveer de helft is van dat bij bewoners, is een vergelijkbaar aantal narratieven gevonden bij de queries Schaalgrootte x Sociale kwaliteit van wonen en Doelgroepenmenging x Sociale kwaliteit van wonen.

Reflectie

Deze verschillen zijn door het interviewteam ook gerapporteerd, waarbij deze niet zozeer op verschillen in belang voor de geïnterviewde leken te duiden maar meer op het gemak waarmee men erover sprak. Doelgroepenmenging lijkt een lastiger, meer confronterend of sociaal gevoelig onderwerp. Voorzieningenniveau lijkt een meer tastbaar, niet-kwetsend onderwerp. Het begrip schaalgrootte bleek relatief onbekend, bewoners waren zich weinig bewust van de schaal van hun complex, ook door het ontbreken van vergelijkingsmateriaal binnen de eigen ervaring.

In Figuur 80 zijn de aantallen narratieven van de drie groepen respondenten uitgezet voor de queries van de onderlinge relaties tussen Schaalgrootte, Doelgroepenmenging en Voorzieningenniveau.



Figuur 80 Onafhankelijke x mediërende variabelen

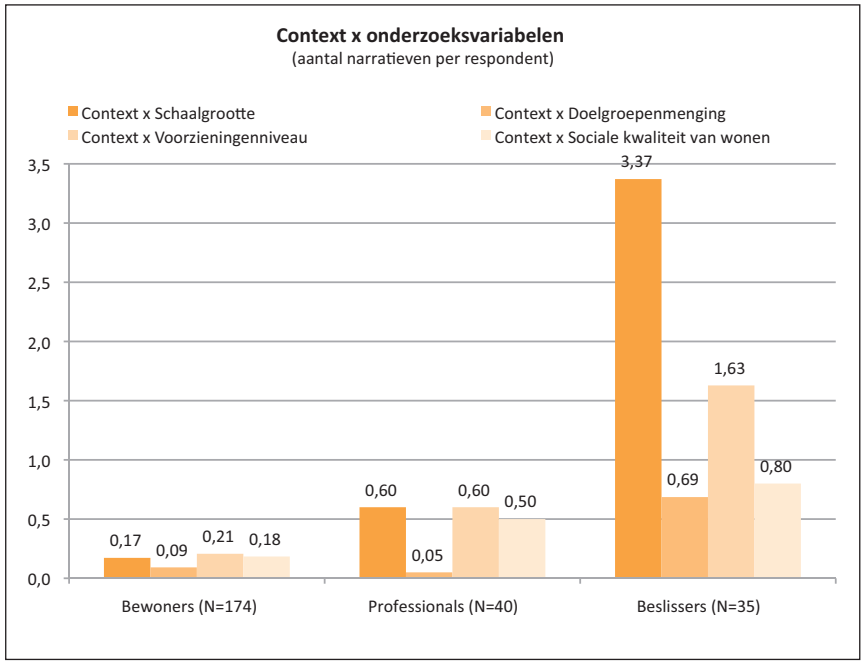
Resultaat

Niet alle queries zijn bij alle groepen respondenten in voldoende mate beantwoord om theoretische saturatie voor een patroon te verkrijgen. Schaalgrootte x Doelgroepenmenging is bij alle drie de groepen redelijk vertegenwoordigd. Schaalgrootte x Voorzieningenniveau is opvallend vaker genoemd bij zowel de bewoners als de professionals/beslissers, ondanks het verschil in aantal interviews.

Reflectie

Deze verschillen lijken deels te verklaren door de door het interviewteam geconstateerde verschillen in (on)gemak waarmee men over onderwerpen sprak. Verklaarbaar is daarmee het veel voorkomen van Schaalgrootte x Voorzieningenniveau en het flink kleinere aantal narratieven bij de bewoners van Schaalgrootte x Doelgroepenmenging.

In figuur 81 zijn de aantallen narratieven van de drie groepen respondenten uitgezet voor de afzonderlijke queries van Context x Schaalgrootte, Doelgroepenmenging, Voorzieningenniveau en Sociale kwaliteit van wonen. Context is daarbij als codefamilie voor de totale context gebruikt, waarin demografie, wetgeving, financiering, trends en padafhankelijkheid zijn opgenomen.



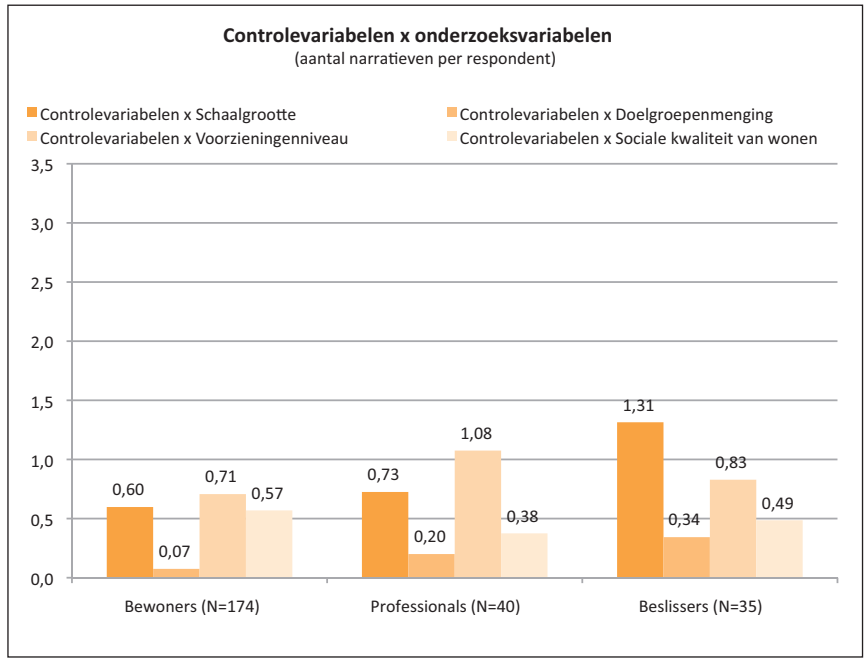
Figuur 81 Context x onderzoeksvariabelen

Resultaat
De vier queries zijn bij alle drie de groepen respondenten in voldoende mate beantwoord, behalve bij bewoners en professionals in de query Context x Doelgroepenmenging. Opvallend hoog is bij beslissers het aantal narratieven voor de query Context x Schaalgrootte. Verder valt op dat er bij professionals en in nog hogere mate bij beslissers meer narratieven worden gevonden over de context.

Reflectie
De hogere score bij professionals en beslissers bij narratieven ten aanzien van de context is zeer verklaarbaar vanuit de achtergrond van die groepen respondenten.

Als vierde en laatste kwantitatieve verkenning van de aantallen narratieven zijn die voor de controlevariabelen in figuur 82 uitgezet per groep respondenten. De controlevariabelen voor dit onderzoek zijn de situering, de gebouwkwaliteit, de

personeelsinvloed en de leefstijlen van de bewoners. Dit is gebeurd aan de hand van afzonderlijke queries van de Controlevariabelen x Schaalgrootte, Doelgroepenmenging, Voorzieningenniveau en Sociale kwaliteit van wonen, om zo een indruk te krijgen van de relatie tussen de controlevariabelen en de onderzoeksvariabelen.



Figuur 82 Controlevariabelen x onderzoeksvariabelen

Resultaat
De vier queries zijn bij alle de drie groepen respondenten in voldoende en ook enigszins gelijke mate beantwoord, met uitzondering van de query Controlevariabelen x Doelgroepenmening bij bewoners en beperkt bij professionals. Bewoners reageren bij de queries controlevariabelen relatief meer dan bij context. Bij professionals is het aantal narratieven opvallend hoger voor de query Controlevariabelen x Voorzieningenniveau en in mindere mate Controlevariabelen x Schaalgrootte. Opvallend hoog is bij beslissers het aantal narratieven voor de query Controlevariabelen x Schaalgrootte.

Reflectie
Er lijkt een minder sterke relatie tussen de controlevariabelen en de onderzoeksvariabele doelgroepenmenging. Voor bewoners zijn de controlevariabelen belangrijker ten opzichte van de context. Gebouwkwaliteit staat dichterbij dan bijvoorbeeld wetgeving en financiering. Voor professionals is Voorzieningenniveau een belangrijk en dichtbij liggend item.

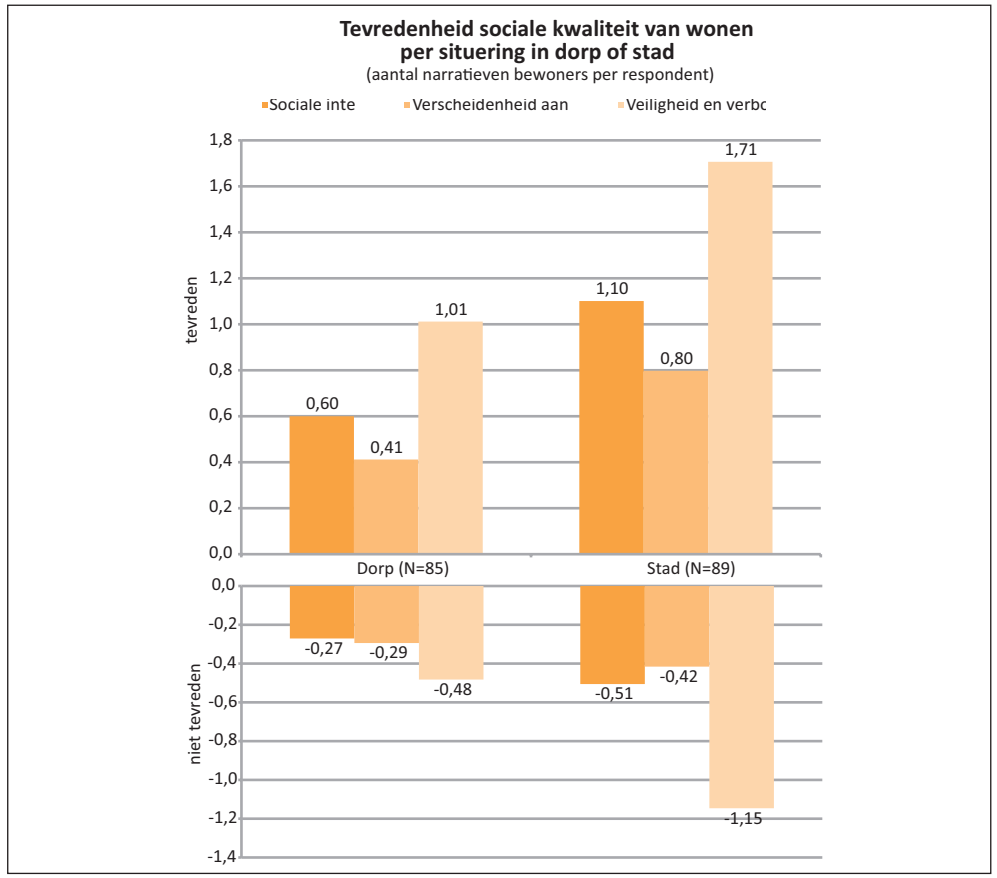
6.2.2 Controlevariabelen

Om na te gaan of de resultaten van de ervaren sociale kwaliteit van wonen gekleurd zouden kunnen zijn door verschillen in tevredenheid ten aanzien van andere factoren, zijn de voor dit onderzoek gedefinieerde controlevariabelen geanalyseerd. Deze bestaan uit: de situering, de gebouwkwaliteit, de personeelsinvloed en de leefstijlen van de bewoners.

De strategische selectie van de complexen beoogt enerzijds een beperkte bandbreedte van de gebouwkwaliteit te realiseren om zo invloeden daarvan uit te sluiten, anderzijds een spreiding in de situering in dorp/stad en regio.
Met het hanteren van inclusie- en exclusiecriteria ten aanzien van de respondenten is een spreiding in leeftijd, geslacht, alleenstaand of niet alleenstaand bereikt, zie deelparagraaf 6.1.5. Ten aanzien van leefstijl en met name introvertheid/extravertheid zijn geen strikte criteria gehanteerd.

Om de eventuele invloeden van situering in de regio dan wel in dorp/stad na te gaan, zijn sets complexen aangemaakt en is vervolgens de tevredenheid van de bewoners ten aanzien van de indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen geïnventariseerd. De resultaten zijn weergegeven in figuur 83 en figuur 84.
De geconstateerde verschillen tussen de sets in hoeveelheid uitspraken dienen bij de interpretatie van de resultaten te worden meegenomen.

In een separate controle is nagegaan of invloeden systematisch aan de gebouwkwaliteit zouden kunnen worden toegekend in plaats van aan de onderzoeksvariabelen. De gebouwkwaliteit is daarbij uitgesplitst in de functionele, technische, economische en esthetische kwaliteit van het woonzorgcomplex.
Om te beoordelen of de ervaren gebouwkwaliteit de ervaren sociale kwaliteit van wonen zou kunnen beïnvloeden, zijn de vergelijkbare scores van de sets, ingedeeld naar de onderzoeksvariabelen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau naast Figuur 85 gelegd. Min of meer gelijke patronen in de staafdiagrammen zouden daarbij wijzen op gelijke spreiding van waardering van de gebouwkwaliteiten per set, en daarmee op het ontbreken van afwijkende waardering van de gebouwkwaliteiten tussen de sets.



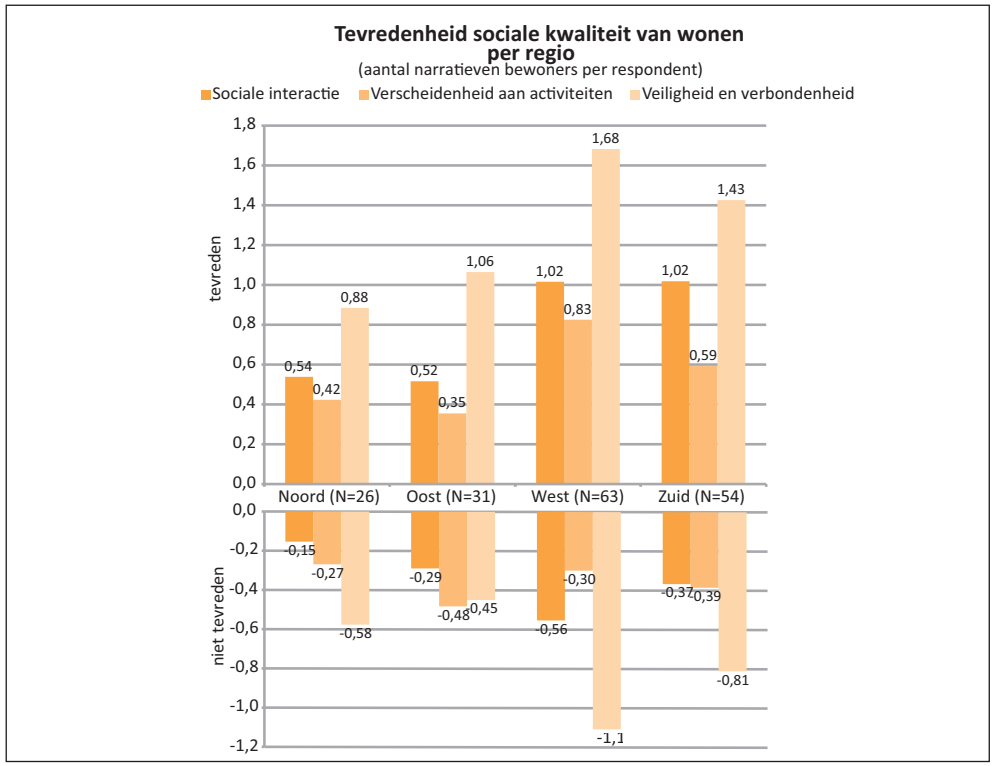
Figuur 83 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per situering in dorp of stad

Resultaat

Bij zowel de set Dorp als de set Stad wordt veiligheid en verbondenheid duidelijk het meest genoemd, zowel bij positieve als bij negatieve uitspraken en relatief vaker bij de set Stad dan de set Dorp. Zowel positieve als negatieve uitspraken worden bij de set Stad 50 à 100% meer gedaan dan bij de set Dorp. Sociale interactie bij negatieve uitspraken komt relatief minder vaak voor, en het aantal uitspraken bij de set Dorp is zelfs gelijk aan die bij de indicator verscheidenheid aan activiteiten.

Reflectie

Het patroon van de verdeling tussen de indicatoren en tussen positief en negatief is bij de set Dorp en Stad nagenoeg gelijk: Veiligheid en verbondenheid worden het meest genoemd, Verscheidenheid aan activiteiten het minst, positieve ervaringen overheersen.
Respondenten uit steden doen meer uitspraken, de vraag is of zij de indicatoren belangrijker vinden of überhaupt meer spreken, de kwalitatieve analyse zal dit uitwijzen. Sociale interactie lijkt meer dan de andere twee indicatoren positief te worden ervaren.



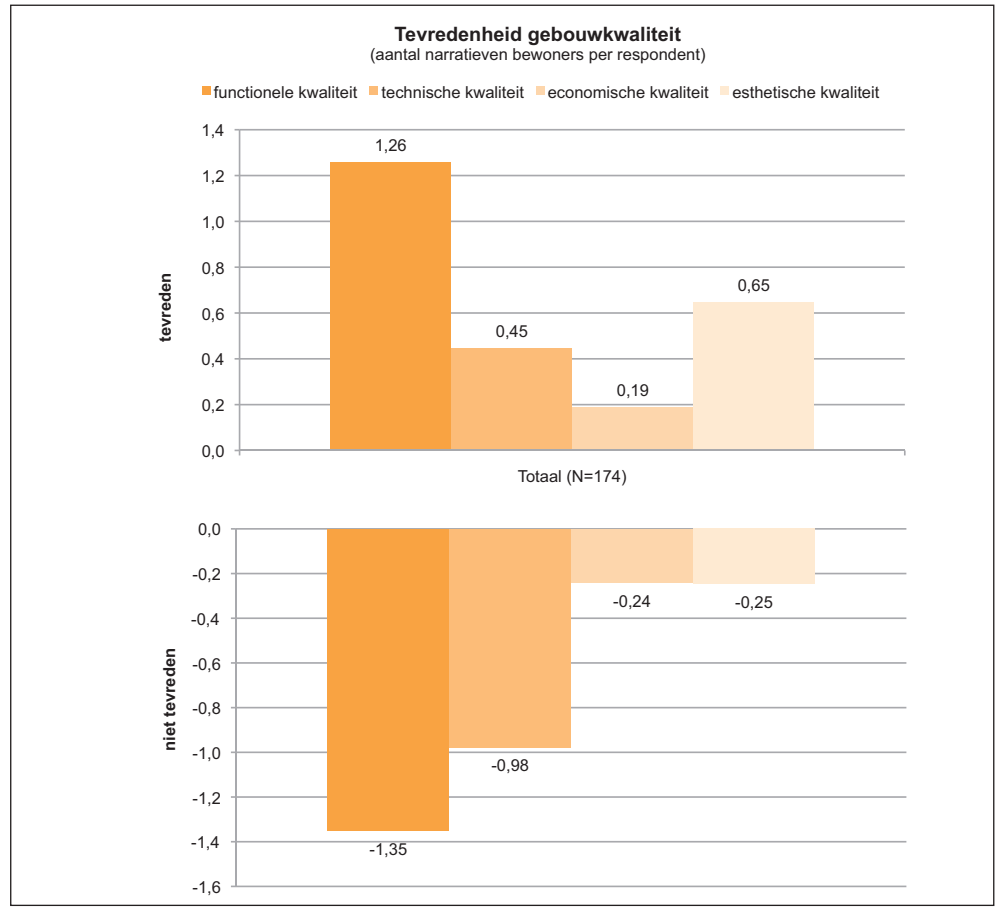
Figuur 84 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per regio

Resultaat

In alle regio's worden Veiligheid en verbondenheid het meest genoemd, zowel bij positieve als bij negatieve uitspraken. Enkel bij regio Oost zijn de negatieve en positieve score van verscheidenheid aan activiteiten even hoog. In regio Noord doet men relatief meer positieve uitspraken. Zowel positieve als negatieve uitspraken zijn bij regio West en Zuid 30 à 40% meer aanwezig dan bij regio Noord en Oost. Sociale interactie bij negatieve uitspraken wordt het minst genoemd, behalve bij regio West, terwijl dit bij de positieve uitspraken tussen de andere twee indicatoren in ligt.

Reflectie

Het patroon van de verdeling tussen de indicatoren en tussen positief en negatief is bij de regio's nagenoeg gelijk: Veiligheid en verbondenheid worden het meest genoemd, Verscheidenheid aan activiteiten het minst, positieve ervaringen overheersen. Ten aanzien van positieve uitspraken springt regio Noord er uit. Respondenten uit de regio's West en Zuid doen meer uitspraken, de vraag is of zij de indicatoren belangrijker vinden of überhaupt meer spreken. Sociale interactie wordt meer nog dan de andere twee indicatoren vooral als positief ervaren, dit is het meest opvallend in regio Noord en het minst het geval in regio West.



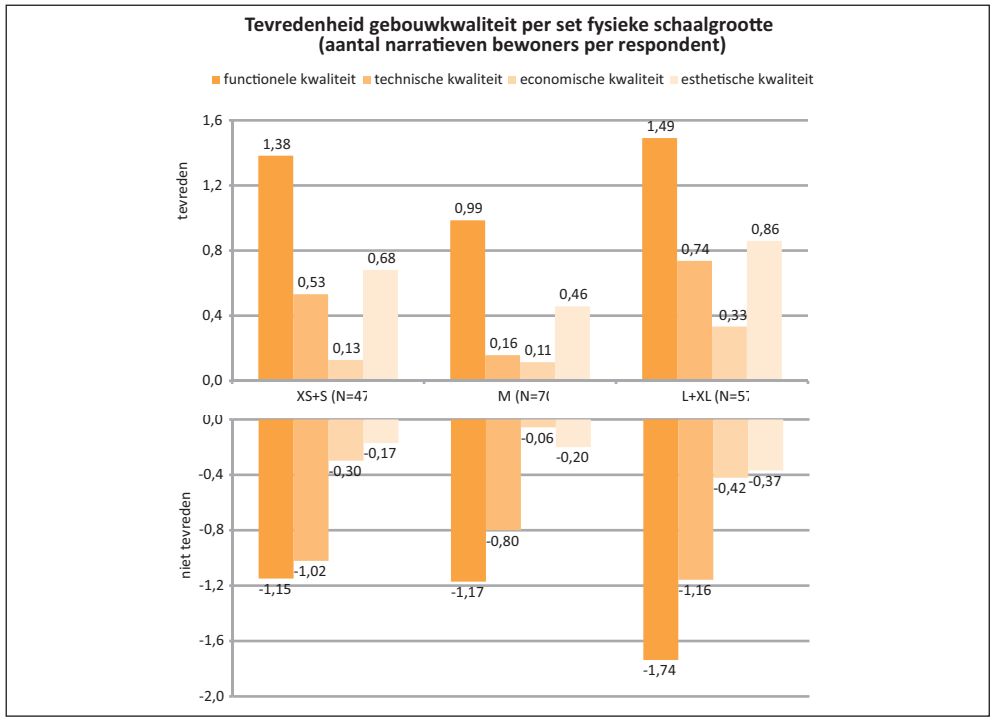
Figuur 85 Tevredenheid gebouwkwaliteit

Resultaat

De functionele kwaliteit is het sterkst vertegenwoordigd zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken. Over de technische kwaliteit zijn meer dan tweemaal zoveel negatieve uitspraken gedaan. De economische kwaliteit is het minst vertegenwoordigd. Er zijn driemaal zoveel positieve als negatieve uitspraken bij esthetische kwaliteit.

Reflectie

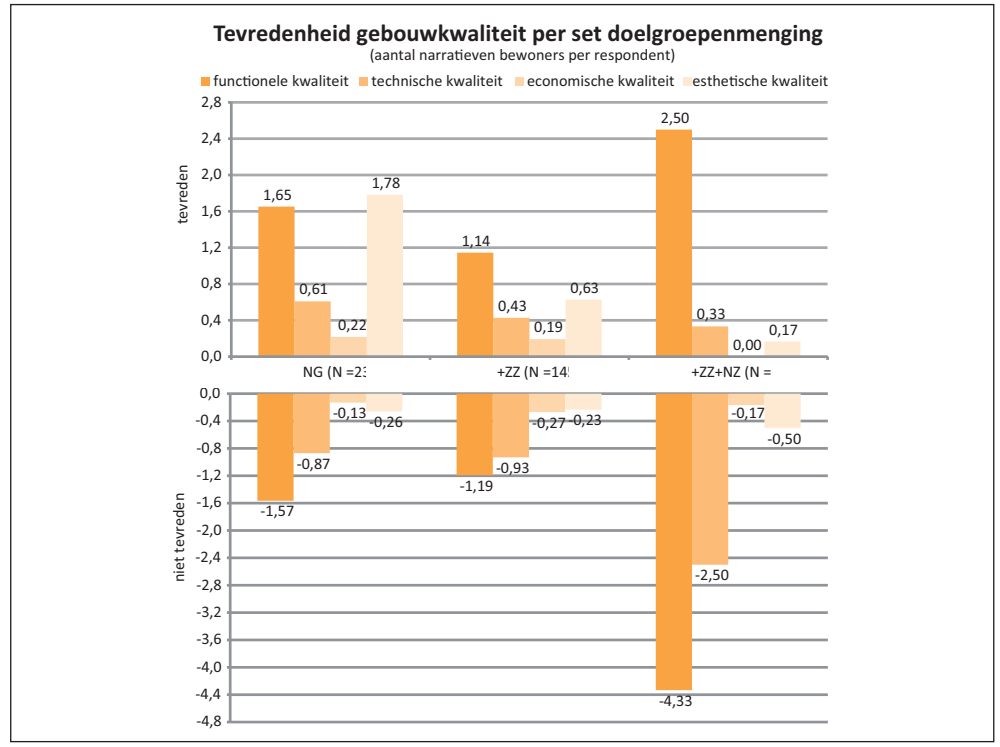
Dit komt overeen met de overall indrukken uit de interviewdagen waarbij spreken over functionele kwaliteit laagdrempelig was en daardoor veelvuldig gebeurde. Van de technische kwaliteit was men zich vooral bewust bij problemen, waarmee deze indicator optreedt als dissatisfier. De economische kwaliteit is minder dringend ondervraagd maar werd ook vaak gemeden of kort beantwoord, men sprak liever niet over geld. Ten slotte werd de esthetische kwaliteit van de relatief nieuwe gebouwen over het geheel genomen als positief ervaren.



Figuur 86 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set fysieke schaalgrootte

Resultaat
De sets geordend naar fysieke schaalgrootte laten vergelijkbare patronen zien als in Figuur 85: de functionele kwaliteit is het sterkst vertegenwoordigd zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken, over de technische kwaliteit worden meer dan tweemaal zoveel negatieve uitspraken gedaan. De economische kwaliteit is het minst vertegenwoordigd en de esthetische kwaliteit scoort driemaal hoger aan de positieve dan aan de negatieve zijde. De afwijkingen zijn gering: de positieve uitspraken ten aanzien van technische kwaliteit zijn relatief lager bij de middelgrootschalige set cases, de positieve uitspraken ten aanzien van de esthetische kwaliteit zijn relatief hoger bij de kleinschalige cases.

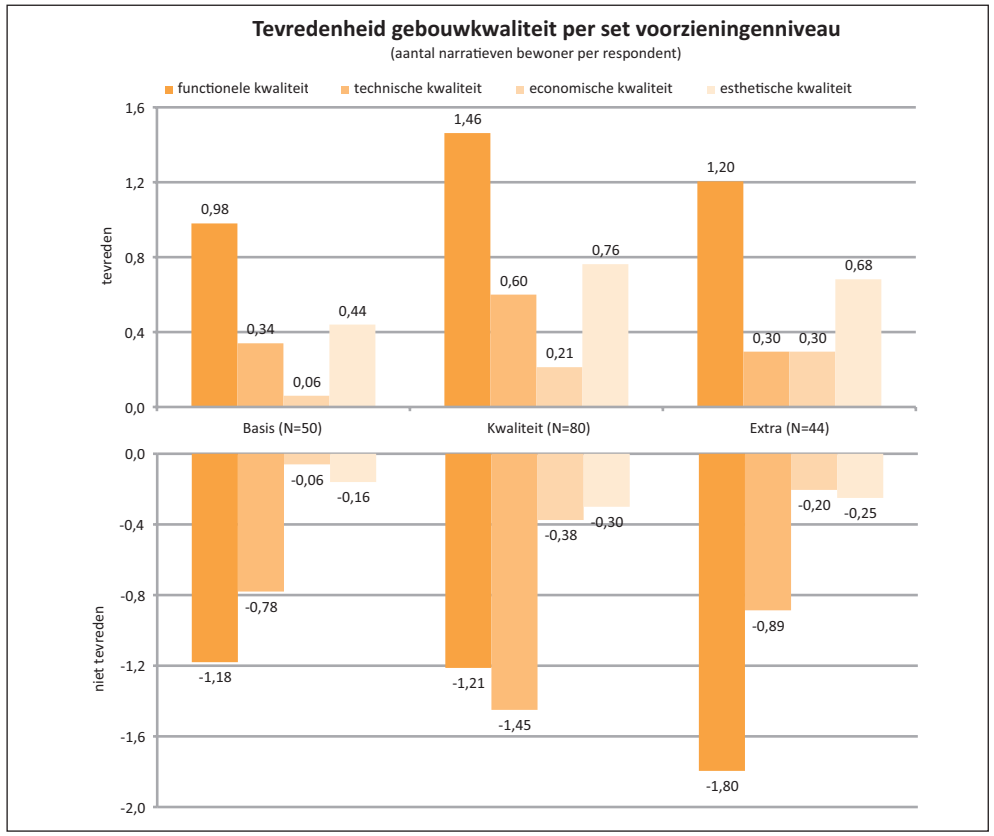
Reflectie
De overeenkomsten tussen de gebouwkwaliteit patronen van de totale populatie en die van fysieke schaalgrootte wijzen erop dat er geen sterke afwijkingen in de gebouwkwaliteit tussen de sets fysieke schaalgrootte zitten. Dit is een belangrijke constatering omdat daarmee deze controlevariabelen geen invloed hebben op de resultaten van de sociale kwaliteit van wonen. Waar dit wel zo is, bij de middelgrootschalige cases ten aanzien van de technische kwaliteit en bij de kleinschalige cases ten aanzien van de esthetische kwaliteit, zijn deze twee aspecten meegenomen in de kwalitatieve analyse, ook betreffende de inhoudelijke verklaring.



Figuur 87 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set doelgroepenmenging

Resultaat
De sets geordend naar doelgroepenmenging laten vergelijkbare patronen zien als in Figuur 85: de functionele kwaliteit is het sterkst vertegenwoordigd zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken met uitzondering van de set Niet gemengd waar de esthetische kwaliteit het hoogst scoort. De technische kwaliteit heeft meer dan tweemaal zoveel negatieve uitspraken (bij Gemengd met zwaardere zorg vijfmaal zoveel), de economische kwaliteit is het minst vertegenwoordigd, de esthetische kwaliteit scoort driemaal hoger aan de positieve dan aan de negatieve zijde (behalve bij Gemengd met zwaardere zorg).
Set +ZZ+NZ is transparant weergegeven in verband met onvolledige saturatie.

Reflectie
De overeenkomsten tussen de gebouwkwaliteit patronen van de totale populatie en die van doelgroepenmenging wijzen erop dat er geen sterke afwijkingen in de gebouwkwaliteit tussen de sets doelgroepenmenging zitten. Dit is een belangrijke constatering omdat daarmee deze controlevariabelen geen invloed hebben op de resulltaten van de sociale kwaliteit van wonen. Bij de set Niet gemengd is dit wel zo ten aanzien van de relatief hogere esthetische kwaliteit, dit aspect is meegenomen in de kwalitatieve analyse.



Figuur 88 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set voorzieningenniveau

Resultaat

De sets geordend naar voorzieningenniveau laten vergelijkbare patronen zien als in Figuur 85: de functionele kwaliteit is het sterkst vertegenwoordigd zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken, over de technische kwaliteit worden meer dan tweemaal zoveel negatieve uitspraken gedaan, de economische kwaliteit is het minst vertegenwoordigd, nu met uitzondering van de negatieve uitspraken bij de set Kwaliteit, de esthetische kwaliteit scoort driemaal hoger aan de positieve dan aan de negatieve zijde.

Reflectie

De overeenkomsten tussen de patronen over de gebouwkwaliteit van de totale populatie en die van voorzieningenniveau wijzen erop dat er geen sterke afwijkingen in de gebouwkwaliteit tussen de sets voorzieningenniveau zitten. Dit is een belangrijke constatering omdat daarmee deze controlevariabelen geen invloed hebben op de resultaten van de sociale kwaliteit van wonen.

De invloed van de controlevariabele personeel op de sociale kwaliteit van wonen is lastig te destilleren uit de interviews. Het zou hierbij dan gaan om de werksfeer, de bejegening, overmatige werkdruk en dergelijke. Deze begrippen zijn niet specifiek gecodeerd. Wel is de structurele schaalgrootte gecodeerd, waaronder de werkprocessen in het gebouw worden verstaan. De query Structurele schaalgrootte x Tevredenheid voor de set professionals is weergegeven in bijlage 18.

Daarnaast is er tijdens de observaties nagegaan of er al dan niet tijdelijke omstandigheden waren die de sfeer en dienstverlening zou kunnen bepalen. Hiervan zijn geen uitgesproken gevallen geobserveerd. De invloed van het zorgpersoneel is meegenomen bij het voorzieningenniveau in de (on)tevredenheid jegens (zorg)voorzieningen, waarin door de bewoners in een adem veelal het zorgpersoneel wordt genoemd, in paragraaf 6.5.

Resultaat

In de query Structurele schaalgrootte x Tevredenheid voor de set professionals, bijlage 18; vallen de volgende zaken op: er zijn relatief weinig narratieven betreffende deze queries; er zijn nagenoeg geen positieve uitspraken; er zijn acht negatieve uitspraken, waarvan vier uit één complex, afkomstig van twee respondenten

Reflectie

Geconcludeerd kan worden dat de werkdruk in met name de zorgtaken hoog kan zijn, zeker na recente veranderingen binnen het complex zoals een verhuizing of reorganisatie. Om invloeden van recente veranderingen uit te sluiten is in de inclusiecriteria opgenomen dat het complex minimaal één jaar diende te functioneren. De hierboven genoemde narratieven gelden dan ook de reeds gepasseerde verhuistijd.

Ten aanzien van Onderwatershof dient er bij de interpretatie rekening gehouden te worden met eventuele negatieve invloeden. Deze kunnen bij de waardering voor de zorgvoorziening nader worden vergeleken. Voor de overige complexen lijkt er geen reden om resultaten anders te wegen als gevolg van deze analyse van de personeelsinvloed.

6.3 Fysieke schaalgrootte en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen

In deze paragraaf en de paragrafen 6.4 t/m 6.6 zijn de narratieven per query geanalyseerd. Dit is uitgebreid en apart gebeurd voor fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en ervaringen en afwegingen van professionals en beslissers. De analyses zijn met drie onderzoekers besproken om tot het vaststellen van de patronen te komen. In de kwalitatieve analyse zijn de patronen geordend per thema, zie Tabel 21 en Tabel 22.
De deelvraag betreffende fysieke schaalgrootte is:

> **Deelvraag 5:**
> Wat is de invloed van fysieke schaalgrootte op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?

De hieraan gekoppelde hypothesen uit hoofdstuk 3, Theoretisch kader, zijn weergegeven in Tabel 29, waarin is aangegeven welke thema's vanuit de narratieven en observaties zijn gebruikt om de hypothesen te toetsen. Alleen die thema's zijn opgenomen in de hoofdtekst van het proefschrift, de overige in bijlage 18, Patronen interviews.

Tabel 29 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Fysieke Schaalgrootte

Hypothesen en aanvullende bevindingen	Thema's	Observaties
H2: Het grotere inwoneraantal in steden leidt tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993).	Aard en kwaliteit voorzieningen (6.3.2)	Nee
H3: Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk (Bussemaker, 2009a; te Boekhorst, et al., 2008).	Onderling contact (6.3.2) Contact (klein)kinderen(6.3.2) Contact buiten de activiteiten (6.3.2) Hoeveelheid voorzieningen (6.3.3) Aard en kwaliteit voorzieningen (6.3.3) Verbondenheid (6.3.4) Sociale controle (6.3.4) Eenzaamheid (6.3.4) Organisatie (0)	Sfeer/leefklimaat (6.3.5) Menging met de buurt Veiligheid (6.3.5)
H4: De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio, wèl afhankelijk van de situering in dorp of stad.	Kwantitatieve analyse (6.3.1) Onderling contact (6.3.2) Hoeveelheid voorzieningen (6.3.3) Aard en kwaliteit voorzieningen (6.3.3) Verbondenheid (6.3.4) Sociale controle (6.3.4)	Sfeer/leefklimaat (6.3.5) Menging met de buurt Veiligheid (6.3.5)
Aanvullende bevindingen	Informele zorg (6.3.3) Participatie (6.3.3) Vrijwilligers (6.3.3) Gemeenschappelijke ruimte (6.3.3) Fysieke Veiligheid (6.3.4) Veiligheid door zorg (6.3.4)	Nee

Om de invloed van fysieke schaalgrootte te kunnen analyseren zijn de interviews gegroepeerd in drie sets naar fysieke schaalgrootte: (zeer) Kleinschalig, Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig, zie tabel 30.

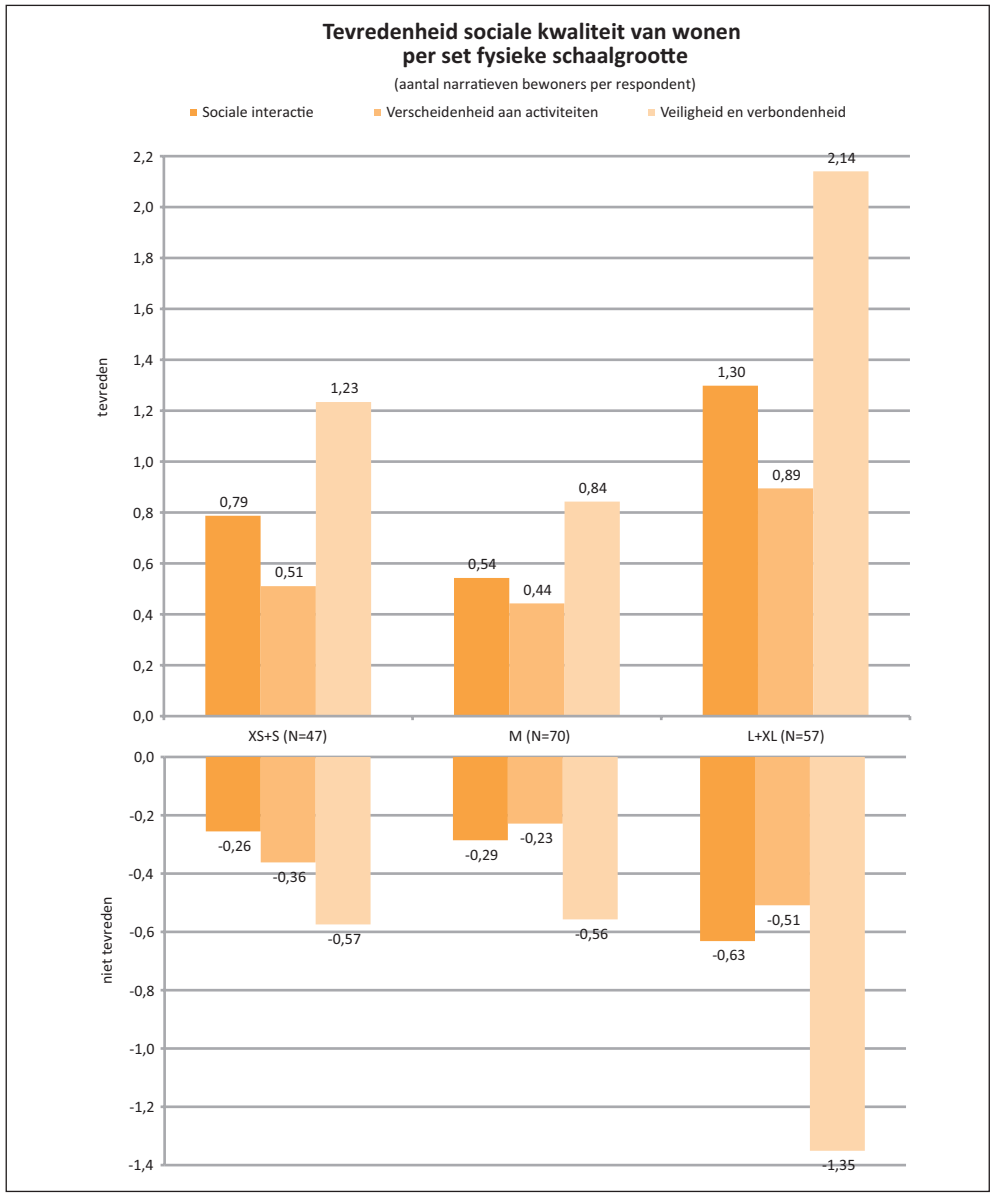
Tabel 30 Strategische selectie fysieke schaalgrootte

(zeer) Kleinschalig < 80 wooneenheden	Middelgrootschalig 81–130 wooneenheden	(zeer) Grootschalig > 131 wooneenheden
De Wemel, Wemeldinge **De Sfinx,** Zeewolde **Eilandstaete,** Arnhem **De Berken,** Millheeze **Domus Bona Ventura,** Nederweert **Huize St. Franciscus,** Veendam **Nij Dekama,** Weidum	**Jean Sibelius,** Eindhoven **De Schermerij,** Leersum **Rigtershof,** Grootebroek **Onderwatershof,** Rijswijk **BaLaDe,** Waalwijk **'t Derkshoes,** Westerbork **Het Reggedal,** Enter **Het Spijk,** Eefde **St. Annahof,** Uden	**Bergweg,** Rotterdam **De Pleinen,** Ede **Reinaldahuis,** Haarlem **Parc Imstenrade,** Heerlen **Menno Simons,** Amsterdam **Mercator,** Groningen **Huis ter Leede,** Leerdam **Malburgstaete,** Arnhem
7 cases	9 cases	8 cases

Voor deze analyse zijn alleen de bewonersinterviews geselecteerd, omdat we meer willen weten van de door de bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen. De analyse vindt plaats per code en ook de relaties tussen codes worden geanalyseerd.
De analyse van de narratieven en patronen bestaat uit een kwantitatief deel in deelparagraaf 6.3.1 en een kwalitatief deel in deelparagraaf 6.3.2 t/m 6.3.4.
In het kwantitatieve deel wordt de respons per indicator en per groep geïnterviewden bezien evenals opvallende zaken in de spreiding. Dit kan enerzijds aanleiding geven tot verscherpte aandacht voor het bereiken van saturatie en anderzijds voor verscherpte aandacht voor opvallende verbanden of verschillen. In het kwalitatieve deel volgt de inhoudelijke analyse van de patronen, ondersteund met representatieve narratieven. Deze is uitgesplitst naar de indicatoren ervaren sociale interactie, ervaren verscheidenheid aan activiteiten en ervaren veiligheid en verbondenheid. In deelparagraaf 6.3.5 volgen de resultaten van de observaties van het onderzoeksteam. De triangulatie van de verschillende deelresultaten en het formuleren van conclusies ten aanzien van de invloed van fysieke schaalgrootte op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen staat beschreven in hoofdstuk 8.

6.3.1 Kwantitatieve analyse narratieven fysieke schaalgrootte

Om een indruk te geven van de spreiding in narratieven en daarmee in aandacht en mogelijk verschil in belang van de drie verschillende indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen, zijn in onderstaande overzichten de aantallen narratieven per indicator aangegeven, gegroepeerd naar de fysieke schaalgrootte van de complexen.



Figuur 89 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set fysieke schaalgrootte

In figuur 89 zijn de queries per respondent weergegeven. Dit in verband met het verschillend aantal complexen en respondenten per set. Daarbij is onderscheid gemaakt in narratieven met een positieve betekenis, namelijk met codes 'Tevreden' en een negatieve betekenis, met codes 'Niet tevreden'.

Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set fysieke schaalgrootte

Resultaat

Alle drie de indicatoren sociale kwaliteit van wonen komen in alle drie naar fysieke schaalgrootte geordende sets in voldoende mate voor om patronen te destilleren, zowel bij de narratieven Tevreden als Niet tevreden.

Bij de (zeer) grootschalige complexen zien we bijna het dubbele aantal narratieven per respondent.

De indicator Veiligheid en verbondenheid kent bij alle drie de sets het hoogste aantal narratieven, de indicator Verscheidenheid aan activiteiten kent bij alle drie de sets het laagste aantal narratieven.

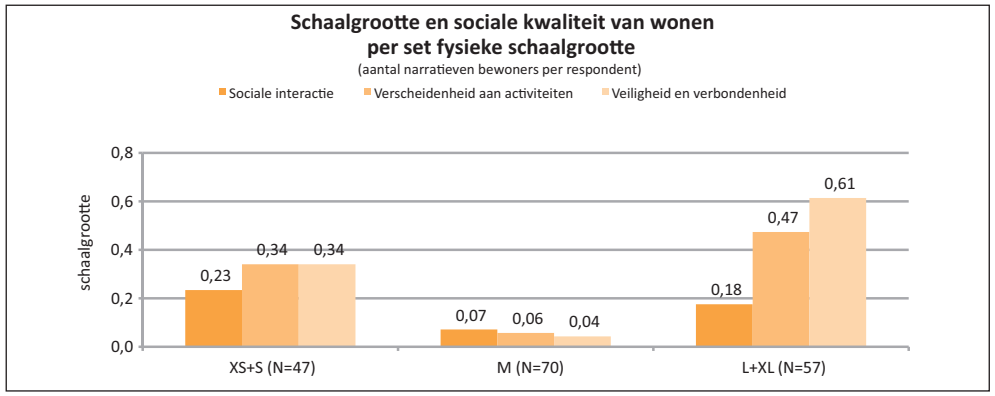
De narratieven Niet tevreden zijn in de minderheid, gemiddeld de helft van de narratieven Tevreden. Bij de indicator Sociale interactie is het verschil tussen narratieven Tevreden en Niet tevreden in de sets (zeer) Kleinschalig duidelijk groter dan bij de set Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig.

Reflectie

De narratieven Niet tevreden zijn in de minderheid, en duidelijk minder dan verwacht als gevolg van cognitieve dissonantiereductie of de discrepantie tevredenheidsparadox (Kunzmann et al., 2000; Zapf, 1984). Deze beschrijven de neiging, zeker bij oudere respondenten, om in eerste instantie positief te reageren en pas in derde of vierde instantie met negatieve ervaringen te komen. De relatief hogere dan verwachte negatieve uitspraken zouden op daadwerkelijk relatief hogere negatieve ervaringen kunnen duiden of op een evenwichtiger beeld als gevolg van de gebruikte zeer indirecte interviewmethode.

Veiligheid en verbondenheid lijkt een relatief belangrijker item, Verscheidenheid aan activiteiten juist minder belangrijk. Sociale interactie lijkt bij (zeer) Kleinschalige complexen positiever ervaren te worden.

De respondenten in de (zeer) Grootschalige complexen zijn duidelijk spraakzamer, meer mededeelzaam. De grotere spraakzaamheid van de respondenten in de (zeer) Grootschalige complexen zou met de stedelijke context te maken kunnen hebben, waardoor een grotere extravertheid een rol kan spelen. Als we kijken naar de resultaten van de controlevariabele ligging in dorp/stad en ligging in regio, respectievelijk figuur 84 en figuur 83, zien we dat de respondenten in de stad en de regio West en Zuid meer uitspraken doen.



Figuur 90 Schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen per set fysieke schaalgrootte

In figuur 90 zijn de aantallen narratieven binnen de queries Schaalgrootte x indicator van Sociale kwaliteit van wonen aangegeven. Dit kunnen narratieven zijn waarbij een direct verband tussen deze beiden onderzoeksvariabelen wordt aangegeven door de bewoners.

Resultaat
De middelgrote complexen scoren laag in aantallen narratieven.
Bij de (zeer) grote complexen levert deze query de meeste uitspraken op.
De indicator Verscheidenheid aan activiteiten scoort hoger ten opzichte van de scores bij de relatie Tevredenheid in figuur 89.

Reflectie
Mogelijke verklaring voor het minder noemen van deze relaties in deze set zou kunnen zijn dat door de middelmaat Schaalgrootte geen nadrukkelijk item is, dan wel er minder een besef van bestaat bij de bewoners, in elk geval niet in relatie tot de indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen. Het hogere aantal narratieven bij (zeer) grote complexen bij Verscheidenheid aan activiteiten en Veiligheid en verbondenheid duidt op een relatief groot belang wat de betreffende bewoners hieraan in de gesprekken geven.
De hogere score voor Verscheidenheid aan activiteiten in relatie tot Schaalgrootte kan wijzen op een koppeling die bewoners leggen tussen deze beide begrippen.
De vraag is of de respondenten in de middelgrootschalige complexen wel een besef van deze “middelmaat” hebben. Het ontbreken van dat besef oogt plausibel.
Voor de genoemde andere opvallend hogere aantallen narratieven zal de inhoudelijke analyse tot meer inzicht kunnen leiden.

6.3.2 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren sociale interactie

In de deelparagrafen 6.3.2 t/m 6.3.4 worden de patronen per set fysieke schaalgrootte weergegeven, onderling vergeleken, ingedikt en gecombineerd. In deze deelparagraaf per indicator sociale kwaliteit van wonen in relatie tot de invloed van de fysieke schaalgrootte. De reflecties op de patronen worden geïllustreerd met representatieve narratieven.
In bijlage 18, Patronen interviews, zijn de uitgebreide, bewerkte resultaten opgenomen, waarbij de narratieven ook kwantitatief zijn gescoord. Het is van belang te beseffen dat de aantallen respondenten binnen deze sets fysieke schaalgrootte relatief beperkt verschillen, namelijk 47, 70 en 57 respondenten. Uitgaande van een theoretische saturatie bij 30 respondenten, wordt deze theoretische waarde in alle sets tweemaal behaald. De aantallen narratieven zijn dus ook in relatieve zin vergelijkbaar tussen de sets fysieke schaalgrootte.

Er waren vooraf geen queries Tevredenheid x Fysieke schaalgrootte gepland in de analyse. Aangezien deze bij de eerste verkenning van narratieven wel voor Doelgroepenmenging en Voorzieningenniveau zijn gemaakt, is achteraf nagegaan of een query Tevredenheid x Fysieke schaalgrootte extra informatie zou opleveren buiten de reeds uitgevoerde queries. Dit bleek niet het geval, enerzijds omdat de narratieven alle in de reeds geanalyseerde queries voorkwamen en anderzijds omdat er niet of nauwelijks directe uitspraken over fysieke schaalgrootte door bewoners waren gedaan.

In deze deelparagraaf zijn de reflecties betreffende de invloed van fysieke schaalgrootte op de ervaren sociale interactie gegroepeerd in de volgende vier thema’s: Onderling contact, Contact buiten de activiteiten, Op zichzelf en Contact (klein)kinderen.

Onderling contact

Reflectie

Sociale interactie wordt over het algemeen gewaardeerd door de bewoners. Bewoners vinden het erg prettig om met elkaar te praten, koffie te drinken of samen activiteiten te doen. De sociale contacten worden als voordeel gezien van het wonen in een woon-zorgcomplex. Dit geldt voor alle sets fysieke schaalgrootte, waarbij de activiteiten in een kleiner complex wel crucialer zijn voor sociale interactie. Als grootste voordeel van de (zeer) Grootschalige complexen wordt keuze in contacten genoemd.

De sociale functie van het woonzorgcomplex is zeer groot. Dit geldt voor alle schaalgroottes en elke situering. De rol die de activiteiten in het complex daarbij spelen lijken groter voor de kleinschalige complexen, mogelijk door het ontbreken van voorzieningen in de omgeving.

De grotere keuze in contacten en activiteiten in (zeer) Grootschalige complexen wordt nadrukkelijk genoemd. Deze zou aan de stedelijke leefwijze van de bewoners en meer keuzerijke context van die complexen gerelateerd kunnen zijn.

"Maar het is ook heel erg belangrijk vind ik het sociaal gebeuren gewoon. Mensen leven daar heel erg naar toe. En vinden het ontzettend leuk om het te doen gewoon."

(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Ik zou voor geen goud meer terug willen naar mijn seniorenwoning… Tja, met de mensen is hier prima omgaan. En hele goeie contacten met de buren … maandag en donderdag is het koffie drinken. Als je wil, kan je iedere avond een kaartje leggen hier."

(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik denk persoonlijk dat een groter complex beter is… dat je ook meer kansen hebt om vrienden en kennissen te krijgen."

(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Ik vind het goed zo, ja. Want dan heb je ook nog verschillende typen mensen. Dan kan je zeggen "nou, bij de één, nou, dat is niet zo mijn type", en de ander die spreekt je meer aan, hè? En als je een hele kleine groep hebt dan ben je teveel op elkaar aangewezen."

(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

"Nee hoor. Daar heb ik eigenlijk nooit over nagedacht. Het is gezellig, als er wat te doen is. In het begin gingen we naar beneden, en daar was het altijd leuk. Mensen zijn ook allemaal aardig, ik weet het niet."

(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Contact buiten de activiteiten

Reflectie

Contact tussen bewoners onderling buiten de activiteiten lijkt bij middelgrootsschalige en grootschalige complexen meer voor te komen. In kleine complexen, in elk geval als het om een dorp gaat, is er minder keuze buiten het complex om. Bewoners noemen in dit geval dat ze niet veel om de interne contacten en activiteiten geven; en hun eigen dag invullen. Grootschaligheid lijkt contact met buiten te stimuleren, hoewel de meer voorkomende ligging in een stedelijke situatie van invloed kan zijn door de aanwezigheid van externe voorzieningen of door een meer stedelijke leefstijl.

"Zijn vrouw die moet drie keer in de week moet die dialyseren... de man dus, die komt dinsdags 's middags … naar mij toe… drinken we een glas port… Donderdag 's middags dan ga ik naar hem toe. Zaterdag 's morgens dan komt hij met een zwager van hem … en dan drinken we allen maar een borreltje. En dan zaterdag 's middags … dan ga ik weer naar hem toe."

(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet Gemengd - Basis)

Op zichzelf

Reflectie

Er zijn ook bewoners die geen behoefte hebben aan de gezamenlijke activiteiten, al dan niet los van het aanbod. Die ziet men niet of weinig. Veelal hebben deze bewoners van zich zelf al een druk sociaal schema. Ze lijken dus voldoende sociale contacten buiten de activiteiten van het complex om te hebben. Dit laatste lijkt het sterkst bij grotere complexen, in kleine complexen is men toch meer op interne contacten en activiteiten gericht.

De grote sociale betekenis van het complexgewijze wonen geldt niet voor alle bewoners. Een deel is gericht op een sociaal leven buiten het complex, met name in grootschalige complexen. Mogelijk omdat de kleine complexen in dorpen staan, waar verder minder voorzieningen zijn.

"Ik lees graag, ik puzzel, ik vind het prettig in mijn eigen huis. En heb je zin om hier te zitten dan doe je dat. Maar het zijn die alleen zijn, die dames. Die hebben dan geen man meer en dan zoeken ze gezelligheid bij elkaar."

(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Ik amuseer me kostelijk alleen. En ik heb geen zin in bingo, en ik heb geen zin in spelletjes. Muziek heb ik wel zin in, maar ik ben een heel verwend mens wat dat betreft… Ik heb het wel geprobeerd, omdat ik het nodig vond dat ik het deed. En ik ken ook genoeg mensen, hoor, daar gaat het niet om."

(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

Contact (klein)kinderen

Reflectie

Contact met kinderen en kleinkinderen wordt nadrukkelijk genoemd en gekoppeld aan ervaren eenzaamheid, met name bij (zeer) kleinschalige en middelgrootschalige complexen.

De vraag is of de wens tot contact met kinderen en kleinkinderen in de kleinschalige en middelgrootschalige projecten meer tot uiting komt door een kleinere leefwereld of bijvoorbeeld doordat de kinderen en kleinkinderen mogelijk dichterbij wonen.

"Oma we zouden veel meer naar u toe komen, maar als we even tijd hebben dan moeten we het aan de kinderen besteden hè.
"Ik zeg nou dat begrijp ik... en ik ben blij als ze komen… maar er zijn mensen waar de kinders haast nooit komen. Ja en gewoon veel verdriet. Ja, dat ken ik gelukkig niet."

(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Want ja, mijn zoon… die zit niet tot zóver in het werk maar tot zóver… het kan zijn dat hij hier over zessen is, maar het kan ook zijn dat hij hier om half zes is… En daar zit je dan mee: het wachten. Het wachten. Een kwartier wachten."

(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

"Eenzaam en niet alleen (lacht). Nou ja, er zijn inderdaad van die zondagen dat je de hele dag inderdaad alleen zit. Maar ja, de kinderen hebben hun eigen leven."

(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

6.3.3 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van fysieke schaalgrootte op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende vijf thema's: Hoeveelheid voorzieningen, Aard en kwaliteit voorzieningen, Informele zorg, Participatie en Vrijwilligers.

Hoeveelheid voorzieningen

Reflectie

Over het kwantitatieve aanbod van de activiteiten zijn de bewoners in het algemeen tevreden. Dat geldt voor alle sets Schaalgrootte. Wel worden voldoende activiteiten in het weekend gemist.

In de set (zeer) Kleinschalig wordt aangegeven dat het soms te geringe aanbod mede door de beperkte potentiële deelname komt. Lokale instanties en bewoners zelf spelen hier een grotere rol bij de activiteiten. De sociale interactie is in kleine complexen nadrukkelijker verbonden aan de interne activiteiten. Ook de gewenste regelmaat en houvast in het dagritme spelen hier nadrukkelijker, waarschijnlijk door het ontbreken van alternatieve activiteiten buiten het complex.

In een groot complex is meer draagvlak voor activiteiten, er is meer variatie; door de vaak stedelijke context ook buiten het complex.

"Welzijn Ouderen. Die organiseert dus hier de biljartmiddag, de kaartmiddag, de sjoelmiddag, de gymnastiek. En het welfarewerk. Nee dat doen ze van het Rode Kruis… sociaal café eh nou wat zit er nog meer? Er zit dus bijvoorbeeld yoga … Plattelandsvrouwen. Nederlandse Plattelandsvrouwen organiseert zelf hun avonden."

(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet gemengd - Basis)

"Ja, maar als je een paasbingo hebt dan heb iedereen een prijs…
…hij organiseert het allemaal maar er is weinig animo voor…
Dan organiseer je wat en dan komen ze niet. Daar doe je niks tegen."

(Bewoner Eilandstaete, Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Maandags is het kienen… dinsdagsavond is er kaarten en biljarten voor de mannen. Woensdags is er meestal niks te doen, dan komt er een keer iemand zingen of een filmdraaien of wat. Donderdags is het weer kaartavond. Vrijdags is het de ene week sjoelen en de andere week zangkoor, vrijdags is het altijd friet eten. Kijk dus het is alles bij elkaar, je hoeft je eigen niet te vereenzamen laat ik het zo zeggen."

(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"In huis hoef ik niks te wensen, ik zou enkel wensen dat er iets meer te doen was. Want zoals zaterdags als zondags is hier niets, maar dan ook niets te doen."

(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

Aard en kwaliteit voorzieningen

Reflectie

Over het kwalitatieve aanbod van de activiteiten zijn de bewoners wisselend tevreden. Een behoorlijke minderheid vindt het kwalitatieve aanbod van activiteiten onvoldoende. Daarbij wordt ontbreken van de afstemming op de doelgroep qua niveau, geslacht en vitaliteit genoemd. Ook dit geldt over de gehele populatie, waarbij de nood hoger lijkt in de set (zeer) Kleinschalig en de roep om variatie groter in de set (zeer) Grootschalig.

In de set (zeer) Kleinschalig wordt de nadruk gelegd op het punt dat er voldoende activiteiten zijn en dat men daar ook van afhankelijk is. In de set (zeer) Grootschalig wordt vooral benadrukt dat er voldoende verscheidenheid is. Daar voelen de bewoners zich minder afhankelijk van het (interne) aanbod aan activiteiten.

In de set (zeer) Kleinschalig geven de bewoners aan dat er soms te weinig mensen zijn om een activiteit op te zetten. Dit heeft vooral nadelige consequenties voor het niveau van het aanbod en voor activiteiten voor mannen. Een en ander hangt sterk af van de medeverantwoordelijkheid die bewoners voelen voor activiteiten; de vraag is of en hoe die gerelateerd is aan schaalgrootte en situering.

"Je hoort een jaar lang keyboardmuziek en dan zeg ik: kan ik niet een keer een dwarsfluit horen of iets anders … waarom moeten die 20% klassiek dan naar 80% hoempahoempa luisteren? Dus ik heb hier cultureel niks te verwachten."
(Bewoner Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

"Nee, er moet dus heel iets bijzonders zijn. Wij zijn voor een tijdje terug geweest en toen ging het over de strippenkaarten en zo … Ja het is voor oude mensen vinden we. Ha ha... Ja kun je nagaan hoe wij dan ons eigenlijk voelen hè."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ja, potjes opmaken, bloemen opmaken, en plakken en kaarten maken en dergelijke dingen… niet iets voor…echt voor mannen…wat ik hier zo mis: een ruimte … waar je dus ook een keer kunt zagen, en eens een schuurmachine neer kunt zetten."
(Bewoner Het Spijk, Eefde: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Informele zorg

Reflectie

Informele zorg lijkt niet of nauwelijks op het netvlies van bewoners te staan.

De huidige generatie ouderen in de complexen gaan in hun verhalen nog sterk van formele zorg uit. Of dit een gevolg is van de vaak oudere bewonerssamenstelling of een kwestie van bewustwording is niet duidelijk.

"Ik zou het niet doen, als ik een jongere was, om een oudere te laten zitten. Tegenwoordig is ieder voor zich. Als ik het maar heb, en als ik er maar ben. Er is niemand die zegt: Kan ik eens wat boodschappen voor je doen?"
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"En als ik op een gegeven moment denk: ik verveel me… dan ga ik even naar de post kijken. Kom ik wel iemand tegen, maak ik een praatje. En schuin tegenover me woont ook iemand die veel voor me doet. Als die boodschappen gaat doen zegt ze: heb je nog wat nodig?"
(Bewoner Het Spijk, Eefde: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"En dan hebben we gelukkig dat ik eigenlijk ook meewerk en ziet en oplet… En dan als er wat is, nou ja, dan waarschuw ik even de zorgcentrum. Dan zeg ik: jongens, dat mens dat gaat niet goed daaro, hè. Let eens op."
(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Participatie

Reflectie

Bij activiteiten wordt veel geleund op de formele organisatie. De huidige generatie ouderen in de complexen gaan in hun verhalen nog veelal van formele georganiseerde activiteiten uit. Of dit een gevolg is van de vaak oudere bewonerssamenstelling of een kwestie van bewustwording is de vraag.

Opvallend is dat binnen de set (zeer) Grootschalig er juist wel door veel bewoners genoemd wordt dat activiteiten worden georganiseerd met hulp van de bewoners. Het feit dat dit anders ligt binnen de set (zeer) Grootschalig zou kunnen duiden op een andere houding in een grootschaligere dan wel stedelijke context.

"Het is eigenlijk wat de mensen zelf willen. Als de mensen dingen willen en ze zijn haalbaar, ja, dan zorgen wij dat het er komt."

(Bewoner St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Ja, die heb ik wel maar dat moet je weer eerst vragen aan dat bestuur…
Ja. Wij mogen niks zelf organiseren."

(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Vrijwilligers

Reflectie

Naarmate de complexen grootschaliger zijn, lijken er minder vrijwilligers beschikbaar.

Bewoners in kleinschalige complexen vinden het vaker vanzelfsprekend dat je klaar staat voor anderen. De kleinere complexen lijken beter ingebed in de gemeenschap buiten het complex. Dit zou of aan het minder anonieme karakter van het complex zelf kunnen liggen of aan dat van de kleinschaliger omgeving buiten het complex, aangezien deze veelal in dorpen zijn gesitueerd.

Vrijwilligers van binnen het complex hebben een status aparte. Zij doen veel nuttig werk, maar dankbaarheid en kritiek kunnen beide hun deel zijn. Als vrijwilliger van binnen het complex dreig je eerder commentaar te krijgen dan wanneer je van buiten komt.

"Want ik vind dat we als vrijwilliger toch heel veel opmerkingen krijgen van bewoners…
Hé, breng eens een glas water of eh hang mijn jas eens weg of zo…
Soms denk ik ook van waar doen we het eigenlijk voor?"

(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Maar wij vervelen hier ons nooit, want er zijn hier vrijwilligers, die zijn hier altijd. Die verzorgen alles. Er is altijd wat te doen."

(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Maar het begint nu te komen dat er van buitenaf vrijwilligers komen voor de bar, we hebben een keer in de week een borrelmiddagje… En zo zijn er meer vrijwilligers nodig. Het begint een beetje te komen. Maar onder de bewoners is de animo niet groot."

(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

6.3.4 Invloed fysieke schaalgrootte op de ervaren veiligheid en verbondenheid

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van fysieke schaalgrootte op de ervaren veiligheid en verbondenheid opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd onder de volgende zes thema's: Fysieke veiligheid, Veiligheid door zorg, Verbondenheid, Relationele agressie, Sociale controle en Eenzaamheid.

Fysieke veiligheid

Reflectie

Het belang van fysieke veiligheid is hoog, bewoners voelen zich kwetsbaar. Toegangscontrole en inbraakwerende voorzieningen worden genoemd. Als beweegreden om te verhuizen wordt dit minder vaak genoemd in de set (zeer) Kleinschalig, waar men ook minder ontevreden is over de mate van aanwezige fysieke veiligheid.

Ouderen voelen zich veelal kwetsbaar: het is één van de belangrijkste redenen om te verhuizen naar complexgewijze bouw. De nood om te verhuizen lijkt groter naarmate het complex grootschaliger is. En alsnog wordt de fysieke veiligheid daar als lager ervaren. Dit zou gerelateerd kunnen zijn aan de stedelijke context en aan de als minder ervaren fysieke veiligheid of aan de grotere schaal, die meer anonimiteit brengt.

"Ik had een deurmat, van die borsteltjes, ken je dat niet? Wilden ze vuurtje op stoken bij de bank, achter de bank, dat zie je dan niet… En wat hadden ze toen nog meer… O ja, een parasolvoet. Kapot gemaakt"

(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet Gemengd - Basis)

"Ja ik, ik moet naar mijn oma ik heb de sleutel vergeten, en dan denkt zo'n vrouw, oh zo zielig die jongen die staat daar buiten... dus ik doe het maar open... Dat ligt aan onszelf… Dan wil ie gewoon binnen komen met een smoes. Ja toch?"

(Bewoner Eilandstaete, Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik zeg ik zou niet graag beneden willen wonen hoor. Ik voel me hier veiliger."

(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Ja, in het begin fase hebben we veel mensen gehad die onder de trap gingen liggen. Ze kunnen vrij doorlopen, ze konden tot de 10de toelopen, en er gebeurde wel eens dingen dat was eigenlijk, daar klopt iets niet nee.."

(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Veiligheid door zorg

Reflectie

Aanwezigheid van zorg, met name 24-uurszorg geeft een nadrukkelijk gevoel van veiligheid, zeker in combinatie met alarmeringsvoorzieningen. Dit wordt in alle sets fysieke schaalgrootte ervaren, maar nadrukkelijker genoemd in (zeer) kleinschalige complexen. Het is een geruststelling dat er snel iemand beschikbaar is. En het wordt gewaardeerd dat zorgverleners fysiek aanwezig zijn.

"We hoeven nog geen sleutel te hebben maar we drukken bij uw man op de bel...
Als hij niet open doet dan ligt hij dood op de vloer...
Maar ik wil nog iedere keer een puntje aangeven hoe plezierig ik het heb ervaren."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"De dames zijn altijd bezig, we hebben een belletje om…..
Kom ik hier te vallen, dan druk ik op dit knopje. Wat is er, waar bent u? Dat vragen ze dan… dan kun je vertellen wat je hebt, en dan komen ze."
(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Er zit hier verder niets waar je ook een melding kan doen.
Er is 's nachts niemand die mij kan helpen als ik ziek word."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Wat heet veilig? Ik ben er nu wel van overtuigd dat ze komen als ik bel,
want daar was eerst onduidelijkheid over… en daar moet je dan op hopen.
Het vertrouwen in de zorg ga ik helemaal verliezen, dat is een groter probleem."
(Bewoner Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

"Dat is een soort geruststelling,
maar we hebben er nog geen gebruik van hoeven maken, gelukkig."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

Verbondenheid

Reflectie

Sociale interactie stimuleert de saamhorigheid, zeker voor hen die niet uit de streek komen. Woonzorgcomplexen worden als een warm en veilig huis ervaren. Het kan geen eenzaamheid voorkomen maar wel verzachten.
In een klein complex moet je het doen met de groep die je om je heen hebt. Een middelgroot complex heeft als voordeel dat er altijd wel iemand te vinden is voor een praatje. Het heeft ook nog het voordeel van een dorps karakter, al wordt soms de meer intieme schaal gemist. Een groot complex heeft dat niet, bewoners kunnen echter kiezen met wie men om wil gaan. Een groot complex kan wel ongezellig en kaal aandoen.
Er is in alle sets fysieke schaalgrootte ook sprake van groepsvorming en uitsluiting. Ertussen komen en de eerste contacten leggen is soms lastig, vooral als nieuweling van buiten de directe omgeving. Dit speelt met name in kleinschalige en middelgrootschalige complexen. In kleine complexen wordt ervaren dat men heden ten dage minder klaar staat voor elkaar.

"Ik ben vijftig jaar weg geweest en ik, ja dat maakt toch verschil. Ook met de mentaliteit van de mensen hier. Dat is voor mij best moeilijk geweest, en nog."
(Bewoner Huize St. Franciscus, Veendam: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Hier heb je dat nog mooi in een groep, we kennen, iedereen kent elkaar het is wat kleinschaliger. Dat is ergens voor ons veel mooier als dat hele grote."
(Bewoner Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Ik noem het allemaal een straatje met vijf buren, en we hebben allemaal plantjes en schilderijtjes… Ja. En van X die heeft heel veel schilderijen zelf gemaakt. Echt gezellig."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Het is er ontzettend stil hè in dit gebouw natuurlijk.
Allemaal van die gangen. Dat bevreemdt wel eens. "
(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Waar ze met zijn tienen een geweldig leven hebben. Maar dat is dan wel toeval. Terwijl hier in zo'n groot complex, vind je altijd mensen met wie je plezier kunt hebben."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

Relationele agressie

Reflectie

Roddelen en zeker uitsluiten of zich uitgesloten voelen bij activiteiten is een vervelend probleem en wordt genoemd bij alle sets fysieke schaalgrootte. Roddelen wordt nadrukkelijker genoemd in kleinschalige en middelgrootschalige complexen. Soms blijven bewoners weg bij activiteiten of de gemeenschappelijker ruimte vanwege het roddelen.
Sommige bewoners trekken zich er minder van aan of vinden dat het geen probleem is, vooral in kleinschalige en middelgrootschalige complexen; sommige bewoners zijn hier meer gevoelig voor.

"Nou op zich moet dat natuurlijk niet kunnen. Op zich...
Je kan je ogen ervoor sluiten of je oren in dit geval. Maar, het gebeurt gewoon…
… Er zijn wel eens momenten dat je zegt, ja, maar nu gaan ze te ver."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Maar dan hebben we hier nog een eh een complexje seniorenwoningen…
die willen eigenlijk bij onze koffie morgen er komen.
En eh dat willen wij dus niet. Dus toch een soort groepsvorming."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet gemengd - Basis)

"Zolang je je nieuwsgierigheid kunt bevredigen. Maar daarom is het juist zo'n dorp…
Maar dan zie je dat en het blijven mensen. Hoe je het ook bekijkt."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"En dan aan de ene kant is dat wel prettig natuurlijk…
wordt er iets verteld wat of eigenlijk verkeerd naverteld wordt...
Want als je iets moet doorgeven dan blijft er van het hele verhaal niks meer over."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet Gemengd - Basis)

Sociale controle

Reflectie

De sociale controle in de complexen heeft voors en tegens. Bewoners houden een oogje in het zeil, waarschuwt de zorg als iemand niet bij het koffie-uurtje verschijnt. Echter, wanneer dit doorslaat in echte controle wordt dit minder positief ervaren. De negatieve kant van sociale controle zijn pesterijen en roddelen. Oude mensen kunnen elkaar het leven zuur maken. Dit negatieve aspect speelt nadrukkelijker in (zeer) kleinschalige complexen. In middelgrootschalige complexen wordt de sociale controle positiever ervaren. In (zeer) grootschalige complexen voelen bewoners zich anoniemer achter de voordeur en wordt de grotere privacy die het zorgpersoneel biedt genoemd.

"En als er wat te doen is, en mensen die altijd komen zeggen van: Hé, waar mevrouw is die of die? Doet die niet mee? En dat is het voordeel van kleinschaligheid."
(Bewoner St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Je kunt hier opgaan in je anonimiteit want je hebt je eigen voor- en achterdeur."
(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Moet je daarvoor met meer zijn of moet je het juist kleiner maken zodat het nog meer een groepje wordt? Ik zie nog geen nadelen… kleiner dan… nou dan zit je misschien meer op elkaars lip... de sociale controle is natuurlijk hier toch al… heel erg hè."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Problemen. Maar er zijn ook mensen die dat horen, en dan in het glazen huis. Oh, had je dat gehoord. Die had ook de broek vol. Ik hoorde dat die net werd gebeld. Nou dus ik vind dat voor privacy niet echt geweldig."
(Bewoner Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Eenzaamheid

Reflectie

Eenzaamheid is een probleem onder ouderen, ontbreken van familie dichtbij of wegvallen van partner als klankbord maakt dit extra zwaar. Veel bewoners verhuizen om die reden naar een complex en voelen zich dan niet meer zo alleen, echter de eenzaamheid blijft. In grootschalige complexen wordt ondanks de vele mensen en de gezelligheid meer genoemd. Hoewel er in een klein complex eerder naar je omgekeken wordt, gaat het er ook om of de bewoner contacten kan of wil leggen. Indien dit niet gebeurt, kan eenzaamheid ontstaan.

"Ja, dan zitten ze met een dertig, veertig man bij mekaar aan tafel te kletsen. Daarna is die brug ook niet zo groot meer om … daar 's avonds binnen te lopen."
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ja, daar beneden biljarten ze veel, en kaarten, maar daar ben ik nooit zo'n liefhebber van. Tja, toen mijn vrouw nog leefde ging ik ook nooit naar beneden."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde:Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Het lijkt er wel op of de meeste eenzamen hun probleem koesteren. Dan zeg je tegen iemand, … ga je mee naar dat concert...? Nee ik ga niet mee, want ik ben eenzaam."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"En toen mijn man nog leefde had ik een klankbord. En die muren daar kan ik wel tegen zitten kletsen, maar die zeggen niks terug. Voel je?
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig – Niet Gemengd - Basis)

"Ja, het is zeven verdiepingen. En dan krijg je natuurlijk die vereenzaming."
(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Als iemand eenzaam is om dat hij/zij een partner mist kan hij wel meegaan naar dat concert maar is hij nog steeds eenzaam..."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

6.3.5 Observaties onderzoeksteam invloed fysieke schaalgrootte

In deze deelparagraaf zijn de resultaten van de uitgevoerde observaties opgenomen met betrekking tot de invloed van fysieke schaalgrootte.
Zoals aangegeven in deelparagraaf 4.4.6, zijn twee kwantitatieve observaties, gericht op de sociale kwaliteit van wonen, bruikbaar voor de analyse. Er is geen bruikbare kwantitatieve observatie die rechtstreeks betrekking heeft op de invloed van fysieke schaalgrootte. Wel kunnen de resultaten van deze twee observaties geordend worden naar de sets fysieke schaalgrootte.

In de tabellen zijn in de rijen de sets fysieke schaalgrootte weergegeven, met daarbij het aantal malen dat een observatiescore is gegeven.
De hoogste waarde is de hoogste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set. De gemiddelde waarde is de gemiddelde waarde door de observatieteamleden gegeven alle complexen in die set. De laagste waarde is de laagste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set.

Tabel 31 Beschrijf de sfeer/ het leefklimaat in het complex
Resultaten observaties (N=147) per set Fysieke schaalgrootte

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig			2	2	2
Middelgrootschalig				7	2
(zeer) Grootschalig				5	3
Gemiddelde waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig		1	2	4	
Middelgrootschalig		1	3	5	
(zeer) Grootschalig			3	5	
Laagste waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig	1	2	2	2	
Middelgrootschalig	1	2	4	2	
(zeer) Grootschalig	1	3	3	1	

Resultaten
Bij de hoogste waarden in de set (zeer) Kleinschalig zijn er lagere teamobservaties.
Bij de gemiddelde waarden is er een nagenoeg gelijke spreiding, behalve het ontbreken van een negatieve waarde bij de set (zeer) Grootschalig.
Bij de laagste waarden is er een grote spreiding, nagenoeg gelijk verdeeld over de sets fysieke schaalgrootte.

Reflectie
Zowel de lagere hoogste waarden voor kleinschalige complexen als het ontbreken van negatieve waarden voor grootschalige complexen wijzen op een zwakke relatie met een grotere schaal van de door het onderzoeksteam ervaren sfeer/leefklimaat. Dit terwijl de relatief grote spreiding onder de laagste waarden gelijk is verdeeld.
De observatie van de sfeer c.q. het leefklimaat binnen de woonzorgcomplexen door het onderzoeksteam levert een nagenoeg eenduidig beeld over de sets fysieke schaalgrootte. Er is slechts op delen een zwakke relatie tussen positievere sfeer/leefklimaat en een grotere fysieke schaalgrootte te constateren.

Tabel 32 Zou je jezelf hier veilig voelen?
Resultaten observaties (N=147) per set Fysieke schaalgrootte

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig				2	5
Middelgrootschalig				5	4
(zeer) Grootschalig				5	3
Gemiddelde waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig				7	
Middelgrootschalig			1	8	
(zeer) Grootschalig			3	5	
Laagste waarde alle observanten					
(zeer) Kleinschalig			1	6	
Middelgrootschalig		1	4	4	
(zeer) Grootschalig		4	3	1	

Resultaten
Bij de hoogste waarden in de set (zeer) Kleinschalig zijn er meer zeer positieve teamobservaties dan in de sets Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig.
Bij de gemiddelde waarden zijn er in de set (zeer) Kleinschalig meer positieve teamobservaties en in de set (zeer) Grootschalig vaker neutrale teamobservaties
Bij de laagste waarden zijn de teamobservaties positief in de (zeer) Kleinschalig, neutraler in de set Middelgrootschalig en negatiever in de set (zeer) Grootschalig

Reflectie
De teamobservaties in de set (zeer) Kleinschalig zijn positiever dan in de andere sets fysieke schaalgrootte, zowel in de hogere, gemiddelde als laagste waarden.
Een hogere ervaren veiligheid lijkt daarmee voor het onderzoeksteam gekoppeld aan een kleinere schaal. Mogelijk door de grotere intimiteit van het gebouw, een grotere rust door minder mensen, minder activiteit, minder anonimiteit. Een relatie met de meer stedelijke ligging van de grotere complexen is niet uitgesloten. De kwalitatieve analyse zal hierin meer inzicht moeten verschaffen.

6.4 Doelgroepenmenging en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen

De deelvraag betreffende doelgroepenmenging is:

> **Deelvraag 6:**
> Wat is de invloed van de doelgroepenmenging op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?

De hieraan gekoppelde hypothesen uit hoofdstuk 3, Theoretisch kader, zijn weergegeven in Tabel 33, waarin is aangegeven welke thema's vanuit de narratieven en observaties zijn gebruikt om de hypothesen te toetsen. Alleen die thema's zijn opgenomen in de hoofdtekst van het proefschrift, de overige thema's zijn te vinden in bijlage 18, Patronen interviews. De observaties leverde ten aanzien van doelgroepenmenging geen resultaten.

Tabel 33 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Doelgroepenmenging

Hypothesen en aanvullende bevindingen	Thema's	Observaties
H6: Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.	Menging binnen het complex (6.4.4) Informele zorg (6.4.3) Eenzaamheid (6.4.4)	nee
H7: Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere doelgroepenmenging ondersteunen (Jacobs, 1993)	Sociale controle (6.4.4)	nee
H8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.	Menging binnen het complex (6.4.4)	nee
Aanvullende bevindingen	Informele zorg (6.4.3) Relationele agressie (6.4.4)	nee
Hypothesen andere onderzoeksvariabelen	Hoeveelheid activeiten (6.4.3) Aard en kwaliteit voorzieningen (6.4.3)	nee

Om de invloed van doelgroepenmenging te kunnen analyseren, zijn de interviews gegroepeerd in drie sets: Niet gemengd (55+ zonder of met een lichte zorg), Gemengd met zwaardere zorg, Gemengd met zwaardere en met niet-zorg; afgekort tot respectievelijk NG, +ZZ, +ZZ+NZ.

Uit Tabel 34 blijkt dat de cases niet gelijk verdeeld zijn over de doelgroepenmenging. Veruit de meeste cases, namelijk 20 van de 24, bevinden zich in het middelste vak en zijn gemengde complexen met zwaardere zorg. De groep 55+ zonder of met lichte zorg, de doelgroep volgens de definitie van de SEV (Singelenberg, 1999) kent 3 complexen en 23 interviews, onder de theoretische saturatiegrens van 30.

De groep complexen Gemengd met zwaardere en niet-zorg kent slechts één complex en zeven interviews. Een vergelijking tussen de sets Niet gemengd en Gemengd met zwaardere zorg zal het meest betrouwbaar zijn, rekening houdend met het verschil in

aantal respondenten. Het ene complex uit Gemengd met zwaardere zorg wordt als unieke case geanalyseerd.

Tabel 34 Strategische selectie fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging

Fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging	(zeer) Kleinschalig < 80 wooneenheden	Middelgrootschalig 81–130 wooneenheden	(zeer) Grootschalig > 131 wooneenheden
Niet gemengd (55+ zonder of met lichte zorg)	**De Wemel,** Wemeldinge	**Jean Sibelius,** Eindhoven **De Schermerij,** Leersum	absent
Gemengd met zwaardere zorg	**De Sfinx,** Zeewolde **Eilandstaete**, Arnhem **De Berken,** Millheeze **Domus Bona V,** Nederweert **Huize St. Franciscus**, Veendam **Nij Dekama**, Weidum	**Rigtershof,** Grootebroek **Onderwatershof,** Rijswijk **BaLaDe,** Waalwijk **'t Derkshoes,** Westerbork **Het Reggedal,** Enter **Het Spijk,** Eefde **St. Annahof,** Uden	**Bergweg,** Rotterdam **De Pleinen,** Ede **Reinaldahuis,** Haarlem **Parc Imstenrade**, Heerlen **Menno Simons**, Amsterdam **Mercator,** Groningen **Huis ter Leede**, Leerdam
Gemengd met zwaardere en met niet-zorg	absent	absent	**Malburgstaete,** Arnhem

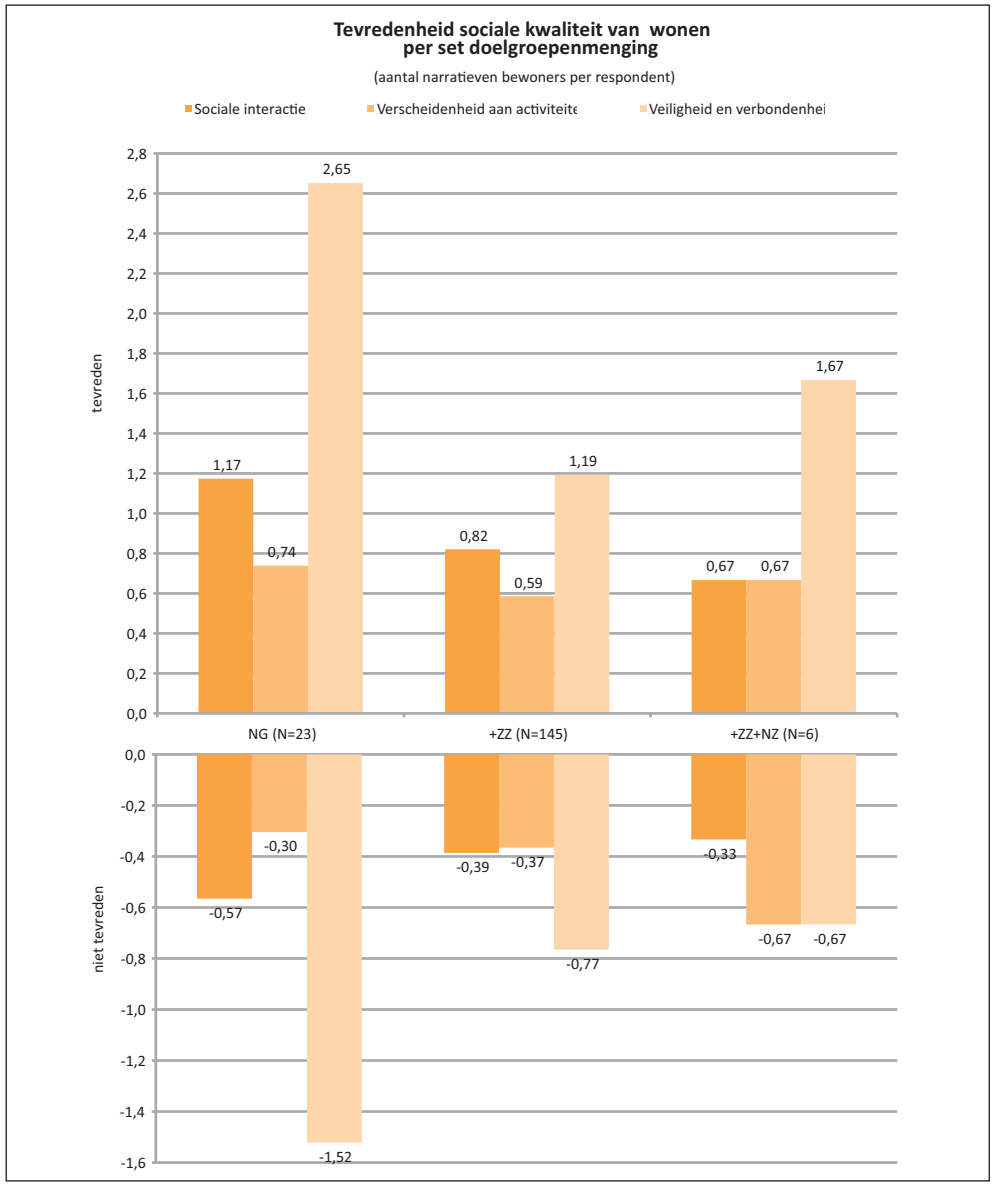
De analyse van de narratieven en patronen bestaat uit een kwantitatief deel in deelparagraaf 6.4.1 en een kwalitatief deel in deelparagraaf 6.4.2 t/m 6.4.4.

In het kwantitatieve deel wordt de respons per indicator en per groep geïnterviewden bezien evenals opvallende zaken in de spreiding. Dit kan enerzijds aanleiding geven tot verscherpte aandacht voor het bereiken van saturatie en anderzijds voor verscherpte aandacht voor opvallende verbanden of verschillen. In het kwalitatieve deel volgt de analyse van de patronen. Deze is uitgesplitst naar ervaren sociale interactie, ervaren verscheidenheid aan activiteiten en ervaren veiligheid en verbondenheid. Vervolgens volgen in deelparagraaf 6.4.5 de resultaten van de observaties van het onderzoeksteam.

De triangulatie van de verschillende deelresultaten en het formuleren van conclusies ten aanzien van de invloed van doelgroepenmenging op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen geschiedt in hoofdstuk 8.

6.4.1 Kwantitatieve analyse narratieven doelgroepenmenging

Om een indruk te geven van de spreiding in antwoorden en daarmee in aandacht en mogelijk verschil in belang van de drie verschillende indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen, zijn in onderstaande overzichten de aantallen narratieven per indicator aangegeven, gegroepeerd in sets naar de doelgroepenmenging van de complexen.



Figuur 91 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set doelgroepenmenging

In Figuur 91 zijn de aantallen narratieven binnen de queries per respondent weergegeven, in verband met het verschillend aantal complexen en respondenten per set. Daarbij is onderscheid gemaakt in narratieven met een positieve betekenis, namelijk met codes 'Tevreden' en een negatieve betekenis, met codes 'Niet tevreden'.

Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set doelgroepenmenging

Resultaat

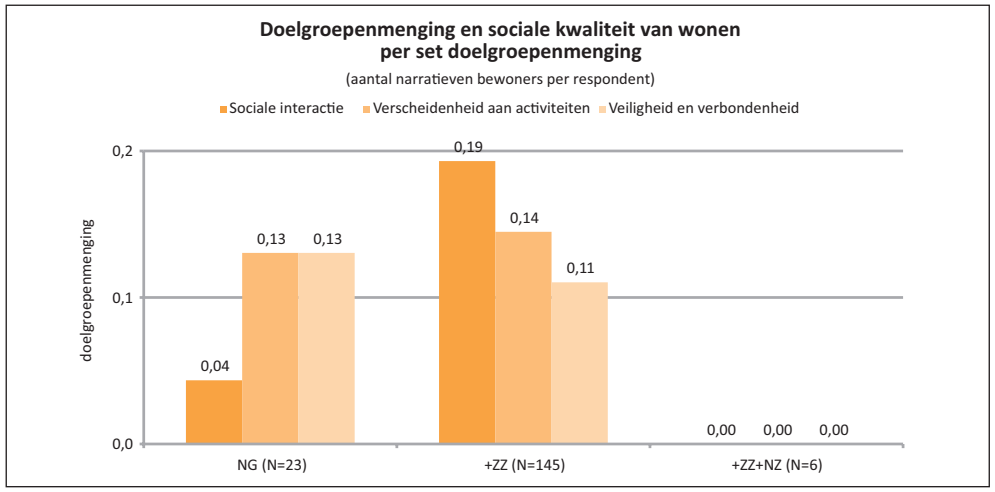
Alle drie de indicatoren komen in de eerste twee naar doelgroepenmenging geordende sets in voldoende mate voor om patronen te destilleren, zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken. In de set Gemengd met zwaardere zorg zijn weliswaar onvoldoende respondenten, maar is het patroon van de scores vergelijkbaar met dat in de andere twee categorieën. Er is geen groot verschil tussen de categorieën in totale aantallen narratieven per respondent.

Ten aanzien van de spreiding tussen de indicatoren is te constateren dat bij alle drie de sets de indicator Veiligheid en verbondenheid het grootst is, op de negatieve narratieven bij de set Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg na; bij Niet gemengd is deze relatief groter. Bij alle drie de sets is de indicator Verscheidenheid aan activiteiten het kleinst, zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken, met uitzondering van de set Gemengd met zwaardere zorg, waar het verschil minder groot is. De narratieven met Niet tevreden/Probleem zijn licht in de minderheid.

Reflectie

De narratieven Niet tevreden zijn in de minderheid en duidelijk minder dan verwacht als gevolg van cognitieve dissonantiereductie of de discrepantie tevredenheidsparadox (Kunzmann, et al., 2000; Zapf, 1984). Deze beschrijven de neiging, zeker bij oudere respondenten, om in eerste instantie positief te reageren en pas in derde of vierde instantie met negatieve ervaringen te komen. De relatief hogere dan verwachte negatieve uitspraken zouden op daadwerkelijk relatief hogere negatieve ervaringen kunnen duiden of op een evenwichtiger beeld als gevolg van de gebruikte indirecte interviewmethode.

Veiligheid en verbondenheid is een relatief belangrijk item. Opvallend is de grotere nadruk in de set Niet gemengd, nader te onderzoeken in de kwalitatieve analyse.



Figuur 92 Doelgroepenmenging en sociale kwaliteit van wonen per set doelgroepenmenging

In figuur 92 zijn de queries indicatoren van Sociale kwaliteit van wonen x Doelgroepenmenging aangegeven. Dit zijn narratieven waarbij een direct verband tussen deze beide onderzoeksvariabelen wordt aangegeven door de bewoners.

Resultaat
Ten aanzien van de rechtstreekse verbanden is opvallend dat de set met onvoldoende saturatie Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg geheel geen resultaat scoort. Naast het feit dat Sociale interactie relatief hoger scoort ten opzichte van de scores bij de koppeling aan Kwaliteit in de vorige tabellen, waar Veiligheid en verbondenheid hoog scoort. Opvallend is verder dat bij de set Niet gemengd het item Sociale interactie laag scoort.

Reflectie
De hoge scores bij Sociale interactie duiden op een relatief groot belang in relatie tot Doelgroepenmenging dat de betreffende bewoners hieraan geven.

6.4.2 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren sociale interactie

In de deelparagrafen 6.4.2 t/m 6.4.4 worden de per set doelgroepenmenging weergegeven patronen onderling vergeleken, ingedikt en gecombineerd. In deze deelparagraaf wordt per indicator sociale kwaliteit van wonen de relatie tot de invloed van de doelgroepenmenging weergegeven. De reflecties op de patronen worden geïllustreerd met representatieve narratieven.
In bijlage 18, Patronen interviews, zijn de uitgebreide, bewerkte resultaten opgenomen, waarbij de narratieven ook kwantitatief zijn gescoord. Hierbij is van belang te beseffen dat de aantallen respondenten binnen de sets nadrukkelijk verschillen, namelijk 23, 145 en 6 respondenten. Uitgaande van een theoretische saturatie bij 30 respondenten, wordt deze theoretische waarde in de set Niet gemengd eenmaal behaald, in de set Gemengd met zwaardere zorg vijfmaal. Bij de vergelijking van de aantallen narratieven tussen deze twee sets doelgroepenmenging zal dit vijfvoudige verschil meegenomen dienen te worden.
In de set Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg wordt deze saturatie niet behaald. De case Malburgstaete is daarom als een solitaire case meegenomen.

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van doelgroepenmenging op de ervaren sociale interactie opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd onder de volgende twee thema's: Onderling contact en Op zichzelf.

Onderling contact

Reflectie

Medebewoners ontmoeten elkaar vooral bij activiteiten, zoals koffiedrinken en het eten in de gemeenschappelijke ruimten. Het koffie-uur is daarbij heel erg belangrijk. Hier vindt veel sociale interactie plaats, dit geldt met name voor bewoners in complexen gemengd met zwaardere zorg. Vele bewoners in deze gemengde complexen ervaren het onderlinge contact als wisselend. Zij maken wel graag een praatje met elkaar als ze elkaar tegenkomen in de lift of op de gang en vinden dat gezellig.

Meerdere bewoners in de set Gemengd met zwaardere zorg noemen dat ze weinig contact hebben met medebewoners en vinden dat jammer. Zij hebben behoefte aan meer contact. Deze behoefte lijkt voort te komen uit het geringere aantal alternatieven in een kleine leefwereld.

"Dus echt door het samen, het gevoel dat je hier samen woont. Dat je dus ziet van nou oké dat lijkt me wel een aardige...En hij woont hier, hier vlak onder…
Ik noem mijn scootmobiel mijn cabrio hè. En eh die heeft J ook. En dan als het dan mooi weer is …dan gaan we altijd een eindje rijden… gooien we ergens het anker uit."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Nee…echt… Wij hebben hier koffie-uurtje van tien tot elf.
Vind ik ook heel gezellig. Zitten we ook met zijn allen aan de tafels, hè?
En dan wordt er gelachen en...ja, dat is echt heel mooi."
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Op zichzelf

Reflectie

Een deel van de bewoners zowel van de niet-gemengde als gemengde complexen, zijn prima op zichzelf en van niemand afhankelijk. Deze bewoners hebben wel contact met de buren.

"Nou ik heb het reuze naar mijn zin, en wat de mensen allemaal doen is ieder zijn eigen. Ik bedoel ik heb mijn eigen appartementje en ik kan zelf koken en ik kan zelf wassen … je bent niet afhankelijk van iemand anders, en dat vind ik wel heerlijk."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Heel gezellig. Ik heb 's morgens mijn eigen clubje zo'n beetje met koffie drinken. En ja, verder ben ik niet iemand die op visite gaat… Want dan heb ik mijn krantje en 's middags rust ik en dan ja ik lees graag... Maar ik kan met alle mensen goed opschieten."
(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Contact... ben geen mens voor. Ik ben graag zelfstandig, geen bemoeienis van een ander. Je kan ook koffie gaan drinken iedere week maar meestal drink ik geen koffie, want ik kan niet goed tegen koffie, maar je drinkt het toch op. Dat doe ik gewoon niet graag… dan zit ik daar anderhalf uur, of 2 uren, ik moet nog werken ook."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Ja. We hebben nooit zoveel contact met elkaar eigenlijk niet. Nee. Ik ben geen buurtloper, ben ik niet. Dus…ik mag graag op mezelf wonen. Ja, ik krijg wel visite en zo, dat allemaal wel, en ik krijg veel aanloop van kennissen, van…nou, van alles.
… Ja, ik mag hier graag wonen, dus…ja. Ik heb het goed naar de zin. Ja!"
(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

6.4.3 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van doelgroepenmenging op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd onder de volgende twee thema's: Hoeveelheid voorzieningen en Aard en kwaliteit voorzieningen.

Hoeveelheid voorzieningen

Reflectie

Ouderen in alle sets doelgroepenmenging geven gemiddeld genomen aan dat er ruim voldoende activiteiten zijn in het complex. In de set Niet gemengd geven meerdere bewoners ook aan dat het complex te klein is om voldoende activiteiten te bieden.

's Avonds en in het weekend is er te weinig te doen stellen enkelen in de set Gemengd met zwaardere zorg. De analyse van de case Gemengd met niet-zorg en zwaardere zorg levert geen voldoende gedragen informatie.

"Kijk en het weekend dat is juist het ergste als je alleen bent hè. Voor de mensen. Kijk er wonen hier natuurlijk ook veel echtparen. En die hebben daar geen last van."

(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Maar het is ook heel erg belangrijk vind ik het sociaal gebeuren gewoon. Mensen leven daar heel erg naar toe. En vinden het ontzettend leuk om het te doen gewoon."

(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

Aard en kwaliteit voorzieningen

Reflectie

Activiteiten zijn erg belangrijk voor de sociale interactie en vanuit dagbesteding. Afstemming op doelgroep, geslacht en niveau laat te wensen over, dit wordt nadrukkelijker ervaren in complexen gemengd met zwaardere zorg, waarschijnlijk en plausibel vanwege het ontbreken van alternatieve dagbesteding.

De analyse van de case Gemengd met niet-zorg en zwaardere zorg levert geen voldoende gedragen informatie.

"Ja, er is genoeg te doen, voor iedereen wat. Ik lees graag, ik puzzel, ik vind het prettig in mijn eigen huis… Maar het zijn die alleen zijn, die dames. Die hebben dan geen man meer en dan zoeken ze gezelligheid bij elkaar."

(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"En ik vind ook verder dat hier heel weinig qua ontspanning geboden wordt. En ook, op een bepaald niveau... lezingen worden gegeven, zodat je hersenen dus wat opgekrikt worden. Want juist als je ouder wordt heb je dat héél erg nodig."

(Bewoner Het Spijk, Eefde: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Wij zijn er ook nog. Dat heb ik ook al een paar keer aangegeven. Ze doen er niet veel mee. En met de bezuinigingen natuurlijk helemaal niet meer. Het is hier dan wel eenzaam."

(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

6.4.4 Invloed doelgroepenmenging op de ervaren veiligheid en verbondenheid

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van doelgroepenmenging op de ervaren veiligheid en verbondenheid opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende zeven thema's: Fysieke veiligheid, Veiligheid door zorg, Menging binnen het complex, Menging met de buurt, Verbondenheid, Relationele agressie en Eenzaamheid.

Fysieke veiligheid

Reflectie

Fysieke veiligheid is erg belangrijk voor de bewoners en vaak de primaire reden om te verhuizen naar een woonzorgcomplex; nog nadrukkelijker voor bewoners in de complexen gemengd met zwaardere zorg, waarschijnlijk en logischerwijs gekoppeld aan hun hogere kwetsbaarheid. Toegangscontrole, wonen op de verdieping, nieuwere sloten en fysieke aanwezigheid van receptiepersoneel zorgen voor het gevoel van veiligheid. Het economisch voordeel van de beveiliging door receptiepersoneel is hoger bij een toenemende fysieke schaalgrootte, maar ook bij een toenemende zorgzwaarte in het complex die voor meer financiële middelen zorgt. Toch beseffen bewoners dat inbraken nooit volledig voorkomen kunnen worden en naar binnen lopen met andere bewoners evenmin.

Het gevoel van veiligheid en de daadwerkelijke veiligheid is door de beschutte woonvorm vele malen groter dan in de oude woning, getuige de vele verhalen uit de vroegere woning en woonomgeving.

"We waren 23 jaar getrouwd. En toen was ik een paar maanden alleen… kwam er aan mijn voordeur een man... Ik kan hem nog helemaal uittekenen... en toen tikte ik zo op mijn raam… 'doe die voordeur eens open!… En daar ben ik van geschrokken, heel erg."

(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Altijd de jeugd was hier, rondom die banken, en dan vuurwerk. Toen leefde mijn man nog, op dat grasveld, ze hadden gewoon seks hoor hiervoor, echt waar hoor. Dat kon je gewoon zien vanuit de huiskamer."

(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Eh.... ja ik voel me wel veilig. Dat vind ik wel een groot. Ja, wonen dat moet. Dat moet je warmte geven, vind ik. En vooral ook veiligheid. En vooral als je ouder wordt."

(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Maar ze hadden dus het plan om die hele receptie en beveiliging weg te halen. En daar hebben wij als bewonerscommissie tegen geprotesteerd. Dat vind ik dat dat niet kan hoor. Dan krijg je zo weer rotzooi hier."

(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Veiligheid door zorg

Reflectie

De aanwezigheid van 24-uurszorg geeft een groot gevoel van veiligheid en stelt gerust, ook indien deze (nog) niet gebruikt wordt. Er wordt snel gehandeld, zorg is nabij en ook zichtbaar. Het inzetten van zorgalarmering zorgt voor een continue zekerheid in opvolging, al worden er nog altijd technische en gebruikstechnische problemen gemeld.

Het voordeel van doelgroepenmenging is de aanwezigheid van 24-uurszorg voor de zwaardere categorie bewoners, en dit is geruststellend voor de lichtere categorie; zowel zolang als zij dit niet nodig hebben, als wanneer zij dit tijdelijk of permanent wel nodig hebben. Zij hoeven op dat moment niet te verhuizen.

"Hier is 's nachts een nachtzuster… in mijn vorige huis… daar zat geen alarm in… moest ik mijn zoon 's nachts bellen. Ik vind dit veilig. Dat is fijn. Hartstikke veilig vind ik het. Absoluut, super. Dat is de reden dat ik hier terecht ben gekomen."

(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Je hebt geen last van elkaar. Je hebt een eigen voordeur en als je geen contact wilt dan houd je de voordeur dicht… Zelfstandig ja. Daar wordt ook wel door de directie en de tegenwoordige leiding ook wel een beetje de nadruk op gelegd hoor. Dat je niet moet rekenen dat iedereen alles maar voor je regelt."

(Bewoner De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"De dames zijn altijd bezig, we hebben een belletje om… Kom ik hier te vallen, dan druk ik op dit knopje... dan kun je vertellen wat je hebt, en dan komen ze. Dat is fijn, dat geeft een stuk veiliger gevoel of niet?"

(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Menging binnen het complex

Reflectie

Bewoners, met name in de set Gemengd met zwaardere zorg, geven aan dat er veel mensen uit verschillende milieus wonen. Men geeft aan dat het wel wennen is, de interactie verloopt soms moeilijk, acceptatie duurt langer, het kost moeite om ertussen te komen bijvoorbeeld omdat ze uit een ander deel van het land komen; later gaat dat beter.
In de set Gemengd met zwaardere zorg geven vele bewoners aan contact te hebben met verschillende zorgdoelgroepen. Ze ontmoeten elkaar op de gangen. Er is contact tussen de meer vitale bewoners en bewoners met zwaardere zorg.
Er is daarmee sprake van een zekere doelgroepenmenging, die je kunt stimuleren maar niet opleggen. Dit geldt met name voor de bewoners met een somatische of fysieke beperking; de scheiding tussen mensen met dementie en geestelijk gezonde mensen is nadrukkelijk. Daar is weinig sociale interactie. Enerzijds vindt men de dementie erg confronterend, anderzijds in het moeilijk om contact te leggen en te onderhouden.
Doelgroepenmenging ontstaat niet vanzelf door samenvoeging in één gebouw. Met name de scheiding tussen vitale ouderen en mensen met dementie is door de geringe sociale interactie en confrontatie groot. Ook verschillende afkomst vraagt tijd voor integratie.

"Ik vind het toch een uitzonderlijke bewoning wat hier zit… mensen met een heel hoog opleidingsniveau. Dat bepaalt toch de kwaliteit van leven… Ja, door vooral de omgang."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"We gaan wel eens beneden eten maar dat gaat nu ook moeilijk,
want mijn man heeft Parkinson. Dus dat is al allemaal gauw te druk."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Aan de andere kant? Nee... Wij praten gewoon als we de mensen tegenkomen…
maar niet dat we daar een kopje koffie gaan drinken zomaar… Dat gebeurt hier niet."
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Proberen gezond te blijven. De grootste angst die je hebt als je zo eens om je heen kijkt.
… dan zie je mensen lopen die een half jaar geleden nog fris en vrolijk erbij liepen.
En die nou Alzheimer op hun borst hebben staan."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Menging met de buurt

Reflectie

Mensen van buiten kunnen ook komen eten in het restaurant of meedoen met activiteiten. Op die manier is er, weliswaar beperkt, sprake van menging met de buurt. Bewoners ondernemen, eveneens beperkt, samen activiteiten buiten het complex. Soms is er sprake van overlast van jeugd. Er is daarbij geen verschil in ervaring tussen de sets doelgroepenmenging gebleken.

"Die kunnen ook beneden in het restaurant komen eten, en die kunnen ook overal aan meedoen als ze willen… Bepaalde dingen en zo dat trekt echt veel mensen. Zoals bingo."
(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

" Elke dag kun je dus iets gaan doen in de Wemel.
En dat geldt dus niet alleen voor de mensen hier maar dat is voor het hele dorp hè."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Mm ja de buren die krijgen soms ooit uitnodigingen om mee te doen met spelen, biljarten... Dat schept ook goodwill.
Ik heb het een paar keer mee gemaakt dat er mensen buiten moesten worden gezet."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

Relationele agressie

Reflectie

Roddelen geschiedt veel, al wordt het niet altijd als zodanig bestempeld. Als roddelen doorschiet in pesten en uitsluiten vormt het een probleem. Dit komt nadrukkelijker voor in de set Gemengd met zwaardere zorg, waarschijnlijk omdat de verschillen tussen in dit geval de zorgdoelgroepen ook groter zijn.

"Het is hier beneden een mooie fruitschaal, maar…
zolang die twee rotte appels er zitten, is de sfeer om te snijden."
(Bewoner Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

"Ja, in die ontmoetingsruimte, ja daar, sorry, ik hoor er ook bij.
Zitten die oudjes bij elkaar te roddelen maar ja, zo ben ik niet. Dat kan ik niet."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Door mekaar niet aan te kijken. Mekaar niet aan te spreken.
Er zijn nog wel ernstiger gevallen maar daar wil ik verder niet op in gaan…
Of langs iemand heen lopen en net doen alsof er lucht langs heen gaat."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"En dan worden die mensen dikwijls een beetje beschimpt en daar houd ik niet van. Je kan zelf ook zo worden. Nee dat doet me zeer… zeiden ze: ze is zeker dement hè?...
Nee, … die zit naast me met eten, en ze kan heel raar uit de hoek komen."
(Bewoner Onderwatershof, Rijswijk: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Eenzaamheid

Reflectie

Eenzaamheid is een groot probleem, vooral voor bewoners die hun partner verloren hebben. Bewoners kunnen depressief raken en hun levenslust verliezen. Dit wordt nadrukkelijker ervaren in de set Gemengd met zwaardere zorg, door de grotere kwetsbaarheid en doordat hier meer alleenstaanden wonen.
Bewoners die eenzaam zijn, zijn moeilijk te helpen. Activiteiten of voorzieningen zijn belangrijk want mensen leven er erg naartoe en ze helpen als afleiding maar ze lossen de eenzaamheid niet op. Het wordt als een hardnekkig probleem ervaren. Alleenstaanden zoeken gezelligheid bij elkaar. Wanneer bewoners bijvoorbeeld weduwe of weduwnaar worden, besluiten ze wel deel te nemen aan activiteiten. Een vaste plek in een eigen groepje helpt voor meer geborgenheid.

"Het lijkt er wel op of de meeste eenzamen hun probleem koesteren. Dan zeg je tegen iemand, luister eens, ga je mee naar dat concert… binnendoor dan blijf je warm?
Nee ik ga niet mee, want ik ben eenzaam. Hoe is dat nu in 's herennaam mogelijk."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Tja, toen mijn vrouw nog leefde ging ik ook nooit naar beneden… Dus ik zei ja, daar begin ik toch niet aan. Maar ja, op een gegeven moment heb ik dat toch maar een keer gedaan… even anderen om je heen. Gewoon even gaan zitten praten."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde:Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik heb altijd de buurvrouw die kwam eens in de veertien dagen... Maar die zat altijd te kletsen als een ouwe buurvrouw... En toen mijn man nog leefde had ik een klankbord. En die muren daar kan ik wel tegen zitten kletsen, maar die zeggen niks terug. Voel je?"
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

Verbondenheid

Reflectie

Saamhorigheid in de complexen gemengd met zwaardere zorg wordt als erg waardevol ervaren. Er is altijd iemand bij wie je terecht kunt. De mensen zijn vriendelijk voor elkaar en het is over het algemeen gezellig. Bewoners voelen zich daardoor thuis, verbonden.

"Ondanks alles toch een stuk saamhorigheid die je met elkaar hebt. Dat vind ik toch wel heel belangrijk. En dat je altijd bij iemand terecht kunt."

(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Je hebt een eigen groepje met wie je samen aan de tafel zit in ieder geval altijd… Het mag iets groter wezen, maar niet overdreven groot… Hooguit 50 personen."

(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Ik zou hier voor geen goud weg willen."

(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

6.4.5 Observaties onderzoeksteam invloed doelgroepenmenging

In deze deelparagraaf zijn de resultaten van de uitgevoerde observaties opgenomen met betrekking tot de invloed van doelgroepenmenging.

Zoals aangegeven in deelparagraaf 4.4.6, zijn twee kwantitatieve observaties, gericht op de sociale kwaliteit van wonen, bruikbaar voor de analyse. Er is geen bruikbare kwantitatieve observatie die rechtstreeks betrekking heeft op de invloed van doelgroepenmenging. Wel kunnen de resultaten van deze twee observaties geordend worden naar de sets doelgroepenmenging.

In de tabellen zijn in de rijen de sets doelgroepenmenging weergegeven, met daarbij het aantal malen dat een observatiescore is gegeven.

De hoogste waarde is de hoogste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set. De gemiddelde waarde is de gemiddelde waarde door de observatieteamleden gegeven alle complexen in die set. De laagste waarde is de laagste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set.

Tabel 35 Beschrijf de sfeer / het leefklimaat in het complex
Resultaten observaties (N=147) per set Doelgroepenmenging

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
Niet gemengd			1	2	
Gemengd met zwaardere zorg			1	12	7
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg				1	
Gemiddelde waarde alle observanten					
Niet gemengd		2		1	
Gemengd met zwaardere zorg			7	13	
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg			1		
Laagste waarde alle observanten					
Niet gemengd	2			1	
Gemengd met zwaardere zorg	1	6	9	4	
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg		1			

Resultaten
Bij de hoogste waarden in de set Gemengd met zwaardere zorg zijn er duidelijk hogere teamobservaties.
Bij de gemiddelde waarden zijn er opvallende negatieve waarden bij de set Niet gemengd en een relatief positief beeld bij de set Gemengd met zwaardere zorg.
Bij de laagste waarden is er een grote spreiding in de set Gemengd met zwaardere zorg en een zeer negatieve score bij twee van de drie cases in de set Niet gemengd.

Reflectie
Zowel de hogere hoogste waarden voor de gemengde complexen als het nagenoeg ontbreken van zeer negatieve waarden bij de laagste waarden, wijzen op een positieve invloed van de doelgroepenmenging binnen de complexen op de door het onderzoeksteam ervaren sfeer/leefklimaat.

Tabel 36 Zou je jezelf hier veilig voelen?
Resultaten observaties (N=147) per set Doelgroepenmenging

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
Niet gemengd					3
Gemengd met zwaardere zorg				11	9
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg				1	
Gemiddelde waarde alle observanten					
Niet gemengd				3	
Gemengd met zwaardere zorg			7	13	
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg			1		
Laagste waarde alle observanten					
Niet gemengd			2	1	
Gemengd met zwaardere zorg		4	6	10	
Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg		1			

Resultaten
Bij de hoogste waarden zijn er enkel positieve en zeer positieve teamobservaties. In de set Niet gemengd zijn er zelfs enkel zeer positieve teamobservaties.
Bij de gemiddelde waarden zijn er in de set Niet gemengd enkel positieve teamobservaties.
Bij de laagste waarden is er een gemengder beeld en nog altijd veel positieve waarden in de set Gemengd met zwaardere zorg.

Reflectie
De veiligheid scoort hoog bij de teamobservaties, over de hele linie maar ten aanzien van de hoogste waarde bij de set Niet gemengd zeer hoog. Een hogere ervaren veiligheid lijkt voor het onderzoeksteam gekoppeld aan het niet-gemengd zijn, al zijn de laagste waarden van gemengde cases positiever.

6.5 Voorzieningenniveau en door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen

De deelvraag betreffende voorzieningenniveau is:

Deelvraag 7:
Wat is de invloed van het voorzieningenniveau op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen?

De hieraan gekoppelde hypothesen uit hoofdstuk 3, Theoretisch kader, zijn weergegeven in Tabel 37, waarin is aangegeven welke thema's vanuit de narratieven en observaties zijn gebruikt om de hypothesen te toetsen. Alleen die thema's zijn opgenomen in de hoofdtekst van dit proefschrift, de overige thema's zijn te vinden in bijlage 18, Patronen interviews.

Tabel 37 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Voorzieningenniveau

Hypothesen en aanvullende bevindingen	Thema's	Observaties
H9: Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte (Becker, 2008; Jacobs, 1993). Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen (De Kam, et al., 2012; Singelenberg, et al., 2012).	Hoeveelheid voorzieningen (6.5.3). Op zichzelf Menging met de buurt (6.5.4)	Sfeer/leefklimaat (6.3.5) Menging met de buurt Veiligheid (6.3.5)
Aanvullende bevindingen	Hoeveelheid voorzieningen (6.5.3) Aard en kwaliteit voorzieningen (6.5.3) Betaalbaarheid voorzieningen (6.5.3) Veiligheid door zorg (6.5.4)	nee

Om de invloed van het voorzieningenniveau te kunnen analyseren zijn de interviews gegroepeerd naar intern voorzieningenniveau in drie sets: Basis, Kwaliteit en Extra, zie Tabel 38. Hieruit blijkt dat de cases niet gelijk verdeeld zijn over de voorzieningenniveaus, Basis, Kwaliteit en Extra, namelijk respectievelijk 7, 11 en 6 cases. De meeste cases, 11 van de 24, bevinden zich in de set complexen met het voorzieningenniveau Kwaliteit. De beide andere sets met 7 en 6 cases en respectievelijk 48 en 47 interviews, zitten echter ook ruim boven de theoretische saturatiegrens van 30 respondenten. Hiermee kunnen we een vergelijking tussen de patronen van de sets verdeeld naar voorzieningenniveau maken.
Wanneer we deze sets verder opdelen naar schaalgrootte is er theoretische saturatie binnen de set Kwaliteit en over de diagonaal van (zeer) Kleinschalig/Basis naar (zeer) Grootschalig/Extra. Deze diagonaal loopt synchroon met een te verwachten oplopend voorzieningenniveau bij oplopende schaalgrootte.

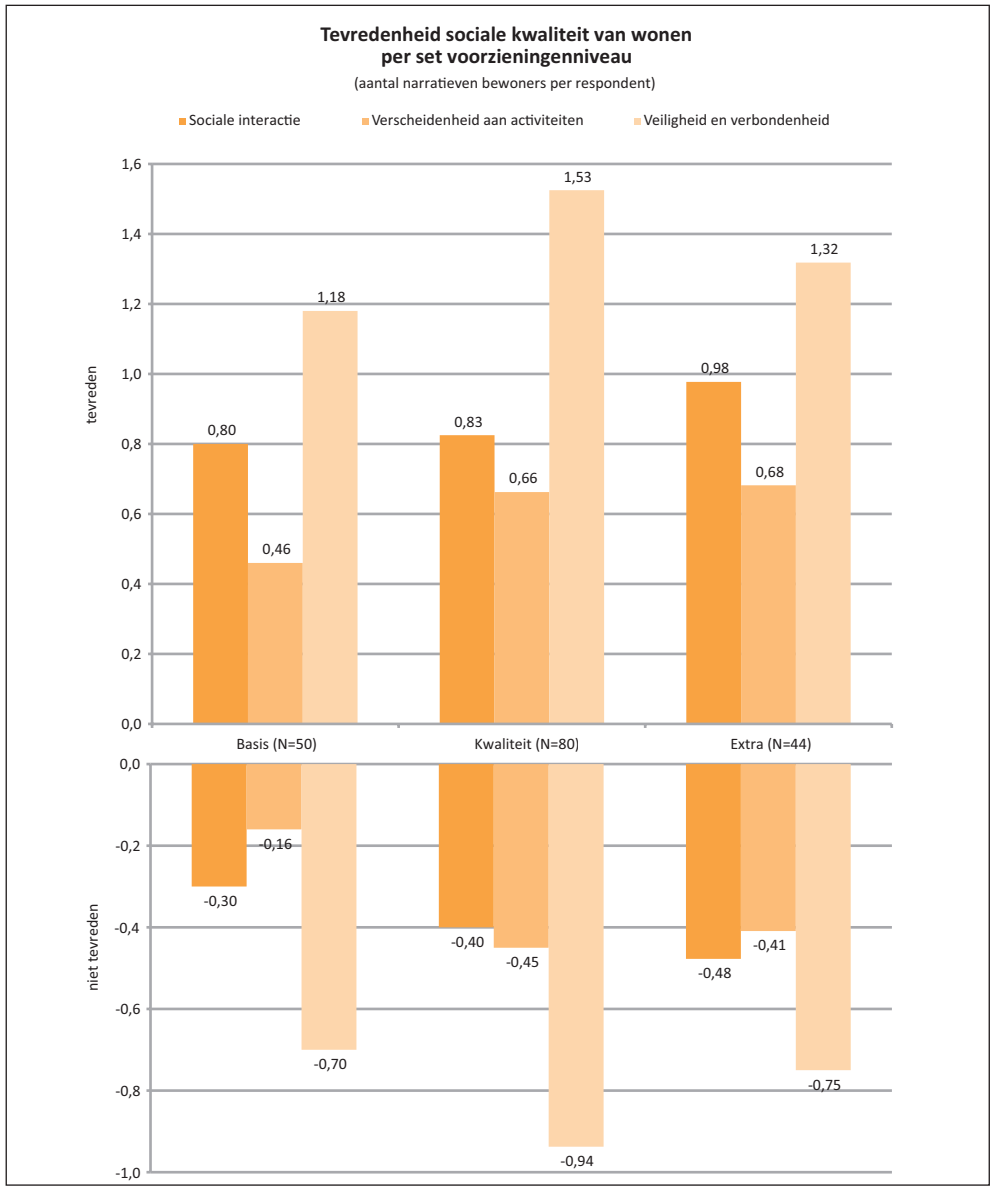
Tabel 38 Sets, strategische selectie fysieke schaalgrootte – intern voorzieningenniveau

Fysieke schaalgrootte –intern voorzieningenniveau	(zeer) Kleinschalig < 80 wooneenheden	Middelgrootschalig 81–130 wooneenheden	(zeer) Grootschalig > 131 wooneenheden
Basis	**De Wemel**, Wemeldinge **Huize St. Franciscus,** Veendam **Nij Dekama,** Weidum **De Berken,** Millheeze	**Jean Sibelius,** Eindhoven **St. Annahof,** Uden	**De Pleinen,** Ede
Kwaliteit	**De Sfinx,** Zeewolde **Eilandstaete,** Arnhem **Domus Bona V,** Nederweert	**De Schermerij,** Leersum **Onderwatershof,** Rijswijk **'t Derkshoes**, Westerbork **Het Reggedal,** Enter **Het Spijk,** Eefde	**Menno Simons**, Amsterdam **Mercator,** Groningen **Huis ter Leede,** Leerdam
Extra	absent	**Rigtershof,** Grootebroek **BaLaDe,** Waalwijk	**Parc Imstenrade,** Heerlen **Bergweg,** Rotterdam **Malburgstaete,** Arnhem **Reinaldahuis,** Haarlem

De analyse van de narratieven en patronen bestaat uit een kwantitatief deel in deelparagraaf 6.5.1 en een kwalitatief deel in deelparagraaf 6.5.2 t/m 6.5.4. In het kwantitatieve deel wordt de respons per indicator en per groep geïnterviewden bezien evenals opvallende zaken in de spreiding. Dit kan enerzijds aanleiding geven tot verscherpte aandacht voor het bereiken van saturatie, anderzijds voor verscherpte aandacht voor opvallende verbanden of verschillen. In het kwalitatieve deel volgt de analyse van de patronen. Deze is uitgesplitst naar ervaren sociale interactie, ervaren verscheidenheid aan activiteiten en ervaren veiligheid en verbondenheid. Daarna volgen in deelparagraaf 6.5.5 de resultaten van de observaties van het onderzoeksteam.
De triangulatie van de verschillende deelresultaten en het formuleren van conclusies ten aanzien van de invloed van voorzieningenniveau op de door bewoners ervaren sociale kwaliteit van wonen, geschiedt in hoofdstuk 8.

6.5.1 Kwantitatieve analyse narratieven voorzieningenniveau

Om een indruk te geven van de spreiding in antwoorden en daarmee in aandacht en mogelijk verschil in belang van de drie verschillende indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen, zijn in onderstaande overzichten de aantallen narratieven per indicator aangegeven, gegroepeerd in sets naar voorzieningenniveau van de complexen.



Figuur 93 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set voorzieningenniveau

In figuur 93 zijn de queries in verband met het verschillend aantal complexen en respondenten per set per respondent weergegeven. Daarbij is onderscheid gemaakt in narratieven met een positieve betekenis, namelijk met codes 'Tevreden' en een negatieve betekenis, met codes 'Niet tevreden'.

Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set voorzieningenniveau

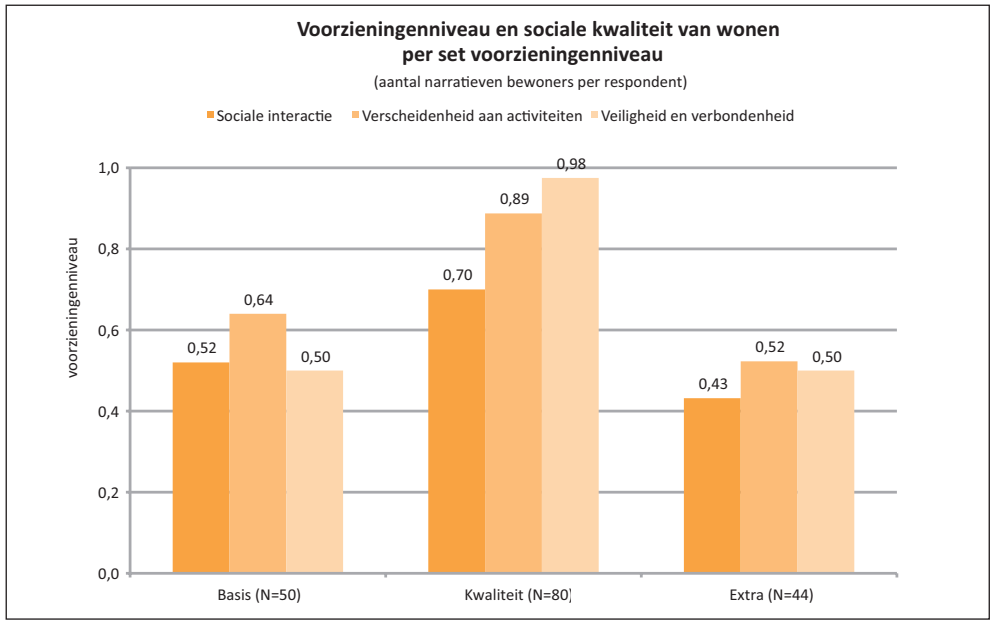
Resultaat

Alle drie de indicatoren sociale kwaliteit van wonen komen in alle drie naar voorzieningenniveau geordende sets in voldoende mate voor om patronen te destilleren, zowel bij de narratieven Tevreden als Niet tevreden. De aantallen narratieven bij de set Basis zijn iets lager. Bij alle drie de sets is het aantal narratieven over de indicator Veiligheid en verbondenheid het grootst, zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken. Bij alle drie de sets voorzieningenniveau is het aantal narratieven over de indicator Verscheidenheid aan activiteiten het kleinst, zowel bij de positieve als de negatieve uitspraken, daarbij is er relatief de grootste ontevredenheid bij de set Kwaliteit. De narratieven met Niet tevreden/Probleem zijn in de minderheid.

Reflectie

De narratieven Niet tevreden zijn in de minderheid, echter duidelijk minder dan verwacht als gevolg van cognitieve dissonantiereductie of de discrepantie tevredenheidsparadox (Kunzmann, et al., 2000; Zapf, 1984). Deze beschrijven de neiging, zeker bij oudere respondenten, om in eerste instantie positief te reageren en pas in derde of vierde instantie met negatieve ervaringen te komen. De relatief hogere dan verwachte negatieve uitspraken zouden op daadwerkelijk relatief hogere negatieve ervaringen kunnen duiden of op een evenwichtiger beeld als gevolg van de gebruikte zeer indirecte interviewmethode.

Veiligheid en verbondenheid lijkt een relatief belangrijk item, de wat hogere score bij de set Kwaliteit aan zowel de positieve als negatieve kant is opvallend, de kwalitatieve analyse zal de achtergrond hiervan mogelijk duidelijk maken, Verscheidenheid aan activiteiten is minder belangrijk.

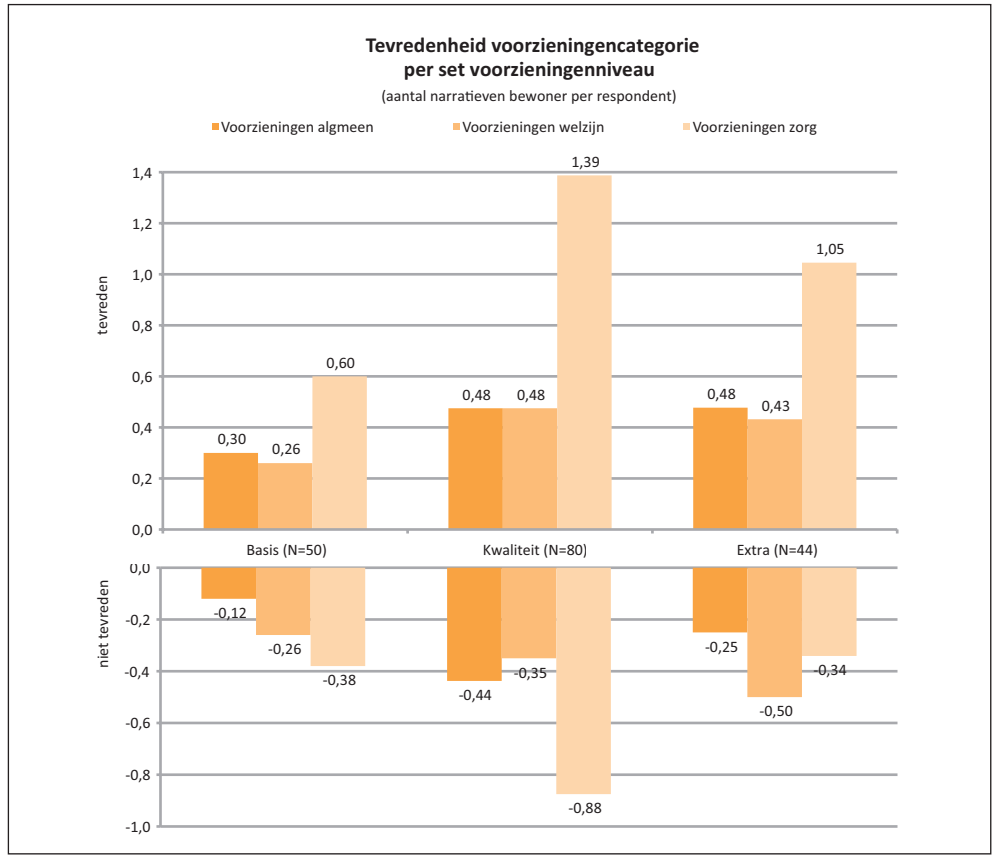


Figuur 94 Voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen per set voorzieningenniveau

In figuur 94 zijn de queries indicatoren van Sociale kwaliteit van wonen x Voorzieningenniveau aangegeven. Dit zijn narratieven waarbij een direct verband tussen deze beide onderzoeksvariabelen wordt aangegeven door de bewoners.

Resultaat
In alle sets voorzieningenniveau zijn de verschillen tussen de drie indicatoren minder groot dan bij de queries ten aanzien van Tevredenheid. Verscheidenheid aan activiteiten als indicator voor sociale kwaliteit van wonen bevat relatief meer narratieven en zelfs het hoogst bij de set Basis.

Reflectie
De hogere scores bij Verscheidenheid aan activiteiten duiden op een relatief groot belang wat de betreffende bewoners in relatie tot Voorzieningenniveau hieraan in de gesprekken geven, inhoudelijk ook een voor de hand liggende koppeling, want de kans dat de respondenten tevreden zijn over activiteiten is ook groter wanneer er meer en gevarieerder voorzieningen zijn.



Figuur 95 Tevredenheid voorzieningencategorie per set voorzieningenniveau

Resultaat
Alle drie de categorieën voorzieningen komen in alle drie naar voorzieningenniveau geordende sets in voldoende mate voor om patronen te destilleren, zowel bij de narratieven Tevreden als Niet tevreden. Het aantal narratieven per respondent is bij de set Basis lager.
Zorgvoorzieningen worden veel meer genoemd, vooral bij de set Kwaliteit. Tevredenheid is bij zorg wat sterker overheersend dan bij welzijn.

Reflectie
De lagere aantallen narratieven in de set Basis zouden gekoppeld kunnen zijn aan de iets oververtegenwoordigde niet-stedelijke context, waar in zijn algemeenheid minder uitspraken gedaan worden, zie deelparagraaf 6.2.2. Het belang van zorgvoorzieningen lijkt groter en ook het meer kritisch zijn op zorg speelt mogelijk een rol. De kwalitatieve analyse zal de achtergrond hiervan duidelijk maken.

6.5.2 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren sociale interactie

In de deelparagrafen 6.5.2 t/m 6.5.4 worden de patronen per set voorzieningenniveau weergegeven, onderling vergeleken, ingedikt en gecombineerd. In deze deelparagraaf geschiedt dit per indicator sociale kwaliteit van wonen in relatie tot de invloed van de voorzieningenniveau. De reflecties op de patronen worden geïllustreerd met representatieve narratieven.
In bijlage 18, Patronen interviews, zijn de uitgebreide, bewerkte resultaten opgenomen, waarbij de narratieven ook kwantitatief zijn gescoord. Van belang is te beseffen dat de aantallen respondenten binnen de sets verschillen, namelijk 50, 80 en 44 respondenten. Uitgaande van een theoretische saturatie bij 30 respondenten, wordt deze theoretische waarde in de sets Basis en Extra afgerond tweemaal behaald, in de set Kwaliteit driemaal. Bij de vergelijking van de aantallen narratieven tussen de sets voorzieningenniveau zal dit verschil meegenomen dienen te worden.

In deze deelparagraaf zijn de reflecties betreffende de invloed van voorzieningenniveau op de ervaren sociale interactie gegroepeerd onder de volgende twee thema's: Onderling contact en Op zichzelf.

Onderling contact

Reflectie
Er is veel onderling contact bij de koffie of het eten dat als erg gezellig wordt ervaren. Ook met buren is er goed contact. Dit wordt vaker in de set Kwaliteit genoemd; mogelijk door de betere kwaliteit van de voorzieningen. In de set Extra is wordt dit echter niet vaker genoemd.

"Het is eigenlijk datgene geworden wat wij er van verwacht hadden, en gehoopt hadden dat het zou worden. Dus heel goed contact met eigenlijk iedereen die hier woont."
(Bewoner St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Het is eigenlijk over het algemeen meer van, 'Goedemorgen', 'Goedemiddag' en 'Goedenavond', maar goed ik heb dus een operatie achter de rug... Dat ze dan zeggen van: Goh, kan ik dan een kopje thee bij je komen drinken, schikt het?"
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Eten met meestal dertig, veertig mensen bij elkaar. Dat is gezellig…
O, veel prettig… Alleen zitten is niks, hoor."
(Bewoner 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Op zichzelf

Reflectie

Niet alle bewoners wensen veel sociale interactie binnen het complex. Sommigen zijn graag op zichzelf, hebben hun eigen bezigheden en vermaken zich daarmee prima. Dit wordt vaker genoemd in de set Kwaliteit; niet duidelijk wordt waarom.

"Misschien ben ik van huis uit zo opgegroeid. Ietsjes te… teruggetrokken…
Ik kan het best genieten van de rust, laat ik het zo zeggen…
als je die dames hier hebt… dat is allemaal tachtig+… allemaal van die grijze duiven.
(Bewoner 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Nou ja, van mij hoeft het per se niet, hoor...
Ik heb hier een speciaal boekje liggen; dan ga ik zitten puzzelen."
(Bewoner Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Nee, ik heb er geen zin in."
(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

6.5.3 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van voorzieningenniveau op de ervaren verscheidenheid aan activiteiten opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende vijf thema's: Hoeveelheid voorzieningen, Aard en kwaliteit voorzieningen, Bereikbaarheid voorzieningen, Gemeenschappelijke ruimte en Participatie.

Hoeveelheid voorzieningen

Reflectie

Er zijn ruim voldoende interne, algemene en welzijnsvoorzieningen zeggen vele bewoners van alle sets Voorzieningenniveau. De patronen ten aanzien van de zorgvoorzieningen zijn ondergebracht onder thema Veiligheid door zorg. Over de hoeveelheid voorzieningen zijn er dus weinig klachten, al noemen meerdere bewoners in de set Kwaliteit dat er te weinig algemene en welzijnsactiviteiten zijn in de weekenden en de vakanties. Doordat de staf de activiteiten organiseert en deze minder aanwezig zijn in die uren en dagen, valt het voorzieningenniveau terug.

"In huis hoef ik niks te wensen, ik zou enkel wensen dat er iets meer te doen was. Want zoals zaterdags als zondags is hier niets, maar dan ook niets te doen."
(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

"Over het jaar verspreid zijn er meerdere maanden, zo'n Friese maand, die komen dan meerdere keren voor in het jaar… Het kan haast niet meer, er moet ook tijd voor wezen, dat ze ook andere dingen kunnen doen."
(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Aard en kwaliteit voorzieningen

Reflectie

Veel bewoners doen graag mee aan activiteiten, en dit bevordert de sociale interactie. Dit wordt opvallend vaker genoemd in de set Kwaliteit, mogelijk doordat het activiteitenniveau hier hoger is. Er komt niet uit de data naar voren waarom dit in de set Extra niet het geval is. In de set Kwaliteit klaagt men ook vaker over het niet passende intellectuele niveau of de onvoldoende aansluiting bij de smaak van sommige bewoners. Het niet aansluiten bij de minderheid van de mannen wordt door enkele bewoners in de sets Basis en Kwaliteit genoemd.

In de complexen met voorzieningenniveau Extra vinden bewoners de algemene voorzieningen zoals het grandcafé/restaurant, de kapper en de winkel erg prettig.

Bewoners zijn wisselend tevreden over de zorgvoorzieningen. Gewaardeerd worden de huisarts die op bezoek komt, de huishoudelijke hulp en een lijst om boodschappen te bestellen, met name genoemd in de sets Basis en Kwaliteit. Als bewoners extra zorg nodig hebben, dan kunnen ze die binnen het complex krijgen, dit wordt door meerdere bewoners in alle sets Voorzieningenniveau als erg prettig ervaren. De scepsis tegenover zorgvoorzieningen die aanvankelijk nog niet nodig zijn, verdwijnt later. De verzorging heeft het vaak te druk, noemen meerdere bewoners in de set Kwaliteit.

"Op de kar gereden, van hier, buiten Wemel… ik was dan 60 jaar getrouwd. Dat houd je dan hier. Dat was zo fijn hè, alles onder één dak. Je hoeft helemaal niet naar buiten."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Dat is iets wat ik hier zo mis: een ruimte of een kelderruimte of wat dan ook, waar je dus ook een keer kunt zagen en eens een schuurmachine neer kunt zetten."
(Bewoner Het Spijk, Eefde: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik kan geen draad in de naald steken. Ik kan niet even mee gaan zitten borduren... En dan zit ik daar zo leeghandig zit ik daar beneden. Dat vind ik dan niet zo leuk natuurlijk."
(Bewoner Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Je hoort een jaar lang keyboardmuziek en dan zeg ik kan ik niet een keer een dwarsfluit horen of iets anders... Dan zeggen ze: daar houden die mensen niet van… maar waarom moeten die 20% klassiek dan naar 80% hoempa hoempa luisteren?"
(Bewoner Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

Bereikbaarheid voorzieningen

Reflectie

Bereikbaarheid van voorzieningen is een groot goed, de meeste ouderen zijn minder mobiel. Algemene en welzijnsvoorzieningen zouden daartoe bij voorkeur in het complex of op rollatorafstand dienen te liggen. De waardering in de complexen met voorzieningenniveau Extra voor de interne voorzieningen is hoog.

Een aansluiting op het openbaar vervoer of een goede en betaalbare taxiservice zijn voor verder weggelegen voorzieningen noodzakelijk.

Door de verminderde mobiliteit is bereikbaarheid van voorzieningen cruciaal. Deze kunnen intern gelegen zijn, op rollatorafstand extern of voor de niet-dagelijkse zaken via een goede openbaarvervoervoorziening bereikbaar.

"Hier vandaan met de scootmobiel 10 minuutjes. Het is één rechte weg…
Alle winkels zitten er ook. Grote straat winkel straat, alles."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

Er zit een brainwashkapper op het pleintje. Maar we hebben onze eigen kapper en die komt de klanten ook ophalen als je geen vervoer hebt of zo…
Dat doet ie. Dat is een uitje voor die mensen, dat vinden ze leuk."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Ik kan niet naar de dokter daar. Ik kan niet meer lopen…
En er is een winkel op het dorpsplein daar kan ik niet meer komen. Dat is te ver...
Maar dan dan doen mijn kinderen of of die doen de boodschappen voor mij dus."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"En een goed openbaar vervoer in de buurt. Dat is heel belangrijk.
Wij mogen hier niet mopperen."
(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

"Zo lang, ik heb nou de papieren voor de keuring, ja ik ben ook niet zo jong meer.
Ik heb geen adem. M'n adem is nergens. Adem en oren.'
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Rol gemeenschappelijke ruimte

Reflectie

Een gemeenschappelijke ruimte is cruciaal voor de sociale interactie in de complexen uit alle sets Voorzieningenniveau. Samen koffie drinken, eten en activiteiten ondernemen.

In de set Extra wordt genoemd dat de concentratie van voorzieningen bij het atrium mensen aan trekt.

"Er is ons een eh gezamenlijke ruimte beloofd waar je bij elkaar kan komen… Nu is beneden… een fysiotherapie. En dat houdt in dat als je hier alleen komt wonen dat je dan gewoon alleen bent. De sociale contacten zijn hier eigenlijk nul."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Hier is een dorp in de hoogte. Maar het centrale punt is toch het atrium. En dat ervaar je ook zo. Stel als het zo vervelend weer is en je zit de hele dag. Dan loop je even naar het atrium. Daar is altijd iemand waar je een praatje mee kunt maken."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Heel belangrijk voor ons is dus ook die ontmoetingsruimte,
want dat bevordert dus wel die sociale contacten."
(Bewoner St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

Participatie

Reflectie

Participatie leeft niet sterk onder de bewoners. Waar het wordt genoemd zijn de reacties wisselend positief. Organisaties waarderen participatie wisselend. Er zijn te weinig narratieven voor een vergelijking van de sets Voorzieningenniveau.

"Heel in het begin heb ik eens voorgesteld, dan wou ik nog wel helpen… Dat mocht niet, want dat was teveel om aan te schaffen en om te regelen."
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Zit nu zelf in de bewonerscommissie dus wij zorgen dan dat er wat meer activiteiten komen. We hebben dus een jeu de boules baan georganiseerd, dat heeft de gemeente voor ons aangelegd… we hebben niet lang hoeven zeuren."
(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"We hebben geen zin om onder leiding van anderen te werken en ik heb het zelf hier opgestart en nou zal ik zeker van anderen horen hoe ik het hier moet doen. Dus dat moet even zijn tijd hebben. Maar onder de bewoners is de animo niet groot."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

Informele zorg

Reflectie

Informele zorg leeft niet sterk onder de bewoners, het geschiedt weinig of weinig bewust. Waar het wordt genoemd betreft het signalering en informele hulp. Men lijkt voor zorg sterk te leunen op de formele organisatie. Er zijn te weinig narratieven voor een vergelijking van de sets Voorzieningenniveau.

"Luister mevrouw, als u morgen weer naar beneden moet, dan is de weg net zo lang als vandaag'… ik ben alleen, als u dat wilt, dan wil ik u wel meenemen naar beneden... Ik zal het maar ruw zeggen, ik heb… nog geen draadje van haar onderbroek gezien."
(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"En ik heb daar een buurvrouw…als zij op het balkon zat, zo op de bank… en ik ging mijn stoel halen en dan ging ik er ook bij zitten, dan ging zij naar binnen. Waarom? Of dat ze mensenschuw is dat weet ik niet. Want dat trok ik mijn eigen zo aan, hè?"
(Bewoner Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Je krijgt weinig vrijwilligers. Ze zeggen… ik heb mijn hele leven hard gewerkt, ik ben hier om te genieten. Of dat dan ook precies de verklaring is… een zeker egoïsme is hier niet vreemd. En dat maakt het wel moeilijk om iets te organiseren."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

6.5.4 Invloed voorzieningenniveau op de ervaren veiligheid en verbondenheid

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de invloed van voorzieningenniveau op de ervaren veiligheid en verbondenheid opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende zes thema's: Fysieke veiligheid, Veiligheid door zorg, Menging binnen het complex, Menging met de buurt, Verbondenheid en Relationele agressie.

Fysieke veiligheid

Reflectie

Fysieke veiligheid is een belangrijk en daardoor zeer veel genoemd item. De hogere kwetsbaarheid en bewustwording spelen hierbij een rol. Bewoners in alle sets Voorzieningenniveau voelen zich over het algemeen veilig. Het is vaak een beweegreden voor verhuizing geweest. Fysieke maatregelen als rolluiken, alarm en toegangscontrole stimuleren het veiligheidsgevoel. Sommige bewoners voelen zich onveilig in het complex of bijvoorbeeld bij het boodschappen doen. Bewoners zelf spelen ook een negatieve rol bij de toegangscontrole, ze zijn zich niet altijd bewust van de gevaren van beroving en inbraak.

"Ik heb nog nooit iets gemist. Als je dat met veiligheid zou bedoelen. Dat er gestolen wordt, dat heb ik nog nooit meegemaakt."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Een plastic bankje. 100 euro, of guldens. Toen guldens, waren het guldens. Waren hier pas, bankje foetsie… Hing het aan de vliering… Toen zei er een buurtjongetje van verderop, 'dat ligt op het speelweitje'… was helemaal kapot gestampt."
(Bewoner De Wemel, Wemeldinge: Zeer kleinschalig - Niet gemengd - Basis)

"Want ze komen mijn ogen druppelen, ze komen medicijnen geven… Maar ik bedoel: … dan durf je onderhand je deur niet meer open te houden."
(Bewoner Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik heb me in dit gebouw nooit onveilig gevoeld. Ik heb niet het idee dat er dadelijk iemand voor mijn deur staat… Het is toch wel goed beveiligd, er is ook een sterke sociale controle. Dat speelt natuurlijk ook mee."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

Veiligheid door zorg

Reflectie

Zorgalarmering geeft indien aanwezig een nadrukkelijk gevoel van veiligheid door de geruststelling dat een zorgvraag wordt opgevolgd. Dit geldt in alle sets Voorzieningenniveau. Als zorgalarmering ontbreekt, wordt dit als een groot gemis ervaren.

Het feit dat zorg in het complex aanwezig is en je niet hoeft te verhuizen en als partner bij een zieke kunt blijven wonen, wordt als een groot goed gezien.

"Nee, daar kan je als er wat is op een knopje drukken, dan komt de zuster… Als het slechter gaat dan ga je naar de groep dat kan ook. Ik hoop dat ik goed blijf."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Ik heb hem daar liggen, maar het probleem is, we hebben geen algemene installatie… Wel boven, maar zodra als je beneden zit, en je wil een verpleegkundige hebben, dan kan je ze niet bereiken."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Maar stel voor dat ik vannacht… ziek zou worden, en ik kan niet mijn bed uit en er kan hier niemand binnen. Er zit hier verder niets waar je ook een melding kan doen."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Toen hebben ze voorgesteld hiernaar toe te gaan, in ieder geval naar een instelling waar je zowel als patiënt als verzorger kunt blijven. Want we zijn bijna 60 jaar met elkaar getrouwd. Dan laat je je vrouw niet alleen gaan. Tenminste ik niet."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Ja, maar weet je: ik ben zo klein, als ik dan iets neem uit een kastje, dan gaat dat belletje af, hè? … en dan: "hebt u gebeld?". Ik heb u niet gebeld. Weer dat ding!"
(Bewoner Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Gisteren was er ook een nieuw iemand, en die gaat dan blind om de zorg map… ik zeg, wat dacht je om naar mij te luisteren. En niet naar de map. Helemaal uit hun coma, dat snappen ze niet… Ik wil niet gezien worden als map en als lijstje."
(Bewoner Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Menging binnen het complex

Reflectie

Er is slechts beperkt sprake van menging tussen de zorggerelateerde doelgroepen binnen de complexen in alle sets Voorzieningenniveau. Sociale interactie met bewoners met met name psychische beperkingen is lastig, soms confronterend. Ook ervaren de betreffende bewoners zelf hinder van hun beperking om deel te nemen aan activiteiten en daarmee het sociaal verkeer. Er zijn geen verschillen tussen de sets Voorzieningenniveau in dit opzicht te constateren.

"Ik kan ten eerste niet horen. Ten tweede ik zat naast een buurvrouw en ik dacht dat ik toch wel met haar praten kon. Toen ging ze zo naar die andere mevrouw zitten. Dat is niet netjes. Mensen zijn niet aardig onder mekander hoor. Helemaal niet."
(Bewoner De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Het is echt niet dat ik arrogant ben of wat dan ook, maar ik vond bepaalde milieus… Dat was niks voor mij. En dat heeft niks met discriminatie te maken, maar het heeft puur met de omgangsvorm te maken."
(Bewoner Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Voor alle bewoners. Ja, ze zeggen, luister eens als er iets te doen is van ROCK, … dan mogen alle bewoners komen. Maar ja, daar voelen alle bewoners zich ook niet bij betrokken. Bij die jongere lui. Dat is het hem juist."
(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Ik ga wel naar voren, maar ik doe niet vaak aan iets mee. Er zijn spelletjes, maar die zijn voor mensen die dementeren, moe zijn van geest, niet voor ons soort mensen. Daar wordt geen rekening mee gehouden. En dat vind ik echt heel jammer."
(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Menging met de buurt

Reflectie

Menging met de buurt kan op twee manieren: binnen het complex door bewoners van buiten naar binnen te halen, en buiten het complex door bewoners van binnen naar buiten te halen. Beide manieren worden vaker genoemd door de bewoners in de complexen met voorzieningenniveau Basis, mogelijk omdat er hier minder activiteit is vanuit de kleinere, eigen organisatie. De bereikbaarheid voor minder mobiele bewoners van de activiteiten buiten het complex is belangrijk.
In de complexen met voorzieningenniveau Extra wordt het gebruik van buiten genoemd.
Of het tot daadwerkelijke menging door sociale interactie komt blijft onduidelijk, enkel het negatieve aspect van overlast met jongeren wordt genoemd in de set Basis.

"De buren die krijgen soms ooit uitnodigingen om mee te doen met spelen, biljarten… Dat schept ook goodwill. Ik heb het een paar keer mee gemaakt dat er mensen buiten moesten worden gezet. Maar dat wordt dan geregeld door de ordedienst."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Hieronder is ook een jeugdhonk… dan denken we bij ons eigen nou nou, dat gaat ook tekeer dan... En dat hangt buiten als het mooi weer is… Daar kun je je eigen aan gaat zitten ergeren, maar wij zijn ook jong geweest."
(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Verbondenheid

Reflectie

Bewoners voelen zich op hun gemak in de complexen van alle sets Voorzieningenniveau. Wel is er een accentverschil in de genoemde redenen. De bewoners in de sets Basis en Kwaliteit voelen zich vooral thuis in het complex en willen niet meer weg. De bewoners in de sets Kwaliteit en Extra vinden het prettig om met zo veel mensen samen te wonen. Dat geeft een gevoel van verbondenheid en gezelligheid. Dit is plausibel en gerelateerd aan het hogere activiteitenniveau, al dan niet in relatie met een daaraan gekoppelde grotere schaal.

"Als ik nou aan mijn knie geopereerd moet worden bijvoorbeeld of een heup… Maar hier kun je in je eigen huisje terugkomen... Zit je toch echt wel geborgen zo."
(Bewoner BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Ik heb een koffievriend zelfs. Ken je dat verschijnsel?…Het is geen plicht hoor… als ik zin heb, dan bel ik hem... Bakkie koffie, praatje, een leuk praatje."
(Bewoner 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik vind je moet een zorgafdeling niet tussen mensen die op hun eigen zijn doen. Wij zijn onze vrijheid kwijt... En wij hebben geen privacy, en zo is het wel: wij gaan verloren."
(Bewoner Menno Simons, Amsterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Kwaliteit)

"Fijn aan het wonen. De vriendelijkheid van de mensen onderling."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Als er een serieuze kaartavond was zou ik daar wel voor voelen, maar niet nee. Mensen die het niet goed meer weten… of ze zitten maar te zingen… dat hoeft voor mij niet."
(Bewoner Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

Relationele agressie

Reflectie

Roddelen, pesten en buitengesloten zijn is een veel voorkomend probleem, dat zich vaker uit in de set Kwaliteit. Bewoners noemen het als een reden om niet aan activiteiten deel te nemen. En aanpassen als nieuwkomer is lastig.

"Ja, dan kom je daar en je hebt je hielen nog niet gelicht of…
ze beginnen al met kwekken… ik dacht van ik ga daar niet meer heen."
(Bewoner de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"We hebben ook weleens in het restaurant gezeten, en toen had één stoel geen kussen.
Dus die vrouw… die pakt dat kussen: met je paardenkop en blijf eraf."
(Bewoner Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

6.5.5 Observaties onderzoeksteam invloed voorzieningenniveau

In deze deelparagraaf zijn de resultaten van de uitgevoerde observaties opgenomen met betrekking tot de invloed van voorzieningenniveau.
Zoals aangegeven in deelparagraaf 4.4.6, zijn twee kwantitatieve observaties, gericht op de sociale kwaliteit van wonen, bruikbaar voor de analyse. Er is geen bruikbare kwantitatieve observatie die rechtstreeks betrekking heeft op de invloed van het voorzieningenniveau. Wel kunnen de resultaten van deze twee observaties geordend worden naar de sets voorzieningenniveau.

In de tabellen zijn in de rijen de sets voorzieningenniveau weergegeven, met daarbij het aantal malen dat een observatiescore is gegeven.
De hoogste waarde is de hoogste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set. De gemiddelde waarde is de gemiddelde waarde door de observatieteamleden gegeven alle complexen in die set. De laagste waarde is de laagste waarde door één van de observatieteamleden gegeven voor alle complexen in die set.

Tabel 39 Beschrijf de sfeer / het leefklimaat in het complex
Resultaten observaties (N=147) per set Voorzieningenniveau

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
Basis				4	3
Kwaliteit			2	8	1
Extra				3	3
Gemiddelde waarde alle observanten					
Basis		1	1	5	
Kwaliteit	1	4	6		
Extra		3	3		
Laagste waarde alle observanten					
Basis	1	1	2	3	
Kwaliteit	1	4	5	1	
Extra	1	3	1	1	

Resultaten
Bij de hoogste waarden in de set Kwaliteit zijn er minder zeer positieve teamobservaties.
Bij de gemiddelde waarden zien we een behoorlijke spreiding.
Bij de laagste waarden zien we een grote spreiding, nagenoeg gelijk verdeeld over de sets voorzieningenniveau.

Reflectie
De observatie van de sfeer c.q. het leefklimaat binnen de woonzorgcomplexen door het onderzoeksteam levert een nagenoeg eenduidig beeld over de sets voorzieningenniveau. Enkel de set Kwaliteit levert wat minder zeer positieve waarden.

Tabel 40 Zou je jezelf hier veilig voelen?
Resultaten observaties (N=147) per set Voorieningenniveau

	--	-	0	+	++
Hoogste waarde alle observanten					
Basis				1	6
Kwaliteit				7	4
Extra				4	2
Gemiddelde waarde alle observanten					
Basis				7	
Kwaliteit			1	10	
Extra			3	3	
Laagste waarde alle observanten					
Basis			2	5	
Kwaliteit		2	5	4	
Extra		3	1	2	

Resultaten
Bij de hoogste waarden in de set Basis zien we opvallend meer zeer positieve teamobservaties en wat minder zeer positieve observaties in de set Extra.
Bij de gemiddelde waarden zien we in de set Basis en Kwaliteit respectievelijk enkel en nagenoeg enkel positieve teamobservaties.
Bij de laagste waarden is er een nadrukkelijker negatiever beeld in de set Extra.

Reflectie
Een hogere ervaren veiligheid lijkt voor het onderzoeksteam duidelijk gekoppeld aan een lager Voorzieningenniveau. Meer voorzieningen lijken geen veiligere ervaring op te leveren, integendeel. Een verband met fysieke schaalgrootte is niet uitgesloten omdat er meer kleinschalige cases Basis en meer grootschalige cases Extra zijn. Een verband met de meer stedelijke ligging van deze grotere complexen is daarmee eveneens niet uitgesloten. De kwalitatieve analyse zal hierin meer inzicht moeten verschaffen.

6.6 Ervaringen en afwegingen professionals en beslissers

De deelvragen betreffende de afwegingen ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen zijn:

Deelvraag 8:
Wat zijn de afwegingen van beslissers ten aanzien van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau met het oog op de sociale kwaliteit van wonen in een woonzorgcomplex?

Deelvraag 9:
Wat zijn de afwegingen van beslissers ten aanzien van de institutionele factoren wetgeving en financiering met het oog op de sociale kwaliteit van wonen in een woonzorgcomplex?

Deelvraag 10:
Hoe kunnen bij de afwegingen ten aanzien van nieuwe woonzorgcomplexen de bevindingen uit dit onderzoek worden toegepast in de praktijk?

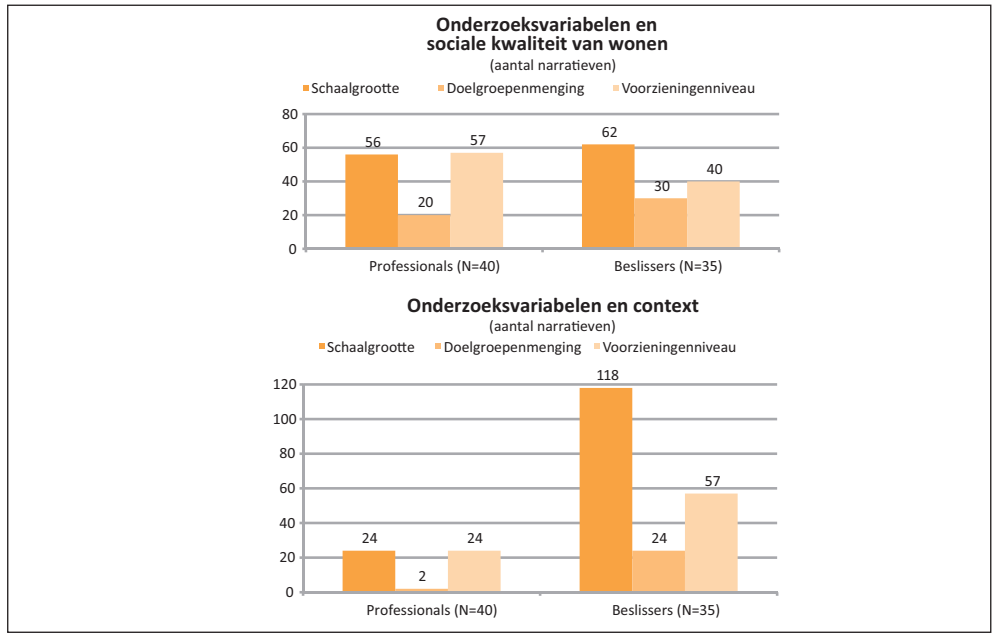
De hieraan gekoppelde hypothesen uit hoofdstuk 3, Theoretisch kader, zijn weergegeven in
Tabel 41, waarin is aangegeven welke thema's vanuit de narratieven en observaties zijn gebruikt om de hypothesen te toetsen. Alleen die thema's zijn opgenomen in het proefschrift, de overige thema's zijn te vinden in bijlage 18, Patronen interviews.

Tabel 41 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen professionals en beslissers

Hypothesen en aanvullende bevindingen	Thema's	Observaties
H10: Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering.	Hoeveelheid voorzieningen (6.6.2en 6.6.4) Organisatie (6.6.4)	nee
H11: Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.	Veiligheid door zorg (6.5.4) Hoeveelheid voorzieningen (6.6.2en 6.6.4) Organisatie (6.6.4)	nee
H12: Een evidence based tool zal initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.	Niet gecodeerd en daarmee niet getoetst, wel in aanbevelingen	nee
Aanvullende bevindingen	Participatie (6.6.2)	nee

6.6.1 Kwantitatieve analyse narratieven professionals en beslissers

Om een indruk te geven van de spreiding in narratieven en daarmee in aandacht en mogelijk verschil in belang van de kwalitatieve afwegingen ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen en de contextuele afwegingen zijn deze, uitgesplitst naar schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, zie Figuur 96.



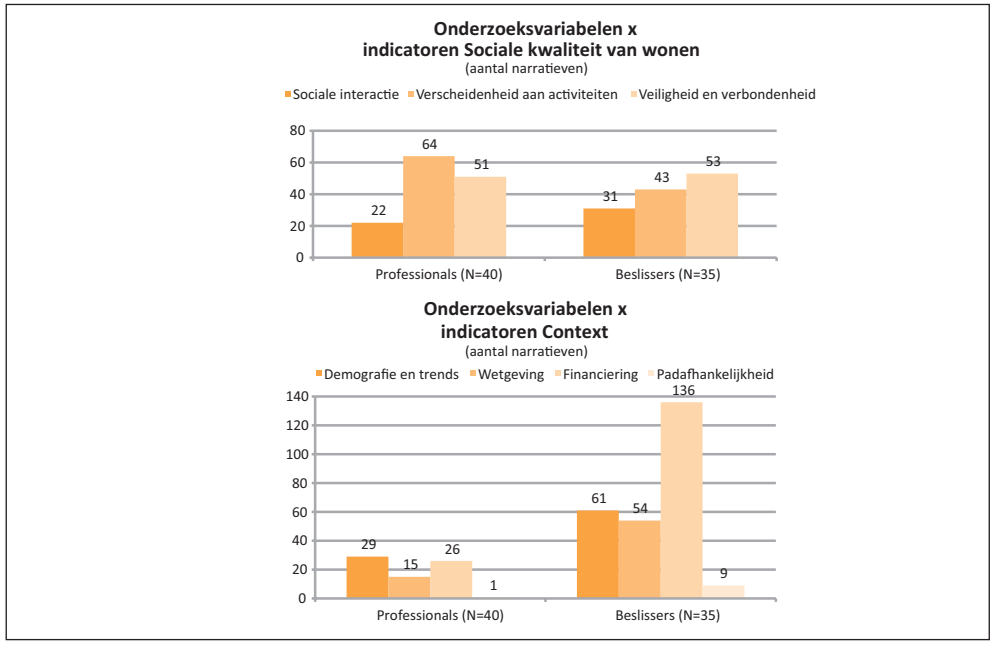
Figuur 96 Onderzoeksvariabelen en Sociale kwaliteit van wonen/Context

Onderzoeksvariabelen en Sociale kwaliteit van wonen/Context

Resultaat
Er is voldoende respons voor een inhoudelijke analyse van de narratieven bij beide sets met uitzondering van Doelgroepenmenging x Context bij professionals.
Schaalgrootte en voorzieningenniveau worden in alle twee sets veel genoemd, zowel bij Sociale kwaliteit van wonen als bij Context. Doelgroepenmenging wordt minder genoemd (1/3 tot 2/3 van het aantal narratieven van schaalgrootte dan wel voorzieningenniveau), in beide sets en bij Context door beslissers. Bij Context door professionals wordt dit nagenoeg niet genoemd.
Professionals en Beslissers spreken ongeveer evenveel over Sociale kwaliteit van wonen als geheel. Beslissers spreken wat daarbij vaker over Schaalgrootte en Doelgroepenmenging. Professionals spreken duidelijk minder over Context dan beslissers.
Voorzieningenniveau x Context speelt een fors grotere rol bij de beslissers.

Reflectie
De verschillen in accenten tussen beslissers en professionals worden het meest duidelijk als het over het belang van de context gaat. Context is, vanuit de inhoud en de invloed op het beleid, logischerwijs meer van belang voor beslissers.
Doelgroepenmenging wordt minder genoemd en nagenoeg niet in relatie tot context bij professionals; Schaalgrootte wordt veel bij beslissers genoemd.

Uitgesplitst naar indicatoren krijgen we een gedetailleerder beeld, zie Figuur 97.



Figuur 97 Onderzoeksvariabelen x indicatoren Sociale kwaliteit van wonen/Context

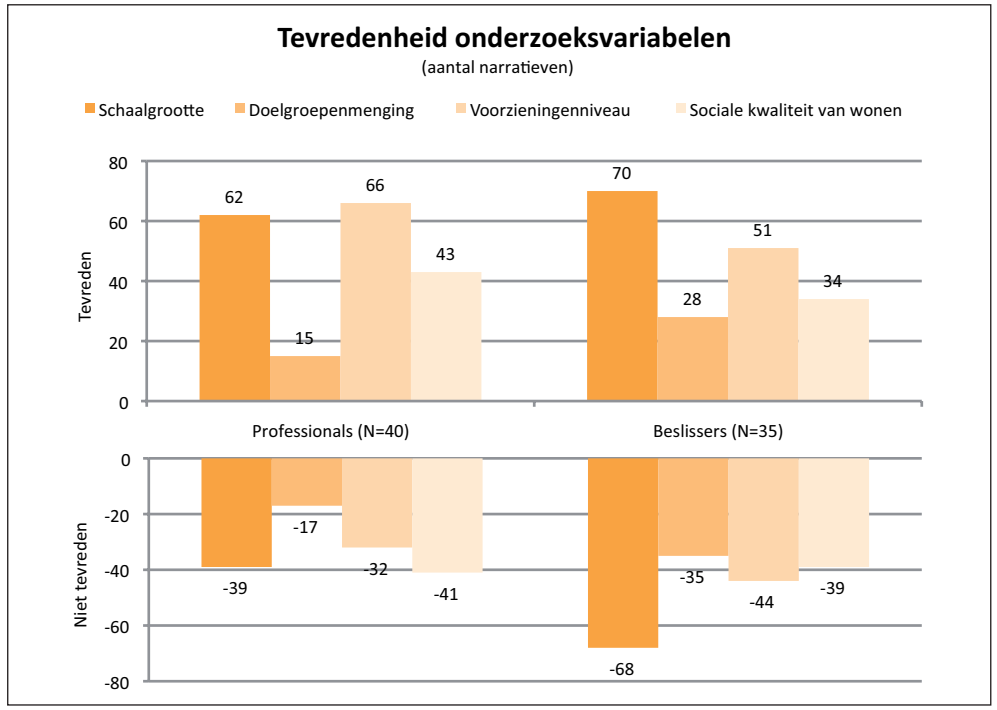
Resultaat

Er is voldoende respons voor een inhoudelijke analyse van de narratieven bij de indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen en voor context ten aanzien van Wetgeving, Financiering en Trends in beide sets. Demografie en Padafhankelijkheid worden minimaal genoemd bij de set professionals en erg weinig bij beslissers. Sociale interactie wordt in alle twee sets het minst genoemd. Veiligheid en verbondenheid zijn bij beide sets nagenoeg gelijk; Verscheidenheid aan activiteiten het meest bij professionals. Beslissers spreken meer over context zoals we eerder zagen. Daarbinnen spreken ze veel meer over Financiering.

Reflectie

De verschillen in accenten tussen beslissers en professionals worden het meest duidelijk als het over het belang van de context gaat. Context is, vanuit de inhoud en de invloed op het beleid, logischerwijs meer van belang voor beslissers. Sociale interactie is verrassend minder vaak genoemd als item voor de professionals. Financiering is een, gezien de vele veranderingen daarin, voor de hand liggend vaak genoemd item voor beslissers.
Padafhankelijkheid is voor professionals nagenoeg geen item, het is mogelijk voor hen een onbekend of minder een rol spelend verschijnsel. Of als meta-begrip minder makkelijk te herkennen en omschrijven door codeerders.

Figuur 98 geeft een beeld van de tevredenheid ten aanzien van de onderzoeksvariabelen.



Figuur 98 Tevredenheid onderzoeksvariabelen

Resultaat

Alle vier de onderzoeksvariabelen komen in beide sets en zowel bij Tevreden als Ontevreden in behoorlijke mate voor, met uitzondering van Doelgroepenmenging bij Professionals. Bij de set professionals overheersen, over het geheel genomen, de positieve uitspraken. Bij de set professionals is de hoeveelheid negatieve uitspraken ten aanzien van Schaalgrootte en Voorzieningenniveau globaal half zo groot als de hoeveelheid positieve uitspraken. De positieve en negatieve uitspraken ten aanzien van Doelgroepenmenging en Sociale kwaliteit van wonen zijn nagenoeg gelijk. Bij de set Beslissers zijn positieve en negatieve uitspraken ten aanzien van alle vier onderzoeksvariabelen van gelijke hoeveelheid. Schaalgrootte wordt duidelijk het meest genoemd, bij de positieve uitspraken gevolgd door Voorzieningenniveau.

Reflectie

Het geringe aantal narratieven voor doelgroepenmenging bij de professionals is opvallend en onverwacht door de nabijheid van bewoners. Kennelijk is de menging van hun klanten geen item voor hen. Beslissers zijn negatiever in hun uitspraken ten aanzien van doelgroepenmenging. De inhoudelijke analyse zal duidelijk maken waarin dit zit.

6.6.2 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed fysieke schaalgrootte

In de deelparagrafen 6.6.2 t/m 6.6.4 worden de per groep respondenten weergegeven patronen onderling vergeleken, ingedikt en gecombineerd; in deze deelparagraaf in relatie tot de invloed van fysieke schaalgrootte. De reflecties op de patronen worden geïllustreerd met representatieve narratieven.
In bijlage 18, Patronen interviews, zijn de uitgebreide, bewerkte resultaten opgenomen, waarbij de narratieven ook kwantitatief zijn gescoord. Hierbij is van belang te beseffen dat de aantallen respondenten binnen de sets zeer gering verschillen, namelijk 40 en 35 respondenten. De aantallen narratieven in de sets zijn dus ook direct vergelijkbaar.
Uitgaande van een theoretische saturatie bij 30 respondenten, wordt deze theoretische waarde bij beide groepen respondenten ruim eenmaal behaald.

In deze deelparagraaf zijn de reflecties betreffende de invloed van fysieke schaalgrootte op de ervaren sociale kwaliteit van wonen gegroepeerd in de volgende zeven thema's: Hoeveelheid voorzieningen, Participatie, Verbondenheid, Relationele agressie, Eenzaamheid, Organisatie en Gebouw.

Hoeveelheid voorzieningen

Reflectie

Voldoende activiteiten - zeker naar voorkeur van een ieder qua smaak en niveau - is gerelateerd aan het grotere draagvlak bij grootschaligheid, stellen meerdere beslissers. Enkele professionals zien ook mogelijkheden bij kleinschalige complexen. In dunbevolke gebieden kan het woonzorgcomplex juist een centrale rol spelen in het voorzieningenniveau van het dorp.

"Tweehonderdvijfenzeventig in Ede. Dat heeft zijn charmes. Dat geeft reuring. En nog een grote recreatiezaal waar het gewoon elke dag feest was. De doelgroep wordt wel steeds slechter… maakt steeds minder gebruik van die voorzieningen."
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Dat je gauw honderdvijftig tot tweehonderd appartementen nodig hebt, wil je er überhaupt een boterham aan verdienen. En wil je het een beetje royaler kijken, heb je die vierhonderd eenheden nodig."
(Beslisser Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Als we naar boven toe redeneren…minimaal 350 heb ik er nodig, niet zo zeer vanuit de financiën maar meer voor een zekere reuring en menging en het feit dat je in een zekere anonimiteit kan binnenkomen."
(Beslisser Onderwatershof, Rijswijk: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Participatie

Reflectie

Het meeorganiseren van activiteiten, het aandragen van ideeën daarvoor en daadwerkelijk participeren bij de besluitvorming van het complex, vormen oplopende sporten van participatie op de participatieladder. Beslissers en een enkeling onder de professionals geven echter aan dat er met name naar de mening van bewoners wordt geluisterd in de gerealiseerde bouw. Meeorganiseren van activiteiten geschiedt soms. Ten aanzien van het bouwproces zijn het vooral bewonersbijeenkomsten waarop gereageereerd wordt op reeds uitgedachte plannen.

"Ik weet dat er een aantal bewonersbijeenkomsten zijn geweest, waarbij mensen zijn gevraagd over fasen in de ontwikkeling… Maar dat is… toch wel meer reactief zou ik willen zeggen. Je legt een plan voor en dan komt er iets terug."
(Beslisser BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Verbondenheid

Reflectie

Sociale controle, sociale cohesie en betrokkenheid onder bewoners zijn sterker bij een kleinere fysieke schaalgrootte, stellen meerdere beslissers. Professionals geven dit aan ten opzichte van hun eigen functioneren.
De negatieve zijde van sociale controle is er ook, dan kan het anonieme karakter van een groter complex juist een voordeel zijn. Als de anonimiteit van een groot gebouw te groot wordt kan compartimenteren een oplossing zijn.

"Ik denk dat het dan meer, misschien iets meer lucht is voor de ander.'"
(Beslisser St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Het is niet zo dat ik in het verzorgingshuis woon en jij in het verpleeghuis. Ze wonen allemaal in één straat die het Rigtershof heet en dat is toevallig onder een dak."
(Bewoner Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Mijn visie is dat mensen zich hier thuis voelen. Het is hun thuis… dat groepsspreekuur één keer in de veertien dagen is voor mij ook heel wezenlijk."
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"En in het bestaande gebouw zou je beter willen compartimenteren, maar dat heeft dan niet zo zeer met woonkwaliteit te maken maar meer met beheer… En ook herkenbaarheid voor de functies."
(Beslisser BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Eenzaamheid

Reflectie

Eenzaamheid is veelvoorkomend, stellen meerdere beslissers en professionals. Het concept van het woonzorgcomplex helpt door om sociale interactie dit te verlichten.

In een klein complex zouden volgens een enkeling bij de professionals mensen minder eenzaam zijn, omdat ze op elkaar zijn aangewezen. In een groot complex echter is het gemakkelijker om mensen met gelijke interesses te vinden, stelt een enkeling bij de beslissers.

"D'r zijn hier een heleboel mensen die eenzaam zijn. En dan denk ik, zal je dan meer kleinere wooneenheden hebben, dan gaan de mensen toch wat meer samen met elkaar en kan je een stukje eenzaamheid oplossen."

(Professional Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Kijk je moet wel mobiel zijn om bijvoorbeeld naar het atrium te kunnen. Zo niet kunnen wij daar wel bij helpen, maar je bent wel afhankelijk. En ik denk soms hoor ik mensen daar wel eens van ik vereenzaam wel eens. Ja, je moet wel op zoek naar contacten."

(Professional Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Familie wat ver weg woont… vanuit de Parkstede zaten heel veel mensen uit het westen van het land... En dat zijn wel eenzame mensen... En die kennen Enter niet. En Enter is wel heel erg Enters."

(Professionals 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Organisatie

Reflectie

Schaalgrootte is voor beslissers een belangrijk item; professionals noemen schaalgrootte nagenoeg niet. De schaal bepaalt met name hoe het complex georganiseerd dient te worden en met welke financiële haalbaarheid. Dit speelt sterker vanwege de ontmanteling van de AWBZ, waardoor een zekere schaal in combinatie met een zekere zorgzwaarte nodig is voor een solide financiële basis. Het realiseren van een nachtdienst, restaurant of winkel zijn daarbij sluitposten.

"Friesland is natuurlijk…dun bevolkt… het vergrijst, mensen hechten dus enorm aan kleinschaligheid en binnen die gemeenschap wonen. De ondergrens voor ons is vierentwintig bewoners."

(Beslisser Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"In St. Barbara zijn de appartementen zo gebouwd, heel vooruitziend, dat gezegd is: vierentwintig van de tweeëndertig kunnen zo verhuurd worden. Want ik denk als ik nu kijk…dat had ik vier jaar geleden niet gedacht."

(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Daar zijn nog een aantal juridische procedures in het land over gevoerd, maar het mag tenzij je niet een concurrent helemaal wegblaast. Nou, doen we niet want het zijn zevenentwintig plekken… dan zorgen wij voor de zorginfrastructuur."

(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Er wonen verschillende echtparen, dat is voor het huis financieel gunstig want het levert dan toch wel meer op... Voor de bewoners heeft het als voordeel dat als een van de partners overlijdt, hoef je nooit te verhuizen."

(Professional Huis ter Leede, Leerdam: Grootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik heb ook complexen gezien waar onder druk toch van de marktwerking eigenlijk…ja, in kleinere huizen zelfs, drie tot vier thuiszorgorganisaties werken waardoor het dus geen van de vier het nog lukt om die vierentwintig uur zorg te bemensen."

(Beslisser Huize St. Franciscus, Veendam: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Die gingen de principes toepassen op de kleinschaligheid… Een werkende nachtdienst is… drie keer zo duur of vier keer zo duur als een slaapwacht. Maar goed, ja, als je natuurlijk in grotere aantallen denkt, dan denk je: wij moeten gewoon een nachtdienst hebben… behept met normen en waarden vanuit grootschaligheid."

(Beslisser 't Derkshoes, Westerbork: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Gebouw

Reflectie

Als het gaat om de fysieke schaalgrootte van het gebouw worden nadelen van grootschalige gebouwen genoemd als onoverzichtelijkheid en daarmee onveiligheid en loopafstanden.

"Dan moet je toch heel goed nadenken of je dat wonen en de voorziening niet beter kunt scheiden… het gebouw moet eigenlijk altijd open zijn… Het gebouw is zodanig complex en onoverzichtelijk dat je heel veel nodig hebt om dat goed te beheren."

(Beslisser BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Als je een groot complex hebt, zijn de loopafstanden natuurlijk ook groter... als iemand niet goed ter been is, dan wordt dat lastiger."

(Professional BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Mensen ervaren die drukte eigenlijk juist als prettig. Ik hoor vaak… in de weekenden, dat mensen het erg stil vinden. En daardoor ook eng. Als het gebouw leeg is, dan wordt het gevoelsmatig een stuk groter."

(Professional BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

6.6.3 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed doelgroepenmenging

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de ervaringen en afwegingen van professionals en beslissers ten aanzien van de invloed van doelgroepenmenging op de ervaren sociale kwaliteit van wonen opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende drie thema's: Fysieke veiligheid, Menging binnen het complex en Menging met de buurt.

Fysieke veiligheid

Reflectie

Fysieke veiligheid is een primaire behoefte, nog uitvergroot door de kwetsbaarheid van de doelgroep. Angst voor inbraak en beroving is aan de orde van de dag. Een gemeenschappelijk gebouw biedt veiligheid door voorzieningen als receptie en alarmering, maar roept door de menging met mensen van buiten ook onveiligheid op. Het gaat daarbij om ervaren veiligheid. Brandveiligheid is cruciaal.

"Dat ze dachten van: goh, er komen hier mensen die hier niks te zoeken hebben…
Dus we hebben een week van de veiligheid hier gehad…
in negen van de tien gevallen bleken dat gewoon mensen die hier gewoon ook horen."
(Beslisser Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Sommige mensen hebben dan het gevoel… er kan zo iemand meelopen… daar is geen oplossing voor. Ja behalve als je het 24 uur zou bemensen… dat is onbetaalbaar."
(Professional BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Vrijheid en veiligheid, je woont in een straat, je hebt je eigen appartement, je hebt er een flink slot op zitten… Als je wilt kun je allerlei contacten opdoen, mocht je je niet lekker voelen kun je je terugtrekken."
(Beslisser Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Menging binnen het complex

Reflectie

De meningen over het welslagen van menging zijn verdeeld. Menging van doelgroepen is van belang stellen beslissers, bewoners vinden het gezellig. Voor minder gezonde bewoners is de menging goed om alerter te blijven, stellen professionals. Bovendien hoeven bewoners daardoor minder snel te verhuizen naar een zwaardere zorgvoorziening. Andere beslissers stellen dat de menging met bewoners met dementie confronterend is en dat het relationele agressie oproept, iets wat veel aandacht behoeft. Ten slotte stellen beslissers dat het verschil in zorgzwaarte ook jaloezie ten aanzien van verschil in behandeling oproept.
Menging met jongeren heeft ook twee zijden, enerzijds stimuleert het bewoners met enige beperkingen, anderzijds is het verstorend door te grote verschillen in behoeften.

"Aan de ene kant, wij willen die woningen natuurlijk bezet hebben, dat hele gebouw eigenlijk ook. Aan de andere kant, wij willen er liever iemand in die wij moeten helpen te douchen en die huishoudelijke hulp bij ons afneemt dan iemand die compleet zelf redt."
(Beslisser Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"U hoort mij niet zeggen, zwaardere zorg liever niet hoor… ik was ook idealist vroeger, van dat moet allemaal met elkaar gemengd worden… meer reuring, meer contact, nou die mensen liepen allemaal heel hard weg."
(Beslisser Onderwatershof, Rijswijk: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"We halen het label eraf van verzorgingshuis of verpleeghuis… dat is niet slim als je kijkt naar de vergrijzing van Enter. Dus dan moeten de mensen toch de plaats uit… gaan we toch een aantal plekken… scheiden van wonen en zorg doen. En laten we die gewoon een woning huren, maar wel vertrouwd, dichtbij, veilig hier in dit pand wonen."
(Beslisser 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Die twintigers voelen zich ook minder thuis hier, omdat ze het idee hebben dat ze echt in een seniorencomplex zitten... Dan merk je wel dat daar wat frictie is... Ja dat zijn dezelfde irritaties die je ook in buurten en straten ziet. Van te hard rijden met de brommer. Dat is niet anders dan ergens anders."
(Professional BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Men wil ook wel een leuke jongere buurman of buurvrouw, of een gezin naast zich. Maar een andere doelgroep wil dat weer niet. Dus wat wij zoveel mogelijk doen… daar zo min mogelijk een stempel opzetten."
(Bewoner Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Menging met de buurt

Reflectie

Er is sprake van menging met de buurt doordat bewoners uit het complex de buurt in gaan en vice versa. Bewoners uit de buurt komen naar het complex vanwege de gezelligheid, activiteiten en de voorzieningen, als middelpunt van de wijk of woonservicezone, noemen vele beslissers en enkele professionals. Dit is positief voor de sociale kwaliteit van wonen. Deze wijkfunctie is financieel niet interessant.

"Dat mensen niet hoeven te verkassen als ze oud worden. En dat ze gewoon in de buurt kunnen blijven waar ze altijd gewoond hebben… het staat wel midden in de wijk… waar ook mensen binnenlopen die geen zorg nodig hebben... Ook al ben je oud en krakkemikkig… dat je wel gewoon meedoet. Dat je met je rolstoel naar de bakker kan."

(Beslisser 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Daar zie ik wel de mix van ouderen met jongeren… jongeren vanuit het ROC of vanuit de scholen wat gaan doen daar… wat wel goed is, is als je die verschillende groepen van verschillende leeftijden bij elkaar brengt en wat voor elkaar laat doen."

(Beslisser De Sfinx, Zeewolde: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Juist binnen de ouderenzorg wordt nu beknot op dat welzijn… Dat vraagt creativiteit…
Er gebeurt hier namelijk heel erg veel, want er zijn allemaal pareltjes…
En het is nu juist de kracht dat je dat bundelt."

(Beslisser Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Relationele agressie

Reflectie

Roddelen geschiedt, pesten en uitsluiten eveneens, stellen meerdere beslissers en professionals. Hierop wordt ingegrepen omdat het de sfeer verslechtert, stelt een enkeling onder professionals en beslissers. In een dorp wordt door de grotere sociale controle relatief meer gepest.

"Sommige mensen zijn er wel door thuis gebleven… ik hoef daar niet naar toe te gaan want… het is toch niet gezellig daar… We hebben ook een cliënt... die is pas 39.
Maar die komt er bijna niet tussen… wat doe jij hier?"

(Professional De Schermerij: Middelgrootschalig – Niet gemengd – Kwaliteit)

"Dat drukt nog al een stempel op de mensen, op de psychogeriatrische cliënt… Daar zitten een beetje de gekken... Zo wordt er door menig mens wel tegen aan gekeken."

(Professional Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Of nieuwe mensen die in huis komen wonen, die willen dan bij de gezellige tafel zitten…
En dan zeggen ze gelijk van: nee hoor, deze stoel is bezet, en jij hoort hier niet.
Ja, ze zijn heel hard een hoop mensen. Verschrikkelijk."

(Professional Mercator, Groningen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

6.6.4 Ervaringen en afwegingen ten aanzien van invloed voorzieningenniveau

In deze deelparagraaf worden de narratieven betreffende de ervaringen en afwegingen van professionals en beslissers ten aanzien van de invloed van het voorzieningenniveau op de ervaren sociale kwaliteit van wonen opgesomd en geanalyseerd. Deze zijn gegroepeerd in de volgende zeven thema's: Hoeveelheid voorzieningen, Aard en kwaliteit voorzieningen, Betaalbaarheid voorzieningen, Gemeenschappelijke ruimte, Informele zorg, Veiligheid door zorg en Organisatie.

Hoeveelheid voorzieningen

Reflectie

De hoeveelheid voorzieningen en activiteiten in de complexen is op peil. Kennelijk ervaart men daarover geen klachten. Door een hoger voorzieningenniveau onstaat meer levendigheid en sociale interactie en daardoor een hogere sociale kwaliteit van wonen.

"Dat plein, dat Plaza idee, waar alle ondernemers bij elkaar zitten, dat je synergie krijgt, ... krijgt, maar ook levendigheid want dat is wat ik hier wel mis."

(Beslisser Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Als je vraagt aan bewoners, het zou mooi zijn om iedere avond open te zijn... mensen wilden graag dat we op de zondagmiddag open waren, en vervolgens lever je iedere zondag 160 euro in, want er kwam bijna niemand."

(Beslisser BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

Aard en kwaliteit voorzieningen

Reflectie

Welzijnsvoorzieningen zijn belangrijk voor de sociale interactie, maar het niveau van de voorzieningen staat onder druk. Voldoen aan de vele wensen lukt niet altijd, soms ontbreekt een bemande receptie in het weekend, een eigen keuken, een cultuur- of sportvoorziening. Als het complex een centrale voorziening kan zijn helpt dit voor de herkenbaarheid en daarmee het functioneren als middelpunt van een wijk.

"Nou, dan ook een kinderbibliotheek erbij… op financiële gronden is de samenwerking niet gelukt… maar dat was wel de bedoeling… dan krijg je oud en jong door mekaar… wat reuring in deze straat."
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Vrouwentongen hoort bij het atrium... Daar ontmoeten zij elkaar… dat is zondag. Vrouwen bij elkaar om 10 uur tot 12 uur."
(Professional Bergweg, Rotterdam: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Het hotelaspect is belangrijk… met aandacht en liefdevol, warme zorg krijgen… als je afhankelijk bent… dan is die aandacht verschrikkelijk belangrijk... Wederkerig contact, ook degene die verzorgd wordt, is verantwoordelijk voor de verzorging."
(Beslisser Onderwatershof, Rijswijk: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Daar gaan we ook van uit. Ja wonen tot in de dood in dit complex."
(Beslisser St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Er is een muziekcentrum bij gekomen. Klassieke muziek... Het draait als een tierelier. Er is een psychotherapie praktijk bij gekomen… voornamelijk gericht op de externe markt... Er is een praktijk voor alternatieve geneeswijzen bij gekomen, intern en extern gericht... de tandarts… Beter Horen…, de diëtist... Dus het voorzieningenniveau is wel uitgebreid."
(Beslisser Parc Imstenrade, Heerlen: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Extra)

"Mensen zeggen dan dat er niks te doen is, terwijl we een weekplanning hebben van tot en met, maar ze vinden dan niks leuk… wat wil je dan graag en dan nee ik hoef niet niks… het zit hem met name in het consumentengedrag."
(Beslisser Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

Betaalbaarheid voorzieningen

Reflectie

De veranderende wetgeving zorgt voor steeds minder geld in de zorg en welzijn, stellen meerdere beslissers. De zorgorganisatie kan daardoor niet alle zorg leveren, waardoor bewoners soms ongewenst moeten verhuizen. De bezuinigingen op welzijn noodzaken tot creatieve manieren om welzijnsactiviteiten te behouden, omdat het idee heerst dat welzijn een beroep op duurdere zorg uitstelt.

"Bieden wij hun aan dat wij maandelijks vijftien euro als vrijwillige bijdrage willen want dan kunnen we meer welzijn bieden… heel veel mensen voelen zich dan toch gedwongen om te betalen… Zeggen ze: "waarom mogen wij niet meedoen met die wafel middag?"
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Omdat er… voor een coöperatie een doelstelling is voor het bijdragen aan leefbaarheid en dat doen we door dit soort faciliteiten en dat betekent… een aanzienlijk bedrag… om die tien gebouwen in de lucht te houden."
(Beslisser Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

"Toen hebben ze een kleine bijdrage gevraagd voor activiteiten. Dan haken mensen massaal af. Als ze een euro moeten betalen voor te gymmen, nou, dat vinden ze teveel. Maar ik bedoel: mijn sportabonnement is iets duurder dan een euro."
(Bewoner Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Nou kijk, dat geldt in principe ook voor de mensen van de aanleunwoningen. Ja, die moeten een abonnementpas hebben maar die heeft eigenlijk iedereen."
(Beslisser Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

Gemeenschappelijke ruimte

Reflectie

Een gemeenschappelijke ruimte is cruciaal als ontmoetingsplek voor een grotere sociale interactie en een hoger activiteitenniveau, stellen meeerdere professionals en beslissers.

"Wat ze prettig vinden is de gezamenlijke ruimte waar ze gebruik van kunnen maken."
(Professional Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Ik vind het atrium ook een erg grote meerwaarde hebben… zeker voor onze doelgroep…
niet door de verstandelijke handicap maar door hun leeftijd…
dagbesteding en daginvulling wordt steeds minder.
En dit is zo vlakbij, dat die mensen die stap wel nog maken om daar heen te gaan."
(Beslisser St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Er zijn ook gebouwen waar geen ontmoetingsruimte is, wat dan heel jammer is."
(Professional Domus Bona Ventura, Nederweert: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

Informele zorg

Reflectie

Ten aanzien van het inspelen op informele zorg zijn vrijheid, zelfredzaamheid en privacy van de cliënt erg belangrijk, stellen vele beslissers en een enkeling bij de professionals.
Ook is de heersende cultuur van institutionele zorg niet zomaar verdwenen en vraagt verandering daarvan aandacht.

"Terwijl in het oude stramien hadden we veel meer van: wij moeten alles organiseren.
Die tijd is voorbij. Die tijd is voorbij. Wij moeten niks.
En de bewoner heeft zijn eigen verantwoordelijkheid."
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Proberen te zijn zoals thuis. En dat is voor de medewerker wel eens lastig… Want die is opgegroeid vanuit een gedachtegang van: ik neem het van u over. Terwijl ze nu eigenlijk met de handjes op de rug moeten staan en wachten tot de bewoner echt pijn heeft."
(Beslisser de Pleinen, Ede: Zeer grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Basis)

"Je ziet hier toch wel een duidelijke bezorgdheid... de senioren helpen die andere doelgroepen wel… niet in de zin dat ze ze aan het handje nemen, ze maken een praatje...
Daar is helemaal geen animositeit tussen."
(Professional BaLaDe, Waalwijk: Middelgrootschalig - Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"Nee, nee, weer de ouden… zet er wat jongeren in.
Die kunnen vrijwilligerswerk gaan doen, je kunt elkaar helpen."
(Bewoner Jean Sibelius, Eindhoven: Middelgrootschalig - Niet gemengd - Basis)

Veiligheid door zorg

Reflectie

De aanwezigheid van zorg en een alarmeringssysteem zijn niet goedkoop maar zorgen voor een gevoel van veiligheid bij de bewoners en daardoor voor een hogere sociale kwaliteit van wonen. Daarbij is een goede en persoonlijke omgang tussen extern en intern personeel en bewoners erg belangrijk voor de sociale kwaliteit van wonen.

"Dat geeft veel meer mogelijkheden, dat mensen zonder zorgvraag… toch de bescherming en beschutting van zo'n huis in de buurt willen hebben… 24-uurszorg heel dicht bij te kunnen krijgen, maar ook zelfstandig te wonen."
(Beslisser Onderwatershof, Rijswijk: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Een zwaardere behoefte dan… wat de overheid daarin voor uitgetrokken heeft. Dan kun je ook zeggen ik heb thuiszorgmedewerkers hier rondlopen… Alleen moet je dat op papier weer recht breien natuurlijk, daar zijn we in Nederland geweldig in."
(Beslisser Rigtershof: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Extra)

"In Malden zit een nachtdienstenploeg met allemaal inluistersystemen… bijvoorbeeld er komt onweer en die en die is bang, dan luisteren ze die iets harder in en dan hoor je alles… gewoon het ademen en alles."
(Professional St. Annahof, Uden: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

Organisatie

Reflectie

De veranderende wetgeving biedt minder financiële middelen, wat noodzaakt tot bezuiningen en creativiteit. Voldoende zorgzwaarte binnen halen is nodig voor voldoende financiering stellen enkele beslissers. Een omslag in het denken van bewoners en professionals ten behoeve van het bevorderen van zelfredzaamheid kan leiden tot een andere cultuur en dient de veranderende behoeften van ouderen.

"Wij mogen niet de markt verdelen. Dan krijgen wij met de NMA te maken… je kan wel met elkaar afspraken maken:… wij laten hier ook de welzijnsstichting binnen. Belang ook van de burger… zullen we ook wel moeten met de ontwikkeling van de Wmo."
(Beslisser 't Reggedal, Enter: Middelgrootschalig – Gemengd met zwaardere zorg - Kwaliteit)

"Dus enerzijds ben ik gewoon heel erg blij dat wij twee kleinschalige groepswoningen krijgen… dat ik ook voor die twee woningen de nachtdienst kan gaan draaien… Want een klein huis is natuurlijk altijd véél duurder uit dan een groot huis: ik moet altijd gediplomeerd personeel in dienst hebben."
(Beslisser De Berken, Milheeze: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Nou, als je het hebt over het uitgangspunt van… hoe kunnen wij nu nog 24-uurszorg ook dekkend maken, dan is de ondergrens vierentwintig bewoners."
(Beslisser Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Dat de overhead heel laag is … wat je ziet is dat er naar verhouding binnen Tellens op het middenkaderniveau redelijk veel leidinggevenden zijn."
(Beslisser Nij Dekama, Weidum: Kleinschalig – Gemengd met zwaardere zorg – Basis)

"Wij zijn de woningcorporatie wij weten dat niet… zorginfrastructuur heb je nodig om aan voldoende zorgzwaarte te hebben… om ook die lichtere zorg te kunnen verlenen."
(Beslisser Malburgstaete, Arnhem: Grootschalig – Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg - Extra)

6.7 Resumé casestudy

De meervoudige casestudy is gericht op de deelvragen naar de invloeden op de sociale kwaliteit van wonen en naar de afwegingen rond de besluitvorming daarover.

De strategische selectie ten aanzien van de spreiding naar fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau is geslaagd. De spreiding naar doelgroepenmenging heeft een oververtegenwoordiging van cases Gemengd met zwaardere zorg en een single case Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg opgeleverd, die in lijn is met de representatie van de populatie uit het bureauonderzoek.

De brede narratieve analyse heeft een zeer omvangrijke hoeveelheid data opgeleverd. Deze is rijk aan inhoud, maar ook complex. Voor de toetsing van de hypothesen is deze geordend in sets van cases, variërend naar de drie onafhankelijke en mediërende onderzoeksvariabelen. Deze sets zijn kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd, wat een combinatie van Qualitative Comparative Analysis (QCA) en een narratieve methode levert.
De methodetriangulatie van de observaties is, door de specifieke data per case, beperkt bruikbaar voor de vergelijking van sets. De bronnentriangulatie van interviews van bewoners, professionals en beslissers is, door de vergelijking van verschillende invalshoeken, waardevol gebleken.

Het opvallendste resultaat in algemene zin is de bevinding dat het waarborgen van veiligheid en verbondenheid een relatief belangrijke functie van het woonzorgcomplex voor bewoners is, naast de sociale functie.
Ten aanzien van de invloed van fysieke schaalgrootte is de variatie in de gewenste schaalgrootte verrassend, met evenzovele aanhangers van grootschaligheid als van kleinschaligheid, gerelateerd aan de situering in stad respectievelijk dorp.
Ten aanzien van de invloed van doelgroepenmenging is het belangrijkste resultaat dat er een aanduidbare grens is voor de tolerantie tussen doelgroepen, met name vanuit vitale ouderen naar groepen bewoners met een psychische beperking of dementie. Deze grens lijkt veel eerder bereikt dan vaak gedacht en waarop vaak wordt ingezet vanuit ideële motieven van doelgroepenmenging.
Ten aanzien van de invloed van het voorzieningenniveau, is de belangrijkste bevinding dat in kwantitatieve zin activiteiten alleen in weekenden worden gemist. Het kwalitatieve aanbod daarentegen vraagt veel aandacht, met name het niveau van de activiteiten, de gerichtheid op specifieke zorgdoelgroepen en ook niet-zorgdoelgroepen en het gemis aan voldoende activiteiten voor de mannen als minderheid.
Ten slotte is ten aanzien van besluitvorming bevonden dat institutionele drivers als wetgeving en financiering veruit de meeste impact op afwegingen van beslissers hebben en niet kwalitatieve drivers als keuzes voor fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en

voorzieningenniveau, gericht op een zekere sociale kwaliteit van wonen. De institutionele drivers zijn namelijk ‘hard’ en daarmee leidend en de kwalitatieve drivers zijn ‘zacht’ en niet evidence based.
Ten aanzien van besluitvorming is verder bevonden dat er vooralsnog een zeer beperkte rol voor participatie en inclusie in het besluitvormingsproces aanwezig is. Bewoners worden veelal pas bij invulling van de activiteiten binnen het gereedgekomen gebouw betrokken of waar het de initatieffase betreft, als klankbord bij reeds gevormde plannen.
De reflecties en de toetsing van de hypothesen zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 8.

Beter dan de onwetenden zijn zij, die boeken lezen
Beter dan dezen zij, die het gelezene onthouden
Beter dan dezen zij, die het gelezene begrijpen
Beter dan dezen zij, die er mee aan het werk gaan

Indische spreuk, uit Dagverblijven en tehuizen, (Blonk, 1987)

Deel

C

Conclusies

&

Aanbevelingen



Gemeenschappelijke binnenruimte en entree
Het Spijk, Eefde (Middelgrootschalig-Gemengd met zwaardere zorg- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

Hoofdstuk

7

Methodologische reflectie en vervolgonderzoek

7 Methodologische reflectie en vervolgonderzoek

Dit hoofstuk bevat de reflectie op de methodiek. In paragraaf 7.1 wordt gereflecteerd op de gehanteerde onderzoeksmethoden. Dit leidt tot een suggestie voor een aangepast conceptueel model in deelparagraaf 7.1.6. Ten slotte volgen de aanbevelingen voor vervolgonderzoek in paragraaf 7.2.

7.1 Methodologische reflectie

In deze paragraaf volgt een reflectie op de gehanteerde combinatie van onderzoeksmethoden, de ecologische en interne validiteit en betrouwbaarheid van de datasets en de gevolgde stappen van selectie, genereren van data, reflectie en conclusie. Daarbij wordt specifiek aandacht geschonken aan de narratieve methode en Qualitative Comparative Analysis (QCA). De paragraaf sluit af met enkele conclusies ten aanzien van de gehanteerde methoden.

7.1.1 Externe validiteit

Bij het bureauonderzoek is gebruik gemaakt van twee datasets die met elkaar zijn vergeleken: de CBZ-database en de KCWZ-database, beide met gegevens over een groot aantal woonzorgcomplexen in Nederland. Vanwege de taakstelling van het College Bouw Zorginstellingen bestaat het CBZ-archief alleen of voornamelijk uit projecten waarvoor een bouwaanvraag is ingediend in het kader van de Wet toelating zorginstellingen. Niet-gemengde complexen met alleen vitale ouderen komen minder voor in de database CBZ voor. Omdat dit de primaire doelgroep van het onderzoek vormt, is een tweede database gebruikt, die van het KCWZ. Beide datasets. Van het archief CBZ is uiteindelijk twee derde van de projecten waarvoor – verspreid over de periode 2001-2007- een bouwaanvraag is ingediend uitgebreid geanalyseerd. De database KCWZ dekt volgens betrokkenen van het KCWZ circa 75% van de gehele populatie woonzorgcomplexen uit de onderzochte periode 1998-2010. Volgens het KCWZ is deze selectie representatief voor de gehele populatie. Zij verwachten geen bias van de uitkomsten doordat circa 25% van alle projecten niet in de database is opgenomen. Er zijn hiervoor ook geen aanwijzingen gevonden in de data. Projecten uit de laatste twee à drie onderzoeksjaren zijn echter minder goed vertegenwoordigd in de database. Wellicht dat daardoor recente veranderingen in de kenmerken van de populatie wat onderbelicht zijn.

De strategische selectie ten aanzien van fysieke schaalgrootte is in grote lijnen geslaagd. Alle drie de sets fysieke schaalgrootte, (zeer) Kleinschalig, Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig, zijn in voldoende mate in de steekproef vertegenwoordigd om te kunnen voldoen aan gangbare eisen voor een theoretische saturatie en saturatie in de praktijk. Omdat zeer kleinschalige projecten niet of nauwelijks voorkomen, is die set aangevuld met zes cases Kleinschalig. De set Zeer grootschalig is eveneens aangevuld met twee cases Grootschalig. Daarmee is het niet gelukt om het beoogde aantal extreme cases voor fysieke schaalgrootte te onderzoeken (Gerring, 2007; Seawright & Gerring, 2008). Vooral zeer kleinschalige projecten ontbreken in de onderzochte set.

De aanvankelijk in vijf sets opgesplitste fysieke schaalgrootten zijn op basis van de geconstateerde spreiding in het bureauonderzoek voor de casestudy tot drie sets

teruggebracht. Het was interessant geweest om te onderzoeken wat de meest onderscheidende drie sets fysieke schaalgrootte zijn en waar de door bewoners ervaren grenzen daarvan liggen. Een dergelijke analyse had echter alleen achteraf kunnen geschieden en dus geen uitgangspunten voor de strategische selectie kunnen opleveren.

Het is niet gelukt om voldoende cases te vinden van minder voor de hand liggende combinaties van kleine fysieke schaalgrootte in de stad en grote fysieke schaalgrootte in het dorp (Zie Figuur 76 Spreiding cases naar regio en situering dorp – stad, Figuur 77 Spreiding cases naar regio en fysieke schaalgrootte en Figuur 78 Inwoneraantal plaats - fysieke schaalgrootte in deelparagraaf 6.1.3). De enige onderzochte kleinschalige case in de stad is Eilandstaete in Arnhem (63 wooneenheden op 143.800 inwoners). De enige grootschalige case in een dorp is Huis ter Leede in Leerdam (132 wooneenheden op 18.100 inwoners). Beide zijn niet Zeer kleinschalig respectievelijk Zeer grootschalig en daarmee geen extreme of 'most different cases'. Het ontbreken daarvan kwam enerzijds doordat de strategische selectie van complexen in gang was gezet, en anderzijds in het feit dat de vele inclusiecriteria de in aanmerking komende verzameling complexen dusdanig verkleinden dat 'most different cases' niet meer konden worden geselecteerd (losstaand van de bereidheid tot deelname).

Ten aanzien van de spreiding in doelgroepenmenging is de strategische selectie niet optimaal. De set 'Niet gemengd' is beperkt gevuld met slechts 3 van de 24 cases. Dit is opvallend, omdat het de oorspronkelijke doelgroep van woonzorgcomplexen, vitale ouderen betreft, uitgaande van scheiden van wonen en zorg. Op basis van het bureauonderzoek was al duidelijk dat menging met zwaardere zorg in complexen in de onderzochte periode sterk is toegenomen (zie deelparagraaf 8.2.1), als gevolg van wijzigingen in wetgeving en financiering.
Met 23 respondenten onder de bewoners valt deze categorie onder de ondergrens van 30 voor theoretische saturatie (Robson, 2002a), echter met saturatie in de praktijk. De set 'Gemengd met zwaardere zorg' is met 20 van de 24 cases zeer ruim vertegenwoordigd en voldoende groot voor theoretische saturatie en saturatie in de praktijk.
Er is slechts één case 'Gemengd met zwaardere zorg en zonder zorg' in de casestudie opgenomen. Op basis van het vooronderzoek was verwacht meer cases te vinden. Deze vergaande mix van doelgroepen in complexen als Meulenvelden, Didam, en Malburgstaete, Arnhem, is interessant vanuit maatschappelijk en wetenschappelijk oogpunt. Maatschappelijk, vanwege de beoogde vergaande integratie van doelgroepen en informele hulp, en wetenschappelijk vanwege het ontbreken van kennis over de al dan niet positieve uitwerking van deze menging op de onderliggende sociale cohesie. Mogelijk is dit concept nog té nieuw om voldoende cases te vinden. Het project Meulenvelden in Didam is niet opgenomen in de casestudy omdat het als medeaanleiding voor het opstellen van de probleemstelling van dit promotieonderzoek niet onbevooroordeeld zou

kunnen worden benaderd en waardoor contaminatie van de resultaten zou kunnen ontstaan. Daarmee is project Malburgstaete in Arnhem een 'single case' (Gerring, 2007) gebleven en kunnen geen harde conclusies worden getrokken over complexen met menging van niet-zorg tot zware zorg.

Qua bouwjaar vallen alle onderzochte complexen binnen de onderzoeksperiode 1998-2010, met uitzondering van de case Bergweg in Rotterdam (gebouwd in 1995). Deze case is alsnog meegenomen, enerzijds vanwege de complexe strategische selectie met meervoudige criteria en anderzijds gezien de bijzondere status van de complexen van Humanitas Rotterdam als 'influential' (Gerring, 2007) het zinvol leek om een complex van Humanitas in de selectie op te nemen. Als voorloper van de onderzochte tweede generatie, past het Bergwegcomplex toch goed bij de onderzoeksperiode. Wel is bij de analyse rekening gehouden met mogelijke negatieve beoordelingen van de gebouwkwaliteit omdat het gebouw al wat langer in gebruik is.

Een ander inclusiecriterium voor de cases was de nieuwbouwstatus. Negentien cases voldoen geheel aan dit criterium. Vier complexen zijn geen volledige nieuwbouw maar nieuwe, omvangrijke uitbreidingen van een ouder gebouw, gerealiseerd binnen de onderzoekperiode: Mercator, Groningen; Huis ter Leede, Leerdam; Nij Dekama, Weidum en De Schermerij, Leersum.
De drie laatstgenoemde gebouwen zijn gerenoveerd; Mercator, Groningen stamt uit de jaren zeventig. In de narratieven van dit complex zijn overmatig veel klachten aangetroffen over de functionele en technische kwaliteit van de oudere woningen. Deze narratieven zijn daarom buiten de patronen gehouden.
Eén project, Het Spijk in Eefde, bestaat uit volledige nieuwbouw plus een restauratie van een kantoorvilla. Daarvan is zoals te verwachten viel geen invloed op de sociale kwaliteit van wonen gevonden.

Een eventuele invloed van de volgorde van bezoeken is uitgesloten door de projecten in drie fasen te bezoeken. In elk fase waren alle onderzoeksvariabelen voldoende gelijkmatig vertegenwoordigd.
Ten aanzien de externe validiteit van de cases is ook de non-response van belang (te Riele, 2002). De benaderde complexen die niet mee wilden werken gaven als reden veelal gebrek aan tijd aan. Dit zou kunnen duiden op onderbezetting van de betreffende staf en oververtegenwoordiging van complexen die hier minder last van hebben.
Dit zou verklaarbaar eerder voor kleinschalige complexen kunnen gelden met minder staf. De beperkte 'oogst' van slechts één zeer kleinschalig complex zou daaraan debet kunnen zijn. Als tegenargument zou een verdergaande taakverdeling in grootschalige complexen minder ruimte voor medewerking kunnen geven. Niettemin is het gelukt voldoende

complexen in alle drie de sets, (zeer) Kleinschalig, Middelgrootschalig, (zeer) Grootschalig, te vinden.
Door de filtering van de noodzaak tot medewerking zou het beeld over de hele populatie minder positief kunnen zijn dan van de steekproef, omdat de complexen die meewerken aan het onderzoek het belang van de vraag onderkennen.
De selectie van bewoners door de complexen heeft mogelijk invloed gehad op de resultaten. De selectie is door de betrokken woningcorporaties of zorgorganisaties geschied. De inclusie- en exclusiecriteria hadden als doel een spreiding te waarborgen in geslacht, leeftijd, wel/niet alleenstaand, woonduur en niet te veel leden van bewonerscommissies of vergelijkbare posities. Deze spreiding is behaald, zie deelparagraaf 6.1.5.

Het was de bedoeling om per case minimaal één professional en minimaal één beslisser te interviewen. Dat is bij 23 cases gelukt. Alleen bij Malburgstaete, Arnhem is niet met een professional gesproken. Omdat ten aanzien van de patronen bij professionals en beslissers geen vergelijking tussen de sets is beoogd, is dit niet van invloed op de patronen. Het inclusiecriterium 'bij voorkeur minimaal aantal van twee jaren werkzaam in het project' is in 90% van de professionals en 94% van de beslissers behaald, zie deelparagraaf 6.1.5.
In totaal is met 40 professionals en 35 beslissers gesproken, ruim voldoende voor theoretische saturatie en saturatie in de praktijk.

7.1.2 Interne validiteit

Net als bij de externe validiteit is de reflectie op de casestudy uitgebreider dan op het bureauonderzoek. Deels vanwege het grote aandeel van de casestudy binnen het totale onderzoek, en deels omdat de casestudy veel interpretatie vergt en een relatief nieuwe combinatie is van een narratieve methode met QCA.

De verwerking van de data heeft nauwgezet en op een controleerbare manier plaats gevonden, zie bijlagen 3-Ruwe data Archief CBZ, 4-Ruwe data databank KCWZ, 5-Bewerkte data Archief CBZ en 6-Bewerkte data databank KCWZ. De dataanalyse van het archief van het CBZ is gecontroleerd en waar zinvol aangevuld door een assistent-onderzoeker. De database KCWZ is integraal overgenomen. Daarna is de informatie over de geselecteerde complexen in de onderzoeksperiode aangevuld via www.kiesbeter.nl, ZorgGids Nederland (ZGN) en websites van de betreffende organisaties. Alle informatie is verwerkt en geanalyseerd in SPSS.

De uitvoering van de interviews, de saturatie van de sets en de interpretatie van de narratieven zijn maatgevend voor de interne validiteit van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

De interviews zijn door twee teams van interviewers uitgevoerd. Alle interviewers zijn op dezelfde wijze getraind. Bovendien hebben ze allen met dezelfde interviewguide als leidraad gewerkt. Vanwege de verschillende achtergronden en verschillende wijzen van spreken is steeds in duo's gewerkt. De samenstelling is regelmatig gewisseld. Daarnaast is de lengte van de interviews per interviewer gecheckt. Hierin zijn geen bijzonderheden geconstateerd, zie bijlage 16, Interviews casestudy.
De totale interviewperiode van april 2011 tot januari 2012 beslaat driekwart jaar en kent daarmee wisselende seizoenen. Dit zou van invloed kunnen zijn door meer of minder (buiten)activiteit bij de bewoners, afhankelijk van het seizoen. Hiertoe is de lengte van interviews gecontroleerd en er zijn geen opmerkelijke verschillen geconstateerd (zie Tabel 16 Lengte van de interviews in deelparagraaf 4.4.4. Er zou ook een invloed kunnen zijn van veranderingen in wetgeving in de onderzoeksperiode die beslissers daarover meenemen in hun visie. In de onderzoeksperiode 2011 speelden veranderingen in de regelgeving ten aanzien van Wmo, PGB en Fokuswoningen en daarnaast bleek uit cijfers van het CBS dat de vanzelfsprekendheid van het verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeghuis afneemt. Met name bewoners met meer financiële armslag zochten zelf of met behulp van instellingen naar nieuwe woon- en zorgarrangementen op maat (zie deelparagraaf 2.1.8). In de interviews zijn deze veranderingen en de daarmee gepaard gaande financiële onzekerheden regelmatig genoemd. Dit was echter niet verschillend aan het begin of het einde van de periode en daarmee niet van invloed op verschillen tussen de sets.

Om van voldoende saturatie in de praktijk te kunnen spreken, dient te worden vastgesteld dat:

- de groep bewoners van een set representatief is.
- meer interviews niet resulteren in extra informatie.
- dat de geconstateerde patronen niet worden veroorzaakt door één van de controlevariabelen.

Het eerste punt is gewaarborgd door ruimschoots te voldoen aan de inclusiecriteria van respondenten, zie deelparagraaf 4.4.4.
Ten aanzien van het tweede punt gaven de interviewteams aan na tweederde van de uitgevoerde interviews nagenoeg geen nieuwe informatie te krijgen. Niettemin zijn alle ingeplande bezoeken uitgevoerd, enerzijds vanuit de beoogde theoretische saturatie (die voor sommige sets om aanvulling vroegen), anderzijds met het oog op aanvullend materiaal om de individuele cases te illustreren. Ook bij de analyse is gebleken dat een voldoende verzadiging van resultaten optrad, wat bleek uit de overeenkomsten in informatie bij analyses van verschillende queries.
Ten aanzien van het derde punt zijn de resultaten van controlevariabelen (zie deelparagraaf 6.2.2) leidend. De situering naar regio, de gebouwkwaliteit, het personeel en de leefstijlen bleken niet van invloed te zijn op de bevindingen. De situering in dorp en stad is afzonderlijk getoetst. Hierbij zijn wel invloeden gevonden op fysieke schaalgrootte

en voorzieningenniveau. Deze zijn verwerkt in de conclusies in paragraaf 8.1.4 en 8.3.1.
Vooraf was in de interviews een gelijkmatige spreiding beoogd in aandacht voor de onderzoeksvariabelen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Uit de kwantitatieve analyse van de narratieven is gebleken dat Fysieke schaalgrootte minder vaak door bewoners is genoemd (23% van de narratieven) en doelgroepenmenging nóg minder vaak (13% van de narratieven) (zie Figuur 79, paragraaf 6.2.1). Deze verschillen zijn door het interviewteam gerapporteerd en leken niet zozeer te duiden op een kleiner belang voor de geïnterviewde, maar meer op het gemak waarmee men erover sprak. Doelgroepenmenging lijkt een lastig, meer confronterend of sociaal gevoelig onderwerp. Voorzieningenniveau lijkt een meer tastbaar, niet-kwetsend onderwerp. Het begrip schaalgrootte bleek relatief onbekend. Bewoners waren zich weinig bewust van de schaal van hun complex, ook door het ontbreken van vergelijkingsmateriaal binnen hun eigen ervaring. Het is voor velen een onbekend architectonisch begrip (Boudon, 1978; Ching, 1979). Het minder noemen van fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging zou de bevindingen kunnen beïnvloeden, doordat invloeden minder naar voren kwamen terwijl ze wel aanwezig waren. De strategische selectie kende echter voldoende saturatie in de sets fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging.

In de kwantitatieve verkenning van de narratieven als geheel (zie deelparagraaf 6.2.1) en de kwantitatieve analyse van de narratieven per onderzoeksvariabele (zie deelparagraaf 6.3.1 6.4.1, 6.5.1 en 6.6.1) zijn aantallen uitspraken vergeleken om het relatieve belang van indicatoren aan te duiden en de kwalitatieve analyse daarop te richten. De vraag is hoe het aantal narratieven per thema kan worden geïnterpreteerd. Duidt een groter aantal inderdaad op een groter belang dat deze respondenten hechten aan het thema, of praten bepaalde groepen respondenten meer? Om te toetsen of stedelingen wellicht gemakkelijker of meer spreken dan mensen uit een dorp is op lengte van de interviews gecontroleerd en steekproefsgewijs op het aantal woorden (zie Tabel 16 Lengte van de interviews, 4.4.5). Hierbij zijn geen bijzonderheden geconstateerd.
Uiteindelijk gaat het in de reguliere narratieve analyse om de inhoud om 'wat is er gebeurd en waarom het de moeite waard te vertellen is', de zogenoemde tellability of zeggingskracht en niet de lengte van de boodschap (Baroni, 2013; Norrick, 2005; Sools & Basten, 2012).

Ten aanzien van een mogelijk Hawtorne effect – mensen kunnen zich meer tevreden tonen omdat ze deel uitmaken van een experiment en zo extra aandacht krijgen – valt het volgende te melden. De meerderheid van beslissers en in mindere mate de professionals zijn zich ervan bewust dat hun reacties in de openbaarheid kunnen komen. Daarnaast is de kans dat ze hun eigen complex op een goede manier willen “verkopen” aanwezig. De gehanteerde interviewmethode die respondenten aanspreekt op hun eigen verhaal zorgt

voor de nodige authenticiteit. Bovendien wordt ook gevraagd naar persoonlijke ervaringen en afwegingen.
Veruit de meerderheid van de bewoners was zich minder bewust van hun rol in het onderzoek en vertelden hun ervaringen vanuit eigen perspectief. Slechts één van de respondenten in de case Parc Imstenrade toonde zich duidelijk bewust van het experiment en gaf veel verdergaande beschouwende opmerkingen vanuit zijn vroegere professionele rol, zowel ten aanzien van het onderzoek als de inbedding van de lokale situatie in de landelijke context. Bij de verwerking van de narratieven uit dit interview is met deze vroegere rol rekening gehouden.
In algemene zin kan sprake zijn van sociaal wenselijke antwoorden (Baarda, 2009). Om deze zo veel mogelijk te voorkomen is benadrukt dat de interviews anoniem worden verwerkt en dat een member check werd uitgevoerd. Sociaal wenselijke antwoorden die desondanks voorkwamen zijn deels door doorvragen tijdens het interview aangescherpt, deels op basis van daarop gerichte selectieve analyse van de narratieven niet meegenomen.

De positieve uitspraken waren in de meerderheid, ten aanzien van alle indicatoren en bij alle gebouwtypen. Mogelijk is dit toe te schrijven aan cognitieve dissonantiereductie of de discrepantie tevredenheidsparadox (Kunzmann, et al., 2000; Zapf, 1984). Deze paradox stelt dat ouderen ondanks hun objectief slechtere kwaliteit van leven een subjectief hogere kwaliteit ervaren. Daarbij speelt dat een redelijk ruime woning en prettige woonomgeving de huidige generatie ouderen al tevreden maakt. De relatief grote satisfactie in onderzoek onder ouderen is bekend, weinig indicatoren scoren onvoldoende waardoor het probleem van de interpretatie groot is (Priemus, 1976).
Het aantal negatieve uitspraken in dit onderzoek was echter zodanig groot dat dit niet duidt op deze mechanismen, wat zou kunnen wijzen op een relatief hoge betrouwbaarheid van de gehanteerde narratieve methode, die zowel positieve als negatieve uitspraken genereert. Dit is in lijn met de literatuur, die stelt er dat bij narratief en vrijuit spreken minder barrières zijn om sociaal onwenselijke antwoorden te geven omdat men niet, zoals bij een voorgestructureerde vragenlijst, met een complete set antwoordmogelijkheden wordt geconfronteerd (Van Biene, et al., 2008; Clandinin, 2006; Meesters, et al., 2010).
Van de indicatoren voor de context leverde padafhankelijkheid een zeer beperkt aantal narratieven op. Dit was onvoldoende voor saturatie en om conclusies hierover te kunnen trekken. Waarschijnlijk is padafhankelijkheid als begrip te weinig bekend geweest bij de interviewers, waardoor het minder aandacht heeft gekregen. Echter, ook via codering zijn hierover nagenoeg geen narratieven uit de interviews naar voren gekomen.

7.1.3 QCA-methode, hypothesetoetsing en exploratieve deel

De narratieve methode wordt veelal voor explorerend onderzoek gebruikt, en minder voor hypothese-toetsend onderzoek. Patronen worden gaandeweg het onderzoeksproces ontdekt (Van Biene, et al., 2008; Meesters, et al., 2010).
Qualitative Comparative Analysis (QCA) wordt echter daarnaast gebruikt om eigenschappen van sets van cases te ordenen en regelmatigheden in de eigenschappen te ontdekken (Ragin & Rihoux, 2008; Rihoux & Lobe, 2009). Daarmee kan de methode ook toetsend zijn of op zijn minst uitspraken doen over de aannemelijkheid van bepaalde hypothesen of veronderstellingen.
Bij de gehanteerde combinatie van QCA en narratieve methode is de QCA gebruikt om de narratieven van sets van cases onderling te vergelijken en vervolgens hypothesen ten aanzien van de eigenschappen van die sets te toetsen.

Het toetsen van hypothesen is bij alle dertien hypothesen geslaagd. Daarbij werden twaalf hypothesen ondersteund en één hypothese verworpen. Daarmee toont deze combinatie van QCA met grotere sets narratieven zich een in potentie hypothese-toetsende methodiek die om nadere studie vraagt, wat aansluit bij het voorgaande debat in de literatuur ten aanzien van mix methods en mix models (Creswell, 2008; Sale, et al., 2002).

Naast het hypothese toetsende deel is er het exploratieve deel van het onderzoek. Na de zorgvuldige stapsgewijse analyse van de codes zijn er aan dezelfde grote hoeveelheid data nog vele andere vragen te stellen. Het sensitief zijn voor de aanvullende bevindingen uit het exploratieve deel is de essentie van Responsieve Evaluatie (Abma, 2007, Baldwin, 2013). Daarom zijn conclusies uit het exploratieve deel als gelijkwaardig aan het hypothese toetsende deel te beschouwen en ook als zodanig gepresenteerd.

7.1.4 Fasering van het onderzoek

Het bureauonderzoek en de casestudy hebben elkaar iets overlapt door het uitlopen van de analyse van het bureauonderzoek en de al ingeplande inzet van studentengroepen voor de narratieve interviews. Hierdoor was de analyse van het bureauonderzoek nog niet volledig gereed voordat de strategische selectie van te bezoeken cases moest worden uitgevoerd. De eerste zes cases zijn in deze periode gekozen, waardoor onder andere de case Bergweg buiten de inclusiecriteria viel wat betreft het bouwjaar. De voorbereiding van de volgende bezoeken is steeds intensief geweest en het bewaken van spreiding in de onderzoeksvariabelen en inclusiecriteria is tot het laatst een aandachtspunt gebleven (zie ook deelparagraaf 7.1.1. Indien het bureauonderzoek eerst volledig af had kunnen worden gerond inclusief het schrijven van de rapportage, had de selectie van de cases nog steviger onderbouwd kunnen zijn.

7.1.5 Hoeveelheid data

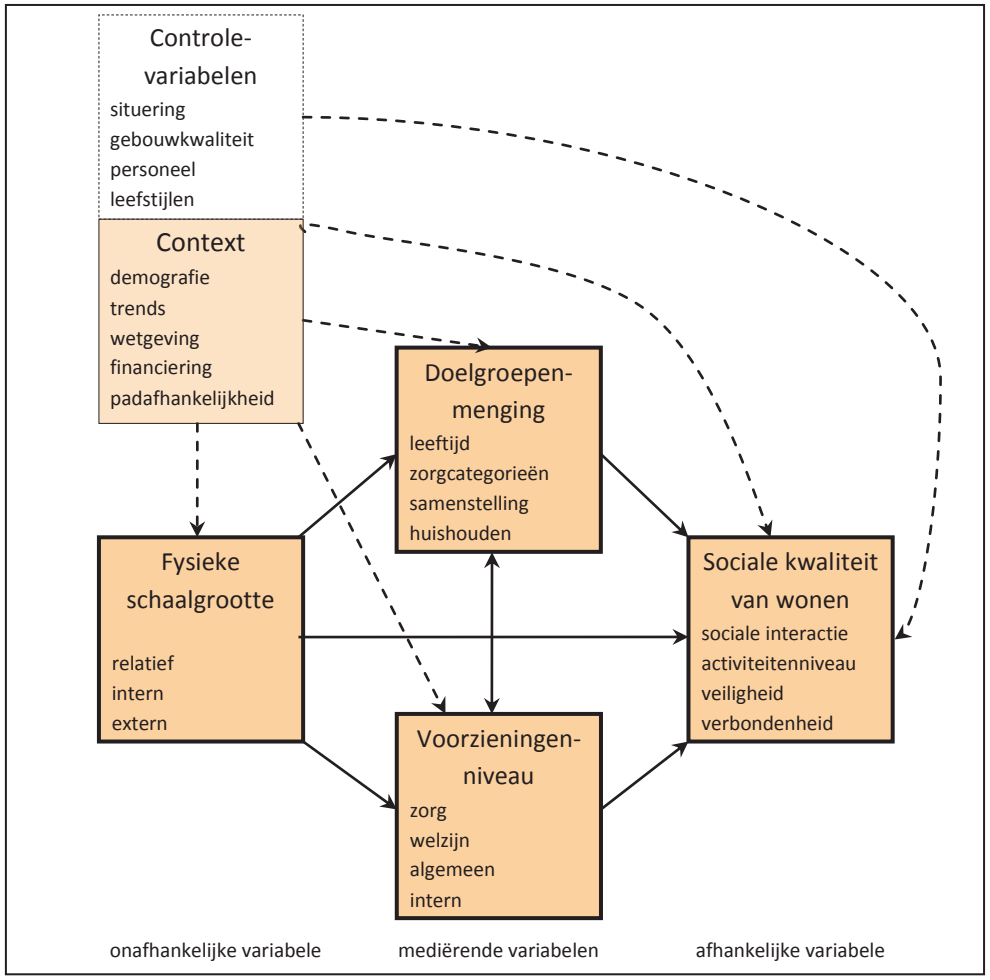
De grote hoeveelheid data had kunnen worden beperkt door gerichter te zoeken en het aantal codes te beperken. De keuzes voor queries leverden herhalingen op, die nadien zijn samengevoegd. Dit proces van coderen en analyseren had efficiënter gekund. Tijdens de uitvoering van het onderzoek groeide het inzicht in de wijze waarop triangulatie van de verschillende bronnen en methoden kon worden ingezet. Enige inefficiëntie in triangulatie had voorkomen kunnen worden als vooraf meer tijd was geïnvesteerd in onderbouwing van de combinatie van onderzoeksparadigma's en onderzoeksmethodieken, met name wat de triangulatie betreft en de gehanteerde QCA-methode. Daar staat tegenover dat dan veel minder data voor vervolgonderzoek beschikbaar zou zijn geweest.
De grote hoeveelheid data heeft ook aanvullende bevindingen opgeleverd. Naast toetsing van dertien hypothesen zijn tien aanvullende conclusies getrokken, die van groot belang zijn voor de verdere discussie over de waarde van beschut zelfstandig wonen.

7.1.6 Aanpassing conceptueel model

Het conceptueel model is opgesteld naar aanleiding van het vooronderzoek en de literatuurstudie, zie het historisch en theoretisch kader in hoofdstuk 2 en 3.

Vanuit de primaire vraag naar de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen is gezocht naar mediërende invloeden van doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Er is op mogelijke invloeden van de context gecontroleerd zoals wetgeving en financiering, en invloeden van situering en gebouwkwaliteit. Ten slotte is het voorlopige conceptueel model in Figuur 3 Voorlopig conceptueel model met nummers deelvragen, paragraaf 1.3, verder uitgewerkt en aangevuld met indicatoren. Dit heeft geleid tot het conceptueel model in paragraaf 3.7, dat we hier nogmaals presenteren, zie Figuur 99.

Aan het eind van dit onderzoek is het mogelijk om vast te stellen of het conceptueel model adequaat is geweest voor dit onderzoek en of het model in retroperspectief bijstelling of aanvulling behoeft.
Voor het bureauonderzoek is met name de linkerhelft van het conceptueel model gebruikt met als onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte, en als mediërende variabelen doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Vanuit de context zijn wetgeving en financiering onderzocht, vanuit de controlevariabelen situering.
In de casestudy zijn met name de invloeden op de afhankelijke variabele, de sociale kwaliteit van wonen, onderzocht, gericht op de meest rechtse helft van het conceptueel model. De context is onderzocht aan de hand van de variabelen wetgeving en financiering, demografie, trends en padafhankelijkheid. Controlevariabelen zijn situering, gebouwkwaliteit, personeelsinvloed en leefstijlen.



Figuur 99 Conceptueel model

In een eerste versie van het conceptueel model is de onafhankelijke variabele schaalgrootte opgedeeld in een fysieke, structurele en mentale component. De structurele component is verwerkt in de indicator personeelsinvloed bij de controlevariabelen en in de deelvragen ten aanzien van afwegingen. De mentale component is in de indicator veiligheid en verbondenheid van sociale kwaliteit van wonen vertegenwoordigd.
Vervolgens is de fysieke component als onafhankelijke variabele gehanteerd. Daarbij zijn de indicatoren van fysieke schaalgrootte gesplitst in relatieve, interne en externe fysieke schaalgrootte. Voor de strategische selectie is een spreiding in de relatieve fysieke schaalgrootte maatgevend geweest. Daarnaast is gezocht naar voldoende spreiding in de externe schaalgrootte, het inwoneraantal van de plaats waarin het complex is gesitueerd. Aangezien de situering in dorp/stad ook bij de controlevariabelen wordt genoemd, zit hier

een dubbeling die in een bijgesteld conceptueel model zou moeten worden gecorrigeerd.
De interne fysieke schaalgrootte is de getalsmatige verhouding van verschillende groepen binnen het complex. Ook hier zit een overlap in, in dit geval met doelgroepenmenging.

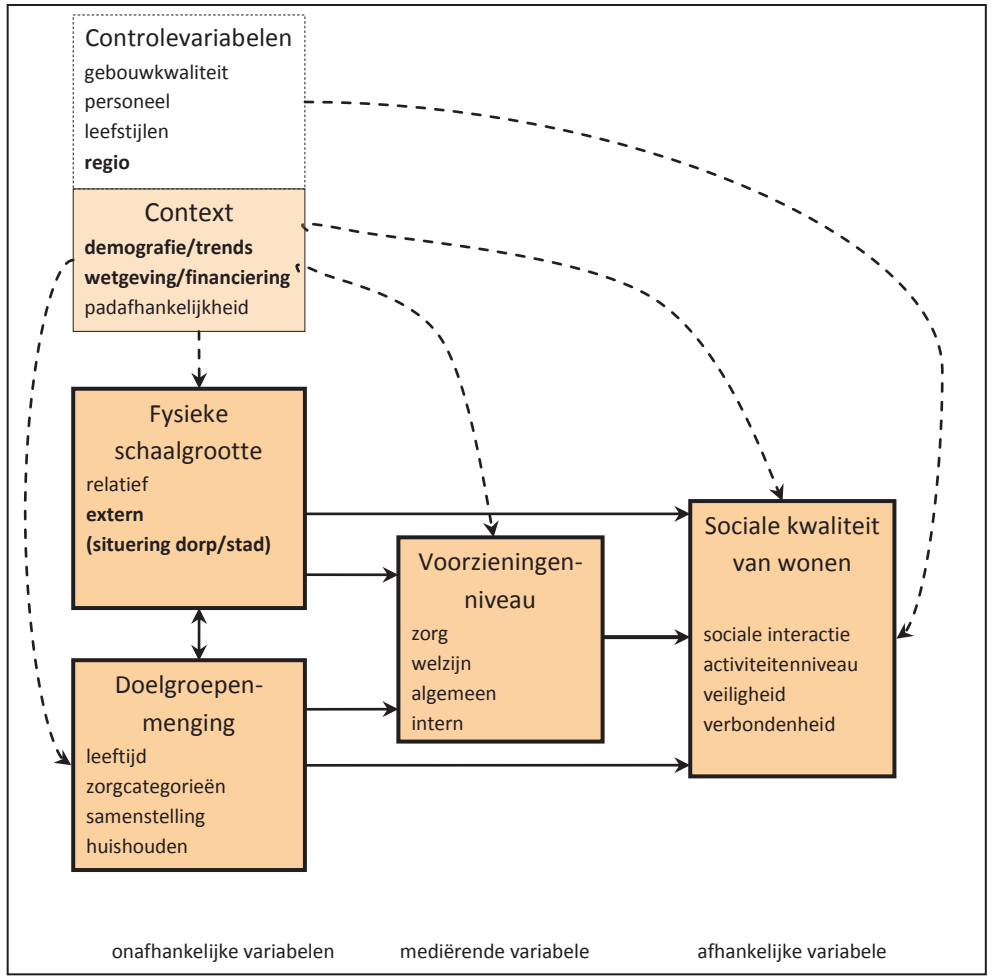
Ten aanzien van beide mediërende variabelen zijn de resultaten voor doelgroepenmenging verrassender en nadrukkelijker. De keuze van de doelgroepenmenging is voor de sociale kwaliteit zeer bepalend, zie de thema's menging binnen het complex en verbondenheid in deelparagraaf 6.4.4. De keuze voor de doelgroepenmenging wordt veelal in een pre-initiatieffase van een woonzorgcomplex gemaakt, direct na of samen met de keuze voor de fysieke schaalgrootte, zie paragraaf 3.6. Ook lijken keuzes voor doelgroepenmenging minder eenvoudig aan te passen dan voor het voorzieningenniveau. Het gaat tenslotte om mensen en om een meer of minder zorggericht imago.
De indicatoren voor doelgroepenmenging waren adequaat. De menging naar zorgcategorieën, leeftijd en samenstelling huishouden lag ten grondslag aan de drie sets. Dat twee van de drie sets minder gevuld zijn in de uiteindelijke strategische selectie doet daaraan geen afbreuk. Vervolgonderzoek in de twee minder gevulde sets zal een belangrijke aanbeveling zijn, zie de suggesties in paragraaf 7.2.

Het voorzieningenniveau als mediërende variabele is in verhouding dus minder sturend dan de doelgroepenmenging. Het is vaak een resultante van keuzen ten aanzien van fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging. Daarmee zou de mediërende variabele voorzieningenniveau een wat meer ondergeschikte positie in het conceptueel model kunnen krijgen, dan wel de mediërende variabele doelgroepenmenging een nadrukkelijker, onafhankelijke positie.
De categoriale driedeling algemeen, welzijn en zorgvoorzieningen en de driedeling in niveaus is relevant gebleken. De indicatoren voor voorzieningenniveau waren voor de categoriën algemeen en zorg adequaat. Voor de categorie welzijn bleek het niveau kwaliteit onverwacht ondervertegenwoordigd, mogelijk wordt de scheiding tussen basis en kwaliteitsvoorzieningen door bewoners minder ervaren of zijn er institutionele afwegingen voor beslissers die het lastiger maken kwaliteitsvoorzieningen welzijn te realiseren. Voor beide argumenten zijn geen aanwijzingen in de data gevonden.
De gewenste balans tussen intern en extern voorzieningenniveau kwam in de interviews tot uiting inclusief invloeden op zelfredzaamheid, menging met de buurt en dergelijke.
De invloed van doelgroepenmenging op met name het interne voorzieningenniveau bleek nadrukkelijk uit de interviews, zwaardere doelgroepenmenging vraagt meer interne voorzieningen.
Een invloed andersom van het voorzieningenniveau op de doelgroepenmenging niet of nauwelijks. Wel een invloed van het interne voorzieningenniveau op de menging met de buurt, een hoger intern voorzieningenniveau zal, zeker bij een laag extern

voorzieningenniveau wijkbewoners naar het complex trekken.
Aangezien dit niet onder de, intern gedefinieerde, doelgroepenmenging valt zou de pijl tussen de mediërende variabelen doelgroepenmenging en voorzieningenniveau passender in één richting kunnen wijzen, namelijk van doelgroepenmenging naar voorzieningenniveau.

Van de context zijn demografie en trends uiteindelijk in de queries samengevoegd. Enerzijds omdat de respons op beide marginaal was, anderzijds omdat de respons van beide begrippen elkaar inhoudelijk overlapte. Voor de doelstelling van dit onderzoek, de balans tussen contextuele en kwalitatieve afwegingen bepalen, is het passend deze twee begrippen te combineren.
Wetgeving en financiering waren de meest nadrukkelijk genoemde items in de box context. Beide items worden van overheidswege instrumenteel gekoppeld en ook in de respons veelal aan elkaar gekoppeld. Dit pleit voor een koppeling van beide items.
Padafhankelijkheid werd door respondenten nauwelijks genoemd, maar is vanuit de literatuur een niet te ontkennen mechanisme in bedrijfsvoering en besluitvorming van de betrokken initiatiefnemers. Het weinig noemen is verklaarbaar vanuit het feit dat dit een typische onderzoeksterm of beleidsterm is, en geen term in dagelijks spraakgebruik. Dit vraagt om een meta analyse, die door de querie gerichte aanpak niet binnen dit onderzoek is uitgevoerd..

De keuze voor de controlevariabelen situering, gebouwkwaliteit, personeel en leefstijlen is adequaat geweest, er zijn in het onderzoek geen andere controlevariabelen naar voren gekomen. Wel bleek bij de resultaten en reflectie dat de onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte en de controlevariabele situering sterk gerelateerd waren, zie ook deelparagraaf 8.1.2. En hoewel respondenten in stad en dorp in de kwantitatieve vergelijkingen geen ander patroon in hun waardering voor de indicatoren voor sociale kwaliteit van wonen gaven, zie figuur 83 in deelparagraaf 6.2.2, duiden de patronen toch op andere ervaringen bij bewoners in een stedelijke versus landelijke context. Dit pleit voor een aparte plek voor situering als onafhankelijke variabele, en mogelijk tot een andere of separate hoofdvraag in een vervolgonderzoek, zie paragraaf 7.2.
Het conceptueel model was primair gericht op de vraagstelling naar de ervaren sociale kwaliteit van wonen en daarmee op het perspectief van de bewoners. De vraagstelling, gericht op de afwegingen ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen is minder direct afleesbaar uit het model. Deze had vooral betrekking op de balans tussen afwegingen vanuit contextuele factoren en kwalitatieve factoren en. Een separaat conceptueel model voor die balans in afwegingen zou een alternatief zijn geweest, maar een op zichzelf staand onderzoek suggereren. Los van kleinere aanpassingen, zijn met het gebruikte conceptueel model zowel ervaringen als afwegingen gerepresenteerd, zowel wat betreft de onderlinge beïnvloeding als het beeld van één integraal onderzoek.



Figuur 100 Bijgesteld conceptueel model op basis empirisch onderzoek

Samenvattend kan gesteld worden dat het conceptueel model in grote lijnen heeft voldaan om de probleem-, doel- en vraagstelling te beantwoorden. Met een aanpassing ten aanzien van de positie van de mediërende variabele doelgroepenmenging als onafhankelijke variabele en het opnemen van de indicator situering in dorp/stad onder fysieke schaalgrootte, komen we tot het bijgestelde model in Figuur 100.

7.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Het onderzoek De Wenselijke Schaal is breed en deels ook diepgaand uitgevoerd. Dit laat onverlet dat sommige onderwerpen onbelicht zijn gebleven.
In deze paragraaf worden vier aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

7.2.1 Grenzen sets fysieke schaalgrootte

De sets fysieke schaalgrootte zijn op basis van een kwantitatieve analyse in het bureauonderzoek onderscheiden. Of de grenzen tussen (zeer) Kleinschalig, Middelgrootschalig en (zeer) Grootschalig ook op deze wijze zo ervaren worden zou nader onderzocht kunnen worden.

Het verdient aanbeveling om te onderzoeken wat de meest onderscheidende drie sets fysieke schaalgrootte zijn en waar de door bewoners ervaren grenzen daarvan liggen.

7.2.2 Separate invloeden van fysieke schaalgrootte en situering

Veel van de gevonden invloeden van fysieke schaalgrootte enerzijds en situering in dorp of stad anderzijds vallen samen. Er is is gezocht naar kleinschalige cases in een stedelijke setting en grootschalige cases in een landelijke setting, maar dit heeft te weinig bruikbare cases opgeleverd. Bovendien vielen enkele cases buiten de inclusiecriteria.

Het zou voor de conclusies over invloeden van fysieke schaalgrootte en situering van grote toegevoegde waarde kunnen zijn om deze ontbrekende cases te onderzoeken.

7.2.3 Menging van niet-zorgbehoevend en zwaar zorgbehoevend

De set Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg is in de casestudy slechts met het complex Malburgstaete, Arnhem vertegenwoordigd. In het vooronderzoek is ook de case Meulenvelden in Didam bekeken. Beide cases vertegenwoordigen een vernieuwing in het denken over het mengen van bewonersgroepen in zorggerichte complexen met groepen zoals starters, gezinnen en jongeren. Initiatiefnemers spraken hoge verwachtingen uit van de informele zorg, de menging van groepen en de levendigheid in de complexen.
Het project Meulenvelden, Didam uit het vooronderzoek gaf aanleiding tot enige terughoudendheid ten aanzien van de positieve invloeden van deze menging. Enerzijds omdat de menging met zwaardere zorg in één gebouw aan een atrium tot niet-wenselijke confrontaties leek te leiden, anderzijds omdat de huisvesting in hetzelfde complex van starters en jongeren niet tot daadwerkelijke menging leek te leiden. In de single case Malburgstaete zijn de hoge verwachtingen opnieuw niet bevestigd. Omdat dit slechts één

case betreft, het onderzoek binnen twee jaar na de ingebruikname heeft plaatsgevonden en er wellicht nog sprake is van kinderziektes, kunnen hieruit geen harde conclusies worden getrokken.

Het verdient aanbeveling om de interessante, vernieuwende varianten van beschut wonen, Gemengd met (zwaardere zorg en) niet-zorg, nader te onderzoeken.
Mede omdat het opnemen van zorgbehoevende en niet-zorgbehoevende groepen in één complex een afgeleide is van de gedachte van de woonservicezone, binnen één gebouw.

7.2.4 De Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als besluitvormingstool

Een van de aanbevelingen voor het werkveld is de uitwerking van de hardcopy en online Beschut Zelfstandig Wonen-atlas. Veel van het voorwerk is hiervoor al binnen dit promotieonderzoek uitgevoerd, zowel qua inhoudelijke opbouw als voor de opzet van beide varianten in de uitvoering van de atlas. Omdat de observaties door het onderzoeksteam betrekking hebben op de afzonderlijke cases, is dit waardevol materiaal voor de atlas. In de eindfase van het promotieonderzoek vroegen verscheidene initiatiefnemers om de voorlopige resultaten en om een advies op maat voor voorgenomen bouwplannen. Bijna alle geïnterviewde beslissers gaven aan de idee van een (hardcopy) atlas interessant te vinden en bruikbaar voor ondersteuning van de besluitvorming.
De online versie van de atlas kan actueel gehouden worden door in de toekomst nieuwe projecten op te nemen.

Voor de verdere ontwikkeling is het wenselijk de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas voor te leggen aan het werkveld, zodat hun wensen en het gebruik ervan kunnen worden onderzocht. Daarnaast zouden ook bewoners als potentiële gebruikers kunnen worden bevraagd. Voor toekomstige generaties beslissers en professionals kan de atlas ook als onderwijsmiddel worden ontwikkeld.
De atlas zal vanwege de geschiktheid voor besluitvorming in het buitenland ook Engelstalig ontwikkeld kunnen worden.

7.2.5 Mixed methods en big data

Met de toetsing van alle dertien hypothesen toont deze combinatie van QCA van grotere sets narratieven zich een in potentie hypothese-toetsende methodiek die om vervolg en verdere uitwerking in vervolgonderzoek vraagt. Dit past in de voortgaande ontwikkeling van mixed methods en mixed models onderzoek waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodieken worden gecombineerd (Creswell, 2008; Sale, et al., 2002), zie ook deelparagraaf 4.1.3.

Het aantal variabelen, indicatoren en de grote hoeveelheid narratieve interviews met vijftig codes genereerden veel data. Met de gerichte hypothesen uit dit onderzoek zijn daarop de nodige antwoorden gevonden. De dataset en het analysekader leent zich eveneens voor het stellen van andere vragen, ook andere hypothesen zouden met hetzelfde materiaal kunnen worden getoetst.

Het verdiend aanbeveling de combinatie van QCA en grotere sets narratieven als hypothese-toetsende methodiek in vervolgonderzoek nader te onderzoeken.

Naast de QCA zou ook met de komst van 'Big Data' (Mayar-Schonberger & Cukier, 2013) technieken kunnen worden overwogen om de narratieve data uit dit onderzoek of andere onderzoeken te exploreren in plaats van gericht te zijn op toetsing van hypothesen. Daarmee zouden meer onverwachte resultaten kunnen worden gevonden, die aldus Mayar-Schonberger door de nieuwe analysetechnieken van grote hoeveelheden data door correlatie alleen reeds op causaliteit zouden kunnen wijzen.



Overgang tussen oud en nieuw
Parc Imstenrade, Heerlen (Zeer grootschalig-Gemengd met zwaardere zorg-Extra)

Hoofdstuk

8

Reflecties en conclusies de wenselijke schaal

8 Reflecties en conclusies de wenselijke schaal

In de hoofdstukken 5 en 6 zijn de resultaten uit respectievelijk het bureauonderzoek en de casestudy gepresenteerd en is hierop per onderdeel gereflecteerd. In dit achtste hoofdstuk wordt er gereflecteerd op het geheel aan resultaten en de literatuurreview uit hoofdstuk 2 en 3 resulterend in de conclusies voor dit onderzoek.
Dit geschiedt aan de hand van de hypothesen, geordend per onderzoeksvariabele in de paragrafen. De conclusies uit de aanvullende bevindingen worden per onderzoeksvariabele aan het eind van de paragraaf besproken. Dit is geschiedt onder de constatering uit hoofdstuk 4 dat het onderzoek representatief is voor de populatie woonzorgcomplexen in de onderzochte periode en dat van een gelijkmatige verdeling van onderzoeksvariabelen sprake is.
Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies ten aanzien van het concept woonzorgcomplex en het antwoord op de hoofdvraag.

8.1 Doet fysieke schaal er toe?

Een belangrijke deelvraag binnen het conceptueel model is of er een directe invloed is van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen.
Er zijn vier hypothesen betreffende de invloed van de fysieke schaalgrootte die in de volgende deelparagrafen worden beantwoord.
Resultaten in de aanvullende bevindingen met betrekking tot fysieke schaalgrootte waren er niet.

8.1.1 Gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte

Er is veel discussie in het werkveld en de wetenschap over de fysieke schaalgrootte en de invloed daarvan op de balans tussen kwaliteit en economie.
Uit het vooronderzoek, zie paragraaf 4.2, en de literatuurreview, zie hoofdstukken 2 en 3, is gebleken dat er veel aandacht is voor kleinschaligheid voor zorgdoelgroepen als dementerenden en mensen met een verstandelijke beperking (Liempd, et al., 2010; te Boekhorst, et al., 2008); zulks als roep om kwaliteit, maar ook als tegenhanger van de veronderstelde alom aanwezige grootschaligheid.

Voor grootschaligheid zijn eveneens duidelijke voorstanders te vinden vanuit kwalitatieve en economische overwegingen, zowel op de verpleeghuiszorg, verzorgingshuizen als voor woonzorgcomplexen (Becker, 2003; Geelen, 2005; Kiers, 2007). Anderen stellen dat marktwerking tot een spreiding in het aanbod van fysieke schaalgrootte zal leiden (Eefsting, 2007).
In het vooronderzoek zijn vooral aansprekende, bekende voorbeelden van woonzorgcomplexen bezocht. Dit waren veelal projecten met uiterste waarden voor de schaalgrootte, extreme cases (Gerring, 2007). Daarmee rees de vraag of er een voor de hand liggende, fysieke middenschaalgrootte van enige omvang bestond.

Hypothese 1:	Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte onder woonzorgcomplexen in Nederland in de periode 1998-2010 ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.

In het bureauonderzoek is een gelijkmatige verdeling van de fysieke schaalgrootte gevonden in beide databases van woonzorgprojecten gevonden, zie figuur 60 in deelparagraaf 5.2.1. Er is geen aanleiding om te vermoeden dat de zorggerelateerde bias van het Archief CBZ leidt tot verschillen in fysieke schaalgrootte.
Ten aanzien van de databank KCWZ zou de respons beïnvloed kunnen zijn door de fysieke schaalgrootte; mogelijkerwijs doordat kleinschalige complexen ondervertegenwoordigd zouden zijn vanwege een beperkte professionele capaciteit. Anderzijds zou drang zich te bewijzen als haalbaar alternatief mogelijk tot oververtegenwoordiging van kleinschalige complexen kunnen hebben geleid. Er is vanuit KCWZ geen aanleiding gemeld of in het onderzoek gevonden om te vermoeden dat het niet aanmelden, dan wel de terugloop in aanmelding in de laatste paar jaren, beïnvloed wordt door de fysieke schaalgrootte.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 1:	Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte onder woonzorgcomplexen in Nederland in de periode 1998-2010 ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.

Bovenstaande conclusie is meegenomen in de selectiecriteria voor cases en sets in de strategische selectie voor de casestudy door drie sets fysieke schaalgrootte te definiëren, namelijk een set (zeer) Kleinschalig, een set Middelgrootschalig en een set (zeer) Grootschalig, zie deelparagraaf 4.4.1.

8.1.2 Fysieke schaalgrootte en situering complexen

Een voor de hand liggende gedachte is dat in een kleinschalige situering van een dorp vaker kleinschalige woonzorgcomplexen zullen voorkomen en in een grootschalige situering van steden vaker grootschalige projecten. Dat sluit immers meer aan bij zowel de praktische als mentale zijde van die externe en relatieve fysieke schaalgrootte. Dit is echter niet expliciet geconstateerd bij de elf projecten uit het vooronderzoek. Ook in de literatuur is hiervoor geen aanleiding gevonden.

Wel voor het tegendeel. Jacobs (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993) stelt dat in steden het grotere inwoneraantal leidt tot kleinschaligheid door een ruime variëteit aan voorzieningen; in dorpen leidt het lagere inwoneraantal juist tot grootschaligheid door een concentratie van voorzieningen. Vertaald naar woonzorgcomplexen betekent dit dat in steden een ruime variëteit aan voorzieningen in een wijk aanwezig is, waardoor deze voorzieningen niet in het complex aanwezig hoeven te zijn. Onder de veronderstelling dat dit alleen of eenvoudiger mogelijk is bij grootschaligheid, impliceert dit meer ruimte voor kleinschaligheid in steden omdat de externe voorzieningen al aanwezig zijn. In dorpen zijn weinig externe voorzieningen waardoor er een noodzaak voor interne voorzieningen is, die enkel voldoende draagvlak hebben bij een zekere mate van grootschaligheid. Hierdoor zou er meer grootschaligheid in dorpen voorkomen.

Hypothese 2:	Het grotere inwoneraantal in steden leidt tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993).

Uit de onderzochte databases blijkt dat de projecten in de stad groter zijn dan die in dorpen, circa 10-30% (zie Figuur 61 in deelparagraaf 5.2.1). Mogelijk is de respons beïnvloed door de situering, doordat dorpen ondervertegenwoordigd zouden zijn wegens een minder directe benadering vanuit het in de (Rand)stad gelegen KCWZ of vanwege beperkte professionele capaciteit van kleinschalige complexen. Er is vanuit KCWZ niet geconstateerd of aanleiding in het onderzoek gevonden om te vermoeden dat het niet aanmelden, dan wel de terugloop in aanmelding in de laatste paar jaren, beïnvloed wordt door verschillen in situering.

In de cases gesitueerd in dorpen is veelal een concentratie van voorzieningen aangetroffen, die daar echter niet heeft geleid tot grootschaligheid van de complexen. Wel is in dorpen vaak een zeer centrale rol voor het woonzorgcomplex gevonden als voorziening voor ontmoeting en activiteiten. In cases gesitueerd in steden is weliswaar meer keuze in voorzieningen gevonden, echter geen relatie met meer kleinschaligheid (zie thema Aard en kwaliteit voorzieningen, deelparagraaf 6.3.2).

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt verworpen.

Conclusie 2:	Het grotere inwoneraantal in steden leidt niet tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt niet tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen.

In deelparagraaf 8.1.1 zagen we reeds dat er een gelijkmatige spreiding is van fysieke schaalgrootte. Deze blijkt niet sterk afwijkend verdeeld te zijn tussen de complexen in dorpen of steden. Een reden hiervoor zou gelegen kunnen zijn in relatief sterk sturende invloeden vanuit wet- en regelgeving (zie conclusie deelparagraaf 8.4.1), of mogelijk in de gewenste variatie in keuze uit verschillende schaalgroottes (zie paragraaf 8.1.4).

8.1.3 Waardering voor kleinschaligheid en grootschaligheid

In de literatuur is een relatief grotere waardering voor kleinschaligheid geconstateerd, die ook spreekt uit ingezette beleidsmaatregelen (Bussemaker, 2009a; te Boekhorst, et al., 2008). Hogere kwaliteit van leven door huiselijkheid en organisatorische meerwaarde door maatwerk worden als belangrijkste pluspunten genoemd. Kritiek op kleinschaligheid betreft de beperkte contacten op de werkvloer voor personeel, het geringe aanbod aan activiteiten en het economische nadeel van kleinschaligheid, doordat alle kosten op een klein aantal bewoners drukken. Waardering voor de economische voordelen van grootschaligheid is het grootst. Waardering voor de kenmerken ten aanzien van kwaliteit door een positieve invloed op de sociale interactie van grootschaligheid is minder algemeen (Becker, 2003; Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993).

Hypothese 3:	Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk (Bussemaker, 2009a; te Boekhorst, et al., 2008). Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.. (Becker, 2003; Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993)

Er is in de casestudy zowel waardering gevonden voor kleinschaligheid als voor grootschaligheid. Een hogere waardering van kleinschaligheid vanwege de huiselijkheid wordt vooral genoemd door bewoners (zie thema Verbondenheid, deelparagraaf 6.3.4). Een hogere waardering van kleinschaligheid vanwege maatwerk wordt vooral genoemd door professionals en beslissers (zie thema Organisatie paragrafen 6.6.2 en 6.6.4). Ook het grotere gevoel van veiligheid wordt genoemd door bewoners (zie thema Fysieke veiligheid, deelparagraaf 6.3.4) en ervaren door het observatieteam (Zie Veiligheid, zie deelparagraaf 6.3.5).
Grootschaligheid wordt vooral gewaardeerd vanwege de diversiteit in activiteiten, keuzevrijheid in contacten en de anonimiteit (zie thema's Onderling contact, Contact buiten de activiteiten, deelparagraaf 6.3.2 en Aard en kwaliteit voorzieningen, deelparagraaf 6.3.3), dit wordt in geringe mate ook ervaren in de teamobservaties (zie Observaties Sfeer/leefklimaat, deelparagraaf 6.3.5).
In de set (zeer) Kleinschalig wordt aangegeven dat het soms te geringe aanbod ook door de beperkte potentiële deelname komt. In de set (zeer) Grootschalig is meer draagvlak voor activiteiten (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3). Meerdere beslissers stellen dat grootschaligheid een voorwaarde is voor voldoende levendigheid en een passend aanbod van activiteiten, bijvoorbeeld naar culturele voorkeur. Hoe groter het complex, des te meer mogelijkheden om daaraan te

voldoen (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.6.4). Illustratieve cases zijn Bergweg, Rotterdam en Parc Imstenrade, Heerlen. Met een verschillende sociaal-economische achtergrond van bewoners bieden beide een hoog voorzieningenniveau gecombineerd met een zeer grootschalige setting. Tegenvoorbeeld is de case Menno Simons, Amsterdam. Zeer grootschalig, echter geen hoog intern maar een hoog extern voorzieningenniveau.
Naarmate de complexen grootschaliger zijn, lijken wel minder vrijwilligers beschikbaar te zijn (zie conclusie deelparagraaf 8.3.4).

De bewoners die dit noemen hebben een afkeer van kleinschalige complexen met een grote sociale controle (zie thema Sociale controle, deelparagraaf 6.3.4). Opvallend is dat er in kleinschalige complexen meer contact buiten de activiteiten tussen de bewoners is en dat contact met kinderen en kleinkinderen nadrukkelijker wordt genoemd (zie thema's Contact buiten de activiteiten en Contact (klein)kinderen, deelparagraaf 6.3.2); mogelijk als gevolg van minder alternatieven buiten het complex gekoppeld aan stedelijke situering (zie volgende deelparagraaf 8.1.4). Eenzaamheid wordt in grootschaliger complexen meer genoemd, waarschijnlijk vanwege de grotere anonimiteit (zie thema Eenzaamheid, deelparagraaf 6.3.4).

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 3:	Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk. Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.

8.1.4 Invloed situering op waardering fysieke schaalgrootte

In het vooronderzoek kwam een relatief hogere waardering voor kleinschaligheid in dorpen en grootschaligheid in steden naar voren. Deze waarneming werd niet ondersteund door de literatuur. Reeds geconcludeerd is wel dat verschillende fysieke schaalgroottes zowel in dorp als stad voorkomen (zie conclusie deelparagraaf 8.1.2). De vraag was of er een relatie is met de waardering van de fysieke schaalgrootte.

Hypothese 4:	De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio, maar wèl afhankelijk van de situering in dorp of stad.

Ten aanzien van situering naar dorp of stad zijn in de kwantitatieve analyse van de narratieven geen opvallende verschillen in de ervaren sociale kwaliteit van wonen te constateren (zie Figuur 83 in deelparagraaf 6.2.2). Veiligheid en verbondenheid worden het meest genoemd, Verscheidenheid aan activiteiten het minst, positieve ervaringen overheersen. Wel doen de respondenten uit steden in zijn algemeenheid meer uitspraken. Uit de kwalitatieve analyse blijkt nadrukkelijk wel een invloed van de situering in dorp of stad. Ten aanzien van de waardering voor kleinschaligheid in een dorp worden als positief genoemd: verbondenheid, herkenbaarheid en intimiteit (zie thema Verbondenheid, deelparagraaf 6.3.4). Ten aanzien van de waardering voor grootschaligheid in een stad worden als positief genoemd: beperktere sociale controle, grotere anonimiteit en grotere keuzevrijheid in contacten en activiteiten (zie thema Sociale interactie, deelparagraaf 6.3.2 en thema's Verbondenheid en Sociale controle, deelparagraaf 6.3.4).
Omdat er ten aanzien van situering en fysieke schaalgrootte geen most different cases (Gerring, 2007) zijn, kunnen de invloeden van situering en fysieke schaalgrootte niet worden geïsolereerd. Daardoor is lastig vast te stellen of de waardering voor de schaal is gekoppeld aan afkomst uit dorp of stad (zie Externe validiteit, zie deelparagraaf 7.1.1).

Ten aanzien van de situering naar regio's is in de kwantitatieve analyse van de narratieven een aantal relevante bevindingen naar voren gekomen (zie Figuur 84 in deelparagraaf 6.2.2). Veiligheid en verbondenheid worden ook hier het meest genoemd, verscheidenheid aan activiteiten het minst. Positieve ervaringen overheersen, waarbij regio Noord er enigszins uitspringt.
Respondenten uit de regio's West en Zuid doen meer uitspraken. Sociale interactie lijkt meer nog dan de andere twee indicatoren vooral als positief ervaren te worden. Dit is het meest opvallend in regio Noord en het minst opvallend in regio West.
In de kwalitatieve analyse zijn er geen duidelijke aan regio's gekoppelde, verschillen gevonden ten aanzien van waardering voor fysieke schaalgrootte.

Daarmee kan gesteld worden dat dit deel van de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 4:	De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio.

Omdat ten aanzien van situering in dorp of stad, slechts één kleinschalige case in de stad en één grootschalige case in een dorp is onderzocht, geeft de steekproef geen uitsluitsel over de invloed van de combinatie van de variabelen fysieke schaalgrootte en situering. Hoewel de bevindingen van de onderzochte cases duiden op een voorkeur voor kleinschaligheid in het dorp en grootschaligheid in de stad, is door het ontbreken van resultaten uit tegenovergestelde voorbeelden onvoldoende steun voor dit deel van de hypothese.

Dit leidt tot een, in een vervolgonderzoek, te toetsen hypothese:

Hypothese 4*:	De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is afhankelijk van de situering, waarbij kleinschaligheid in dorpen meer gewenst is en grootschaligheid in steden.

8.2 In welke mate mengen?

De deelvraag betreffende de indirecte invloed van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen via de doelgroepenmenging heeft relatief veel nieuwe, betekenisvolle inzichten opgeleverd.
Er zijn vier hypothesen betreffende de invloed van de doelgroepenmenging opgesteld die in de volgende deelparagrafen worden getoetst.
Bij de aanvullende bevindingen met betrekking tot doelgroepenmenging zijn twee interessante inzichten voor het concept woonzorgcomplex gevonden.

8.2.1 Toenemende doelgroepenmenging

In de expert-interviews uit het vooronderzoek kwam de verwachting naar voren dat een ontwikkeling gaande is naar een grotere doelgroepenmenging met meer zwaardere zorg (Singelenberg, 2009). Woonzorgcomplexen, oorspronkelijk bedoeld voor vitale ouderen en gebaseerd op scheiden van wonen en zorg, bieden ruimte aan meer doelgroepen als dementerende bewoners, bewoners met fysieke en psychische beperkingen.

Hypothese 5:	Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de populatie neemt onder invloed van veranderingen in wetgeving en financiering toe (Singelenberg, 2009).

Als we kijken naar de resultaten van het bureauonderzoek zien we inderdaad een toename van het aantal zorgdoelgroepen per complex in de onderzoeksperiode van één naar twee bij zowel de database CBZ als de database KCWZ (zie Figuur 64, deelparagraaf 5.2.2).
Deze veranderingen zijn gekoppeld aan de meest relevante wijzigingen in de wetgeving in de onderzoeksperiode (zie Figuur 10 in deelparagraaf 2.3.3). Voor het archief CBZ zien we een correlatie tussen de veranderingen in wetgeving/financiering en doelgroepenmenging van 0,101 met een significantie van 0,336 bij N=93 (zie Tabel 25, deelparagraaf 5.3.1). Deze correlatie is statistisch gezien niet significant. Voor de database KCWZ zien we een correlatie van 0,243 met een significantie van 0,025 bij N=85 (zie Tabel 26, deelparagraaf 5.3.1). Het betreft een zwak verklaarde variantie met een determinatiecoëfficiënt van 6%.
De twee wijzigingen met de meeste invloed blijken de vernieuwing in de AWBZ welke met de indicatiestelling met behulp van functies regelt, en de invoering van het PGB, geformaliseerd in 2003. Een belangrijke derde factor is de opheffing van de vergunningplicht voor zorgbouw en het verdwijnen van de wettelijke taken van het College Bouw Zorginstellingen in 2009. Dit heeft tot grote onzekerheid geleid over de financiering van de ouderenhuisvesting. Deze onzekerheid wordt nog versterkt door de huidige economische crisis. De invloed van deze beide veranderingen is plausibel. De wijzigingen in AWBZ en PGB hebben tot een verandering in de systematiek van financiering van woonzorgarrangementen geleid. De opheffing van de vergunningsplicht heeft in eerste
instantie tot een hausse in zorggerelateerde aanvragen geleid en vervolgens tot een sterke afzwakking als gevolg van gebrek aan zekerheden rond normen en financiële dekking, zie deelparagraaf 5.1.

Er is geen aanleiding gevonden voor een aanname dat de representativiteit van de databases tot bias van de resultaten ten aanzien van doelgroepenmenging heeft geleid.
Geconstateerd kan worden dat het bureauonderzoek voldoende representatief is voor de

populatie woonzorgcomplexen in de onderzochte periode en dat er van een duidelijke toename van het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de onderzochte periode sprake is. Deze toename is gecorreleerd aan veranderingen in wetgeving en financiering.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 5:	Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de populatie neemt onder invloed van veranderingen in wetgeving en financiering toe.

8.2.2 Sociale integratie verschillende zorgzwaarten

Sociale integratie wordt reeds lang binnen de Nederlandse volkshuisvesting uitgedragen (De De Kam & Needham, 2003; Veldboer et al., 2007b) en door de overheid gestimuleerd om te sterke ruimtelijke uitsortering te voorkomen (VROMraad, 1999). Menging kan ook een positieve invloed hebben op het zorgaspect als het gaat om burenhulp en mantelzorg. Verschillende bewoners kunnen elkaar een helpende hand bieden (Royers, 2001). Becker legt daarnaast de nadruk op het psychologische voordeel van menging van vitaal en minder vitaal (Becker, 2006). Het huisvesten van verschillende groepen kan ook zeer positief zijn voor echtparen met een (sterk) verschillende zorgvraag dan wel bij de te verwachten progressie in de zorgvraag, waardoor een verhuizing uit de woonomgeving kan worden bespaard.
De negatieve zijde van menging is de beperking van privacy en autonomie, en die van overlast, bijvoorbeeld bij integratie van psychisch beperkte of dementerende bewoners. De verwachting is dat deze laatste groepen minder snel zullen integreren in de woonzorgcomplexen.

Hypothese 6:	Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.

Uit de resultaten van de casestudy blijkt dat het hier een niet altijd makkelijk met bewoners bespreekbaar item betreft. Pas na doorvragen wordt dit thema regelmatig genoemd. Dit geldt vooral voor het thema niet of moeizaam integreren van dementerende bewoners (zie thema Menging binnen het complex, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4). Dit lijkt te wijten aan gevoeligheden rond het thema. Met professionals en beslissers is het item makkelijker bespreekbaar (zie thema Menging binnen het complex, deelparagraaf 6.6.3). Men wil de groep dementerende bewoners niet te zeer van een stempel voorzien, maar ervaart hen wel als confronterend vanuit het eigen mogelijke toekomstperspectief. Bewoners in de groep zijn moeilijker aanspreekbaar, vragen veel aandacht en geven minder respons in retour. Dit in tegenstelling tot groepen met fysieke beperkingen, waar een gesprek over en weer mogelijk is, en er dus een andere balans in hulp en aandacht bieden en krijgen is (zie thema Informele hulp, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3). Voor mensen die beginnen met dementeren is de mix met gezonde mensen belangrijk om ze zo lang mogelijk op niveau en alert te houden, stellen beslissers (zie thema Menging binnen het complex, deelparagraaf 6.4.4). Zeker doelgroepen met bewoners met dementie en een verstandelijke beperking mengen niet eenvoudigweg door ze in één complex te huisvesten. De minder vitale bewoners voelen zich ook eenzamer ten opzichte van vitale bewoners, omdat deze meer een leven buiten het complex hebben (zie thema Eenzaamheid, deelparagraaf 6.4.4).
Een Illustratieve case vormt St. Annahof, Uden. Hier is sprake van integratie van de Fokus

groep maar in mindere mate van de groep bewoners met dementie en in duidelijk mindere mate van de groep bewoners met een verstandelijke beperking.
De integratie lijkt daarnaast afhankelijk van de getalsmatige verhouding van deze groep ten opzichte van die van de vitale ouderen en de aanpak door begeleidende professionals (zie conclusie in de volgende deelparagraaf 8.2.3).

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 6:	Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.

8.2.3 Fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging

De sociale cohesie in een woonzorgcomplex staat sterk onder invloed van de samenstelling van de bewonerspopulatie. Het bonding en bridging capital (Stouthuysen, 1999) zou daarbij onder invloed van de fysieke schaalgrootte groter of kleiner kunnen zijn. Wanneer in kleinschalige complexen het roddelen overgaat in pesten of uitsluiten van groepen of personen, kunnen mensen zich buitengesloten en eenzamer voelen. Grootschaligheid biedt door grotere aantallen bewoners letterlijk meer ruimte voor diversiteit, ook voor diversiteit in doelgroepen. Doelgroepen met een bijzondere status zouden daardoor mogelijk eerder een eigen plek kunnen krijgen. Aan de andere kant is voor een zekere publieke vertrouwdheid enige mate van privacy noodzakelijk, die niet intiem maar ook niet anoniem is (Jacobs, 1993). Naast invloeden van fysieke schaalgrootte worden bonding en bridging capital beïnvloed door de verschillende kenmerken van de doelgroepen, zie deelparagraaf 8.2.2. En daarnaast door de verhoudingen tussen de doelgroepen vergelijkbaar met de integratie in wijken (Jacobs, 1993) (zie conclusie deelparagraaf 8.2.3).

Hypothese 7:	Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere, geïntegreerde doelgroepenmenging ondersteunen door een lagere sociale controle en door de fysieke en mentale ruimte voor diversiteit (Jacobs, 1993).

Uit de resultaten van de casestudy blijkt dat in de kleinschalige complexen meer sociale controle is en in de grootschalige complexen meer privacy. Er lijkt in grootschalige complexen daardoor meer plek voor iedereen, en daarmee meer ruimte voor bridging capital, doordat er minder confrontatie en meer bereidheid tot informele hulp is. Deze grotere acceptatie is mogelijk gekoppeld aan de stedelijke context waar ook meer diversiteit heerst (zie thema Sociale controle, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4 en illustratieve cases De Berken, Milheeze en Bergweg, Rotterdam).
Een grotere fysieke schaalgrootte lijkt daarmee niet alleen getalsmatig maar ook mentaal meer ruimte voor verschillende doelgroepen te geven.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 7:	Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere, geïntegreerde doelgroepenmenging ondersteunen door een lagere sociale controle en door de fysieke en mentale ruimte voor diversiteit.

8.2.4 Optimale doelgroepenmenging

Vanuit de literatuur worden zowel positieve als negatieve effecten genoemd van doelgroepenmenging.

Een beperkte doelgroepenmenging heeft een positief effect op de ervaren veiligheid en op de sociale cohesie en daarmee op de sociale kwaliteit van wonen (De De Kam & Needham, 2003). Pettigrew (1998) stelt dat daarvoor eerst aan de voorwaarden voor een relatief gelijke sociale status, een gezamenlijk doel, noodzaak tot samenwerken, steun van derden voor onderlinge contacten en niet bij voorbaat verziekte verhoudingen dient te worden voldaan. De beperkte keuze voor bewoners uit complexen zou, vergelijkbaar met de beperkte keuze op de werkvloer (Veldboer, et al., 2007a), kunnen leiden tot meer geforceerde acceptatie.

Duyvendak (2002) stelt dat de verhouding tussen groepen in wijken soms gezond, zo niet genezend kan zijn, soms ziekmakend. Deze verhouding wordt genoemd als een van de Healing Environment aspecten binnen het OAZIS-instrument van TNO (Van der Schaaf, 2010). Jacobs (Franke & Hospers, 2009; Jacobs, 1993) stelt dat er een *tipping point*, een omslagpunt, van circa 7% is waarboven menging in Amerikaanse buurten in plaats van een positieve een negatieve invloed krijgt: 'te wild' zijn in de woorden van Duyvendak. Beneden dit percentage worden minderheden geaccepteerd en getolereerd, daarboven niet en keren groepen zich van elkaar af. De vraag is of en waar een omslagpunt in menging binnen woonzorgcomplexen zou liggen.

Hypothese 8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.

Uit de resultaten van de casestudy blijken sterke aanwijzingen voor het bestaan van deze bandbreedte. Bewoners in de complexen waar de menging met zwaardere zorg, getalsmatig dan wel in zwaarte, lager is accepteren makkelijker de ongemakken en confrontaties van met name de bewoners met dementie of een psychische beperking. (zie thema Menging binnen het complex, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4). Beslissers verwachten door de veranderende wetgeving (waardoor de huisvesting van lichtere gevallen niet meer wordt vergoed) een imago van zwaardere zorg voor het complex en een qua zorgzwaarte uit balans zijnde mix. Deze schrikt vervolgens vitale ouderen af (zie thema Menging binnen het complex, deelparagraaf 6.4.4).

Illustratieve cases voor de impact van de getalsmatige verhouding in menging met bewoners met fysieke beperkingen zijn St. Annahof, Uden, waar de minderheid van 16% bewoners van Fokus woningen is geïntegreerd en Domus Bona Ventura, met een nagenoeg 50-50% verhouding tussen de wat zwaardere zorg en volledig zelfstandige bewoners die tot argwaan en onrust tussen beide groepen leidde. Voor betere menging met bewoners met dementie is St. Franciscus, Veendam een goed voorbeeld waar 11% bewoners met dementie weinig negatieve reacties gaf. Dit voorbeeld staat tegenover een

case als Het Spijk, Eefde, waar 37% van de bewoners met dementie een nagenoeg eigen dagritme en leefwereld doormaken waarbij deze menging in negatieve zin ervaren wordt door de overige bewoners.

Hoewel de gebruikte methode niet tot specifieke percentages kan leiden, wijst de aard van de uitspraken van bewoners, professionals en beslissers op een omslagpunt in de orde van 10 à 20%, waarbij aan de voorwaarden zoals Pettigrew (1998) die stelt voldaan dient te zijn.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.

8.2.5 Onderlinge informele zorg

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over het thema informele zorg. De analyse leverde echter een interessante aanvullende bevinding op.

Met affectief burgerschap wil de overheid bewerkstelligen dat bewoners voor zichzelf en anderen gaan zorgen. De daarin opgenomen eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit zijn basiselementen van de Wmo (Klerk et al., 2010). We zien dit terug bij de informele zorg als een belangrijk uitgangspunt van beschut wonen (Singelenberg, 2005), waarbij vitalere bewoners bewoners met lichte of zwaardere zorg helpen door bijvoorbeeld een boodschap te doen, een probleem te signaleren of een praatje te maken. Het meer vanzelfsprekend zijn van informele zorg gaat niet vanzelf (Kampen, et al., 2013). Driekwart van de mantelzorgers voelt voldoening, bij overbelaste mantelzorgers overheerst echter het gevoel van persoonlijk falen. Mantelzorg doet ook impliciet een veel groter beroep op vrouwen (Tonkens & Duyvendak, 2013).
Daarnaast vereist het coördinatie van professionals om meer taken aan vrijwilligers en mantelzorgers over te laten. Tot slot leiden bezuinigingen tot ongewenste 'kilte' in het contact tussen bewoners en professionals, terwijl de 'warme' zorg naar de vrijwilligers verschuift (Van Bochove, et al., 2013).
Uit de resultaten van de casestudy blijkt dat de bewoners nog sterk van formele zorg uitgaan. Of dit een gevolg is van de veelal oudere groep bewoners of een kwestie van bewustwording van de rol van potentiële informele zorger, komt niet uit de data naar voren (zie thema informele zorg, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3, 6.5.3 en 6.6.4). Daar waar het gaat om het verlenen van onderlinge informele zorg neemt sterk af als gevolg van de toegenomen zorgzwaarte in de complexen. Bovendien schrikt de toegenomen zorgzwaarte van medebewoners groepen bewoners met lichtere zorg af, zie deelparagraaf 8.2.3. Dit ondermijnt daarmee een van de belangrijkste uitgangspunten van beschut wonen.

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 14:	Het verlenen van onderlinge informele zorg neemt af als gevolg van de toegenomen zorgzwaarte in de complexen. Dit ondermijnt één van de uitgangspunten van beschut wonen.

8.2.6 Relationele agressie

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over het thema relationale agressie. De data leverden echter een interessante aanvullende bevinding op.

Relationele agressie is bekend van onderzoeken in verpleeg- en verzorgingstehuizen. (Brandt, 2009). Er wordt veel geroddeld en dit vervult volgens de Backer & Nielsen (2006) een sociale functie. Roddelen brengt mensen samen en leidt tot groepsvorming. Echter als het roddelen overgaat in het pesten of uitsluiten van groepen of personen vormt zich een probleem (Ellwardt, 2011). Mensen kunnen zich hierdoor buitengesloten en zich nog eenzamer voelen. Dit fenomeen is ook bij zelfstandig wonende vitale ouderen aanwezig en wordt beïnvloed door de verschillen tussen de doelgroepen, zie conclusie deelparagraaf 8.2.2, en de verhoudingen tussen de doelgroepen, zie conclusie deelparagraaf 8.2.3.
Er is inderdaad sprake van de nodige relationele agressie onder bewoners, op persoonlijke niveau en op het niveau van doelgroepen (zie thema Relationele agressie, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4, 6.5.4 en 6.6.3). Bewoners blijven daardoor weg bij activiteiten en voelen zich buitengesloten.
Bij een beperkte mate van toevoegen van zwaardere zorgdoelgroepen, in de orde van 10 tot 20% is minder sprake van groepsvorming en minder concurrentie tussen de groepen. Bij een meer gelijkwaardige doelgroepenmenging, in de orde van 30 tot 60%, is er meer belangenstrijd, minder bereidwilligheid tot informele zorg (zie thema Relationele agressie, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4, 6.5.4 en 6.6.3). Er bestaat een zekere bandbreedte voor optimale menging, zie conclusie deelparagraaf 8.2.4.

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 15:	Evenals in verpleeg- en verzorgingshuizen is in woonzorgcomplexen relationele agressie nadrukkelijk aanwezig en van invloed op de sociale kwaliteit van wonen. Een grotere doelgroepenmenging leidt tot meer relationele agressie.

8.3 Voorzien van welke kwaliteit?

De deelvraag betreffende de indirecte invloed van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen via het voorzieningenniveau heeft enkele vrij triviale inzichten opgeleverd ten aanzien van de hypothesen.
Er is één hypothese betreffende de invloed van het voorzieningenniveau opgesteld die in de volgende deelparagrafen worden beantwoord.
De aanvullende bevindingen met betrekking tot voorzieningenniveau leverden voor het concept woonzorgcomplex eveneens drie interessante inzichten op.

8.3.1 Intern en extern voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen

Bewoners lijken gebaat bij een hoog intern voorzieningenniveau, dit resulteert in de nodige levendigheid en biedt gespreksstof buiten de dagelijkse routine (Becker, 2008; Jacobs, 1993). Jacobs noemt het belang van voorzieningen in een wijk die als 'schaakstukken' strategisch kunnen worden ingezet zoals een buurtvoorziening of café. Een juiste balans tussen intern en extern voorzieningenniveau is van belang. Het zorgt voor menging met buurtbewoners (Buys, 1997; De Kam, et al., 2012). Bereikbaarheid van externe voorzieningen is van invloed op de sociale kwaliteit van wonen, zeker als voor de gehuisveste doelgroepen de te overbruggen loopafstand afneemt. Die loopafstand bedraagt bij voorkeur 400 à 500 meter voor het bereik van dagelijkse voorzieningen (De Kam, et al., 2012; Singelenberg, et al., 2012).

Hypothese 9:	Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte (Becker, 2008; Jacobs, 1993). Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen (De Kam, et al., 2012; Singelenberg, et al., 2012).

De interviews met bewoners wijzen op een positieve invloed van het interne voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen. Dit is plausibel, zeker ten aanzien van de indicator ervaren verscheidenheid aan activiteiten. Sociale interactie blijkt, zeker in kleine complexen, verbonden aan de voorzieningen (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.3.2). Complexen in de set Niet gemengd geven een lagere noodzaak voor interne voorzieningen vanwege de mobiliteit van de bewoners (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.5.3 en thema Bereikbaarheid voorzieningen, deelparagraaf 6.5.3). Een deel van de bewoners is gericht op een sociaal leven buiten het complex, met name in grootschalige complexen waar, door de vaak daaraan gekoppelde stedelijke context, meer externe voorzieningen zijn (zie thema Op zichzelf, deelparagraaf 6.3.2).
Met een hoger intern voorzieningenniveau kan de menging met de buurt achteruitgaan. Ook de zelfredzaamheid kan lijden onder een hoog intern voorzieningenniveau, indien de actieradius van de bewoners hoog genoeg is. Er is veel waardering voor dichtbijgelegen externe voorzieningen. Een Illustratieve case vormt St. Annahof, Uden met een gewaardeerde en veel genoemde ligging centraal ten opzichte van algemene en welzijnsvoorzieningen.
Een sterke positieve invloed met betrekking tot menging met de buurt vormen woonzorgcomplexen die, veelal bij gebrek aan externe voorzieningen, zelf het centrum van de buurt vormen. Beslissers en professionals noemen dat bewoners uit de buurt naar het complex komen vanwege de gezelligheid, activiteiten en de voorzieningen, als

middelpunt van de wijk of woonservice zone. Dit wordt door beslissers niet als financieel interessant gezien, maar goed voor de sociale kwaliteit van leven (zie thema Menging met de buurt, deelparagraaf 6.6.3). Illustratieve cases zijn Reinalda, Haarlem met een huisartsenpost en atrium als ontmoetingsplaats voor de buurt. Zo ook BaLaDe, Waalwijk waar het woonzorgcomplex het centrum van de woonservicezone vormt.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 9:	Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte. Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen.

8.3.2 Aanwezigheid 24-uurszorg

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over 24-uurszorg. De data leverden echter een interessante aanvullende bevinding op.

24-Uurszorg is bij huisvesting van alleen vitale ouderen in principe niet aan de orde. De oorspronkelijke definitie van woonzorgcomplexen op basis van zuiver scheiden van wonen en zorg sluit 24-uurszorg in principe ook uit (Singelenberg, 2005). Geconstateerd is echter dat doelgroepenmenging met zwaardere zorg als gevolg van wetswijzingen is toegenomen, zie conclusie deelparagraaf 8.2.1. Daarmee komt ook de bijbehorende 24-uurszorg als voorziening vaker voor.
Uit de casestudy blijkt dat de aanwezigheid van 24-uurszorg van groot belang is voor de bewoners voor hun gevoel van veiligheid. Dit wordt door de bewoners zeer nadrukkelijk genoemd in de complexen waar 24-uurszorg aanwezig is, de set Gemengd met zwaardere zorg, maar het wordt eveneens als groot gemis gemeld in de set Niet gemengd (zie thema Veiligheid door zorg in deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4). Het fysiek paraat hebben van zorg blijkt voor het concept beschut wonen van cruciaal belang. Beslissers stellen dat veiligheid door zorg, waaronder 24-uurs zorg veel geld kost, maar beamen dat een veilig gevoel erg belangrijk is voor de bewoners (zie thema Veiligheid door zorg in deelparagraaf 6.6.4).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 16:	De aanwezigheid van 24-uurszorg geeft een nadrukkelijk gewenst gevoel van veiligheid

8.3.3 Meer intellectueel niveau en meer voor mannen

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over het thema Aard en kwaliteit activiteiten. De data leverden wel een interessante aanvullende bevinding hierover op.

Over het kwalitatieve aanbod van de activiteiten is men wisselend tevreden. Een behoorlijke minderheid vindt het kwalitatieve aanbod van activiteiten onvoldoende. Dit geldt nadrukkelijker voor de set Gemengd met zwaardere zorg (zie thema Aard en kwaliteit voorzieningen, deelparagraaf 6.4.3).
Bewoners ervaren onvoldoende afstemming op de doelgroep qua intellectueel niveau, de minderheid van mannen en vitaliteit, waarbij de nood hoger lijkt in de set (zeer) Kleinschalig, maar de roep om variatie groter in de set (zeer) Grootschalig (zie thema Aard en kwaliteit voorzieningen, deelparagraaf 6.3.3). Men is in de grootschalige complexen ook kritischer ten opzichte van de betaalbaarheid (zie thema Betaalbaarheid, deelparagraaf 6.3.2), mogelijk doordat men zich minder afhankelijk voelt van het (interne) aanbod aan activiteiten.
In kwantitatieve zin worden voorzieningen in het weekend gemist, ook hier met name in complexen gemengd met zwaardere zorg (zie thema Hoeveelheid voorzieningen in deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3). Opvallend is dat door beslissers en professionals deze items niet worden genoemd (zie thema's Hoeveelheid voorzieningen en Aard en kwaliteit voorzieningen in deelparagraaf 6.6.4).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 17: De kwaliteit van voorzieningen vraagt meer aandacht dan de kwantiteit. Voorzieningen gericht op gebruikers met intellectueel niveau en voor mannen ontbreken nog al eens, in kwantitatieve zin missen bewoners voorzieningen in het weekend. Dit geldt vooral voor complexen gemengd met zwaardere zorg.

8.3.4 Participatie als driver

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over participatie bij het organiseren van activiteiten. De data leverden wel een interessante aanvullende bevinding op.

Binnen de participatieladder worden verschillende lagen beschreven oplopend vanaf meedoen, meedenken tot meebeslissen (Edelenbos, 2000), vergelijkbaar met de driedeling maatschappelijke participatie, beleidsparticipatie en maatschappelijk initiatief die de WRR hanteert (WRR, 2012). Ten aanzien van de activiteiten vertaalt dit zich in meedoen in de vorm van inzet van vrijwilligers bij activiteiten, meedenken bij invulling van activiteiten en andere zaken en daadwerkelijk meebeslissen in besluitvorming rond activiteiten. De verwachting is dat participatie meer 'eigenaarschap' en daardoor bevlogenheid en deelname aan activiteiten genereert en tot meer inclusie leidt (Houben, 1985; Penninx & Sprinkhuizen, 2011; van Regenmortel, 2009). Bovendien wil de overheid met affectief burgerschap dat bewoners meer voor zichzelf en anderen gaan zorgen (Kampen, et al., 2013). Eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit komt ook binnen de Wmo aan de orde (Klerk, et al., 2010). Het vraagt de nodige professionele coördinatie om te bereiken dat meer taken aan vrijwilligers kunnen worden overgelaten (Van Bochove, et al., 2013).

Uit de resultaten van de casestudy blijkt het meedoen af te nemen, naarmate complexen grootschaliger zijn. Er zijn dan vaak minder vrijwilligers beschikbaar. Bewoners in kleinschalige complexen vinden het vaker vanzelfsprekend dat je klaar staat voor anderen. De kleinschalige complexen lijken beter ingebed in de gemeenschap. Dit zou aan het minder anonieme karakter van het complex zelf kunnen liggen of aan de situering, veelal in dorpen (zie thema Vrijwilligers, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 18: In grootschalige complexen zijn relatief minder vrijwilligers beschikbaar, kleinschalige complexen zijn beter ingebed in de gemeenschap.

Vrijwilligers van binnen het complex, zeker leden van bewonerscommissies en dergelijke, hebben een aparte positie. Zij doen veel nuttig werk. Dankbaarheid en kritiek kunnen beide hun deel zijn.
Ten aanzien van meedenken bij activiteiten wordt veel geleund op de formele organisatie. De huidige generatie ouderen in de complexen gaan in hun verhalen nog veelal van formele georganiseerde activiteiten uit. Of dit een gevolg is van de veelal oudere groep bewoners of een kwestie van bewustwording is de vraag. Dit ligt anders binnen de set (zeer) Grootschalig, wat zou kunnen duiden op een andere houding in een meer

grootschalige dan wel stedelijke context (zie thema Participatie, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3).
Er is nog zeer beperkt sprake van meebeslissen en daadwerkelijke inclusie. Er wordt wel naar de mening en suggesties van bewoners geluisterd om zo de sociale kwaliteit van wonen te verbeteren. Slechts enkele beslissers noemen dat ze proberen bewoners dingen zelf te laten organiseren en te regelen (zie thema participatie, deelparagraaf 6.5.5).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 19:	De kracht van eigen initiatief en 'eigenaarschap' van bewoners bij activiteiten wordt slechts gedeeltelijk benut.

8.4 Hoe wordt besloten?

De wijze van afwegen van keuzes in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau gericht op de sociale kwaliteit van wonen is leidend voor de beleid- en managementgeoriënteerde deelvragen.
Er zijn drie hypothesen betreffende de besluitvorming rond woonzorgcomplexen opgesteld die in de volgende deelparagrafen worden getoetst.
De aanvullende bevindingen met betrekking tot besluitvorming leverden één conclusie op betreffende bewoners als een in belang en omvang groeiende groep initiatiefnemers.

8.4.1 Balans tussen kwalitatieve en institutionele afwegingen

Wetgeving- en financieringskaders zijn erg bepalend voor de besluitvorming doordat zij de vrijheidsgraden inkaderen, ook en soms juist bij een zich terugtrekkende overheid (zie deelparagraaf 2.3.3 en 3.6.2). De wetgeving in de zorg en ook de zorgbouw verandert snel en relatief nog sneller in de onderzoeksperiode 1998-2010 (zie Figuur 10 in deelparagraaf 2.3.3). Kwalitatieve afwegingen zijn veelal minder hard en hiervoor zijn weinig of geen evidence based grens- of richtwaarden voorhanden. Dit lijkt te leiden tot het zwaarder wegen van institutionele ten opzichte van kwalitatieve afwegingen.

Hypothese 10:	Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering.

De resultaten van het bureauonderzoek laten zien dat de laatste jaren minder woonzorgcomplexen werden gebouwd, ook als we in acht nemen dat de aanmelding bij de database in de laatste jaren minder was (zie Figuur 55 Woonzorgcomplexen naar bouwjaar in deelparagraaf 5.2.1), en dat de complexen een grotere doelgroepenmenging krijgen (zie Figuur 64 Doelgroepenmenging naar bouwjaar, (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) in deelparagraaf 5.2.2). Voor de ontwikkeling in doelgroepenmenging is een zwakke correlatie gevonden met de gedefinieerde perioden, gemarkeerd door belangrijke veranderingen in wetgeving en financiering (zie
Tabel 26 Correlatie onderzoeksvariabelen database KCWZ in deelparagraaf 5.3.1). Om mogelijke inhoudelijke achtergronden van deze ontwikkelingen te achterhalen zijn deze vergeleken met de uitspraken ten aanzien van het uitgevoerde beleid van beslissers in de interviews van de meervoudige casestudy (Spierings & de Kam, 2012).

De kwantitatieve analyse van kwalitatieve en institutionele afwegingen levert een beeld van een groter belang van de institutionele afwegingen op (zie Figuur 96 Onderzoeksvariabelen en Sociale kwaliteit van wonen/Context in deelparagraaf 6.6.1).
Het licht dalende aantal woonzorgcomplexen over de onderzoeksperiode is vermoedelijk veroorzaakt door veranderingen in de zorg- en welzijnswetgeving. De introductie van de Wmo, en daarmee het verschuiven van de welzijnscomponent naar gemeenten en eigen verantwoordelijkheid van de burger, maakt het lastiger de welzijnscomponent van het woonzorgcomplex te financieren (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.6.4).
De veel grotere doelgroepenmenging dan verwacht gezien de oorspronkelijke opzet en definitie van woonzorgcomplexen (Singelenberg, 2005), lijkt eveneens veroorzaakt te worden door wijzigingen in de wetgeving, met name die in de AWBZ. Om financieel sluitend te zijn wordt door beslissers aangegeven dat een zekere mix met ouderen met een hogere zorgzwaarte nodig is (zie thema Organisatie, paragrafen 6.6.2 en 6.6.4).

Samenvattend kunnen we stellen dat beslissers duidelijk minder vaak kwaliteitgedreven keuzes maken. Hoewel de in eerste instantie beleden afwegingen betrekking hebben op de kwaliteit van de geïntegreerde gemeenschap, zijn de institutionele afwegingen leidend.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 10:	Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering.

8.4.2 Invloed stelselwijziging op de zorg- en welzijnscomponent

De twee grootste invloeden van aanpassingen van de wetgeving en financiering betreffen de zorg- en welzijnscomponent, zie deelparagraaf 2.3.3. Singelenberg stelt dat het lastig zal zijn een zorgpost in een woonzorgcomplex te handhaven door de marktwerking in de (thuis)zorg. De markt onder de zorgaanbieders is te versnipperd (Singelenberg, et al., 2012). Ook de veranderingen vanuit de Wmo voor de welzijnscomponent waarvoor gemeenten, veelal met minder middelen, verantwoordelijk worden zijn ingrijpend. Bewoners worden daarbij meer aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid (Klerk, et al., 2010). Het gaat daarbij om kwalitatieve afwegingen van de beslissers als gevolg van de verschoven politieke randvoorwaarden. De directe negatieve effecten voor het concept van woonzorgcomplexen zijn een lagere financiële haalbaarheid van de zorg- en welzijnscomponent en daardoor verlies van ervaren veiligheid door zorg, en verscheidenheid aan activiteiten.

Hypothese 11: Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen met negatieve effecten die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.

Uit de resultaten van de casestudy blijkt dat het handhaven van een zorgpost door de versnippering van de markt onder aanbieders lastiger is, met name in de (zeer) kleinschalige complexen (zie thema Veiligheid door zorg, deelparagraaf 6.6.4). Een illustratieve case is De Wemel in Wemeldinge. Er wordt hierop verschillend gereageerd, van het afdwingen van de zorgkeuze door de rechtbank, case Domus Bona Ventura in Nederweert, tot het zeer aantrekkelijk maken van een keuze voor de aan het complex verbonden thuiszorg.
De gevolgen van de veranderingen voor de welzijnscomponent vanuit de Wmo zijn nog minder helder doordat de rol van de gemeente, zich deels nog moet ontwikkelen. Dat geldt nog meer voor de grotere verantwoordelijkheid voor de bewoners. Beide hebben in de onderzoeksperiode vooralsnog tot onzekerheid geleid, waardoor welzijnsvoorzieningen in de eerste plaats vanuit financiële haalbaarheid worden benaderd (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.6.4).

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 11: Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen met negatieve effecten die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.

8.4.3 Evidence based besluitvormingstool

De literatuurreview leverde slechts beperkt evidence based informatie op over invloeden van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau ten aanzien van woonzorgcomplexen dan wel complexgewijs beschut wonen (zie hoofdstuk 3). Tegelijkertijd neemt de roep om evidence based decision making toe (Nauta, 2009a). Ook de gewenste en steeds vaker daadwerkelijk ingevulde rol van bewoners bij de besluitvorming neemt toe door meer participatie en bewonersinitiatieven als cohousing (Muller, 2007; van Regenmortel, 2009). Een besluitvormingstool zou daarbij als communicatiemiddel goed bruikbaar zijn, zoals Areadne dat beoogt te zijn voor woonservicegebieden (De Kam, 2006).

Hypothese 12: Een evidence based tool kan initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.

Uit de casestudy is gebleken dat beslissers zich vooral door institutionele afwegingen laten sturen en minder door kwalitatieve afwegingen omdat deze minder hard zijn, zie conclusie deelparagraaf 8.4.1. Beslissers geven aan graag meer evidence based kwalitatieve afwegingen te willen maken en van de inzichten uit dit onderzoek gebruik te willen maken bij nieuwe initiatieven. Beslissers geven aan naar aanleiding van de concept Beschut Zelfstandig Wonen Atlas aan dat een soortgelijke tool daarbij zou kunnen helpen.
Ten aanzien van bewoners en beslissers kan worden gesteld dat zij zeer aarzelend zijn in het nemen van initiatieven, zeker in complexen met een grotere fysieke schaalgrootte. De literatuur stelt dat seniorenwoongroepen zich interesseren voor meer eigen wooninitiatieven. Bij kleinschaliger projecten is het voorstelbaar dat bewonersgroepen zich van een Beschut Zelfstandig Wonen Atlas of soortgelijke tool zouden kunnen bedienen. Bij grootschaliger projecten zullen vooralsnog met name professionele partijen als initiatiefnemer optreden, maar bewoners kunnen in de initiatieffase een grotere rol spelen en zij zullen deze naar verwachting in de komende generaties ook meer vervullen. Een toegankelijke evidence based tool kan het betrekken van de bewoners in een inclusief besluitvormingstraject vergemakkelijken.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 12: Een evidence based tool kan initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.

8.4.4 Inclusief denken en beslissen

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over het thema inclusief denken en beslissen. De data leverden een interessante aanvullende bevinding op.

De belangrijkste initiatiefnemers voor woonzorgcomplexen zijn woningcorporaties en zorgorganisaties. Ten aanzien van de verschillende werelden zorg en bouw stelt Helderman (2007) dat de benadering van zorgorganisaties met name wordt bepaald door vraagsturing. Dit in tegenstelling tot woningcorporaties, die in eerste instantie aanbodgedreven zouden handelen, ondanks hun publieke taak in huisvesting (De Kam, 2012; Priemus, et al., 1999).
Bewoners spelen meestal een minimale rol in de initiatieffase. Deze is veelal beperkt tot de invulling na realisatie (van Regenmortel, 2009). Aanstaande generaties ouderen lijken echter in toemenemde mate te vragen om meer zeggenschap en ontwikkelen vaker eigen wooninitiatieven.
Vanuit de welzijnssector stellen Penninx en Sprinkhuizen dat de betrokkenheid bij bestaande en nieuwe woonvormen nog schaars is. Van participatie van enige omvang is nog een sprake (Penninx & Sprinkhuizen, 2011). Er zijn wel aanwijzingen zijn dat betrokkenheid en activiteit door meer ‘eigenaarschap’ zal worden gestimuleerd (Elizabeth & Sanders, 2002; Muller, 2007). Binnen de initiatieffase lijken kansen voor handen te liggen door participatief design of, nog een stap verdergaand, al dan niet gedeelde eigen initiatieven zoals cohousing en collectief opdrachtgeverschap.

De resultaten van de casestudy wijzen uit dat een grote meerderheid van de bewoners weinig besef van de keuzes heeft, laat staan dat ze daarbij betrokken waren. Een minderheid van de bewoners is vertegenwoordigd in bewonersraden of bewonerscommissies, die zich vooral voor invulling van activiteiten inzetten, nadat de bouw van het woonzorgcomplex gereed is gekomen (zie thema Participatie, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3). Voorbeelden van daadwerkelijke participatie van de bewoners tijdens de initiatieffase zijn door beslissers en professionals beperkt genoemd. Bovendien vindt participatie vaak pas plaats na het vaststellen van het ruimtelijk programma (zie het thema Participatie in deelparagraaf 6.6.4).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 20:	De rol van de eindgebruiker, de bewoner, bij het besluitvormingsproces is met name in de initiatieffase marginaal, terwijl hier kansen liggen voor een meer inclusief besluitvormingsproces.

8.5 Overleeft het woonzorgcomplex?

In deze, één na laatste, paragraaf van het hoofdstuk conclusies wordt gekeken naar het concept van het woonzorgcomplex. Daarbij komt belangrijke aanvullende bevindingen uit het onderzoek naar de beweegredenen om te verhuizen naar een woonzorgcomplex naar voren in deelparagraaf 8.5.1. De kenmerken van beschut wonen als tussenoplossing tussen de vorige, vaak niet meer passende, woning en intramurale verzorging hangen daarmee samen en volgen in deelparagraaf 8.5.2. Ten slotte wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord in deelparagraaf 8.5.3.

8.5.1 Beweegredenen verhuizing naar woonzorgcomplexen

Er is vooraf geen hypothese geformuleerd over de beweegredenen voor verhuizing naar een woonzorgcomplex. De data leverden wel een interessante aanvullende bevinding op.

Bewoners zijn bij de start van de interviews uitgenodigd wat te vertellen over hun levensgeschiedenis en vervolgens hun woongeschiedenis, enerzijds om hen op hun gemak te stellen en vooral zelf te laten vertellen, anderzijds als opstap naar hun huidige woonervaringen. Daarbij zijn veel interessante beweegredenen voor het verhuizen naar het woonzorgcomplex naar voren gekomen, die de tekortkomingen van hun vorige woning beschrijven of de pluspunten van hun nieuwe woning en woonomgeving, en hoe de overgang is ervaren.
Een belangrijke vraag was of het daarbij ging om een noodzakelijke verhuizing met negatieve drijfveren of om een positieve drijfveer van een nieuwe woonomgeving met betere mogelijkheden. Vervolgens kwamen de keuze en afweging van complexen aan de orde. Speelden fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en het voorzieningenniveau een rol, was dat gericht op de verwachte of nagestreefde sociale kwaliteit van wonen? En hebben bewoners überhaupt keuze uit verschillende complexen gehad?
Deze vragen zijn actueel in het kader van de roep om zelfstandig ouder worden, 'aging in place', gewenst door bewoners vanuit een voorkeur voor zelfstandigheid, maar evenzeer ingezet door de overheid als beleid (Van Rijn, 2013a). Is 'place' daarbij bij voorkeur de oorspronkelijke woning of kan het woonzorgcomplex een nieuwe 'plek' zijn? En in hoeverre speelt de situering van die nieuwe woning daarbij een rol? Wat zeggen de resultaten van de interviews met de beslissers hierover? Hebben zij veronderstelde of onderzochte argumenten van aanstaande en zittende bewoners gehanteerd?

Voor de resultaten ten aanzien van de beweegredenen voor verhuizing naar een woonzorgcomplex is dankbaar gebruikt gemaakt van het onderzoek van de eerste zes bezochte cases naar dit aspect door aan de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas meewerkende minorstudenten (Heuvelmans et al., 2012). Hierin kwamen als de drie belangrijkste beweegredenen naar voren: fysiek comfort, veiligheid en sociale interactie (Vroon, et al., 2010).

Uit onderzoek ten aanzien van fysiek comfort blijkt dat trappen lopen, onderhoud aan woning en tuin worden genoemd. Van 55 jaar tot 75 jaar loopt het percentage mensen dat veel belang hecht aan een tuin terug van 25% naar 15%. Een groot balkon blijkt een goed alternatief voor een tuin (Murie, 1991; Quintis, 2006). De ongeschiktheid van bestaande woningen is te verbeteren door opplussen, waarmee deze aan het woonkeurplus bestaande woningen kunnen voldoen, echter niet aan het woonkeurplus voor nieuwbouw (Scherpenisse et al., 1997; Woonkeur, 2009).
In de kwalitatieve analyse van de eerste zes cases van dit onderzoek wordt Fysiek comfort

als primaire beweegreden genoemd. Wanneer fysieke beperkingen trappen lopen lastig of onmogelijk maken, of het onderhoud van tuin niet meer zelfstandig mogelijk is of haalbaar uitbesteed kan worden, is een negatief verhuisargument geboren. Het gelijkvloers zijn van de appartementen, het ontbreken van een onderhoudsintensieve tuin en bouwfysisch comfortabele woningen worden als reden om naar een woonzorgcomplex te verhuizen veelvuldig genoemd (Heuvelmans, et al., 2012). Een invloed van de fysieke schaalgrootte hierop is niet gevonden.

In de literatuur wordt veiligheid als primaire functie van huisvesting in algemene zin genoemd (Van der Voordt & Van Wegen, 1990; Hooimeijer, 1994; Hooimeijer, et al., 2001). De hogere kwetsbaarheid van ouderen noopt tot extra aandacht voor dit aspect (Van Campen, 2011; Hulsbergen, 1992)
Als we kijken naar de resultaten van de casestudy, scoort fysieke veiligheid in de teamobservaties in de set (zeer) Kleinschalig positiever. Een hogere ervaren veiligheid lijkt voor het onderzoeksteam duidelijk gekoppeld aan een kleinere schaal, mogelijk door de grotere intimiteit van het gebouw en een grotere rust door minder mensen.
In de bewonersinterviews scoort fysieke veiligheid zeer hoog in alle sets en wordt dit aspect zeer regelmatig afgezet tegen de onveilige situatie in de vorige woning of woonomgeving. Het afgeschermd wonen van de buurt, met een zekere controle bij de toegang en sociale controle van de bewoners als groep, scoren daarbij hoog (zie thema Fysieke veiligheid, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4). De fysieke veiligheid door sociale controle is daarbij het hoogst in de set (zeer) Kleinschalig (zie thema Sociale controle, deelparagraaf 6.3.4). De vrees voor inbraak en andere externe factoren die onveiligheid veroorzaken is het hoogst in de set (zeer) Grootschalig. Beide zijn echter niet los te zien van de situering in dorp respectievelijk stad (zie thema Fysieke veiligheid, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4).
Veiligheid door zorg als beweegreden om te verhuizen volgt direct daarna. Zorgpersoneel, eventueel oproepbaar via zorgalarmering maar bij voorkeur 24 uur daadwerkelijk aanwezig, is een veelvuldig genoemd item (zie thema Veiligheid door zorg, deelparagraaf 6.3.4, 6.4.4 en 6.5.4) en conclusie deelparagraaf 8.3.2., ook waar dit, bij afwezigheid van zwaardere zorg in het complex, juist ontbreekt. Een invloed van de fysieke schaalgrootte hierop is niet gevonden.

Na fysiek comfort en veiligheid is sociale interactie de derde belangrijke beweegreden voor verhuizing naar een woonzorgcomplex. De betekenis van sociale contacten binnen de ouderenhuisvesting is groot (Royers, 2001). De vraag is of niet-routinematige, niet-afstandelijke contactbehoefte meer in kleinschalige of juist in grootschalige complexen te vinden is. Blokland (2008) en van der Waard (2010) verwijzen daarbij naar de voorwaardelijke aanwezigheid van respectievelijk publieke familiariteit en publieke vertrouwdheid (Fischer, 1982).

De resultaten van de casestudy geven aan dat de sociale functie van het woonzorgcomplex als zeer wezenlijk wordt ervaren. Dit geldt voor alle schaalgroottes en elke situering. De rol die activiteiten in het complex daarin speelt lijkt groter voor de kleinschalige complexen, mogelijk door het ontbreken van voorzieningen in de omgeving. De grotere keuze in contacten en activiteiten in (zeer) Grootschalige complexen wordt nadrukkelijk genoemd. Deze zou aan de stedelijke context en daarmee meer keuzerijke leefwijze van de bewoners van die complexen gerelateerd kunnen zijn (zie thema Hoeveelheid voorzieningen, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 21: Naast het aanwezige fysieke comfort zijn de verwachte fysieke en zorggerelateerde veiligheid en de sociale interactie de belangrijkste beweegredenen om te verhuizen naar een woonzorgcomplex.

8.5.2 Beschut wonen als tussenoplossing

Hoewel de aanleiding om het onderzoek te starten werd gevormd door een overtuiging van de wenselijkheid van het voortbestaan van het concept in het kader van langer zelfstandig wonen, was ten aanzien van de actualiteit van het concept woonzorgcomplex vooraf geen hypothese gesteld,. Literatuur en vooronderzoek wekken de indruk als zou het een achterhaald concept zijn, ingehaald door de rol van woonservicegebieden. Dit terwijl woonzorgcomplexen in 2008 nog volop werden gebouwd en zo ook benoemd.

Uit de beweegredenen om naar een woonzorgcomplex te verhuizen blijkt dat er belangrijke argumenten zijn voor ouderen om te kiezen voor een nieuwe woonomgeving (zie conclusie deelparagraaf 8.5.1). Het alternatief dat afgewogen wordt is om te blijven wonen in de oude woning, al dan niet na noodzakelijke woningaanpassingen (Scherpenisse, 1997; SEV, 2000).

Wanneer aanpassingen niet of nauwelijks mogelijk zijn, dan wel achteruitgang in de fysieke of geestelijke gezondheid dwingt tot verhuizen en de stap naar een zware zorggerelateerde omgeving onwenselijk dan wel onmogelijk is in het kader van de huidige verschuiving in de langdurige zorg (Van Rijn, 2013a), dient naar alternatieve oplossingen te worden gezocht. In de Monitor Investeren voor de Toekomst 2012 wordt verondersteld dat als gevolg van deze extramuralisering 64% van die bewoners zal vragen naar verzorgd wonen (Galen et al., 2013). Daarbij is het inzetten van zorgsteunpunten en creëren van woonservicezones het beoogde middel.

Een woonzorgcomplex kan een tussenoplossing vormen, waar men zelfstandig woont met scheiden van wonen en zorg, echter wel met een zeker welzijn- en zorgarrangement, zoals in de definitie van de SEV (Singelenberg, 1999). Het aanbod van verzorgd wonen wordt daarmee aangevuld met beschut wonen (zie definities in deelparagraaf 2.3.1).

Voor deze beschutting lijkt een minimale schaal een financiële noodzaak maar waarschijnlijk ook een kwalitatieve wens. De kwalitatieve wens volgt uit de gewenste waarborg voor veiligheid, zowel fysiek als zorggerelateerd, en daarnaast uit de behoefte aan sociale interactie en een zeker activiteitenniveau ter compensatie van het verlies aan contacten in de oude woon- en werkomgeving. Dit ter voorkoming van eenzaamheid en ten behoeve van een zekere dagbesteding (zie conclusie deelparagraaf 8.5.1).
Men ontmoet elkaar veruit het meest in de verkeersruimte en gemeenschappelijke ruimten en niet in de woning. De rol van de gemeenschappelijke ruimten als katalysator voor de sociale interactie is dus cruciaal, mede door de koppeling aan activiteiten (zie thema Gemeenschappelijke ruimte, deelparagraaf 6.3.3, 6.4.3 en 6.5.3).

Daarmee kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 22:	Beschut wonen is naast zelfstandig thuis oud worden in een minder geschikte woning of woonomgeving en geforceerd verhuizen naar intensieve institutionele zorg een bruikbare en waardevolle variant.

8.5.3 Antwoord op de hoofdvraag

De hoofdvraag heeft betrekking op de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen. Hierin zijn de directe invloed en die via doelgroepenmenging en voorzieningenniveau onderscheiden.

Hoofdvraag:	Wat is de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via doelgroepenmenging en voorzieningenniveau?
Hypothese 13:	Er zijn beperkende invloeden van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via bandbreedtes voor de optimale waarde van de doelgroepenmenging en de balans tussen intern en extern voorzieningenniveau.

Ten aanzien van de rechtstreekse invloed van de onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen blijkt dat kleinschaligheid wordt gewaardeerd in woonzorgcomplexen vanwege de verwachte bijbehorende huiselijkheid en maatwerk. Maar ook grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuze in contacten en activiteiten (zie conclusie deelparagraaf 8.1.3). Daarnaast blijkt dat de wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen niet verschilt per regio in Nederland, maar met enige mate van waarschijnlijkheid wel afhankelijk is van de situering in een dorp of stad (zie conclusie deelparagraaf 8.1.3).
Samenvattend kunnen we voor de rechtstreekse invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen stellen dat deze aanwezig is en ook begrenzend voor een bepaalde variatie in de sociale kwaliteit van wonen. Er is niet sprake van één optimale waarde, maar van een gevarieerd voorkeurspatroon. Deze variaties zijn niet gelieerd aan de situering in regio's, maar met enige mate van waarschijnlijkheid wel aan de situering in dorp of stad.

Ten aanzien van de indirecte invloed via de mediërende variabele doelgroepenmenging op de sociale kwaliteit van wonen blijkt dat grootschaligheid een grotere, geïntegreerde doelgroepenmenging zal ondersteunen (zie conclusie deelparagraaf 8.2.3). Verder blijkt dat doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en met fysieke beperkingen beter zullen integreren dan doelgroepen met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking (zie conclusie deelparagraaf 8.2.2). Bovenal zagen we dat er een zekere bandbreedte voor de optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen is (zie conclusie deelparagraaf 8.2.3).
Uit de overige resultaten ten aanzien van de invloed van doelgroepenmenging (zie deelparagraaf 8.2.5) blijkt dat het verlenen van informele zorg afneemt als gevolg van de

toegenomen zorgzwaarte in de complexen. Ook in woonzorgcomplexen komt relationele agressie vaak voor. Dit is van grote invloed op de sociale kwaliteit van wonen, beïnvloed door de groepsmix.
Samenvattend kunnen we stellen dat er vanuit fysieke schaalgrootte beperkende en bepalende factoren zijn voor de doelgroepenmenging, en daarnaast dat de invloed van doelgroepenmenging op de sociale kwaliteit van wonen nadrukkelijk aanwezig is en dat deze gezien de geconstateerde bandbreedte voor de optimale waarden, ook begrenzend is voor de sociale kwaliteit van wonen.

Ten aanzien van de indirecte invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen via de mediërende variabele voorzieningenniveau blijkt dat grootschaligheid een groter en gevarieerder voorzieningenniveau zal ondersteunen en dat een hoger intern voorzieningenniveau een positieve invloed heeft op de sociale kwaliteit van wonen bij complexen met een zwaardere zorgzwaarte of een laag extern voorzieningenniveau. Met een hoger intern voorzieningenniveau kan de menging met de buurt achteruitgaan. Ook de zelfredzaamheid kan lijden onder een te hoog intern voorzieningenniveau, indien de actieradius van de bewoners hoog genoeg is. Externe voorzieningen zullen een positief effect hebben op de sociale kwaliteit van wonen, indien ze gelegen zijn binnen een beperkte loopafstand (zie conclusie deelparagraaf 8.3.1).
Bij de overige resultaten ten aanzien van de invloed van het voorzieningenniveau zagen we dat de aanwezigheid van 24-uurszorg een nadrukkelijk gewenst gevoel van veiligheid biedt (zie conclusie deelparagraaf 8.3.2), en dat de kwaliteit van voorzieningen veelal meer aandacht vraagt dan de kwantiteit. Met name is meer aandacht nodig voor de voorzieningen van een zeker intellectueel niveau en voorzieningen voor mannen. In kwantitatieve zin worden voorzieningen in het weekend gemist (zie conclusie deelparagraaf 8.3.3). Tenslotte bleek dat de kracht van eigen initiatief en eigenaarschap van bewoners bij activiteiten nog matig wordt benut (zie conclusie deelparagraaf 8.3.4).
Samenvattend kunnen we stellen dat er vanuit fysieke schaalgrootte en doelgroepenmenging beperkende en bepalende factoren zijn voor het voorzieningenniveau, en dat de invloed van het voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen gezien de gevoelige balans tussen intern en extern voorzieningenniveau zeker aanwezig is, en ook begrenzend voor de sociale kwaliteit van wonen.

Alle drie de invloeden van de onafhankelijke en mediërende variabelen beschouwend kunnen we stellen dat de directe invloed van fysieke schaalgrootte en de indirecte invloeden van doelgroepenmenging en voorzieningenniveau aanwezig zijn.
Verder is de conclusie gerechtvaardigd dat, gezien de geconstateerde optimale waarden voor doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, de indirecte invloeden ook begrenzend zijn voor de sociale kwaliteit van wonen. De spreiding in voorkeuren voor de

fysieke schaalgrootte leidt echter wel tot beperkende, maar niet tot een optimale waarde voor de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen.

Daarmee kan gesteld worden dat de hypothese wordt ondersteund.

Conclusie 13:	Er zijn beperkende invloeden van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via bandbreedtes voor de optimale waarde van de doelgroepenmenging en de balans tussen intern en extern voorzieningenniveau.

Daarnaast kan gesteld worden dat de volgende conclusie wordt ondersteund door de aanvullende bevindingen.

Conclusie 23:	Gezien de spreiding van voorkeuren van ouderen is er niet één optimale waarde voor de fysieke schaalgrootte.

8.6 Conclusies op een rij

De conclusies per onderzochte variabele opgesomd leveren het volgende overzicht:

Invloed fysieke schaalgrootte

C1: Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte onder woonzorgcomplexen in Nederland in de periode 1998-2010 ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.

C2: Het grotere inwoneraantal in steden leidt niet tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt niet tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen.

C3: Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk. Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.

C4: De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio.

Invloed doelgroepenmenging:

C5: Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de populatie neemt onder invloed van veranderingen in wetgeving en financiering toe.

C6: Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.

C7: Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere, geïntegreerde doelgroepenmenging ondersteunen door een lagere sociale controle en door de fysieke en mentale ruimte voor diversiteit.

C8: De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.

C14: Het verlenen van informele zorg geschiedt weinig als gevolg van de toegenomen zorgzwaarte in de complexen; dit ondermijnt het concept beschut wonen.

C15: Evenals in verpleeg- en verzorgingshuizen is in woonzorgcomplexen relationele agressie nadrukkelijk aanwezig en van invloed op de sociale kwaliteit van wonen. Een grotere doelgroepenmenging leidt tot meer relationele agressie.

Invloed voorzieningenniveau:

C9: Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte. Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen.

C16: De aanwezigheid van 24-uurszorg geeft een nadrukkelijk gewenst gevoel van veiligheid.

C17: De kwaliteit van voorzieningen vraagt meer aandacht dan de kwantiteit. Voorzieningen gericht op gebruikers met intellectueel niveau en voor mannen ontbreken nog al eens, in kwantitatieve zin missen bewoners voorzieningen in het weekend. Dit geldt vooral voor complexen gemengd met zwaardere zorg.

C18: In grootschalige complexen zijn relatief minder vrijwilligers beschikbaar, kleinschalige complexen zijn beter ingebed in de gemeenschap.

C19: De kracht van eigen initiatief en ‘eigenaarschap’ van bewoners bij activiteiten wordt slechts gedeeltelijk benut.

Besluitvorming sociale kwaliteit van wonen:

C10: Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering.

C11: Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen met negatieve effecten die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.

C12: Een evidence based tool kan initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.

C20: De rol van de eindgebruiker, de bewoner, bij het besluitvormingsproces is met name in de initiatieffase marginaal, terwijl hier kansen liggen voor een meer inclusief besluitvormingsproces.

Concept beschut wonen:

C21: Naast het aanwezige fysieke comfort zijn de verwachte fysieke en zorggerelateerde veiligheid en de sociale interactie de belangrijkste beweegredenen om te verhuizen naar een woonzorgcomplex.

C22: Beschut wonen is naast zelfstandig thuis oud worden in een minder geschikte woning of woonomgeving en geforceerd verhuizen naar intensieve institutionele zorg een bruikbare en waardevolle variant.

Hoofdvraag:

C13: Er zijn beperkende invloeden van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via bandbreedtes voor de optimale waarde van de doelgroepenmenging en de balans tussen intern en extern voorzieningenniveau.

C23: Gezien de spreiding van voorkeuren van ouderen is er niet één optimale waarde voor de fysieke schaalgrootte.



Gezamenlijke verjaardag vieren,
Nije Dekama, Weidum (Kleinschalig-Gemengd met zwaardere zorg-Voorzieningenniveau Basis)

Hoofdstuk

9

Aanbevelingen beschut zelfstandig wonen op maat

9 Aanbevelingen beschut zelfstandig wonen op maat

Op basis van de conclusies uit hoofdstuk 8 zijn in dit hoofdstuk de aanbevelingen voor het werkveld weergegeven. De titel van het hoofdstuk is een parafrasering van de term ‘beschut zelfstandig wonen met zorg op maat’ van Singelenberg (2005). Enerzijds om de term beschut wonen in plaats van woonzorgcomplex te herintroduceren, waarmee de zorggerichte lading ervan wordt afgezwakt. Anderzijds wordt er gesproken over ‘wonen op maat’ omdat het niet alleen ‘zorg op maat’ betreft, maar om aanbevelingen voor fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau.

In paragraaf 9.1 zijn de inhoudelijke aanbevelingen voor beschut wonen opgenomen, gerangschikt naar de onderzochte variabelen. In paragraaf 9.2 worden de aanbevelingen met betrekking tot besluitvorming van beschut wonen, gerangschikt naar de actoren overheid, woningcorporaties, zorgorganisaties en bewoners. Een aparte deelparagraaf is gewijd aan de aanbeveling voor een besluitvormingstool.
Het hoofdstuk en daarmee ook het proefschrift sluit af met een epiloog.

9.1 Minima, maxima en optima

In deze paragraaf worden richtlijnen voor grenswaarden aangegeven en, waar mogelijk, ook optimale waarden van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, gericht op een hogere sociale kwaliteit van wonen.
Deze waarden komen voort uit de kwantitatieve vergelijking van de patronenen in de onderzochte sets, hier en daar geïllustreerd aan de hand van typical cases.
De gevonden waarden gelden voor ‘gebruikelijke’ omstandigheden, afwijken van de aanbevolen waarden vraagt om extra aandacht voor onderliggende factoren.

9.1.1 Schaal op maat

Voor de fysieke schaalgrootte zijn onder- en bovengrenzen, een omslagpunt voor anonimiteit en richtwaarden voor afstemming op de situering te geven. Enerzijds, op basis van de geconstateerde leefbaarheid over de volledige range fysieke schaalgrootte binnen de onderzochte populatie en anderzijds op basis van de effecten daarvan op levendigheid, anonimiteit en herkenbaarheid.

Los van financiële haalbaarheid is er een ondergrens aan de fysieke schaalgrootte om een zekere levendigheid, keuze in contacten en draagvlak voor activiteiten te waarborgen, zie conclusie deelparagraaf 8.1.3. Daaronder is sprake van een woongroep in plaats van complexgewijs wonen. De Wemel in Wemeldinge met 28 wooneenheden is hiervan als kleinste complex in de casestudy een typical case. Het draagvlak voor activiteiten kan weliswaar worden verhoogd door deze ook buurtgericht te maken, maar de sociale interactie en verbondenheid binnen de kleinschalige bewonersgroep blijven beperkt.

Aanbeveling 1: Realiseer voldoende levendigheid en levensvatbaarheid.
Bandbreedte voor ondergrens: 25-40 wooneenheden.

Er is een bovengrens aan de fysieke schaalgrootte wanneer het gaat om herkenbaarheid en identificeerbaarheid. Daarboven worden complexen te massaal om zich nog te identificeren, om herkenbaar te voelen als groep bewoners van hetzelfde complex. Zeer grootschalige complexen vragen om een zekere geleding, zie conclusie deelparagraaf 8.1.3.
Reinalda, Haarlem met 319 wooneenheden is hiervan als grootste complex in de casestudy een typical case.

Aanbeveling 2: Realiseer voldoende herkenbaarheid en identificeerbaarheid.
Bandbreedte voor bovengrens: 300-330 wooneenheden.

Er is een omslagpunt (tipping point) in fysieke schaalgrootte betreffende anonimiteit. Beneden deze waarde is er veel sociale controle en minder privacy. Boven deze waarde is er meer anonimiteit, vooral gewenst door bewoners in een stedelijke context, die dit in hun vorige leefomgeving zo hebben ervaren, zie conclusie deelparagraaf 8.1.4. Een precieze waarde hiervoor is niet te geven, wel een bandbreedte die varieert met de situering en samenvalt met de grenzen van de set Middelgrootschalig. Typical case van een complex met veel sociale controle in een landelijke context is Domus Bona Ventura, Nederweert met 72 wooneenheden. Typical case van een anoniemer complex in een landelijke context is Huis ter Leede, Leerdam met 132 wooneenheden.

Aanbeveling 3: Zorg voor de gewenste balans in sociale controle en anonimiteit
Bandbreedte voor omslagpunt: 80-120 wooneenheden.

Er is waardering voor kleinschaligheid als wel voor grootschaligheid. Afstemming op de externe schaalgrootte van dorp of stad is aan te bevelen, zie conclusie deelparagraaf 8.1.4.
Voor de situering in een dorp wordt de ondergrens gevormd door de ondergrens voor levendigheid en levensvatbaarheid, en de bovengrens door de bovengrens voor het omslagpunt voor anonimiteit.
Voor de situering in een stad wordt de ondergrens gevormd door de ondergrens van de bandbreedte voor anonimiteit en de bovengrens door de bovengrens herkenbaarheid en identificeerbaarheid.
Echter, vanwege de gespreide waardering kan eigenheid en daarmee een zekere marktwaarde ook juist worden gecreëerd door te kiezen voor een alternatieve keuze. Deviant cases zijn het kleinschalige Eilandstaete in Arnhem (63 wooneenheden in stedelijke context met 143.770 inwoners) en het grootschalige Huis ter Leede in Leerdam (132 wooneenheden in een landelijke context met 18.125 inwoners). Dit leidt tot de volgende aanbeveling:

Aanbeveling 4: Stem de fysieke schaalgrootte af op de situering.
Bandbreedte voor afstemming op situering in een dorp:
25-120 wooneenheden,
respectievelijk op de situering in een stad:
80-350 wooneenheden.

9.1.2 Mix op maat

Voor de doelgroepenmenging zijn een bovengrens voor zwaardere doelgroepen en een optimale spreiding in typen kwetsbaarheid te geven op basis van de geconstateerde verschillen binnen de set Gemengd met zwaardere zorg.

Een evenwichtige opbouw binnen het complex van de bewonersgroepen naar zorgzwaarte is van belang. Deze loopt van vitale bewoners zonder indicatie, via wat minder vitale bewoners in de lichtere ZZP1-ZZP2 tot en met bewoners met ZZP5 en mogelijk hoger. Hierbij spelen vier factoren een rol: de integratie van de doelgroepen, de informele zorg tussen bewoners, de deelname aan activiteiten en het zorgimago van het complex.
Ten aanzien van integratie is gebleken dat doelgroepen met een hogere zorgzwaarte beperkt integreren. Bewoners met een fysieke beperking integreren eenvoudiger dan bewoners met dementie of een psychische beperking. Deze worden veelal als confronterend ervaren, zie conclusie deelparagraaf 8.2.2. Het potentiële informele zorgaanbod door bewoners neemt af indien de zorgvraag te zwaar is. Neiging tot hulp wordt meer gevoeld als plicht en remt daarmee af, zie conclusie deelparagraaf 8.2.5. Deelname aan activiteiten in het complex is gebaat bij voldoende vitale en initiatiefrijke bewoners. In geval van een te zwaar zorgstempel op het complex, blijven vitale bewoners weg. Typical cases van complexen met een licht zorgstempel zijn St. Annahof in Uden en Parc Imstenradein Heerlen.

Exacte percentages voor de aanbevelingen voor een beperkte menging van zwaardere zorg zijn op basis van dit onderzoek niet te geven. Evenwel komen bandbreedtes op basis van de cases naar voren waarbij alle vier voorgenoemde factoren gebaat zijn.

Aanbeveling 5:	Hanteer een evenwichtige opbouw zorgzwaarte. Bandbreedte voor ondergrens menging vitale ouderen en doelgroepen ZZP2 en lager: 30-50%. Bandbreedte voor bovengrens menging doelgroepen ZZP5 en hoger: 10-30%.

Omdat zorgzwaarte een relatie met kwetsbaarheid en in mindere mate leeftijd kent lijkt voor een evenwichtige balans in de doelgroepenmenging ook een evenwichtige leeftijdsopbouw wenselijk. Nu wordt vaak toegewezen bij hogere noodzaak en daarmee gaat een hogere zorgzwaarte gepaard. Bovendien veroudert de populatie bewoners na ingebruikname en kan een complex in vijf à tien jaar verregaand vergrijzen. De vaak genoemde 55-plussers zijn in de praktijk veelal 65-plus of zelfs 75-plus met uitzondering van St. Annahof in Uden. De leeftijdsgroepen van 55-65-75-85 en hoger zouden bij

voorkeur meer gespreid aanwezig moeten zijn.
Nieuwere inzichten wijzen eerder op invloed van kwetsbaarheid op zorgzwaarte dan van leeftijd (Campen, 2011), waarbij is gebleken dat de kwetsbaarheid toeneemt rond 75 jaar. Zie ook de profielen Vitaal, Somber en gespannen, Lichamelijke en mobiliteit problemen, Multidomein problematiek en Extreem kwetsbaar in Figuur 15, deelparagraaf 3.2.3 (De Kam, et al., 2012).

Aanbeveling 6:	Hanteer een evenwichtige opbouw in leeftijdsgroepen en typen kwetsbaarheid. Richtgetal voor ondergrens kwetsbaarheidsprofiel Vitaal: 30-50%.

Er is slechts één complex in het vooronderzoek (Meulenvelden, Didam) en één case in de casestudy (Malburgstaete, Arnhem) onderzocht met een doelgroepenmenging met zwaardere zorg en groepen zonder zorg zoals gezinnen, jongeren of starters. Daarbij bleek dat jongeren en gezinnen niet of nauwelijks mengen. Zij hebben hun eigen leefwereld.
Een richtgetal voor het omslagpunt van menging met niet-zorggerelateerde doelgroepen is door het te geringe aantal onderzochte projecten niet te destilleren.

9.1.3 Voorzieningen op maat

Voor het voorzieningnenniveau zijn aanbevelingen te geven voor de balans in externe en interne voorzieningen, de balans in kwantiteit en kwaliteit en een aanbeveling voor bewonersinitiatieven op basis van de geconstateerde verschillen binnen de sets Voorzieningenniveau.

Voor een grotere menging met de buurt en het vergroten van de leefwereld van vitale bewoners is het kiezen voor meer externe voorzieningen ten opzichte van interne voorzieningen raadzaam. Echter, indien meer bewoners met zwaardere zorg aanwezig zijn is voor hun zelfredzaamheid directe nabijheid van de voorzieningen leidend, zie conclusie deelparagraaf 8.3.1. Een typical case vormt hier St. Annahof in Uden met minimale interne voorzieningen, gelegen tegen het winkelcentrum en nabij een welzijnsactiviteitencentrum. Als meer bewoners met zwaardere zorg aanwezig zijn en niet van een situering met veel nabije externe voorzieningen sprake is, dan is het naar binnen halen van de buurt met cruciale voorzieningen voor die buurt een goed alternatief. Typical case Reinaldahuis in Haarlem is voorzien van een interne zorgpost, achterin het gebouw aan een centrale atrium.

Aanbeveling 7: Kies waar mogelijk voor meer externe voorzieningen ten opzichte van interne voorzieningen ten behoeve van meer menging met de buurt en vergroten leefwereld vitale bewoners.

Er is, op activiteiten in de weekenden na, voldoende kwantiteit in de voorzieningen. De kwaliteit van de voorzieningen laat echter vaak te wensen over. Met name voorzieningen afgestemd op een hoger intellectueel niveau en voorzieningen voor mannen en vitale ouderen worden gemist, zie conclusie deelparagraaf 8.3.3. Daarnaast wordt door bewoners gesteld dat zij liever drie goedlopende activiteiten zien dan een veelheid aan slechter lopende activiteiten.

Aanbeveling 8: Kies voor kwaliteit van voorzieningen eerder dan kwantiteit en meer gericht op vitale ouderen, een hoger intellectueel niveau en mannen.

Er blijven kansen liggen voor het faciliteren van bewonersinitiatieven door het beschikbaar stellen van een gemeenschappelijke ruimte en een budget, waarbij de invulling wordt overgelaten aan bewoners of een bewonerscommissie, zie conclusie deelparagraaf 8.3.4. Dit werkt eigenaarschap en zelfredzaamheid worden in de hand, en kan participatieve

potentie onder de bewoners zichtbaar maken, die immers allen een verleden met beroeps- en hobbyachtergronden meebrengen. De natuurliefhebber met een diavoorstelling over zijn wandelingen door Oostenrijk, de vioolbouwer met verhalen over violen van beroemde spelers, de schilderes met een workshop schilderen.

Aanbeveling 9: Faciliteer bewonersinitiatieven door beschikbaar stellen van een gemeenschappelijke ruimte en middelen.

Een grote meerderheid van de ondervraagde bewoners vraagt om een veilig gevoel door fysieke aanwezigheid van zorg, ook in de nacht. Dit vormt een heikel punt omdat een 24-uurs zorgpost gekoppeld is aan intramurale, zwaardere zorgdoelgroepen. Fysieke aanwezigheid van zorg wordt vaak vervangen door elektronische hulpmiddelen en een achterwacht op afstand. Deze is enkel rendabel is bij een grotere intramurale setting, die door de overheid nu juist wordt afgebouwd. Bovendien is in de voorgaande aanbevelingen gewaarschuwd voor een te groot zorgstempel om vooral vitale ouderen niet te weerhouden zich in een complex te vestigen en daarmee ook voldoende informele hulp te stimuleren.
De roep om een fysiek tastbare aanwezigheid van een zorgpost blijft echter staan. Mogelijkheden als een combinatie met een ADL-post zoals voor Fokus-woningen of een zorgpost voor een kleiner intramuraal deel zouden kunnen worden overwogen.

Aanbeveling 10: Kies voor een concept waarin 24-uurszorg met fysieke aanwezigheid van personeel mogelijk is.

9.1.4 Sociale kwaliteit van wonen

Voor de sociale kwaliteit van wonen zijn aanbevelingen te geven op basis van de kwalitatief geinterpreteerde patronen voor het concept beschut zelfstandig wonen, de benodigde flexibliteit en de transformatie van bestaande appartementencomplexen.

Uit de genoemde beweegredenen voor verhuizing naar woonzorgcomplexen is gebleken dat veiligheid voorop staat, de fysieke veiligheid en de sociale veiligheid. Sociale interactie is na veiligheid de belangrijkste beweegreden, ter voorkoming of op zijn minst verlichting van eenzaamheid, met name bij alleenstaanden. Zie ook conclusie deelparagraaf 8.5.1. Daarmee kan het woonzorgcomplex een gewilde en passende tussenoplossing vormen, waar men immers zelfstandig woont met scheiden van wonen en zorg, echter wel met een welzijns- en zorgarrangement, zie conclusie deelparagraaf 8.5.2. Dit concept is vergelijkbaar met woonservicegebieden waarin ouderen bewezen langer zelfstandig wonen (De Kam, et al., 2012).
De term woonzorgcomplex is echter beladen door de associatie met zorg. Aanbevolen wordt de term beschut zelfstandig wonen te gebruiken (Singelenberg, 2005).

Aanbeveling 11: Bouw het concept beschut zelfstandig wonen uit.

De vraag is in welke mate het onderzoek generatiebestendig is ten aanzien van de woonwensen van ouderen. De huidige generatie bewoners van woonzorgcomplexen is minder veeleisend. Toekomstige generaties zullen waarschijnlijk vanuit ‘All inclusive’ arrangementen veeleisender zijn. Daarnaast kan een gerichtheid op leefstijl ook kleuring geven en invulling aan specifieke wensen. Hier kan meer ruimte voor eigen initiatief en meer participatie een antwoord op zijn, zie paragraaf 8.3.4.
De voortdurende veranderingen in wetgeving en financiering, zie deelparagraaf 2.3.3, om de nodige aanpasbaarheid en flexibiliteit, bijvoorbeeld als gevolg van de verschuivingen in financiering van de huisvestingscomponent.
Dit vraagt om anticipatie op verschuivingen in woonwensen enerzijds en veranderde wetgeving anderzijds.

Aanbeveling 12: Bouw ruimte in voor voortgaande veranderingen in woonwensen en wetgeving.

Inspelend op de veranderingen in woonwensen en wetgeving is het vanuit haalbaarheid en duurzaamheid interessant de bestaande woningvoorraad aan appartementencomplexen te beschouwen op geschiktheid voor beschut zelfstandig wonen. Deze complexen kunnen relatief eenvoudig worden opgewaardeerd naar beschut

zelfstandig wonen door toevoeging van in elk geval een ontmoetingsruimte en waar mogelijk 24-uurszorg (zie ook conclusie deelparagraaf 8.5.1). Dit kan ook door bij een bepaalde samenstelling van de bewonerspopulatie de eerste vrijkomende woning af te schrijven en in te richten als huiskamer met een zorgpost (Laurens, Rotterdam).
Investering in de gemeenschappelijke ruimte zijn relatief beperkt en sneller te realiseren dan een volledige nieuwbouw. Financiering zou daarbij ingezet kunnen worden door een maatschappelijke investering, verrekening in de huur dan wel door een variant van de in het lenteakkoord geopperde, weliswaar op intramurale doelgroep gerichte, mini-NHC (Normatieve Huisvesting Component) (NZa, 2012).

Aanbeveling 13: Transformeer bestaande appartementencomplexen tot beschut zelfstandig wonen door toevoeging van een ontmoetingsruimte en 24-uurszorg.

9.2 Evidence based besluiten

De besluitvorming ten aanzien van woonzorgcomplexen wordt vooral gedreven door institutionele afwegingen, ondanks de beleden kwalitatieve afwegingen. Dit is niet onlogisch gezien de 'hardheid' van deze institutionele randvoorwaarden, waar regelgeving kaderstellend is en een gezonde financiering leidend, een en ander tegenover de kwalitatieve afwegingen die vaak boterzacht zijn en nauwelijks ondersteund door wetenschappelijk bewijs.
Met de resultaten van dit onderzoek zijn stappen gezet naar gefundeerde wetenschappelijke afwegingen voor kwalitatieve keuzes. Keuzes voor fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging, voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen kunnen zo bewuster worden gemaakt. Ook kan er een beter evenwicht tussen institutionele en kwalitatieve factoren ontstaan door een onderbouwing van de aangetoonde invloeden op de ervaringen van bewoners.

9.2.1 De rol van de actoren

De actoren die een rol spelen ten aanzien van beschut wonen zijn, naast de overheid, in de eerste plaats de woningcorporaties en zorgorganisaties, daarnaast in toenemende mate bewoners en commerciële partijen als initiatiefnemers.

De rol die de overheid hierbij speelt is verschillend voor het nationale, provinciale en lokale niveau. Nationaal zijn wetgeving, financiering en bewustwordingacties de geijkte middelen. Provinciaal gaat het om regionale afstemming in het kader van structuurvisies, het initiëren van pilots en het ondersteunen van experimenten van belang. De uitvoering van het woon-, zorg- en welzijnsbeleid ligt op het lokale, gemeentelijke niveau.
Bij deze processen speelt de overheid een tweeledige en zelfs tweeslachtige rol. Enerzijds trekt zij zich terug als intiator en financierder, anderszijds regisseert zij nadrukkelijk de eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit via ondermeer de Wmo (Kampen, et al., 2013). Op nationaal niveau steekt zij in op zelfstandig thuis ouder worden en het verminderen van financiering voor plaatsen in verzorgingshuizen. De eerst meer voorzichtig, maar recent sterk ingezette scheiding van wonen en zorg, met het wegvallen van vergoeding van de wooncomponent voor ZZP 1 t/m 3 en de discussie ten aanzien van ZZP 4, is daarvan de meest tastbare maatregel met vergaande gevolgen voor woonzorgprojecten (Galen, et al., 2013; Van Rijn, 2013a, 2013b).

Bij een terugtrekkende overheid lijkt voor de gemeente een faciliterende rol in eerste instantie logischer. Burgerinitiatief gedijt niet bij een zich terugtrekkende overheid maar bij een activerende, verbindende en uitnodigende overheid. Dit vraagt een combinatie van initiëren, regisseren en faciliteren. Voor de inburgering van wederkerigheid hoeft de overheid zich minder in te spannen, maar voor informele zorg wel. Het vertrouwen op

mantelzorg is gegeven de begrenzingen daarvan, ook persoonlijke, niet vanzelfsprekend. De buurt of het complex als woongemeenschap zijn voor informele zorg daarmee cruciale factoren (Tonkens & Duyvendak, 2013).
Eén van de concepten die hiervoor uitgerold worden zijn de woonservicezones, gericht op een geïntegreerd woon-, zorg- en welzijnscenario (De Kam, et al., 2012; KCWZ, 2009b; Singelenberg & van Triest, 2009; Singelenberg, et al., 2012).
Binnen de woonservicezones is beschut wonen een bruikbare en waardevolle variant. Buiten de woonservicezones kan beschut wonen een 'woonservicezone in het klein' bieden op de schaal van het complex. Voor beide schaalniveaus is de rol van gemeente cruciaal. Die zou daarbij meer de rol van regisseur mogen nemen (De Kam, 2012).
Omdat bewoners veelal nog ondervertegenwoordigd zijn en woningcorporaties en zorgorganisaties ieder vanuit hun eigen domein en belang handelen, kan de gemeente als tussenpersoon optreden. Daarnaast zal het invullen van de welzijnscomponent in het kader van de Wmo een grotere rol van de gemeente vragen. Dit kan ertoe leiden dat het belang van beschut zelfstandig wonen toeneemt als de welzijns- en zorgkosten hierdoor lager kunnen zijn door een grotere informele en doelmatigere professionele zorg.

Aanbeveling 14: Neem als gemeente nadrukkelijker de rol van regisseur ten aanzien van woonzorgvoorzieningen.

Meer participatie en initiatief bewoners

Geconstateerd is dat de besluitvorming rond woonzorgcomplexen nog altijd primair een aangelegenheid is van de woningcorporaties en zorgorganisaties, beide met een eigen, sterk ontwikkelde expertise en beide bewust van hun maatschappelijke rol. Die expertise brengt echter ook gevaar voor navelstaren op het eigen vakgebied en op de eigen positie met zich mee.
Bewoners worden via vertegenwoordiging veelal in latere fasen betrokken bij het besluitvormingsproces. Substantiële betrokkenheid wordt vaak pas na gereedkoming van het complex ingevuld met bewonersraden en activiteitencommissies. Het concept staat dan echter al en het gaat dan enkel nog om invullingen.
De roep van bewoners om meer en eerder mandaat is regelmatig geuit in de interviews. De verwachting is dat de komende generaties ouderen meer betrokkenheid wensen en op zich nemen. Zeker als het gaat om huisvesting van vitale ouderen zullen zij die rol ook nemen. Zie conclusie deelparagraaf 8.3.4 en 8.4.4.
Inclusie en participatie zouden vanaf de vroegste initiatieffase een grotere rol dienen te krijgen in het proces van ontwerpen, bouwen en gebruiken. Voorwaarde hiervoor is dat de sequentiële aanpak in het besluitvormingsproces plaatsmaakt voor een parallelle aanpak (Edwards, 2001).

Gerelateerd aan de participatieladder (Edelenbos, 2000) zijn voor beschut zelfstandig wonen drie voortschrijdende stappen in de besluitvorming onderscheiden: meedoen in de uitvoering van activiteiten, meedenken over die uitvoering en het concept en meebeslissen over het concept. Daarbovenop komt de rol als intiatiefnemende partij.
De onderste twee sporten van de ladder worden reeds behoorlijk ingevuld door vrijwilligerswerk en bewonerscommissies. De andere twee, verdergaande participatie en eigen initiatief, vragen nog volop aandacht.
Voor het meer participeren in het besluitvormingsproces, ook in de initiatieffase, is het horizontaliseren van de besluitvorming van belang. Dit houdt in dat beslissers, professionals en bewoners niet langer in een hiërarchisch, sequentieel besluitvormingstraject gekoppeld zijn, maar meer gelijkwaardig als coproducenten van leefbaarheid. Via cocreatie en participatief design komen woonzorgconcepten tot stand met een grotere betrokkenheid van bewoners door meer eigenaarschap (Elizabeth & Sanders, 2002; Houben, 1985; Muller, 2007), zie ook deelparagraaf 3.6.4. Dit vraagt een aanpassing van de bestaande rolverdeling.
Een grotere initiërende rol voor bewoners is te zien bij onder andere initiatieven als de onderlinge zorg in Elsendorp of de zorgcoöperaties als Hoogeloon. Hier wordt in de bestaande woonomgeving de welzijns- en zorgcomponent door eigen initiatieven ingevuld. Een stap verder is het vormgeven van kleinschalig beschut zelfstandig wonen door zelf geïnitieerde cohousing, (Fromm & de Jong, 2009) of Collectief Particulier Opdrachtgeverschap (CPO). Corporaties, zorgorganisatie en gemeenten kunnen een faciliterende rol spelen (Edwards, 2001; Tonkens, 2012). Een aandachtspunt daarbij is de soms lange looptijd van projecten, waarbij het nodige van bewoners wordt gevraagd zonder dat altijd duidelijk is of zij ook de gebruikers zullen zijn.

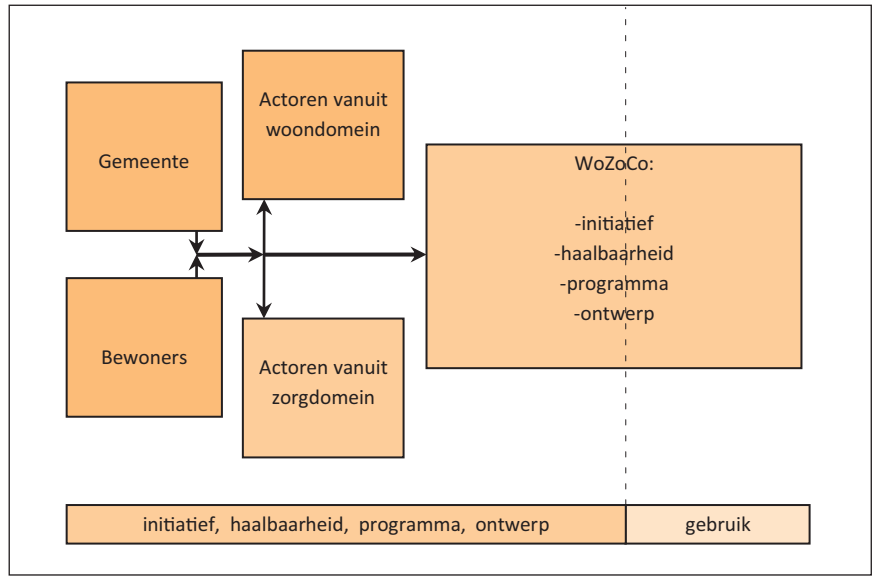
Deze vormen van intiatieven met meer participatie en meer initiatief door toekomstige bewoners maakt een nieuwe, derde generatie beschut zelfstandig wonen mogelijk.

Aanbeveling 15: Bied bewoners in de initiatieffase een participerende rol in het besluitvormingsproces.

Kansen voor commerciële initiatiefnemers
De meeste woonzorgcomplexen zijn geïnitieerd door combinaties van woningcorporaties en zorgorganisaties. Commerciële initiatiefnemers zijn nog marginaal aanwezig op de woonzorgmarkt. Van de onderzochte cases was enkel Parc Imstenrade van de Vitalisgroep een commerciële aanbieder. Het ontbreken van commerciële aanbieders in de database van met name KCWZ is deels te verklaren door de connectie van het KCWZ met de koepels van respectievelijk woningcorporaties, Aedes en zorgorganisaties ActiZ.

Kansen voor commerciële partijen lijken echter aanwezig. Ze hebben zich tot nu toe gericht op het luxere, daarmee waarschijnlijk commercieel interessantere deel van deze woonzorgmarkt. Met de terugtredende overheidsregulering en overheidsfinanciering komen echter ook andere delen van deze markt in zicht, weliswaar vooralsnog met een lastig in te vullen financiele haalbaarheid. Met het scheiden van wonen en zorg zal de wooncomponent een verantwoordelijkheid van de bewoner zelf worden, en kan de zorg- en welzijnscomponent de toegevoegde waarde voor een complexgewijs, beschut-wonen concept vormen, elk op zijn eigen wijze. Overeenkomsten met de vroeger populaire serviceflats zijn opvallend. Zoals eerder aangegeven zijn de verschillen tussen een regulier appartementencomplex en beschut wonen gelegen in de facilitering van de zorg- en welzijnscomponent. Voor de laatste is een gemeenschappelijke ruimte een belangrijk en goed te realiseren voorziening.

Aangepast model besluitvormingsproces
De hiervoor aanbevolen veranderingen voor de rol van de gemeente en bewoners leidt tot een aanpassing van het model voor het besluitvormingsproces in Figuur 24 Actoren woonzorgcomplex en hun positie in het besluitvormingsproces, uit deelparagraaf 3.6.6.
De vier actoren gemeentelijke overheid, bewoners en de actoren vanuit het woon- en zorgdomein hebben een gelijkwaardige positie, waarbij de laatste ingevuld kunnen zijn door woningcorporaties en zorgorganisaties maar ook door commerciële initiatiefnemers.



Figuur 101 Aangepaste rol gemeente en bewoners in het model besluitvormingsproces

Aandachtspunten woningcorporaties en zorgorganisaties

Als belangrijke actoren voor woonzorgprojecten zijn woningcorporaties en zorgorganisaties op dit moment nog altijd de aangewezen partijen om inhoudelijke transitie of juist bestendiging van sociale kwaliteit van wonen te bereiken.

De inhoudelijke aanbevelingen in paragraaf 9.1 geven een basisrecept voor een algemeen geldende kwaliteit voor beschut wonen, vergelijkbaar met de centrale kwaliteit van Alexander (1979). De aanbevelingen geven minima, maxima en optima voor de keuzes in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Afgestemd op situering en andere lokale omstandigheden kunnen aanvullende keuzes worden gemaakt, waarvan de verwachte invloeden ook zijn omschreven. Ook een variatie naar leefstijl kan daarvan deel uitmaken. Daarnaast is het van belang ruimte in te bouwen voor voortgaande veranderingen in woonwensen en wetgeving, zie betreffende aanbeveling in deelparagraaf 9.1.4. De gevonden waarden gelden voor 'gebruikelijke' omstandigheden, afwijken van de aanbevolen waarden vragen extra aandacht voor onderliggende factoren.
De aanvullende keuzes kunnen daarmee tot een spreiding in het portfolio leiden, bijvoorbeeld door te variëren in keuzes in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging of voorzieningenniveau, zie ook 9.1.1. De kwetsbaarheden zitten in de levendigheid bij kleinschaligheid, dan wel in een grote anonimiteit bij grootschaligheid. Ten aanzien van doelgroepenmenging is de integratie van bewoners met dementie of een psychische beperking zodanig kwetsbaar, dat er geen hoge verwachtingen van menging boven 10-30 % kunnen zijn, zonder aanvullende maatregelen in ondersteuning en begeleiding. De balans tussen het interne en externe voorzieningenniveau tenslotte, is naast een economische kwestie, een middel dat de zelfredzaamheid enerzijds en de menging met de buurt anderzijds kan beïnvloeden, zie deelparagraaf 9.1.2.

Aanbeveling 16: Hanteer het de aanbevelingen voor beschut zelfstandig wonen en maak aanvullende keuzes voor portfoliospreiding. Geef bij afwijken extra aandacht aan omringende factoren.

9.2.2 De Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als besluitvormingstool

Het doel van de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas is primair de onderzoeksinformatie per case te ontsluiten. Het geeft daarnaast een overzicht van de best practices (Van der Voordt, 1994; Nauta, 2009a) en kan daarmee een besluitvormingsinstrument voor nieuwe initiatieven van beschut zelfstandig wonen zijn.
Door de toegankelijkheid en de grote hoeveelheid visuele informatie is de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas zowel bruikbaar vanuit het woon- als het zorgdomein. Het vormt een praatplaatje voor de verschillende actoren zoals Areadne (De Kam, 2006) dit voor woonservicegebieden vormt. Door de kracht van het beeld in de vorm van kaarten, plattegronden, foto's en schema's zijn keuzes en daarmee ook verschillende inzichten eenvoudiger bespreekbaar en uiteindelijk ook aanstuurbaar, "If we can imagine, we can manage" (Ache, 2013).

De gebruikersdoelgroep van de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas zijn initiatiefnemers van beschut wonen. Deze worden vanouds gevormd door woningcorporaties, zorgorganisaties en gemeenten; daarnaast steeds vaker door commerciële initiatiefnemers en bewoners (zie ook aanbeveling deelparagraaf 9.2.1). Ook beleidsmakers, onderzoekers en ontwerpers kunnen de tool raadplegen.
De atlas is zowel in hardcopy als in online versie beschikbaar en wordt tweetalig in het Nederlands/Engels uitgegeven. Hoewel de onderzochte projecten Nederlands zijn, is de verwachting dat de conclusies en voorbeelden bruikbaar zijn voor landen met vergelijkbare woon- en zorgarrangementen, zoals België, Duitsland, Groot-Brittannië en Denemarken. Daartoe zijn de bevindingen ten aanzien van de invloeden van fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen voldoende generiek en niet sterk afhankelijk van de tijd. Zij vormen onderdelen van een centrale kwaliteit zoals Alexander die definieert (1979). De invloeden van buitenaf zoals de institutionele factoren en situering bepalen de uiteindelijke effecten. De tool voorziet in basisrecepten voor het ontwerpen van een optimaal woonzorgcomplex met aanvullende keuzes, onderbouwd door begrenzingen, optima en kwetsbaarheden. Zie ook paragraaf 9.1.

Aanbeveling 17: Werk de concept Beschut Zelfstandig Wonen Atlas met het werkveld uit tot een hardcopy en online besluitvormingsinstrument.

De concept hardcopy Beschut Zelfstandig Wonen Atlas bestaat uit twee delen, zie de inhoudsopgave in figuur 102. Deel A: Overview, biedt een overzicht in vogelvlucht van de onderzoeksopbouw en onderzoeksresultaten van het bureauonderzoek en de casestudy van het promotieonderzoek. Deel B: Good, better, best practices, biedt de documentatie van elke van de 24 cases afzonderlijk, uitvoerig gedocumenteerd inclusief de ervaren sociale kwaliteit van wonen en geordend per set fysieke schaalgrootte, zie figuur 103.

Voorwoord

Deel A: Overview

1. Introductie
2. Bureauonderzoek 265 complexen
Inleiding
2.1 Fysieke schaalgrootte
2.2 Doelgroepenmenging
2.3 Voorzieningenniveau
3. Casestudy 24 complexen
Inleiding
3.1 Spreiding variabelen
3.2 Spreiding binnen Nederland
3.3 Typologieën
3.4 Sociale kwaliteit van wonen

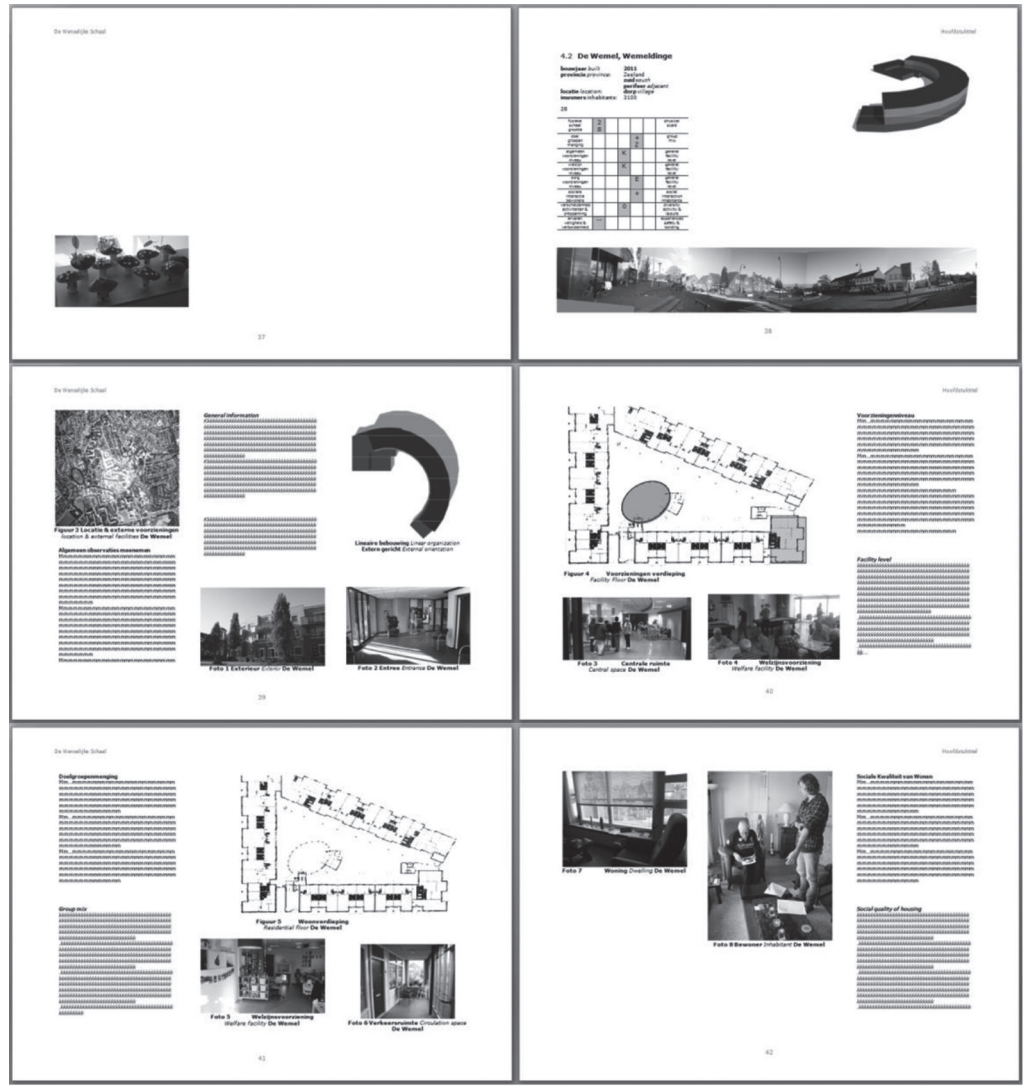
Deel B: Good, better, best practices

4. Zeer kleine woonzorgcomplexen
Inleiding
4.1 De Wemel, Wemeldinge
5. Kleine woonzorgcomplexen
Inleiding
5.1 De Berken, Milheeze
5.2 De Sfinx, Zeewolde
5.3 Eilandstaete, Arnhem
5.4 Nije Dekama, Weidum
5.5 Domus Bona Ventura, Weert
5.6 St. Franciscus, Veendam
6. Middelgrote woonzorgcomplexen
Inleiding
6.1 Balade Waalwijk
6.2 Het Spijk, Eefde
6.3 St. Annahof, Uden
6.4 Schermerij, Leersum
6.5 Rigtershof, Grootebroek
6.6 Jean Sibelius, Eindhoven
6.7 Reggedal, Enter
6.8 Onderwatershof, Rijswijk
6.9 ’t Derkshoes, Westerbork
7. Grote woonzorgcomplexen
Inleiding
7.1 Huis ter Leede, Leerdam
7.2 Malburgstaete, Arnhem
8. Zeer grote woonzorgcomplexen
Inleiding
8.1 Mercator, Groningen
8.2 Vilente de pleinen, Ede
8.3 Menno Simons, Amsterdam
8.4 Bergweg, Rotterdam
8.5 Parc Imstenrade, Heerlen
8.6 Reinaldahuis, Haarlem

Epiloog

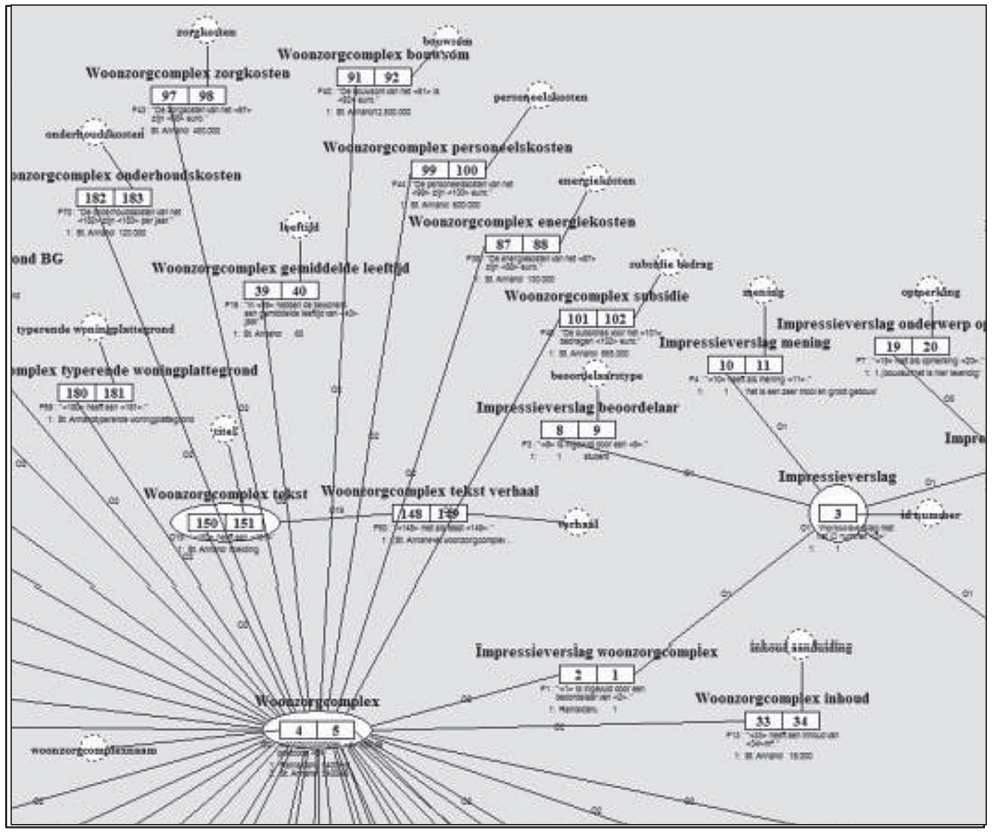
Figuur 102 Concept inhoudsopgave Hardcopy Beschut Zelfstandig Wonen Atlas

De twee openingspagina’s per project geven een kenmerkend sfeerbeeld en het straatbeeld vanuit het complex evenals een weergave van de bouwmassa. Ook is in één tabel een weergave van de scores op de onderzoeksvariabelen te zien.
In de vier daarop volgende pagina’s wordt visueel materiaal van de situatie, de belangrijkste plattegronden en foto-impressies van de belangrijkste ruimte in een standaardvolgorde gecombineerd met korte toelichtende teksten over de onderzoeksbevindingen in het Nederlands en Engels. De informatie uit de case gerichte observaties van het onderzoeksteam krijgt hier ook een plaats.



Figuur 103 Impressie uitgewerkt project Beschut Zelfstandig Wonen Atlas

De online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas is eveneens bedoeld als digitaal naslagwerk en besluitvormingsinstrument. De gedachte achter de digitale versie is dat het of als naslagwerk gebruikt kan worden van de verzamelde evidence based informatie of als stap voor stap besluitvormingshulpmiddel. In het tweede geval kunnen globale keuzes voor een van de variabelen, bijvoorbeeld fysieke schaalgrootte worden aangegeven, waarna minima, maxima en optima worden aangegeven van de variabele en suggesties voor bandbreedte van de andere onderzochte variabelen. Dit kan leiden tot gerichte aanbevelingen geïllustreerd door narratieven, en naar bijpassende voorbeelden geïllustreerd met kerngegevens en illustratiemateriaal uit de casestudie.



Figuur 104 Fragment FCO IM Model online Beschut Zelfstandig Wonen-atlas

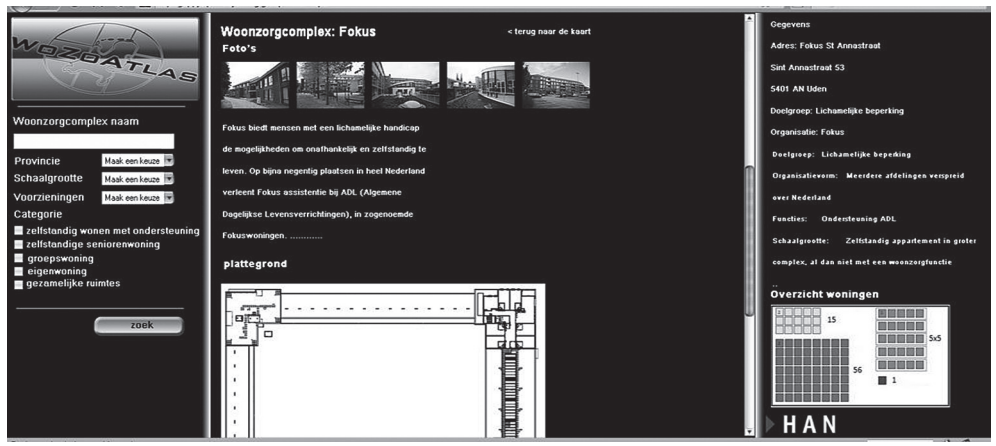
Voor de opzet van de online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas is in een 2009 een pilot-versie gebouwd door studenten van de Informatie en Communicatie Afdeling van de HAN. Zie het Fully Communication Oriented Information Model (FCO IM) in figuur 104 en enkele screenshots van de gebruikersinterface in Figuur 105 t/m Figuur 107.



Figuur 105 Keuzebox en overview cases NL, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas



Figuur 106 Locatie en zorginfo gemeente, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas



Figuur 107 Case info en beelden, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas

9.3 Aanbevelingen op een rij

De aanbevelingen per onderzochte variabele leveren het volgende overzicht:

Invloed fysieke schaalgrootte

A1: Realiseer voldoende levendigheid en levensvatbaarheid.
Bandbreedte voor ondergrens: 25-40 wooneenheden.

A2: Realiseer voldoende herkenbaarheid en identificeerbaarheid.
Bandbreedte voor bovengrens: 300-350 wooneenheden.

A3: Zorg voor de gewenste balans in sociale controle en anonimiteit.
Bandbreedte voor omslagpunt: 80-120 wooneenheden.

A4: Stem de fysieke schaalgrootte af op de situering.
Bandbreedte voor afstemming op situering in een dorp: 25-120 wooneenheden
respectievelijk afstemming op situering in een stad:
80-350 wooneenheden.

Invloed doelgroepenmenging

A5: Hanteer een evenwichtige opbouw zorgzwaarte.
Bandbreedte voor ondergrens menging
vitale ouderen en doelgroepen ZZP2 en lager: 30-50%
Bandbreedte voor bovengrens menging
doelgroepen ZZP5 en hoger: 10-30%.

A6: Hanteer een evenwichtige opbouw in leeftijdsgroepen en typen kwetsbaarheid.
Richtgetal voor ondergrens kwetsbaarheidsprofiel Vitaal: 30-50%.

Invloed voorzieningenniveau

A7: Kies waar mogelijk voor meer externe voorzieningen ten opzichte van interne voorzieningen ten behoeve van meer menging met de buurt en vergroten leefwereld vitale bewoners.

A8: Kies voor kwaliteit van voorzieningen eerder dan kwantiteit
en meer gericht op vitale ouderen, een hoger intellectueel niveau en mannen.

A9: Faciliteer bewonersinitiatieven door beschikbaar stellen van een gemeenschappelijke ruimte en middelen.

A10: Kies voor een concept waarin 24-uurszorg met fysieke aanwezigheid van personeel mogelijk is.

Sociale kwaliteit van wonen

A11: Bouw het concept beschut zelfstandig wonen uit.

A12: Bouw ruimte in voor voortgaande veranderingen in woonwensen en wetgeving.

A13: Transformeer bestaande appartementencomplexen tot beschut zelfstandig wonen door toevoeging van een ontmoetingsruimte en 24-uurszorg.

Besluitvorming

A14: Neem als gemeente nadrukkelijker de rol van regisseur ten aanzien van woonzorgvoorzieningen.

A15: Bied bewoners in de initiatieffase een participerende rol in het besluitvormingsproces.

A16: Hanteer het de aanbevelingen voor beschut zelfstandig wonen en maak aanvullende keuzes voor portfoliospreiding. Geef bij afwijken extra aandacht aan omringende factoren.

A17: Werk de concept Beschut Zelfstandig Wonen Atlas met het werkveld uit tot een hardcopy en online besluitvormingsinstrument.

9.4 Epiloog

De wereld van zorg en bouw is in de onderzoeksperiode van 1998 tot 2010 veranderd. De aanleiding tot dit onderzoek was oprechte verbazing over bewust en onbewust gemaakte keuzes in fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau bij enkele voorbeeldprojecten. Het concept woonzorgcomplex werd daarnaast regelmatig als verouderd beschouwd.
Anno 2014 past dit concept in mijn ogen echter beter dan ooit bij de roep om hoogwaardige woonservicevoorzieningen voor zelfstandig wonende ouderen, gericht op kwaliteit van leven en wonen, en een zich verder terugtrekkende overheid.

De groei van de Nederlandse oudere bevolking zal haar hoogtepunt bereiken rond 2040 (Helderman, 2007). Dit zal een toenemende druk op alle varianten voor ouderenhuisvesting geven en een roep om langer zelfstandig wonen mede in beschutte woonvormen als aanleunwoningen, woonzorgcomplexen en woonzorgzones. De geprognotiseerde afname van de beroepsbevolking zal zich het sterkst voordoen aan de randen van Nederland en in de dorpen (Graaf, 2009a; Heck, 2009). Aan een integrale oplossing zullen innovaties als zorg op afstand, maar ook beschutte woonvormen kunnen bijdragen. De nieuwe generatie ouderen wenst ook langer en zelfstandiger oud te worden. Na de schaalvergroting in de ouderenhuisvesting in de jaren zeventig, volgde de roep om een meer menselijke schaal, die echter op gespannen voet staat met afwegingen gericht op exploitatie. Daarnaast heeft de vraag naar meer woonoppervlak en meer privacy heeft geleid tot grotere woningen. De opdeling in aparte instellingen per zuil is al langer losgelaten, wel is er in de laatste jaren meer roep om diversiteit in leefstijl. Een zich verder aftekenende beweging is die naar een inclusief woonbeleid voor alle doelgroepen in wijken en complexen (Kröber, 2008).
De verhoogde algemene toegankelijkheid van de ouderenvoorzieningen werd mede mogelijk gemaakt door de AOW en de AWBZ. Met de Wmo is welzijn een verantwoordelijkheid van burger en overheid samen geworden. Er zal meer eigen regie en meer eigen financiële inbreng van ouderen worden gevraagd. Sociaal burgerschap wordt vervangen door affectief burgerschap (Kampen, et al., 2013). Met het scheiden van wonen en zorg is de vroeger vanzelfsprekende nacalculatie van kapitaalslasten voor investeringen in de bouw van voorzieningen voor ouderen verdwenen (Van Rijn, 2013a, 2013b). Intramuraal wonen is niet langer voor iedereen met een zorgzwaartepakket (ZZP) 3 en 4 mogelijk.
Het grotere beroep op informele hulp en mantelzorg stelt andere eisen aan de buurt als woonomgeving voor ouderen. waarbij de verantwoordelijkheid tot 'aanpassing' niet primair ligt bij de sociaal achtergestelde groep, zoals bij integratie. Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten, met wijkverpleegkundigen als schakel tussen het sociale en medische domein.

Thuis wonen en institutionele opname zullen de twee uitersten van het spectrum van ouderenhuisvesting blijven vormen. Echter, het in enige mate gemeenschappelijk wonen in een complex kan als tussenoplossing een belangrijke stimulans van meer zelfredzaamheid zijn.
Ook omdat mantelzorg tot overbelasting kan leiden wordt de buurt gezien als een cruciale gemeenschap (Kampen, et al., 2013). In de daartoe ingerichte woonservicegebieden blijkt dat ouderen hier langer zelfstandig leven en een lager beroep op AWBZ-zorg doen, waarbij de sociale veiligheid een belangrijke factor is (De Kam, et al., 2012).
Netwerken van formele en informele zorg zijn cruciaal bevonden voor de ervaren kwaliteit van zorg en meer nog voor kwaliteit van leven, waarbij heldere rollen en het wegnemen van concurrentiegedachten tussen formele en informele netwerken cruciaal zijn (Van Dijk, et al., 2013; De Kam, et al., 2012; Zwart-Olde, et al., 2013). Beschut wonen levert een informeel zorgnetwerk op, bij menging met zwaardere zorg aangevuld met een formeel netwerk.
Het wonen in gemeenschappen waar zorg en welzijn een gedeelde verantwoordelijkheid is, groeit. Bekende voorbeelden van plaatsen waar dit inmiddels is gerealiseerd, zijn Elsendorp, Hoogeloon en Stadsdorp Zuid.
Bij al de hierboven genoemde woonvormen speelt beschut wonen een rol.

Een belangrijk deel van de aanbevelingen zijn inhoudelijk en instrumenteel omdat het onderzoek het vermoeden bevestigt dat beslissers vooral gedreven worden door institutionele factoren, ook als ze besluiten over kwaliteit. De argumenten die ze daarvoor aanvoeren zijn de inkadering en de ‘hardheid’ van deze factoren; argumenten voor kwaliteit zijn ‘zachter’ en sneuvelen daardoor regelmatig.
Juíst om deze kwalitatieve factoren meer gewicht te geven zijn de instrumentele aanbevelingen zo krachtig mogelijk opgesteld, zodat evenwichtigere afwegingen tussen de rationele factoren enerzijds en de sociale factoren anderzijds kunnen worden gemaakt.

Voor een hogere ervaren sociale kwaliteit van wonen blijken uiteenlopende voorkeuren voor de fysieke schaalgrootte aanwezig. Deze voorkeuren zijn soms gerelateerd aan de situering in dorp of stad, maar minstens zo vaak variërend met de voorkeuren van persoon tot persoon. Dit pleit voor een variatie in het aanbod van fysieke schaalgrootte.
Naast fysieke schaalgrootte is doelgroepenmenging een nadrukkelijk bepalende variabele voor de sociale kwaliteit van wonen gebleken. Dit ook omdat het meer ervaren en meer benoemd, wordt dan fysieke schaalgrootte. In het aangepaste conceptueel model hebben deze twee variabelen een nagenoeg gelijkwaardige positie. Ten aanzien van doelgroepenmenging is er een meer universele grenswaarde geconstateerd. Waarboven integratie en inclusie omslaan naar confrontatie en zelfs relationele agressie. Ook is gebleken dat deze grenswaarde bij kleinere fysieke schaalgroottes eerder wordt bereikt

door het ontbreken van fysieke en mentale ruimte voor een verdergaande doelgroepenmenging.
Het onderzoeken van doelgroepenmenging en aanbevelingen richting inclusie en bijbehorend individueel maatwerk lijken haaks op elkaar te staan. Het doel van het onderzoek naar doelgroepenmenging is echter juist geweest om, gericht op aanbevelingen over zorgprofielen en een meer integrale benadering van zorg en welzijn, uitspraken te kunnen doen over de invloeden van een bepaalde mate van doelgroepenmenging. Het denken en beleid over zorg evolueert van een benadering gekoppeld aan zorgdoelgroepen naar een benadering die meer gericht is op individuele mogelijkheden en beperkingen. Om de opdeling in zorgdoelgroepen te kunnen laten transformeren naar een meer individuele aanpak, is de kennis van de mechanismen ten aanzien van doelgroepenmenging en de sociale kwaliteit van wonen van belang. Het belang van deze factor is door ouderen aangedragen.
De belangrijkste aanbeveling betreft hier de bewustwording van het omslaan bij circa een kwart bewoners met een hogere zorgzwaarte van de positieve invloeden van menging zoals integratie en informele zorg naar een negatieve invloed als confrontatie en relationele agressie. Het is zaak om daar niet alleen bij besluitvorming op complexniveau rekening mee te houden, maar ook bij de invulling van de individuele woon- en leefsituatie met ouderen te bespreken wat zij op dit vlak niet alleen kunnen ‘hebben’, maar ook kunnen ‘betekenen’.

In de actuele discussie rond het wegvallen van de financiering van de huisvestingcomponent voor lichtere ZZP’s zijn de conclusies ten aanzien van doelgroepenmenging zeer relevant. Zorginstellingen staan voor de keuze om ofwel verpleeghuiszorgcapaciteit te vergroten of te kiezen voor het verhuren van zorgappartementen en extramurale zorg (Fiolet, 2013; ING, 2013; Nouws & Sanders, 2014). De sense of urgency voor innovatie (Putters, et al., 2009) om te handelen is terug, echter vanuit korte termijn financiële zekerheid neigen velen naar de eerste variant, echter met grote gevolgen voor de vitaliteit van de leefomgeving en sociale kwaliteit van wonen.
Het voorzieningenniveau is gebleken van invloed te zijn op de sociale kwaliteit van wonen, echter in de trits van variabelen meer een afgeleide keuze van die voor de fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en externe voorzieningen. De invloed van de balans tussen het interne en externe voorzieningenniveau op de sociale kwaliteit van wonen is daarbij sterk afhankelijk van de doelgroepenmenging. Meer vitale bewoners maken meer externe voorzieningen fysiek en financieel haalbaar. Een hoog intern voorzieningenniveau is wel passend indien een woonzorgcomplex zelf het centrum van wijk of dorp wordt en de vitale buurtbewoners daarmee naar binnen worden gehaald.

De procesmatige aanbevelingen richten zich op de potentieel participerende rol van de bewoner en de regisserende dan wel faciliterende rol van gemeenten in beschut wonen projecten. Door de respondenten is hierover opvallend weinig gezegd en blijkt dat de huidige actoren, inclusief bewoners, nog zeer op de traditionele rolverdeling in besluitvorming leunen. In 2013, twee jaar na de interviewrondes, heeft de participatiegedachte haar platform gevonden. De huidige ontwikkelingen gericht op inclusief denken en de veranderende voorkeuren van toekomstige generaties ouderen zullen op deze rolverdeling een grote invloed hebben.
Tonkens (2012) pleit in dit verband voor een combinatie van overheid, markt en burger vergelijkbaar met die van de Big Society in Groot-Brittannië (NESTA & CABE, 2011). Kampen et al (2013) stellen echter dat burgerinitiatieven vaak nog door de overheid gesteund of geïnitieerd zijn. Van Bochove et al (2013) stellen dat burgerinitiatief enkel gedijt bij een activerende overheid. Rotmans (2013) stelt dat deze faciliterende rol van de gemeente, het voorwaarden scheppen om ouderen hun eigen woonwensen te laten inbrengen, nog bescheiden wordt ingevuld. De aanbevelingen van dit onderzoek pleiten enerzijds voor meer regie op projectniveau van de lokale overheid en anderzijds voor een meer participerende rol voor de ouderen als eindgebruikers.
Wat binnen dit onderzoek opnieuw duidelijk is geworden is dat beslissen met veel partijen met verschillende belangen vraagt om een open houding en gesprek. En een onafhankelijke informatievoorziening vraagt die onderling wantrouwen ten aanzien van motieven kan wegnemen en waardoor er sprake van alliantievorming kan zijn doordat motieven worden verbonden (Putters, et al., 2009). Daarbij kan de voorgenomen ontwikkeling van de besluitvormingstool de Beschut Zelfstandig Wonen Atlas als ‘praatplaatje’ in de vorm van good practices van dienst kan zijn. Hierdoor wordt tevens meer betrokkenheid en verantwoordelijkheid van bewoners als eindgebruikers mogelijk.

In hoeverre is dit onderzoek onder de huidige generatie ouderen naast actueel daarmee ook toekomstbestendig? Ontwikkeling naar meer individualisme, meer keuzevrijheid en meer eigen initiatief is reeds ingezet. Dit kenmerkt de generaties die de komende twintig tot dertig jaar oud zullen worden. Voor vastgoed is deze termijn een niet ongebruikelijke horizon. De horizon van de aanbevelingen van dit onderzoek is die van de eerste tien jaar, uitgaande van de huidige ontwikkelingen en de vastgestelde trends onder de komende generatie die ouder zullen willen in een grotere zelfstandigheid, met de nodige ook door de overheid voorgestane, eigen regie.
Van belang is een zeker adaptief vermogen in te bouwen ten aanzien van de inhoudelijke conclusies uit dit onderzoek, die voor een deel universele intermenselijke waarden als comfort, veiligheid en sociale interactie dekken. Dit kan fysieke dan wel functionele flexibiliteit zijn, maar het vraagt vooral om het in gesprek blijven met de toekomstige ouderen. En daarnaast daarop gericht verdiepend onderzoek.

Een woning trekt een grens

beschut wonen, waar uit de wind
van alledaags alleen zijn even
met elkander maar niet elk ander
veilig verbonden in het geheel
elk eigen huis z’n buur wel vindt

evenzo vertrouwd als je eigen lichaam
huid als een levende muur die het kwaad
op afstand houdt, bescherming biedt
en tegelijkertijd alles bijeen houdt

een woning trekt een grens zoals jouw
eigen huid de grens aan geeft met alles
wat jou nadert of alreeds omgeven heeft

beschut, begrensd, op maat…

Maarten van den Elzen & Dort Spierings, 2013

Dankwoord

De reis is volbracht. Dit had niet gekund zonder velen.

Om te beginnen Rene Tönissen en Tom Vroon. Bazen aan de basis, dank voor jullie blijvende vertrouwen en vriendschap in de soms lastige jaren. En aan Ron van Wijk en Frank Spuij voor hun rol in de afrondingsfase.

Mijn promotoren en copromotoren. George voor je kalmte en geduld met me. Theo voor je scherpe en minitieuse reviews. Martha voor je relativering en lieve steun. Peter voor je visie en het doorhakken van knopen.

Zonder de vele meewerkende studenten en junior medewerkers Marijtje Balder en Gideon Visser was de diepgang en breedte van het onderzoek niet mogelijk geweest.

Ik draag dit proefschrift op aan mijn ouders. Mijn moeder, verpleegkundige, leerde me de zorg voor de zorg. Mijn vader, ondernemer en vormer, de wilskracht en het sjouwen om door te zetten. Hij mocht het afronden niet meer meemaken, zij zelfs niet het begin. Het was voor jullie dat ik in gedachten bouwde…

En aan mijn schatten Silke en Sjoerd. Voor hun liefde, steun, hulp, vanzelfsprekende support, onverzadigbaar naast me staan. Jullie begrip voor wat jullie mogelijk hierdoor misten, dit hebben we samen gedaan.

Ik heb veel liefde en vriendschap gekend in deze jaren. Waarvoor veel dank aan allen die het met me deelden.

Uden, Juli 2014



Welzijnsactiviteit als bindende factor,

't Derkshoes, Westerbork (Middelgrootschalig-Gemengd met zwaardere zorg- Voorzieningenniveau Kwaliteit)

Samenvatting

Achtergrond

De Nederlandse ouderenhuisvesting verandert voortdurend. Destijds gewaardeerde bejaardenhuizen werden vervangen door verzorgings- en verpleeghuizen. Verpleeghuizen vervolgens door kleinschalige woonvoorzieningen en verzorgingshuisbewoners huisvest men tegenwoordig in woonzorgcomplexen, of liever nog in woonservicezones. Dit alles met als doel: langer zelfstandig wonen.

De laatste onderzoeken naar woonzorgcomplexen zijn van 2005. Als woonvorm zou het gedateerd zijn, als onderzoeksobject uitgeput. Toch worden ze nog gebouwd, veranderend van karakter, met meer doelgroepen waardoor lichtere en zwaardere varianten ontstaan en een oprekking van de huidige definitie nodig is.

De vraag is of de grotere doelgroepenmenging ook tot meer integratie en sociale kwaliteit van wonen leidt.

Binnen de dementenzorg is kleinschalig wonen reeds onderzocht. Uitkomsten leiden tot opwaardering en simultaan worden bestuurlijke maatregelen genomen. Tegengeluiden zijn er echter ook. De fysieke schaalgrootte van woonzorgcomplexen en het effect op de sociale kwaliteit van wonen is nog niet onderzocht. Initiatiefnemers beslissen nu op grond van eerdere ervaringen, intuïtie en goede bedoelingen, gestuurd door beleidsvisies en veelal gericht op de exploitatie.

Besluiten kunnen nauwelijks worden genomen op basis van literatuur over sociale kwaliteit van wonen, deze lijkt na 1990 afwezig. Veranderende overheidsbemoeienis, minder sturing en meer klantgerichtheid zijn mogelijke oorzaken. Met nieuwe initiatieven waarbij verschillende doelgroepen bewust worden gemengd en voorzieningen nadrukkelijk worden ingezet, wordt gezocht naar meer sociale kwaliteit van wonen en grotere integratie, nagenoeg zonder wetenschappelijke fundering.

Onderzoeksvraag

Wat is de invloed van fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via doelgroepenmenging en voorzieningenniveau?

Onderzoeksmethode

Een uitgebreide literatuurstudie ten aanzien van het schaalbegrip in de organisatieleer leverde een opbouw in de onafhankelijke variabele fysieke schaalgrootte, de structurele en de mentale schaalgrootte. Deze is gerelateerd aan schaalbegrippen vanuit de architectuurtheorie die een externe, relatieve en interne schaalgrootte onderscheidt. Daarnaast is de afhankelijke variabele sociale kwaliteit van wonen onderzocht en zijn de variabelen doelgroepenmenging en voorzieningenniveau gedefinieerd.

In een vooronderzoek zijn een dertiental woonzorglocaties oriënterend bekeken om de vraagstelling aan te scherpen en het veld te leren kennen. Eerste bevindingen uit het vooronderzoek: enkele zeer grootschalige complexen in relatie tot het verzorgingsgebied, voorzieningen die sluiten binnen een jaar, grote spreiding in levendigheid/rust. Dit leidde tot een eerste conceptueel model.
Dit onderzoek levert inzicht in de invloed die deze schaalgroottebegrippen op de sociale kwaliteit van wonen hebben. Het bestaat uit een bureauonderzoek van 265 projecten en een casestudy van 24 projecten. Het doel is bij te dragen aan een beter gefundeerde afweging, evidence based, bij initiatiefnemers. Daartoe worden de resultaten na gereedkoming van het proefschrift tevens opgenomen in een hardcopy en online atlas.

Het bureauonderzoek op basis van het archief College Bouw Zorgvoorzieningen en de databank KennisCentrum Wonen-Zorg laat relaties zien tussen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau zien en de verbanden met wetgeving en financiering in de onderzoeksperiode.
Beide databases zijn gecontroleerd, gefilterd gericht op de vraagstelling en geanalyseerd op verbanden en significantie van correlaties.
De meervoudige casestudy toont de invloeden van de gevonden spreiding in schaalgrootte/doelgroepenmenging/voorzieningenniveau op de ervaren sociale kwaliteit van wonen op basis van een strategische selectie van 24 woonzorgcomplexen uit het bureauonderzoek.
Hiertoe zijn volgens een intensieve narratieve onderzoeksmethode, semi-gestructureerde interviews gehouden met 174 vitale bewoners, 40 professionals en 35 beslissers van de woonzorgcomplexen. Daarnaast heeft het onderzoeksteam 171 observaties uitgevoerd ter triangulatie van de narratieve resultaten.
De narratieven zijn in sets van cases geordend naar de onderzoeksvariabelen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau. Dit om naast een kwalitatieve analyse ook een kwantitatieve analyse uit te kunnen voeren volgens de Qualtiative Comparative Analysis methode.
Met deze brede, gecombineerde aanpak zijn alle viertien hypothesen getoetst. Acht hypothesen werden ondersteund, vijf hypothesen werden genuanceerd en één hypothese gedeeltelijk verworpen. Daarnaast leverde de explorerende wijze van data verzamelen acht betekenisvolle conclusies in de aanvullende bevindingen.

Methodologische reflectie

De strategische selectie ten aanzien van fysieke schaalgrootte is in grote lijnen geslaagd. Alle drie de sets fysieke schaalgrootte (klein, middelgroot, groot) zijn in voldoende mate in de steekproef vertegenwoordigd om te kunnen voldoen aan gangbare eisen voor een theoretische saturatie en saturatie in de praktijk. Het is echter niet gelukt om voldoende cases te vinden van minder voor de hand liggende combinaties van kleine fysieke

schaalgrootte in de stad en grote fysieke schaalgrootte in het dorp. Het zou voor de conclusies over invloeden van fysieke schaalgrootte en situering van (grote) toegevoegde waarde kunnen zijn om ook een substantieel aantal van deze deviante cases te onderzoeken.

Het relatief evenwichtige aantal positieve en negatieve uitspraken zou kunnen wijzen op een relatief hoge betrouwbaarheid van de gehanteerde narratieve methode, die zowel positieve als negatieve uitspraken genereert.
Met de toetsing van alle dertien hypothesen toont deze combinatie van QCA met grotere sets narratieven zich een potentieel hypothese-toetsende methodiek die om verdere uitwerking in vervolgonderzoek vraagt. Dit is passend in de ontwikkeling van mixed methods en mixed models onderzoek waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodieken worden gecombineerd. Naast de QCA zou ook het gebruik van zich sterk ontwikkelende ‘Big Data’ technieken kunnen worden overwogen om de narratieve data uit dit onderzoek of andere onderzoeken te exploreren in plaats van gericht te zijn op toetsing van hypothesen.

Het verdient aanbeveling om de interessante, vernieuwende variant van menging met niet-zorgdoelgroepen meer systematisch te onderzoeken dan nu in single case Malburgstaete is gebeurd. Mede omdat het opnemen van zorg-behoevende en geen zorg-behoevende groepen in één complex een afgeleide is van de gedachte van de woonservicezone, maar dan binnen één gebouw.

Voor het werkveld wordt de uitwerking van de concept hardcopy en online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas aanbevolen, waarvoor veel van het voorwerk reeds is verricht. Omdat de observaties betrekking hebben op de afzonderlijke cases, kan dit materiaal in de atlas worden opgenomen. Voor de verdere ontwikkeling is het wenselijk de prototype versie voor te leggen aan beslissers en bewoners als potentiële gebruikers.

Bevindingen

Het bureauonderzoek is gericht op de deelvragen en hypothesen naar de spreiding in en de relaties tussen fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, en de wetgeving en financiering in de periode 1998-2010. Het bureauonderzoek geeft kwantitatieve overzichten van deze onafhankelijke en mediërende onderzoeksvariabelen, gerelateerd aan de tijd, situering en aan elkaar, en daarmee een beeld van de variatie in woonzorgcomplexen in de periode 1998-2010.
Vervolgens is deze spreiding en variatie leidend geweest voor de strategische selectie van de casestudy. Voor deze selectie is de database KCWZ als basis genomen vanwege de hogere representativiteit van deze database voor woonzorgcomplexen, de grotere tijdspanne en de grotere compleetheid van de data.

De geconstateerde spreiding in fysieke schaalgrootte is gebruikt voor de indeling in schaalgroepen ten behoeve van de strategische selectie. De geconstateerde correlatie met de veranderingen in wetgeving en grotere variatie in de stad zijn leidend voor de kwalitatieve analyse van deze aspecten in de casestudy.
De opvallende oververtegenwoordiging van projecten Gemengd met zwaardere zorg is terug te zien in eenzelfde oververtegenwoordiging van cases Gemengd met zwaardere zorg. De stijging van de menging en correlatie met veranderingen in wetgeving en financiering is in de interviews met beslissers nader onderzocht.
Ook de single case Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg is in lijn met de zeldzaamheid van deze projecten binnen het bureauonderzoek.
Ten aanzien van het voorzieningenniveau is de meest opvallende constatering de oververtegenwoordiging van welzijnsvoorzieningen met niveau Basis in dorpen. Dit is in tegenstelling met de verwachting dat complexen in dorpen een centrumfunctie zouden vervullen. Waarom dit dan vooral een basale functie blijkt, is ook in de kwalitatieve analyse van de narratieve interviews onderzocht.

De meervoudige casestudy is gericht op de deelvragen naar de invloeden op de sociale kwaliteit van wonen en naar de afwegingen rond de besluitvorming daarover.
De strategische selectie ten aanzien van de spreiding naar fysieke schaalgrootte en voorzieningenniveau is geslaagd. De spreiding naar doelgroepenmenging heeft een oververtegenwoordiging van cases Gemengd met zwaardere zorg en een single case Gemengd met zwaardere zorg en niet-zorg opgeleverd, die in lijn is met de representatie van de populatie uit het bureauonderzoek.
De brede narratieve analyse heeft een zeer omvangrijke hoeveelheid data opgeleverd. Deze is rijk aan inhoud, maar ook complex. Voor de toetsing van de hypothesen is deze geordend in sets van cases, variërend naar de drie onafhankelijke en mediërende onderzoeksvariabelen. Deze sets zijn kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd, wat een combinatie van Qualitative Comparative Analysis (QCA) en een narratieve methode levert.
De methodetriangulatie van de observaties is, door de specifieke data per case, beperkt bruikbaar voor de vergelijking van sets. De bronnentriangulatie van interviews van bewoners, professionals en beslissers is, door de vergelijking van verschillende invalshoeken, waardevol gebleken.

Het opvallendste resultaat in algemene zin is de bevinding dat het waarborgen van veiligheid en verbondenheid een relatief belangrijke functie van het woonzorgcomplex voor bewoners is, naast de sociale functie.
Ten aanzien van de invloed van fysieke schaalgrootte is de variatie in de gewenste schaalgrootte verrassend, met evenzovele aanhangers van grootschaligheid als van kleinschaligheid, gerelateerd aan de situering in stad respectievelijk dorp.
Ten aanzien van de invloed van doelgroepenmenging is het belangrijkste resultaat dat er een aanduidbare grens is voor de tolerantie tussen doelgroepen, met name vanuit vitale ouderen naar groepen bewoners met een psychische beperking of dementie. Deze grens lijkt veel eerder bereikt dan vaak gedacht en waarop vaak wordt ingezet vanuit ideële motieven van doelgroepenmenging.
Ten aanzien van de invloed van het voorzieningenniveau, is de belangrijkste bevinding dat in kwantitatieve zin activiteiten alleen in weekenden worden gemist. Het kwalitatieve aanbod daarentegen vraagt veel aandacht, met name het niveau van de activiteiten, de gerichtheid op specifieke zorgdoelgroepen en ook niet-zorgdoelgroepen en het gemis aan voldoende activiteiten voor de mannen als minderheid.
Ten slotte is ten aanzien van besluitvorming bevonden dat institutionele drivers als wetgeving en financiering veruit de meeste impact op afwegingen van beslissers hebben en niet kwalitatieve drivers als keuzes voor fysieke schaalgrootte, doelgroepenmenging en voorzieningenniveau, gericht op een zekere sociale kwaliteit van wonen. De institutionele drivers zijn namelijk ‘hard’ en daarmee leidend en de kwalitatieve drivers zijn ‘zacht’ en niet evidence based.
Ten aanzien van besluitvorming is verder bevonden dat er vooralsnog een zeer beperkte rol voor participatie en inclusie in het besluitvormingsproces aanwezig is. Bewoners worden veelal pas bij invulling van de activiteiten binnen het gereedgekomen gebouw betrokken of waar het de initatieffase betreft, als klankbord bij reeds gevormde plannen.

Conclusies

De conclusies per onderzoeksvariabele leveren het volgende overzicht:

Invloed fysieke schaalgrootte

- Er is sprake van een gelijkmatige spreiding van fysieke schaalgrootte onder woonzorgcomplexen in Nederland in de periode 1998-2010 ondanks de grotere aandacht voor klein- en grootschaligheid.
- Het grotere inwoneraantal in steden leidt niet tot kleinschaligheid als gevolg van een ruime variëteit aan voorzieningen. Het lagere inwoneraantal in dorpen leidt niet tot grootschaligheid als gevolg van een concentratie van voorzieningen.
- Kleinschaligheid wordt door bewoners en beslissers gewaardeerd vanwege de verwachte huiselijkheid en veiligheid en door beslissers vanwege de mogelijkheden tot maatwerk. Echter, grootschaligheid wordt in vergelijkbare mate gewaardeerd door bewoners en beslissers vanwege de levendigheid, anonimiteit, keuzevrijheid in contacten en een groter aanbod aan activiteiten.
- De wenselijke schaal betreffende sociale kwaliteit van wonen is niet afhankelijk van de regio.

Invloed doelgroepenmenging:

- Het aandeel woonzorgcomplexen met een grotere doelgroepenmenging in de populatie neemt onder invloed van veranderingen in wetgeving en financiering toe.
- Doelgroepen met een lichtere zorgzwaarte en fysieke beperkingen integreren beter dan die met een zwaardere zorgzwaarte of een verstandelijke beperking.
- Grootschaligheid zal integratie en daarmee een grotere, geïntegreerde doelgroepenmenging ondersteunen door een lagere sociale controle en door de fysieke en mentale ruimte voor diversiteit.
- De optimale waarde voor de doelgroepenmenging ten aanzien van de sociale kwaliteit van wonen kent een bepaalde bandbreedte.
- Het verlenen van informele zorg geschiedt weinig als gevolg van de toegenomen zorgzwaarte in de complexen; dit ondermijnt het concept beschut wonen.
- Evenals in verpleeg- en verzorgingshuizen is in woonzorgcomplexen relationele agressie nadrukkelijk aanwezig en van grote invloed op sociale kwaliteit van wonen, beïnvloed door de doelgroepenmenging.

Invloed voorzieningenniveau:

- Een hoog intern voorzieningenniveau heeft een positieve invloed op de sociale kwaliteit van wonen bij een laag extern voorzieningenniveau of een hogere zorgzwaarte. Bij een hoog extern voorzieningenniveau of een lichtere zorgzwaarte, zal de zelfredzaamheid van de bewoners en de menging met de buurt afnemen.
- De aanwezigheid van 24-uurszorg geeft een nadrukkelijk gewenst gevoel van veiligheid.
- De kwaliteit van voorzieningen vraagt meer aandacht dan de kwantiteit. Voorzieningen gericht op gebruikers met intellectueel niveau en voor mannen ontbreken nog al eens, in kwantitatieve zin missen bewoners voorzieningen in het weekend. Dit geldt vooral voor complexen gemengd met zwaardere zorg.
- In grootschalige complexen zijn relatief minder vrijwilligers beschikbaar, kleinschalige complexen zijn beter ingebed in de gemeenschap.
- De kracht van eigen initiatief en ‘eigenaarschap’ van bewoners bij activiteiten wordt slechts gedeeltelijk benut.

Besluitvorming sociale kwaliteit van wonen:

- Besluitvorming ten aanzien van sociale kwaliteit van wonen wordt vooral geleid door wijzigingen in wetgeving en financiering.
- Aanpassingen in wetgeving en financiering hebben geleid tot kwalitatieve keuzen met negatieve effecten die het oorspronkelijke concept van woonzorgcomplexen ondermijnen.

- Een evidence based tool kan initiatiefnemers en mogelijk bewoners bij besluitvorming ondersteunen.
- De rol van de eindgebruiker, de bewoners, bij het besluitvormingsproces is met name in de initiatieffase marginaal, terwijl hier liggen kansen voor een meer inclusief besluitvormingsproces.

Concept beschut wonen:

- Naast het aanwezige fysieke comfort zijn de verwachte fysieke en zorggerelateerde veiligheid en de sociale interactie de belangrijkste beweegredenen om te verhuizen naar een woonzorgcomplex.
- Beschut wonen is naast zelfstandig thuis oud worden in een minder geschikte woning of woonomgeving en geforceerd verhuizen naar intensieve institutionele zorg een bruikbare en waardevolle variant.

Conclusie ten aanzien van de hoofdvraag:

- Er zijn beperkende invloeden van de fysieke schaalgrootte op de sociale kwaliteit van wonen in woonzorgcomplexen, direct en indirect via bandbreedtes voor de optimale waarde van de doelgroepenmenging en de balans tussen intern en extern voorzieningenniveau.
- Gezien de spreiding van voorkeuren van ouderen is er niet één optimale waarde voor de fysieke schaalgrootte.

Aanbevelingen

De aanbevelingen per onderzochte variabele leveren het volgende overzicht:

Invloed fysieke schaalgrootte

- Realiseer voldoende levendigheid en levensvatbaarheid. Bandbreedte voor ondergrens: 25-40 wooneenheden.
- Realiseer voldoende herkenbaarheid en identificeerbaarheid. Bandbreedte voor bovengrens: 300-350 wooneenheden.
- Zorg voor de gewenste balans in sociale controle en anonimiteit. Bandbreedte voor omslagpunt: 80-120 wooneenheden.
- Kies voor afstemming op de situering. Bandbreedte voor afstemming op situering in dorp: 25-120 wooneenheden, respectievelijk afstemming op situering in stad: 80-350 wooneenheden.

Invloed doelgroepenmenging

- Hanteer een evenwichtige opbouw zorgzwaarte. Bandbreedte voor ondergrens menging vitale ouderen en doelgroepen ZZP2 en lager: 30-50%. Bandbreedte voor bovengrens menging doelgroepen ZZP5 en hoger: 10-30%.

- Hanteer een evenwichtige opbouw in leeftijdsgroepen en kwetsbaarheid. Bandbreedte voor ondergrens kwetsbaarheidsprofiel Vitaal: 30-50%.

Invloed voorzieningenniveau

- Kies waar mogelijk voor meer externe voorzieningen ten opzichte van interne voorzieningen ten behoeve van meer menging met de buurt en vergroten leefwereld vitale bewoners.
- Kies voor kwaliteit van voorzieningen eerder dan kwantiteit en meer gericht op vitale ouderen, hoger intellectueel niveau en mannen.
- Faciliteer bewonersinitiatieven door beschikbaar stellen van een gemeenschappelijke ruimte en middelen.
- Kies voor 24-uurszorg met fysieke aanwezigheid personeel

Sociale kwaliteit van wonen

- Bouw concept beschut zelfstandig wonen uit.
- Bouw ruimte voor voortgaande veranderingen in woonwensen en wetgeving in.
- Transformeer bestaande appartementencomplexen tot beschut zelfstandig wonen door toevoeging van een ontmoetingsruimte en een 24-uurszorgcomponent.

Besluitvorming

- Neem als gemeente nadrukkelijker de rol van regisseur ten aanzien van woonzorgvoorzieningen.
- Bied bewoners in de initiatieffase een participerende rol in het besluitvormingsproces. Ook als initiatiefnemer.
- Hanteer het de aanbevelingen voor beschut zelfstandig wonen en maak aanvullende keuzes voor portfoliospreiding. Geef bij afwijken extra aandacht aan omringende factoren.
- Ontwikkel de concept Beschut Zelfstandig Wonen Atlas met het werkveld uit tot een hardcopy en online besluitvormingstool.

Summary

Background

Housing for the elderly in the Netherlands is changing constantly. Once-valued homes for the elderly have been replaced by care homes and nursing homes. These homes have subsequently been replaced by small-scale housing facilities. And the residents of care homes are housed in Assisted Living Facilities (ALFs), or more preferably, in areas with integrated neighbourhood services. The goal: independent living for longer.
The latest research on ALFs dates from 2005. It is considered out of date as a form of housing and exhausted as a subject for research. Nevertheless, they are still being built, changing in character, intended for a wider variety of target groups, resulting in lighter and heavier versions of the concept. Present definitions should be widened. The question is whether a wider group mix leads to more integration and a better social quality of housing?

Small-scale living has already been researched within the field of care for people with dementia. Findings lead to a revaluation, and at the same time administrative measures are taken. Objections arise as well. The physical scale of ALFs and its effect on housing quality have not been explored. Initiators decide on the basis of previous experiences, intuition and good intentions, guided by policy and focused on exploitation.
Decisions can scarcely be taken on the basis of general literature about the social quality of housing, as this seems to be lacking since 1990. Changing government involvement, less control and more customer orientation are possible causes. With new initiatives in which a number of target groups are deliberately mixed and facilities are strongly developed, decision-makers aim to improve the social quality of housing and improve integration, but almost without any scientific basis.

Main Question

What is the effect of physical scale on the social quality of housing in Assisted Living Facilities, not only directly but also indirectly through the mix of groups and the level of facilities?

Methods

An extensive literature review with regard to the notion of scale in organizational theory produced a composition in the independent variable physical scale, the structural scale and the mental scale. This relates to concepts of scale derived from architectural theory that distinguish external, relative and internal scales. In addition, the dependent variable social quality of living has been studied and the variables target group mixture and level of facilities have been defined.

In a preliminary study, thirteen locations were examined briefly to define the research question and explore the field. The first findings were: several very large-scale complexes with respect to the surrounding area of coverage, some facilities closed within a year, wide variety in terms of liveliness and calmness, leading to a first conceptual model.
This research provides insight into the effect of physical scale on the social quality of housing. It consists of a desk study of 265 projects and a case study of 24 projects. The aim is to contribute to a more informed and evidence-based assessment among initiators. For this purpose, the results will appear in a hard copy and an online atlas after the thesis has been completed.

The desk research on the basis of the CBZ archive and KCWZ database shows the relationships between physical scale, target group mixture and level of facilities, and the relationship with legislation and funding during the research period. Both databases are controlled, filtered according to the research question, and analyzed for associations and significance of correlations.
The multiple case study shows the influence of the variation found in physical scale, group mix, and level of facilities and the experience of social quality of living on the basis of a strategic selection of 24 cases from the desk research.
To this end, semi-structured interviews were conducted with 174 inhabitants, 40 professionals and 35 decision-making employees at ALFs according to an intensive narrative research method. In addition, the research team conducted 171 observations for triangulation of the primary narrative results.
The narratives are arranged in sets of cases according to the research variables of physical scale, group mix and amenity level in order to conduct not only a qualitative but also a quantitative analysis according to the Qualitative Comparative Analysis method.
All fourteen hypotheses were tested using this broad, combined approach. Of those, eight hypotheses were supported, five hypotheses were nuanced, and one was partly rejected. In addition, the exploratory method of data collecting provided eight meaningful conclusions.

Methodological reflection

The strategic selection regarding physical scale succeeded broadly. All three sets of physical scale (small, medium, large) were adequately represented in the sample in order to meet current requirements for a theoretical and practical saturation. However, attempts to find sufficient cases of less obvious combinations of small physical scale in towns and large physical scale in villages were unsuccessful. The addition of these deviant cases would be of great value for conclusions concerning the influence of physical scale and location.
The relatively balanced number of positive and negative statements could indicate the relatively high reliability of the prevailing narrative method, which generates both positive and negative statements.
With the successful testing of all fourteen hypotheses, this combination of QCA with larger sets of narratives proves to be a potential hypothesis-testing methodology that requires further elaboration in future research. This is appropriate in the development of mixed methods and mixed models of research that combines quantitative and qualitative methods. Besides QCA, 'Big Data' techniques could be considered in exploring rather than testing hypotheses with the narrative data from this study or other studies.

It is recommended to examine more cases of the interesting, innovative variety of group mix with lower or non-care target groups than the single case of Malburgstaete now included in the study, in part because the inclusion of groups requiring care and groups not requiring care in a single complex is derived from the idea of areas with integrated neighbourhood services on the scale of a single building.

For the professional field, the development of the draft hardcopy and online Sheltered Independent Living Atlas is recommended, much of the work for which has already been carried out. Since the observations are related to individual cases, this material can be incorporated. For further development of the atlas, it is desirable to present a prototype to decision-makers and residents as potential occupants.

Findings

The desk research focuses on minor questions and hypotheses concerning the distribution of and relations between physical scale, group mix and level of facilities, and the legislation and funding in the period 1998-2010. The desk research offers quantitative overviews of these independent and mediating research variables related to time, to location and to each other, and thus a picture of the variation in ALFs in the period 1998-2010.
The distribution and variation was then the prime consideration in the strategic selection of the case study. For this selection, the KCWZ database was taken as the basis on account of the higher representative nature of this database for ALFs, the larger time span and the completeness of the data.
The range in physical scale observed is used for classification into scale groups for the strategic selection. The observed correlation with changes in legislation and the larger variation in the city are key to the qualitative analysis of these aspects in the case study.
The striking overrepresentation of projects in the desk research of Mixed With Heavier Care has a parallel with the similar overrepresentation of cases of Mixed With Heavier Care. The increase in mixing and the correlation with changes in legislation and funding is investigated further in the interviews with decision-makers. In addition, the single case Mixed With Heavier Care and Non-Care is in line with the rarity within the desk research.

Regarding the facility level, the most striking observation concerns the overrepresentation of welfare facilities with the Basic Level in villages. This is in contrast to the expectation that complexes in villages could fulfil a centre role.

The strategic selection of the multiple case study regarding the range of physical scale and facility level was successful. The spread of the group mix has a overrepresentation of cases of Mixed With Heavier Care and a single case mixed with heavier care and non-care. This is in line with the representation of the population from the desk research.

The broad narrative analysis has delivered a very large amount of data. This is rich in content, but also complex. For the testing of the hypotheses the cases are arranged in sets, varying according to the three independent and mediating variables. These sets are quantitatively and qualitatively analyzed to provide a combination of Qualitative Comparative Analysis (QCA) and a narrative method.

Due to the specific data per case, the triangulation method of the observations is of limited use for comparing the sets. The source triangulation of the interviews with residents, professionals and decision-makers proved to be valuable owing to the comparison of various perspectives.

The most striking result in general is the finding that, in addition to the social function, ensuring security and belonging is a relatively important function of ALFs for residents.

Regarding the influence of physical scale, the variation in the desired scale is surprising, with as many supporters of large scale as of small scale, related to the location in towns or villages.

Regarding the influence of group mix, the most important result is the detectable limit of tolerance between groups, particularly the tolerance of vital elderly towards groups of residents with a mental disability or dementia. This limit seems to be reached much sooner than commonly thought and deployed on the basis of idealistic motives of group mix.

Regarding the influence of the facility level, the main finding is that in a quantitative way activities are only missed at weekends. The qualitative range, however, requires a lot of attention, especially the level of activities, the focus on specific target groups and also non-care target groups and the lack of adequate activities for men as a minority.

Regarding decision-making, it was found that institutional drivers such as legislation and funding exert by far the greatest impact on the considerations of decision-makers, and not qualitative drivers such as choices for physical scale, target mixing and facility level, focussed on a certain social quality of living. This is because the institutional drivers are ‘hard’ and therefore leading, while the qualitative drivers are ‘soft’ and not based on evidence.

Finally, the findings lead to the conclusion that there is still a very limited role for participation and inclusion in the decision-making process. Residents are often only involved in the implementation of activities within the finished building or, when it concerns the initiation phase, as a brainstorm group for plans already drawn up.

Conclusions

The conclusions listed by research variable provide the following summary:

Influence of physical scale

- There is an even distribution of physical scale among ALFs in the Netherlands in the period 1998-2010 despite the increased focus on small scale and large scale.
- Smaller ALFs are not relatively more common in villages, and larger complexes are not relatively more common in towns.
- The larger number of inhabitants in cities does not lead to small scale as a result of a broad variety in facilities. The smaller number of inhabitants in villages does not lead to large scale as a result of a concentration in facilities.
- Small scale is valued by inhabitants and decision makers because of the expected domesticity and safety and by decision makers because of the customization possibilities. However, large scale is valued to a similar extent by inhabitants and decision makers for its liveliness, anonymity, choice of contacts and activities.
- The desired scale for the social quality of housing does not differ according to the region in the Netherlands.

Influence of group mix:

- The proportion ALFs with a wider group mix in the population increases, influenced by changes in legislation and funding.
- Target groups with a lighter level of care and physical limitations integrate more than target groups with heavier care needs or learning disabilities.
- A large scale will support a larger, integrated group mix.
- There is a certain range for the optimal value for the group mix regarding the social quality of housing.
- The provision of informal care is low owing to the increased level of care in the complexes, which undermines the concept of sheltered housing.
- Relational aggression is, as in nursing homes, clearly present in ALFs and has a significant impact on the social quality of housing. It is influenced by the group mix.

Influence of level of facilities :

- A high internal facility level has a positive impact on the social quality of housing when there is a low external facility level or a higher level of care. At a high external facility level or a lighter level of care, the empowerment of residents and mixing with the neighbourhood will decline.
- The presence of 24-hour care offers an emphatic desired sense of security.
- The quality of facilities requires more attention than the quantity. There is short of provisions aimed at users with intellectual level and for men. In quantitative terms facilities on weekends are missed. This is especially true for complexes mixed with heavier care.

• In large scale complexes there are relatively less volunteers available, small scale complexes seem to be better embedded in the community.
The power of initiative and ownership of residents in activities is still moderately exploited.

Decision-making on social quality of housing :
• Decision making regarding social quality of housing is mainly led by changes in legislation and funding.
• Changes in legislation and funding did lead to qualitative choices with side-effects that undermine the original concept of ALFs.
• An evidence-based tool can support initiators and possibly residents in decision-making.
• The role of the occupants, the residents, in the decision-making process is marginal, particularly in the initiation phase, while here are opportunities for a more inclusive decision-making process.

Concept sheltered housing:
• In addition to the physical comfort, the expected physical and health-related safety and social interaction are the main reasons to move to an Assisted Living Facility.
• Sheltered housing is, besides aging in a less suitable home or neighborhood and to be forced to move to an intensive institutional carehome, a useful and valuable variant.

Conclusion according to the main question:
• There are limiting factors of the physical scale towards the social quality of housing in Assisted Living Facilities, directly and indirectly through bandwidths for the optimal value of group mix and the balance between internal and external facility level.
• Given the distribution of preferences of elderly, there is no single optimal value for the physical scale.

Recommendations

The recommendations for each variable studied provides the following summary:

Influence of physical scale
• Realize enough vibrancy and viability. Range of lower limit: 25-40 housing units.
• Realize sufficient familiarity and identifiability. Range of upper limit: 300-350 housing units.
• Provide desired balance in social control and anonymity. Range for tipping point: 80-120 housing units.
• Provide for harmonization with location. Range for harmonization with village locations: 25-120 housing units; range for urban locations: 80-350 housing units.

Influence of group mix
• Provide a balanced range for the level of care. Range for lower limit group mix of vital elderly with ZZP2 groups and lower: 30-50%. Range for lower limit group mix of ZZP5 and higher: 10-30%.
• Provide a balanced range for age and vulnerability. Range of lower limit vulnerability profile Vitality: 30-50%.

Influence of level of facilities
• If possible, opt for more external services compared to domestic facilities in order to achieve more mixing with the neighbourhood and to increase the social environment of vital residents.
• Choose for quality of services rather than quantity and choose them with vital elderly, higher intellectual level and men in mind.
• Facilitate resident initiatives by providing a communal space and resources.
• Provide 24-hour care with physical presence of staff

Social quality of housing
• Spread the concept of sheltered independent housing.
• Create flexibility for ongoing changes in housing needs and legislation.
• Transform existing apartment complexes into sheltered independent housing by adding a communal space and a 24-hour care component.

Decision-making
• Take explicitly the role of director as a municipality in respect of ALFs.
• Provide residents in the initiation phase a participatory role, as well as an initiating role, in the decision-making process. Give extra attention when deviating to underlying principles.
• Use the recommendations for sheltered independent housing and make additional choices for portfolio diversification. In case of diviating give attention to surrounding factors.
• Develop the concept Sheltered Independent Living Atlas with the professional field into a hard copy and online decision-making tool.

Literatuur

Abma, T. (2007). *Responsief Evalueren, Discoursen, Controversen En Allianties In Het Postmoderne*. Delft: Eburon Uitgeverij

Ache, P. M., & Fedrowitz, M. (2012). The Development and Situation of Co-Housing Initiatives in Germany. *Built Environment, 38*(3).

Aedes-Actiz, K. (2008), from www.kcwz.nl

Aedes. (2012, 18-12-2012). Evelien Tonkens: Rol Woningcooperaties bij burgerinitiatieven is uniek, from www.aedes.nl

Alexander, C. (1979). *A timeless way of building*. New York: Oxford University Press.

Arcares. (2004). *De toekomst van het verzorginsghuis*. Utrecht: Arcares.

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Backer, C. d., & Nelissen, M. (2006). Oorsprong en evolutie van roddel als vorm van verbale communicatie, een analyse vanuit evolutiepsychologisch perspectief. In N. Gontier & K. Mondt (Eds.), *Dynamisch Inter(- en trans)disciplinair Taal Onderzoek. De nieuwe taalwetenschappen* (pp. 51-82). Academia Press: Gent.

Baird, G., Gray, J., Isaacs, N., Kernohan, D., and McIndoe, G. (1996). *Building Evaluation Techniques*. New York: McGraw-Hill.

Baker, S., E., & Edwards, R. (2012) How Many Qualitative Interviews are Enough? Expert voices and early career reflections on sampling
and cases in qualitative research. National Centre for Research Methods

Bakker, P., Evers, S., Hovens, N., Snelder, H., & Weggeman, M. (2005). Het Rijnlands model als inspiratiebron. *Holland Management Review, 103*.

Baldwin. C., (2013). Narrative social work. Theory and application. Policy Press at the University of Bristol.

Banathy, B. H., & Jenlink, P. M. (1996). Systems inquiry and its application in education *Handbook of research for educational research*.

Baroni, R. (2013, 16 February 2013). The living handbook of Narratology. *The Interdisciplinary Center for Narratology* Retrieved 16 June 2013, 2013, from www.lhn.uni-hamburg.de

Becker, H. M. (2003). *Levenskunst op Leeftijd, Geluk bevorderderende zorg in een vergrijzende wereld.* Universiteit voor Humanistiek Utrecht, Rotterdam.

Becker, H. M. (2006). *De ja-cultuur als instrument voor humanisering van de zorg*. Amsterdam: SWP.

Becker, H. M. (2008). *Verboden af te blijven! Het herinneringsmuseum, spiegel van Humanitas' zorgfilosofie*. Delft: Eburon.

van Beek, W., Wapstra- van Damme, B., Britt, A., Gremmen, M., & Kornalijnslijper, N. (2011). Participatie in beeld. Wie is kwetsbaar en wat belemmert kwetsbare doelgroepen in meedoen? Den Haag: SGBO/BMC onderzoek.

Benes, J. V. J. K. (1990). *Voldoet dit gebouw? Het bepalen van functionele kwaliteit* (Vol. 222). Rotterdam: SBR.

Bettencourt, L. M. A., Lobo, J., Helbing, D., Kühnert, C., & West, G. B. (2007). Growth, innovation, scaling, and the pace of life in cities. *Proceedings of the National*

Academy of Sciences, 104(17), 7301-7306. doi: 10.1073/pnas.0610172104
Van Biene, M. A. W., Basten, F., Van Erp, M., Satink, T., Meesters, J., Hoof, P. v., . . . Lips, K. (2008). *De standaardvraag voorbij, narratief onderzoek naar vraagpatronen*. Nijmegen: HAN, Faculteit Gezondheid Gedrag en Maatschappij.
Bijker, W. B., K. (2000). *Women Walking trough Plans*. *Technology and Culture, 41, no 3*, 485-515.
Bijsterveld, K. B., W. (1997). *De vrees om louter verstandelijk te zijn? Vrouwen, woningbouw en het functionalisme in de architectuur*. *Kennis en Methode 21, no 4*, 308-335.
Bles, W. v. d. L., N. (2009). Een aai over de bol alleen is niet genoeg, *Trouw,* p. 2.
Kamerbrief Afspraken woningmarkt (2013).
Blokland, T. (2008). Ontmoeten doet er toe. Retrieved from www.vestia.nl
Blonk, C. J. V., D.J.M. (1987). *Dagverblijven en tehuizen, gebouw en leefklimaat*. Utrecht: Stichting FIAD.
Van Bochove, M., Verhoeven, I., & Roggeveen, S. (2013). Sterke vrijwilligers, volhardende professionals. In T. Kampen, I. Verhoeven & L. Verplanke (Eds.), *De affectieve burger*. Amsterdam: van Gennep.
Botton, A. d. (2006). De architectuur van geluk.
Boudon, P. (1978). *Richelieu, ville nouvelle : essai d'architecturologie*. Parijs: Dunod.
Brandt, A. C. (2009). *Being talked about: how the source and the message affect person impressions.* Radboud University, Nijmegen.
Breuer, G. S., van de Donk, B., van Hoogdalem, H., Houben, P. P. J., & van der Voordt, D. J. M. (1992). *Nieuwe woonzorgvoorzieningen voor ouderen* (Vol. 32). Delft: Publikatieburo Faculteit Bouwkunde TU Delft.
Brink, C., & Van der Veen, N. (2013). Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward: MOVISIE AVI.
Brink, M. v. d. (2009). *Rijkswaterstaat on the Horns of a Dilemma.* PhD, Radboud Universiteit, Delft.
Brouwer, A. (2005). *padafhankelijkheid.* RUG, Groningen.
Bussemaker, J. (2009a). *Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan*. (DLZ/KZ-2771018). Den Haag: VWS.
Bussemaker, J. (2009b). *Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan*. Den Haag.
Buys, A. (1997). *De ideale mix? Een verkenning van visies, feiten en verwachtingen ten aanzien van de bevolkingssamenstelling van buurten en wijken*. Amsterdam: RIGO Research en advies B.V.
Van Campen, C. (2011). Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP.
Carlson, S. A. (2003). Advancing Information Evaluation Systems (Research). A critical realist approach. *Electronic journal of Information Systems Evaluation, 6*(2), 11-20. Retrieved from
CBZ. (2003). Nieuwe emigranten, Webmagazine, maandag 23 juni 2003, 2014
CBZ. (2008). Rekentool AWBZ. Utrecht: CBZ.
CBZ. (2010). Aanvragen V&V 2001-2007. Utrecht: CBZ.
Ching, F. D. K. (1979). chapter 6: Proportion @ Scale *Architecture: Form Space & Order* (pp. 291 t/m 330). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
Claes, P., & Van der Spek, E. (2013). Van wipkip naar stoomschip. *Controllers Magazine, april,* 14-17.

Clandinin, D. J. (2006). Narrative Inquiry: A Methodology for Studying Lived Experience. *Research Studies in Music Education*(27), 44-54.
Creswell, J. W. (2008). *Researd Design. Qualitative, Quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles: SAGE.
Dale, V. (2009). *Van Dale online professioneel*.
Van Dam, J. M. (1989). *Ecologie van het Wonen*. In J. M. v. Dam, M. T. Appelo, P. J. J. Pennartz, E. Schernhorn & A. M. d. Wit-Sauter (Eds.), *Woonecologie, tussen consumptie en existentie*. Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen
Davis, K., Schoen, C., & Stremikis, K. (2010). Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. New York: The Commonwealth Fund.
Delgado, G. (2012). Towards Dialectic Utopias: Links and Disjuntions between Collaborative Housing and Squatting in the Netherlands. *Built Environment, 38*(3), 430-442.
Van der Schaaf, P. (2010). OAZIS. Utrecht: TNO Centrum voor Bouw en Zorg.
Van der Voordt, D. J. M. (1994). *Van gebruik naar initiatief. Post-Occupancy Evaluation in de woningbouw*. In I. P. Smid, H. (Ed.), *Bewonerspreferenties: richtsnoer voor investeringen en nieuwbouw en de woningvoorraad* (pp. 43-52). Delft: Delftse Universitaire pers.
Van der Voordt, D. J. M. (2009). *Quality of design and usability: a vetruvian twin*. *Ambiente Construído, Porto Alegre, 9, nr 2*, 13.
Van der Voordt, D. J. M., & Terpstra, D. (1995). *Verpleeghuizen: varianten en alternatieven*. Delft: Publikatieburo Faculteit Bouwkunde TU Delft.
Van der Voordt, D. J. M., & Van Wegen, H. B. R. (1990). *Sociaal veilig ontwerpen. Checklist ten behoeve van het ontwikkelen en toetsen van (plannen voor) de gebouwde omgeving*. Delft: Publikatieburo Faculteit der Bouwkunde Technische Universiteit Delft.
Van der Voordt, D. J. M., & Van Wegen, H. B. R. (2000). *Architectuur en Gebruikswaarde. Programmeren, ontwerpen, evalueren.* Bussum: Uitgeverij Thoth.
Diemer, R. (2005). Verpleeghuizen missen in nota aandacht voor privacy, *Trouw*.
Van Dijk, H. M., Cramm, J. M., Lotters, F. J. B., & Nieboer, A. P. (2013). Even Buurten: Een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
Dreimüller, A. P. (2008). *Veranderen is voor anderen. Een onderzoek naar verandermanagement bij woningcorporaties.* Erasmus Universiteit Rotterdam, Almere.
Duine, T. J. (2004). *Focus op Fokus* (Vol. 186, pp. 24). Diemen: College voor zorgverzekeringen.
Dungen, A. S., H. (Ed.). (2008). *Klein, maar fijn? omvang van en ervaringen met het kleinschalig wonen voor dementerden in de provincie Noord-Brabant*. 's-Hertogenbosch: PRVMZ, Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatrie en Stichting Zet.
Duyvendak, J. W. (2002). Wilde wijken. Over natuurlijke omgevingen en het gedogen van gekte. In G. v. Oenen (Ed.), *Ongeregelde orde : gedogen en omgang met wilde praktijken*. Amsterdam: Boom.

Edelenbos, J. (2000). *Proces in vorm. Procesbegeleiding van interactieve beleidsvorming over lokale ruimtelijke projecten.* Technische Universiteit Delft, Utrecht.
Edwards, A. (2001). *Interactieve beleidsvorming en de instituties van het lokale bestuur*. In R. Edelenbos J. & Monnikhof (Ed.), *Lokale interactieve beleidsvorming* (pp. 117-142). Utrecht: Lemma.
Eefsting, J. A. (2007). *Kleinschaligheid in de dementenzorg: bestand tegen inconsistentie maatschappelijke eisen? Zorg Magazine*.
Elizabeth, B., & Sanders, N. (2002). From User-Centered to Participatory Design Approaches. In J. Frascara (Ed.), *Design and the Social Sciences*. London: Taylor & Francis Books Limited.
Ellwardt, L. (2011). *Gossip in organizations. A social network study.* PhD, Rijks Universiteit Groningen, Groningen.
Fabbricotti, I. (2007). *Zorgen voor zorgketens, integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens.* Erasmus Universiteit Rotterdam.
Fellows, R., & Liu, A. (1997). *Research Methods for Construction*. Oxford: Blackwell Science Limited.
Fielding, N. G., & Lee, R. M. (1998). *Computer Analysis and Qualitative Research*. London: SAGE.
Fiolet, M. (2013). *Ondernemen in de Ouderenzorg: Wensen, Weerstand, Werkelijkheid.* Dr., Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
Fischer, C. S. (1982). *To dwell among friends. Personal networks in town and city*. Chicago: The University of Chicago Press.
Flick, U. (2006). *An introduction to Qualitative Research* (Third ed.). Londen: SAGE.
Franke, S., & Hospers, G. (Eds.). (2009). *De levende stad, over de hedendaagse betekenis van Jane Jacobs*. Amsterdam: Sun.
Friese, S. (2012). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. Londen: SAGE.
Fromm, D., & de Jong, E. (2009). Community and Health. Imigrant Senior Cohousing in the Netherlands. *Communities,* 50-53.
Galen, J. v., Willems, J., & Poulus, C. (2013). Monitor Investeren voor de Toekomst 2012. Delft: Ministerie Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
Geelen, R. (2005). *Is het traditionele verpleeghuis passe? Kanttekeningen bij kleinschalig wonen*. *Denkbeeld, 17,* 129-132.
Gerring, J. (2007). *Case Study Research. Principles and practices*. New York: Cambridge University Press.
Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
Glass, A. P. (2012). Elder Co-housing in the United States: Three Case Studies. *Built Environment, 38*(3), 345-363.
Goodijk, R. (2008). *Herwaardering van de Rijnlandse principes, over governance, overleg en engagement*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
Graaf (Ed.). (2009a). *Ruimte maken voor krimp, Ontwerpen voor minder mensen*. Amsterdam: BNA.
Graaf, P. F. d. (2009b). *Out of place? Emotional ties to the neighbourhood in urban renewal in the Netherlands and the United Kingdom.* University of Amsterdam.
Groat, L., & Wang, D. (2002). *Architectural Research Methods*. New York: John Wiley & Sons.

Gruis, V. H., Nieboer, N., & Brown, T. (2003). *What determines asset management approaches in the social rented sector?* Paper presented at the ENHR 2003, Tirana.
Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: SAGE.
Gutmann, A. T., D. : . (1996). *Democracy and Disagreement*. Cambridge/London: Harvard University Press.
Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
Hamel, J. (2005). Hypes in de zorg: zes voorbeelden. *S & D artikelen*. Amsterdam: Bloom.
Harkes, D. (2001). Het STAGG-model. Retrieved from www.kcwz.nl
Harkes, D. (2002). Werkbezoek bestuur Arcares Denemarken 10-13 september 2002. Utrecht: KCWZ.
Van Hasselt, K. (2008). Padafhankelijkheid: Implicaties voor stedelijke vernieuwing. Retrieved from
Heck, W. (2009, 11 december 2009). Accepteren maar, die krimp. Steden slopen leegstaande flats om verloedering te voorkomen, *NRC Next,* p. 1.
Heijer, A. C. d. (2011a). *Managing the university campus. Information to support real estate decisions.* PhD, Delft, University of Technology, Delft.
Heijer, A. C. d. (2011b). Waarde toevoegen aan de campus. *Real Estate Magazine*(76), 24-27.
Heinen, J., Sijsling, H., & Groen, M. (2012). *Zorgarchitectuur Zorgvastgoed* Delft: TNO Dutch Centre for Health Assets
Heins, S. (2005). Oud worden in een seniorenstad? *Ruimte in Debat, 4*.
Helderman, J. K. (2007). *Bringing the Market Back In? Institutional complementarity and hierarchy in Dutch housing and health care.* Erasmus University, Rotterdam.
Hessing, E., & Reuling, A. M. H. (2003). Waarden in Nederland, Segmentatie van doelgroepenMOAweb jaarboek 2003. Amsterdam: MOA.
Groot(s) in kleinschaligheid. Kleinschalige zorg voor mensen met dementie, (2003).
Heuvelmans, P. P. J. M., Possel, M. D. N., & Schokkin, D. J. (2012). *Woonzorgen. Beweegredenen van 75-plussers tot verhuizen van een koopwoninge naar een huurwoning in een woonzorgcomplex.* Minor, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Arnhem.
VAC-Kwaliteitswijzer: Integrale visie op de gebruikskwaliteit van woning en woonomgeving (1997).
Hillier, B., & Leaman, A. (1976). Architecture as a discipline. *Journal of Architectural Research, 5*(1).
Holt-Jensen, A. (2001). Evaluating housing and neighbourhood initiatives to improve the quality of live in deprived urban areas. *GeoJournal, 51*(4), 81-91.
Hooimeijer, P. (1994). *Hoe meet je woonwensen? Methodologische haken en ogen*. In I. P. Smid, H. (Ed.), *Bewonerspreferenties: richtsnoer voor investeringen in nieuwbouw en de woningvoorraad* (pp. 3-12). Delft: Delft Univerity Press.
Hooimeijer, P., Kroon, H., & Luttik, J. (2001). *Kwaliteit in meervoud, Conceptualisering en operationalisering van ruimtelijke kwaliteit voor meervoudig ruimtegebruik*. Gouda.

Horgen, T. H., Joroff, M. L., Porter, W. L., & Schon, D. A. (1999). *Excellence by design: Transforming workplace and work practice*. New York: John Wiley & sons.
Houben, P. P. J. A. M. (1985). *Maatschappelijke participatie van ouderene en volkhuisvesting.* PhD, Universiteit van Groningen, Groningen.
Houben, P. P. J. A. M., & van der Voordt, D. J. M. (1993). New combinations of housing and care for the elderly in the Netherlands. *Netherlands Journal of Housing and Environmental Research, 8*(4), 301-325.
House, R. J., & Widgor, L. A. (1967). Herzberg's Dual-factor theory of job satisfaction and motivation: a review of the evidence and a criticism. *Personnel Psychology, 20*(4), 369–390.
Howe, K. R. (1988). Against the quantitive-qualitative incompatiblity thesis or dogmas die hard. *Educational Researcher*(17), 10-16.
Howe, K. R. (1992). Getting over the quantitative-qualitative debate. *American Journal of Education*(100), 236-257.
Hulsbergen, E. D. (1992). *Positie en ruimte. Kwetsbare groepen in de stad: denkbeelden en feiten.* TU Delft, Delft.
INBO. (2006). Seniorenstad, een eigenzinnig dorp, from www.inbo.nl
ING. (2013). Scheiden wonen zorg vereist strategische heroriëntatie. Krimp vraagt om andere oplossingen. *Themavisie Scheiden wonen zorg in de AWBZ, Deel I - Ouderenzorginstellingen*. Retrieved from
Jacobs, J. (1993). *Dood en leven van grote Amerikaanse steden (The death and Life of Great American Cities)* (M. Polman, Trans.). Amsterdam (New York): Sun (The Modern Library).
Jaspers, N. M. V. (2012). Oud… en wat dan nog!? Contextuele preventie voor senioren. *tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 90*(4), 213-215.
Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher, 33*(7), 14–26.
Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112-133.
De Jong, H. W. (1996). Rijnlandse ondernemingen scoren beter. *Economische Statische Berichten, 81*(4049), 228-233.
De Jonge, H. (2002). De ontwikkeling van corporate real estate management. *Real Estate Magazine, 5*(22), 8-12.
De Kam, G. (2003). Op grond van betekenis. Over maatschappelijk ondernemen met grond en locaties. 1-58. Retrieved from
De Kam, G. (2006). *Areadne*. Utrecht: Aedes-Actiz, KWCZ.
De Kam, G. (2012). *Bouwgrond voor de volkshuisvesting. 10 jaar corporatiebeleid en een blik op de toekomst*. Almere: Nestas communicatie.
De Kam, G., Damoiseaux, D., Dorland, L., Pijpers, R., Van Biene, M. A. W., Jansen, E., & Slaets, J. (2012). Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen. Nijmegen: Institute for Management Research.
De Kam, G., & Needham, B. (2003). *Een hele opgave. Over sociale cohesie als motief bij stedelijke herstructurering* (Vol. 24). Utrecht: Nethur.
Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (Eds.). (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*. Amsterdam: van Gennep.

KCWZ. (2009a). Begrippenlijst wonen, zorg en welzijn, from www.kcwz.nl
KCWZ. (2009b). Concepten Wonen-Zorg, woonzorgzones, from www.kcwz.nl
KCWZ. (2009c). *Het boekje van Ellen, samen voor elkaar*. Utrecht: KCWZ.
KCWZ. (2010). *Databank Woonzorgcomplexen*. from KCWZ
Kempen, R. v., & Bolt, G. (2009). Social cohesion, social mix, and urban policies in the Netherlands. *Journal of Housing and the Built Environment*(24), 457-475.
Kiers, B. (2007). *Kleinschaligheid is geen tovermiddel, de schaduwzijde van kleinschalig wonen*. *ZorgVisie, jaargang 37, nr 8*.
Klerk, M. d., Gilsing, R., & Timmermans, J. (2010). Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009. Den Haag: SCP.
Klink, A. (2008). *Ouderen nemen bezit van centrum Didam*. Didam.
Kohlmann, J., van der Kemp, B., & van Ruiswijk, M. (2011). Woonserviceconcepten Retraitehuis Uden *Lectoraat ZorgGericht Bouwen*. Arnhem: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
Koolma, H. M. (2009). *Verhalen en prestaties. Een onderzoek naar het gedrag van woningcorporaties.* Vrije Universiteit, Amsterdam.
Koopmans, R. (2007). *Effect van kleinschalig wonen op de bewoners:Een kritische beschouwing*. Paper presented at the symposium Kleinschalig Wonen voor ouderen met dementie.
Kröber, H. R. T. (2008). *Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren.* Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
Krumm, P. J. (1999). *Managing key resources and capabilities: Pinpointing the added value of CREM*. Paper presented at the Fifth Annual Conference of the Pacific Rim Real Estate Society, Kuala Lumpur.
Kuiken, B. (2012). Druppel op gloeiende plaat of onomkeerbare veranderingen? Alternatieve formules knagen aan hegemonie van zorginstellingen. *Slow Management, 21,* 68-75.
Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychol Aging, 15*, 511–526.
Lans, J. v. d. (2003). *Het woninkrijk der Bloemstraters. Individualisering en sociaal kapitaal*. Amsterdam: Alliantie Forum Wonen.
Lawton, M. P. (1983). Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist, 23*(4), 349-357.
Lawton, M. P. (1986). *Environment and aging*. Albany, NY: Center for the Study of Aging.
Lawton, M. P., & Simon, B. (1968). The ecology of social relationships in housing for the elderly. *Gerontologist, 8*(2), 108-115.
Leent, M. v. (2011). Leefstijlen en publieke gebouwen. Rotterdam: SEV.
Liempd, H. M. J. A. v., Hoekstra, E. K., Jans, J. M., Huibers, L. S., & Oel, C. J. v. (2010). Evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van de kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie: Vilans, Akta.
Van Lieshout, T., Aalbers, R., & Goossens, T. (2010). *De groengrijze blik.* bachelor, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Arnhem.
Lynch, K. (1960). *The Image of the City*.
Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396.

Maso, I., & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
Mayar-Schonberger, V., & Cukier, K. (2013). *De Big Data revolutie. Hoe de dataexplosie al onze vragen gaat beantwoorden* (W. Scherpenisse, Trans.). Amsterdam: Maven publishing.
Meesters, J., Basten, F., & van Biene, M. A. W. (2010). Vraaggericht werken door narratief onderzoek. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 19*(3), 21–37.
Memelink, R. (2007). *SPSS voor marktonderzoek, praktisch gebruik van SPSS bij kwantitatief marktonderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
Mens, N., & Wagenaar, C. (2009). *De architectuur van de ouderenhuisvesting. Bouwen voor wonen en zorg*. Rotterdam: NAI.
Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis. An expanded sourcebook*: Sage Publications.
Moore, K. D. e. a. (2003). A pragmatic enviromental psychology: A metatheoretical inquiry into the work of M. Powell Lawton. *Journal of Environmental Psychology, 23*, 471-482.
Morren, P. (1988). *Kwaliteitsbeheersing door markgericht management*.
Muller, F. L. P. (2009). Europese woningmarkten vergeleken. Regionale verschillen in te verwachten woningvraag tot 2015. Hoevelaken: Research & Investment Strategy van Bouwfonds Real Estate Investment Management (REIM).
Muller, M. J. (2007). Participatory design: The third space in HCI. In J. Jacko & A. Sears (Eds.), *Handbook of HCI 2nd Edition*. Mahway NJ: Erlbaum.
Murie, A., Dieleman, F.M., & Hooimeijer, P. (1991). *Housing asset values and the mobility of elderly home owners: housing research and policy issues*. *Journal of housing and the built environment, 6*(*1*), 21-34.
NationaleMedia. (2010). Nationale Zorggids. from Nationale Media
Nauta, J. (2009a). *All designers use evidence*.
Nauta, J. (2009b). *Enorme bouwopgave voor opvang dementerden*, *Trouw*.
Neele, J. (2004). *Actualisatie Nationaal Bestand Woonzorgcomplexen*. Amsterdam: RIGO.
NESTA, & CABE. (2011). *Compendium for the Civic Economy. What the Big Society should learn from 25 trailblazers*. London: 00:/.
Norrick, N. (2005). The Dark Side of Tellability. *Narrative Inquiry, 15*(2), 323-343.
North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*: Cambridge University Press.
Nouws, H., & Sanders, L. (2014). Verzorgingshuis vertimmeren niet altijd noodzakelijk. Bouwkundige aanpassingen als oplossing na scheiden van wonen en zorg. *KCWZ-dossier Scheiden Wonen Zorg.* Retrieved from www.kcwz.nl
Advies Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ. Extramuraliseren ZZP's (2012).
Oliviers, K. (2007). *De invloed van schaalgrootte op de kosten van de rusthuizen: een econometrische studie.* Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
Olthof, D. (2001). *tussen servet en tafellaken, Op zoek naar de optimale schaal voor een zorgorganisatie.* Universiteit van Tilburg, Tilburg.
Peeters, W., ?. (1990). *Woongemeenschappen van ouderen*. In H. Toneman (Ed.). 's-Gravenhage, : SEV.
Pennartz, P. J. J. (1987). *Wonen, woonklimaat en de rol van de gebouwde omgeving*. *Gebouwde omgeving en welbevinden*.

Penninx, K., & Sprinkhuizen, A. (2011). *Krachtgerichte sociale zorg. Sociaal werk in de participatiesamenleving. Een verkenning*. Utrecht: Movisie.
Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*(49), 65-85.
Platform31. (2012). Regeerakkoord: kabinet kiest voor gemeenten, 2012, from www.nicis.platform31.nl
Poortvliet, M. C. B. A. P. A., van; Boer, M.E. de; Gerritsen, D.L. & Wagner, C. (2006). Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg Utrecht: NIVEL.
Preiser, W. F. E., Rabinowitz, H.Z.;White E.T. (1988). *Post-Occupancy Evaluation*. New York: van Nostrand Reinhold Company.
Priemus, H. (1968). *Wonen - kreativiteit en aanpassing.* TU Delft, Delft.
Priemus, H. (1976). Emancipatie in woononderzoek voor ouderen; ik mag niet mopperen…., Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie, 7 (4): 228-239
Priemus, H., Dieleman, F., & Clapham, D. (1999). Current Developments in Social Housing Management. *Netherlands Journal of Housing and the Built Environment, 4*(3), 211-223.
Putters, K., den Breejen, E., & Frissen, P. (2009). *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Van Gorcum.
Quintis. (2006). Woonwensen van 55-plussers, in Pijnacker-Nootdorp. Nieuwegein: Quintis.
Ragin, C. C., & Rihoux, B. (Eds.). (2008). *Configurational Comparative Methods : Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques* (Vol. 51). Thousand Oaks: SAGE.
van Regenmortel, T. v. (2009). Empowerment al uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 18*(4).
Regnier, V. (2002). *Design for Assisted Living, guidelines for housing the physically and mentally frail*. New York: John Wiley & Sons.
REN, S. (1992). *Real Estate Norm, Methode voor de advisering en beoordeling van kantoorlocaties en kantoorgebouwen* (Vol. tweede versie). Nieuwegein.
Rihoux, B., & Lobe, B. (2009). The Case for Qualitative Comparative Analysis (QCA): Adding Leverage for Thick Cross-case Comparison. In D. Byrne & C. C. Ragin (Eds.), *The SAGE Handbook of Case-Based Methods* (pp. 222-242). London: Sage.
Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg (2013a).
Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst (2013b).
RIVM. (2010). Kies Beter. from RIVM
Robson. (2002a). *Real World Research: A source for social scientists and practitioner-researchers*. Malden (MA): Blackwell Publishing.
Robson, C. (2002b). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers,* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
Royers, T. R., L. de & Stephan, C. (2001). *Beleving in beeld, bewoners van verzorgingshuizen fotograferen hun wereld*. Utrecht: NIZW.
Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H., & Brazil, B. (2002). Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quality & Quantity, 36*, 43–53.
Samen woonzorgcomplexen bouwen. Afspraken tussen corporatie en zorginstelling bij verschillende varianten (2003).

Scherpenisse, R. S. J. N. E. D. J. (1997). *Opplussen, Aanpassingen voor bestaande woningen*. Rotterdam: SEV.
Schnabel, P. (1999). Individualisering en sociale integratie (pp. 9-38): SUN.
Seawright, J., & Gerring, J. (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research. A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly, 61*(2), 294-308.
Woonkeur, Keurmerk intergrale woonkwaliteit (2000).
Singelenberg, J. P. J. (1999). *Nationale survey Woonzorgcomplexen*. Rotterdam: SEV.
Singelenberg, J. P. J. (2001). Het Deense model voor de ouderenzorg. *Ouderenzorg, 1*.
Singelenberg, J. P. J. (2002). Kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen in Duitsland. Hausgemeinschaften als alternatief voor het verpleeghuis. Retrieved from www.kcwz.nl
Singelenberg, J. P. J. (2005). *Woonzorgcomplexen, Beschut zelfstandig wonen met zorg op maat*. Utrecht: Kenniscentrum Wonen/Zorg Aedes-Arcares.
Singelenberg, J. P. J. (2009). [Interview SEV].
Singelenberg, J. P. J., & van Triest, N. (2009). Voorstudies woonservicegebieden *SEV-programma: Wonen, zorg en welzijn*. Rotterdam: SEV.
Singelenberg, J. P. J., van Triest, N., & van Xanten, H. (2012). Woonservicegebieden klaar voor de volgende ronde. Rotterdam: SEV.
Sinkovics, R. R., & Alfoldi, E. (2012). Progressive Focusing and Trustworthiness in Qualitative Research: The Enabling Role of Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS). *Management International Review*.
Skaaning, S. (2011). Assessing the Robustness of Crisp-set and Fuzzy-set QCA Results. *Sociological Methods Research, 40*(2), 391-408.
Sools, A., & Basten, F. (2012). Narrative on the Move. *Narrative Works, 2*(1), 1-9.
Spierings, T. G. M., & de Kam, G. (2012). *Choices in scale, guided by quality or legislation? The influence of institutional factors on assisted living facilities*. Paper presented at the Housing: Local Welfare and Local Markets in a Globalised World, Lillehammer.
STAGG. (2000). *Verblijven of wonen, zorg voor een ieder*. Amsterdam: STAGG.
Stake, R. E. (1995). *The art of Case Study research*. Thousand Oaks: SAGE.
Starremans, S. (2012). Alle levens die het leven van onze gasten belemmeren gelden niet. Zorgformule van de herbergier breidt zich uit. *Tijdschrift voor Verzorgden, mei 2012,* 22-25.
Stavenuiter, M., & van Dongen, M. C. (2008). Gemeenschappelijk wonen, een studie. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Stouthuysen, P., Duyvendak, J.W. & Graaf. P. van der. (1999). *Stedelijk beleid in Vlaanderen en Nederland: kansarmoede, sociale cohesie en sociaal kapitaal*. *Tijdschrift voor de sociologie, 20, 3-4*, 2.
te Boekhorst, S. (2007). *Kleinschalig wonen: Doen of laten? Onderzoek bewoners*. Paper presented at the Symposium kleinschalig wonen door ouderen met dementie.
te Boekhorst, S., Pot, A., Depla, M., Smit, D., de Lange, J., & Eefsting, J. A. (2008). Group living homes for older people with dementia: The effects on psychological distress of informal caregivers. *Aging & Mental Health, 12*(6), 761 — 768.
te Grotenhuis, M., & Matthijssen, A. (2011). *Basiscursus SPSS, versie 18-19*. Assen: van Gorcum.

The, A. (2005). *In de wachtkamer van de dood*: Thoeris.
TNO. (2010). Horizonline, Grip op wonen, zorg en welzijn. from TNO
Tonkens, E. (2012). *Burgerkracht; bezuiniging of nieuwe visie?* Paper presented at the Lokale kracht: power in wonen, welzijn en zorg, Den Bosch.
Tonkens, E., & Duyvendak, J. W. (2013). Een hardhandige affectieve revolutie. In T. Kampen, I. Verhoeven & L. Verplanke (Eds.), *De affectieve burger*. Amsterdam: van Gennep.
Trommelen, J., & de Visser, E. (2008). *Beste verpleeghuis is kleinschalig Volkskrant*.
Twijnstra-Gudde. (2009). *Vastgoedmonitor*. Amersfoort: Twijnstra-Gudde.
VACpuntWonen. (2010). Woonkwaliteitswijzer. Utrecht: VACpuntWonen.
Veldboer, L., Duyvendak, J. W., & Bouw, C. (2007a). *De mixfactor: integratie of segregatie in Nederland*. Amsterdam: Boom.
Veldboer, L., Duyvendak, J. W., & Bouw, C. (Eds.). (2007b). *De mixfactor: integratie en segregatie in Nederland*. Amsterdam/New York: Boom.
Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Den Haag: Lemma.
Verweij, S., & Gerrits, L. M. (2012). Systematische kwalitatieve vergelijkende analyse. *Kwalon, 17*(3), 25-33.
Visscher, H. J., & Gruis, V. H. (2008). Housing Quality, research program (pp. 190-211). Delft: TU Delft.
Visser, A., & Engbersen, R. (2012). Passie voor de plek. *VHV-bulletin*.
VNG. (2012). *Kantelen en de kracht van de eenvoud. Een sprankelende handreiking voor de participerende overheid*. Den Haag: VNG.
De Vocht, A. (2010). *Basishandboek SPSS 17*. Utrecht: Bijleveld Press.
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (1967).
Voordt, v. d. e. a. (1987).
Vreeze, A. S. G. d. (1987). *Kwaliteitsbegrip in de volkhuisvesting*. *Archis, 11,* 1.
De Vries, J. C. (2007). *Presteren door vastgoed. Onderzoek naar de gevolgen van vastgoedingrepen voor de prestatie van hogescholen.* PhD, Technische Universiteit Delft, Delft.
De Vries, J. C., De Jonge, H., & Van der Voordt, D. J. M. (2008). Impact of real estate interventions on organisational performance. *Journal of Corporate Real Estate, 10*(3), 208-223.
VROM. (1992). *Eenvoudige oplossingen? grote verbeteringen: Woongeriefonderzoeken als ingang voor kwaliteitsverbetering van woningen*. Den Haag: VROM.
VROM. (2000). *Nota wonen, Mensen, wensen, wonen* (VROM, Trans.). Den Haag.
Rijksbegroting 2002 (2002).
VROM. (2007). *Primos prognose 2007*
De toekomstige ontwikkeling van bevolking, huishoudens en woningbehoefte (VROM, Trans.). Den Haag.
VROMraad. (1999). *Stad en wijk: verschillen maken kwaliteit*. Almere: Vromraad.
Vroon, T., Balder, M., & Heemink, E. (2010). Nu even niet. *Senior*.
Vulperhorst, L. (2004). Corperaties hebben nieuwe ideologie nodig. *Building Business, mei*(4).
Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning), 30 131 C.F.R. (2006).

Waard, J. v. d. (2010). *Scènes in de Copy Corner. Van vluchtige ontmoetingen naar publieke vertrouwdheid*. Amsterdam: SUN Trancity.
Wagemann, C., & Schneider, C. Q. (2010). Standards of good practice in qualitative comparative analysis (QCA) and fuzzy-sets. *Comparative Sociology*.
Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: biographic narratives and semi-structured methods*. London: SAGE.
Werf, M. v. d. (1989). *Bewonerspreferenties en gebruikerskwaliteit*. Delft: Researchinstituut voor woningbouw, Volkhuisvesting en Stadsvernieuwing, Delft.
Wijer, K. v. d. (2012). *The effectiveness of networks focused on the Social Support Act in Dutch local municipalities.* Master, Tilburg University, Tilburg.
Wijnties, M. P., H. (2004). *Toepassingsvormen van kleinschalig wonen, plaats en samenhang van kleinschalig wonen binnen de eigen organisatie en binnen het totale zorgaanbod in de wijk*. 4. Retrieved from
Willemse, B., Smit, D., de Lange, J., & Pot, A. M. (2009). *Monitor Woonvormen Dementie*. Utrecht: Trimbos instituut.
Wouden, R. v. d., & Kullberg, J. (2002). Stijloefeningen, leefstijlen in onderzoek en praktijk. *Stedebouw & Ruimtelijke Ordening, 6*.
Wright, E. O. F., A. (2004). Een pleidooi voor actief burgerbestuur. *Socialisme en Democratie, 61*, 36-43.
WRR. (2012). Vertrouwen in burgers. Synopsis van WRR-rapport 88. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
Yannow, D., & Schwarz-Shea, P. (2006). *Interpretation And Method: Empirical Research Methods And the Interpretive Turn*. New York: M.E. Sharp inc.
Yin, R. K. (1989). *Case Study Research. Design and methods*. Thousand Oaks: SAGE.
Zapf, W. (1984). Individuelle Wohlfahrt und wahrgenommene Lebensqualität In W. Glatzer & W. Zapf (Eds.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland. Objektive Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden* (pp. 13-26). Frankfurt/New York.
Van Zijp, C. (1997). *Zorg(organisaties) op maat. Een zoektocht naar de gevolgen van schaalgrootte in gecombineerde verpleeghuizen*. Utrecht: Moret & Young.
Zwart-Olde, I., Jacobs, M., & Broese van Groenou, M. (2013). Zorgnetwerken van kwetsbare ouderen. Onderzoeksrapportage voor hulpverleners, onderzoekers en (beleids)medewerkers in de ouderenzorg. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit Sociale Wetenschappen VUmc/EMGO+.
Zwart, S. (1989). *woonecologie*. Wageningen: Vakgroep wonen LH.

Overzicht figuren

Figuur 1 Woningen in woonzorgcomplexen (KCWZ, 2010; Neele, 2004) 25
Figuur 2 Verbreding zorgzwaarte woonzorgcomplexen 26
Figuur 3 Voorlopig conceptueel model met nummers deelvragen 30
Figuur 4 Onderzoeksopzet op hoofdlijnen 32
Figuur 5 Context binnen het conceptueel model 36
Figuur 6 Drie groepen contextuele invloeden ouderenhuisvesting 37
Figuur 7 Procentuele verdeling woonzorgvoorzieningen in relatie tot zorgbehoefte 45
Figuur 8 STAGG model (1995) 48
Figuur 9 Verbanden tussen invloeden op de ouderenhuisvesting 1950-2040 53
Figuur 10 Veranderingen wetgeving en financiering ouderenhuisvesting in de onderzoeksperiode 65
Figuur 11 Fysieke schaalgrootte in het conceptueel model met nummers deelvragen 69
Figuur 12 Driedeling fysieke schaalgrootte: relatieve, externe en interne 72
Figuur 13 Doelgroepenmenging in het conceptueel model met nummers deelvragen 79
Figuur 14 Groepen en waarden WIN-model NIPO (Hessing & Reuling, 2003) 81
Figuur 15 Profielen van ouderen (De Kam, et al., 2012) 82
Figuur 16 Voorzieningenniveau in het conceptueel model met nummers deelvragen 88
Figuur 17 Voorzieningenniveaus in behoeftepiramide (Maslow, 1943) 92
Figuur 18 Sociale kwaliteit van wonen in het conceptueel model met nummers deelvragen 95
Figuur 19 Overzicht relevante definities gebouw- en woonkwaliteiten 97
Figuur 20 Vier sectoren van Kwaliteit van Leven (Lawton, 1983) 101
Figuur 21 Lawton's Ecological Model of Aging (EMA), 1973 (Moore, 2003) 102
Figuur 22 Controlevariabelen in het conceptueel model 106
Figuur 23 Besluitvorming in het conceptueel model met nummers deelvragen 108
Figuur 24 Actoren woonzorgcomplex en hun positie in het besluitvormingsproces 109
Figuur 25 Bereikbaarheid van bewoners door de overheid (Hessing & Reuling, 2003) 113
Figuur 26 Vastgoed als een van de vijf productiemiddelen naar Joroff, 1993 114
Figuur 27 Vastgoedmanagement: besluitvorming t.a.v. toegevoegde waarde 115
Figuur 28 Conceptueel model met nummers deelvragen 117
Figuur 29 Model van lerend onderzoek (Banathy & Jenlink, 1996) 124
Figuur 30 Twee wijzen van discipline gerichte inquiry (Banathy & Jenlink, 1996) 124
Figuur 31 Realistic Evaluation Cyclus naar Pawson, 1997 (De Vries, 2007) 126
Figuur 32 Ineengrijpende evaluatiecycli van professie en disciplinegerichte inquiries 127
Figuur 33 Kwantitatieve en kwalitatieve triangulatie (Fellows & Liu, 1997) 128
Figuur 34 Positie onderzoek in continuüm van onderzoeksparadigma's 128
Figuur 35 Onderzoekstrategie op hoofdlijnen 134

Figuur 36 Waargenomen spectrum van de fysieke schaalgrootte in het vooronderzoek .137
Figuur 37 Bureauonderzoek binnen het onderzoeksmodel op hoofdlijnen 138
Figuur 38 Aantal aanvragen V&V 2001-2007 140
Figuur 39 Gescreende aanvragen V&V 140
Figuur 40 Selectie projecten CBZ 141
Figuur 41 Selectie projecten KCWZ 141
Figuur 42 Voorbeeld boxplot 145
Figuur 43 Casestudy binnen het onderzoeksmodel op hoofdlijnen 146
Figuur 44 Bronnen- en methodetriangulatie 147
Figuur 45 Plattegrond De Sfinx (Zeewolde) met nummering observaties 151
Figuur 46 Fragment interviewguide 155
Figuur 47 Printscreen query Atlas ti 164
Figuur 48 Voorbeeld kwantitatieve opbouw queries per groep respondenten 166
Figuur 49 Voorbeeld kwantitatieve opbouw queries per set 167
Figuur 50 Voorbeeld presentatie resultaat van een thema 171
Figuur 51 Mixen van kwantitatieve en kwalitatieve data (Creswell, 2008) 175
Figuur 52 Onderzoeksmodel met triangulatie verschillende fasen en onderdelen 176
Figuur 53 Bureauonderzoek binnen het onderzoeksmodel 182
Figuur 54 Onderzochte variabelen en deelvragen in het bureauonderzoek 183
Figuur 55 Woonzorgcomplexen naar bouwjaar (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 185
Figuur 56 Woonzorgcomplexen per provincie (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 186
Figuur 57 Verdeling dorp en stad naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010).....187
Figuur 58 Spreiding fysieke schaalgrootte (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 188
Figuur 59 Schaalsgroepen fysieke schaalgrootte (KCWZ, 2010) 189
Figuur 60 Fysieke schaalgrootte naar bouwjaar (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 190
Figuur 61 Fysieke schaalgrootte naar situering in stad of dorp (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 191
Figuur 62 Fysieke schaalgrootte naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 192
Figuur 63 Doelgroepenmenging (CBZ, 2010; KCWZ, 2010).....193
Figuur 64 Doelgroepenmenging naar bouwjaar, (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 194
Figuur 65 Doelgroepenmenging naar situering dorp of stad (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 195
Figuur 66 Doelgroepenmenging naar regio (CBZ, 2010; KCWZ, 2010) 196
Figuur 67 Voorzieningniveau per categorie (KCWZ, 2010) 197
Figuur 68 Voorzieningenniveau naar bouwjaar (KCWZ, 2010) 198
Figuur 69 Voorzieningenniveau naar situering dorp of stad (KCWZ, 2010) 200
Figuur 70 Voorzieningenniveau naar regio (KCWZ, 2010) 201
Figuur 71 Doelgroepenmenging naar fysieke schaalgrootte 206
Figuur 72 Relatie Fysieke schaalgrootte – Voorzieningenniveau (KCWZ, 2010) 207
Figuur 73 Voorzieningenniveau naar doelgroepenmenging (KCWZ, 2010) 208
Figuur 74 Casestudy binnen het globale onderzoeksmodel 212
Figuur 75 Onderzochte variabelen en deelvragen in de casestudy 213

Figuur 76 Spreiding cases naar regio en situering dorp – stad 216
Figuur 77 Spreiding cases naar regio en fysieke schaalgrootte 216
Figuur 78 Inwoneraantal plaats - fysieke schaalgrootte 217
Figuur 79 Onafhankelijke en mediërende variabelen x sociale kwaliteit van wonen 228
Figuur 80 Onafhankelijke x mediërende variabelen 229
Figuur 81 Context x onderzoeksvariabelen 230
Figuur 82 Controlevariabelen x onderzoeksvariabelen 231
Figuur 83 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per situering in dorp of stad 233
Figuur 84 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per regio 234
Figuur 85 Tevredenheid gebouwkwaliteit 235
Figuur 86 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set fysieke schaalgrootte 236
Figuur 87 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set doelgroepenmenging 237
Figuur 88 Tevredenheid gebouwkwaliteit per set voorzieningenniveau 238
Figuur 89 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set fysieke schaalgrootte.....242
Figuur 90 Schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen per set fysieke schaalgrootte....244
Figuur 91 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set doelgroepenmenging 268
Figuur 92 Doelgroepenmenging en sociale kwaliteit van wonen per set doelgroepenmenging 270
Figuur 93 Tevredenheid sociale kwaliteit van wonen per set voorzieningenniveau 290
Figuur 94 Voorzieningenniveau en sociale kwaliteit van wonen per set voorzieningenniveau 292
Figuur 95 Tevredenheid voorzieningencategorie per set voorzieningenniveau 293
Figuur 96 Onderzoeksvariabelen en Sociale kwaliteit van wonen/Context.....315
Figuur 97 Onderzoeksvariabelen x indicatoren Sociale kwaliteit van wonen/Context.....316
Figuur 98 Tevredenheid onderzoeksvariabelen 317
Figuur 99 Conceptueel model 354
Figuur 100 Bijgesteld conceptueel model op basis empirisch onderzoek 357
Figuur 101 Aangepaste rol gemeente en bewoners in het model besluitvormingsproces425
Figuur 102 Concept inhoudsopgave Hardcopy Beschut Zelfstandig Wonen Atlas 428
Figuur 103 Impressie uitgewerkt project Beschut Zelfstandig Wonen Atlas 436
Figuur 104 Fragment FCO IM Model online Beschut Zelfstandig Wonen-atlas 437
Figuur 105 Keuzebox en overview cases NL, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas.....438
Figuur 106 Locatie en zorginfo gemeente, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas.....438
Figuur 107 Case info en beelden, online Beschut Zelfstandig Wonen Atlas 438

Overzicht tabellen

Tabel 1 Niveaus van zorgzwaarte....85
Tabel 2 Voorzieningen KCWZ, KB en ZGN gekoppeld aan voorzieningenniveau 93
Tabel 3 Aspecten en waarden van ruimtelijke kwaliteit (Hooimeijer 2001)....99
Tabel 4 Provincies gegroepeerd in regio's 107
Tabel 5 Vier assumpties (Banathy & Jenlink, 1996; Groat & Wang, 2002) 121
Tabel 6 Kenmerken theoretische posities in kwalitatief onderzoek (Flick, 2006)....122
Tabel 7 Dit onderzoek binnen mixed methods ontwerp matrix 130
Tabel 8 Bezochte woonzorgprojecten vooronderzoek 136
Tabel 9 Relevante data KCWZ voor onderzoeksvariabelen 143
Tabel 10 Concept strategische selectie....148
Tabel 11 Definitieve strategische selectie....149
Tabel 12 Inclusiecriteria cases....150
Tabel 13 Fragment observatieschema 152
Tabel 14 Samenstelling observatie & interviewteams....156
Tabel 15 Dagschema's Observatie+Interviews najaar 2011 157
Tabel 16 Lengte van de interviews....158
Tabel 17 Vragen observatieschema gekoppeld aan conceptueel model....158
Tabel 18 Codering narratieven....161
Tabel 19 Uitgevoerde queries Atlas ti 164
Tabel 20 Schaalgrootte x Sociale interactie 168
Tabel 21 Patronen bewoners geordend in thema's....169
Tabel 22 Patronen professionals en beslissers geordend in thema's 170
Tabel 23 Voorbeeld waarheidstabel (Verweij & Gerrits, 2012) 173
Tabel 24 Stappenplan data-analyse casestudy 173
Tabel 25 Correlatie onderzoeksvariabelen archief CBZ 203
Tabel 26 Correlatie onderzoeksvariabelen database KCWZ 204
Tabel 27 Positionering cases naar fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging 214
Tabel 28 Positionering cases naar fysieke schaalgrootte – intern voorzieningenniveau...215
Tabel 29 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Fysieke Schaalgrootte 240
Tabel 30 Strategische selectie fysieke schaalgrootte....241
Tabel 31 Beschrijf de sfeer/ het leefklimaat in het complex 264
Tabel 32 Zou je jezelf hier veilig voelen? 265
Tabel 33 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Doelgroepenmenging....266
Tabel 34 Strategische selectie fysieke schaalgrootte – doelgroepenmenging 267
Tabel 35 Beschrijf de sfeer / het leefklimaat in het complex....286
Tabel 36 Zou je jezelf hier veilig voelen? 287
Tabel 37 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen Voorzieningenniveau....288
Tabel 38 Sets, strategische selectie fysieke schaalgrootte – intern voorzieningenniveau 289
Tabel 39 Beschrijf de sfeer / het leefklimaat in het complex....312
Tabel 40 Zou je jezelf hier veilig voelen? 313
Tabel 41 Getoetste hypothesen en aanvullende bevindingen professionals en beslissers 314

Overzicht foto's

Foto 1 Domus Bona Ventura, Nederweert 2007....24
Foto 2 Gemengd met zwaardere zorg. St. Annahof, Uden 2008....26
Foto 3 Verjaarsdagkoffie, Ny Dekama, Wierum 2000....27
Foto 4 Zeer grootschalig woonzorgcomplex. Bergweg, Rotterdam 1995....28
Foto 5 Begijnhof Amsterdam, 14e eeuw....38
Foto 6 Serviceflats jaren zestig....41
Foto 7 Verzorgingshuis De Vossenberg, jaren zeventig....42
Foto 8 Middelgroot woonzorgcomplex Oklahoma, Amsterdam 1997....47
Foto 9 KWA Stift im Hohenzollernpark, Berlijn Duitsland, 2002....57
Foto 10 Pantiles House, London Groot-Brittannië....58
Foto 11 Mod Møllestien, Aarhus Denemarken....59
Foto 12 Centrale ruimte in woonzorgcomplex Reinalda, Alkmaar 2006....89
Foto 13 Herinneringsmuseum Humanitas....90
Foto 14 Niet-participerende observatie De Berken (Milheeze)....150
Foto 15 Interview met bewoner St. Franciscus (Veendam)....154
Foto 16 Tijdelijke werkplek observatiedag Nije Dekama....157

N.B. Alle foto's zijn gemaakt door de onderzoeker en met toestemming van de gefotografeerden.

Lijst met afkortingen

Aedes	branchevereniging voor woningcorporaties
AiH	lectoraat Architecture in Health
ActiZ	brancheorganisatie zorgondernemers
ADL	Algemene Dagelijkse Levensbehoeften
ANBO	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
Arcares	voorganger ActiZ, brancheorganisatie zorgondernemers
AVI	Academie voor Industriële Vormgeving
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BQA	Building Quality Assessment
CBPR	Centre for Building Performance Research
CBZ	College Bouw Zorginstellingen (ook wel Bouwcollege)
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CIZ MO	Centrum Indicatiestelling Zorg, Maatschappelijke Ondersteuning
CTG	Centraal orgaan Tarieven Gezondheidszorg
IMR	Institute for Management Research
IQR	Interkwartielafstand
HAN	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
KCWZ	KennisCentrum Wonen-Zorg, Aedes-ActiZ
LCVAC	Landelijke contact vrouwen advies commissie
NETHUR	Netherlands Graduate School of Urban & Regional Research
NZA	Nederlandse Zorg Autoriteit
PGB	Persoons Gebonden Budget
REN	Real Estate Norm
RU	Radboud Universiteit
SEV	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TUE	Technische Universiteit Eindhoven
TUD	Technische Universiteit Delft
TU Twente	Technische Universiteit Delft
VAC	Vrouwen Advies Commissie
VROM	ministerie van Verkeer, Ruimtelijke Ordening en Milieu
V & V	Verpleging en Verzorging
VWS	ministerie van Volkshuisvesting Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WoZoCo	Woonzorgcomplex
WoSeZo	Woonservicezone
ZGB	(lectoraat) ZorgGericht Bouwen
ZZP	Zorg Zwaarte Pakket



CV Auteur

Geboortedatum en plaats:	11 april 1964, ‘s- Hertogenbosch
Nationaliteit:	Nederlandse
Opleiding:	Technische Universiteit Eindhoven, 1989, Architectuur + Stedebouw
	Kruisheren Kollege Uden, 1982, OVWO

Werkervaring

2013-heden
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Instituut Built Environment, Senior docent-onderzoeker

2007-2012
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Lectoraat zorggericht bouwen
coördinator kenniskring

1997-2008
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Bouwkunde, hogeschoolhoofddocent

1995-2008
Fundament, Architectuur + Stedebouw architect, directeur-eigenaar

2003-2007
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Lectoraat Embedded Systems kenniskring

2001-2006
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Gezondheidszorgtechnologie, Docent

1996-heden
Thieme Meulenhoff, auteur Jellemaserie

1995-1997
Hogeschool Haarlem, Bouwkunde, docent

1991-1995
Architectenbureau Schippers BV projectarchitect

1991
Atelier PRO Architekten BV, assistent-ontwerper

1989-1991
Directie Materieel Koninklijke Luchtmacht, projectofficier bouwvoorbereiding

Wetenschappelijke publicaties

“The Assisted Living Atlas” in "101 Innovations fro active aging: From the onset of mankind to nowadays" ISG*ISARC2012, Who is afraid of aging?

“The desirable scale, weighing social quality of assisted living facilities” ISG*ISARC2012, Who is afraid of aging?

“Choices in scale, guided by quality or legislation?”. ENHR 2012

“Deciding on declining, an analyzing tool for concepts on housing, care & services.”. CFP RGS IBG 2012

Vakbladen:

“Beïnvloedt de bouwvorm de sociale interactie in woonzorgcomplexen?”. SeniorVAK 2012

“De GroenGrijze blik, analyse-instrument voor bestaande en nieuwe woonconcepten”. SeniorVAK 2011

“Stap voor stap naar geschikte locatie”. Facilitair & Gebouwbeheer 2011

“Nieuwe generatie woonzorgcomplexen”. Hannovatie 2010

“Senioren worden minderheid in woonzorgcomplex”. Zorgvisie 2010

Betrokken partijen

CBZ
Direct betrokken als extern opdrachtgever is het College Bouw Zorgvoorzieningen (CBZ) in Utrecht. TNO is, als opvolger van het kenniscentrum van CBZ, betrokken via het Centrum voor Bouw en Zorg, contactpersoon Joram Nauta.
Het archief van CBZ wordt gebruikt om de Verpleging & Verzorgingsprojecten te raadplegen. Hieruit zal in een bureauonderzoek de populatie van woonzorgcomplexen tussen 1998 en 2008 worden onderzocht.

KCWZ
Het Aedes-Actiz kenniscentrum wonen, welzijn, zorg is betrokken. Aedes en ActiZ vormen de koepels van de woningcorporaties en zorgorganisaties in Nederland
Het kenniscentrum beheert een databank van woonzorgvoorzieningen. De contactpersonen waren Danielle Harkes en Monique Wijnties. De databank woonzorgcomplexen is rechtstreeks en compleet beschikbaar voor het bureauonderzoek.

HAN
Het lectoraat Lokale dienstverlening in klantperspectief van de Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) leverde een copromotor en kennis en reflectie op het gebied van narratieve methode en dialoogmethode en het thema inclusie.
Het lectoraat Architecture in Health, voorheen ZorgGericht Bouwen, van de Faculteit Techniek aan de HAN leverde, naast de nodige faciliteiten, studenten die de dataverzameling van het bureauonderzoek en de casestudy uitvoerden. Het Instituut Built Environment van de faculteit Techniek aan de HAN was in de eerste jaren en tijdens de afronding de werkplek van waaruit ik het promotieonderzoek als promovendus verrichtte.

TUDelft
De Technische Universiteit Delft, Faculteit Bouwkunde, afdeling Real Estate en Housing leverde Theo van der Voordt als een van beide copromotoren en faciliteiten zoals colloquia voor promovendi en kennis en reflectie op het thema woonkwaliteit en besluitvormingsmodellen.

RU
Aan de Radboud Universiteit, Faculteit Managementwetenschappen, was de bijzondere leerstoel Maatschappelijk ondernemen de thuisbasis voor deze promotie, met naast de begeleiding van de twee promotoren George de Kam en Peter Ache, de benodigde faciliteiten als cursussen onderzoeksvaardigheden en kennis en reflectie op het snijvlak zorg en bouw en institutionele factoren.

24 Woonzorgcomplexen
Separaat mogen worden genoemd de 24 bezochte woonzorgcomplexen in het gehele land en de gastvrijheid en medewerking aan observatie en interviewdagen.



Met dank aan

Begeleidend Lector
2008-2012
Mr. Tom Vroon

Junioronderzoekers
2010-2012
Ing. Marijtje Balder
Dataverzameling, organisatie studentenprojecten en SPSS analyse

2011-2012
Drs. Gideon Visser
Transcriberen, codering en ATLAS ti analyse

Afstudeerders en minorstudenten met gekoppelde projecten

2012
Typologieën; in- en externgerichtheid Bouwkunde:
Daan Heinen. Richard Wartlich

Verhuisargumenten senioren
Ergotherapie, Bouwkunde, GZT:
Marjolein Possel, Wouter Schokkin, Petra Heuvelmans

Healing environments: ontmoeten
Facilitair Management
Floor ter Horst, Sanne Hendriks

Energieverbruik zorginstellingen
Bouwkunde:
Ulas Pekci

Zorg op afstand:
Gezondheidszorgtechnologie
Remco Post

2011
Het voorzieningenniveau
Facilitair Management:
Bart Reijntjes, Roy Schouwenaars

De doelgroepenmenging
Verpleegkunde:
Joanne Ouwerkerk, Irene Hekkelman

Afwegingen tijdens ontwikkeling
Bouwkunde:
Lisa Sikkema

2010
Typologieën
Bouwkunde:
Roy Sluiter

2009
De Online WoZo-atlas
Informatica Communicatie Academie
Steve Doeve
Sebastiaan Hendriks
Gerben Danen
Laurens van Uijthoven,
Carlijn de Water

2009
De Wozo-calculator
Bouwkunde:
Arjan van Peer, Maarten Tankink, Rob Helmes

2008
Vooronderzoek
Bouwkunde:
Laurens Holstege, Herman Drenth, Mohammad Kilicoglu, Fedde Holwerda

Transcribeerders

Karin Bakermans
Floris te Boekhorst
Silke Spierings
Paulien Jansen
Daphne van ‘t Sant
Loes Huisseling
Jansje Kamerling
Olivier Sluijters
Gijs van der Gulden
Maarten Kwakernaak
Gideon Visser
Jona Janssen

Codeerders

Gijs van der Gulden
Maarten Kwakernaak
Gideon Visser
Jona Janssen

Experts

KennisCentrum Wonen-Zorg, Danielle Harkes
Humanitas, Hans Becker
TNO Centrum Zorg en Bouw, Joram Nauta

Overig

Boekhandel Bert van der Heijden, Uden
Ingrid Bouwer

In memoriam

Met speciale dank aan Jeroen Singelenberg (†2012), SEV, voor de inspirerende woorden en het jarenlange onderzoek naar woonzorgcomplexen en woonservicegebieden.

Bijlagen www.BZWatlas.nl

1. Verslagen gesprekken experts
2. Achtergrondartikelen woonzorg Zorgvisie
3. Ruwe data Archief CBZ
4. Ruwe data databank KCWZ
5. Bewerkte data Archief CBZ
6. Bewerkte data databank KCWZ
7. Congrespapers
8. Strategische selectie casestudy
9. Belinstructie
10. Nabelschemas
11. Informatiebrieven deelnemers
12. Observatieschema casestudy
13. Projectobservaties casestudy
14. Interviewguides casestudy
15. Controle inclusiecriteria respondenten
16. Interviews casestudy
17. Transcribeer- en codeeroverzicht
18. Patronen interviews

Colofon

© 2014 Dort Spierings Nijmegen/Arnhem/Uden

Ontwerp: Dort Spierings
Druk: Eerste druk
Oplage: 450 exemplaren
Cover design: Dort Spierings i.s.m. Hanny van Eldonk
Printed by: Proefschriftmaken.nl || Uitgeverij BOXPress
Published by: Uitgeverij BOXPress, 's-Hertogenbosch

ISBN 978-90-8891-886-5