

# TOEKOMSTSCENARIO'S EN PLANOLOGISCHE KENGETALLEN WONEN EN ZORG: AAK-KENGETALLEN

**Utrecht, mei 2004**

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg  
Drs. J.P.J. Singelenberg

## INHOUD:

1. Inleiding
2. Toekomstscenario's wonen en zorg
3. Planologische kengetallen wonen en zorg
4. Van bewoners naar woningen
5. Criteria voor een woonzorgzone en een servicewijk

## BIJLAGEN:

1. Verschillen tussen de eerste en de tweede editie
2. Kengetallen: methodiek stap voor stap
3. Begrippenlijst
4. Overzicht woon- en zorgvormen

## 1. INLEIDING

Nederland moet klaar zijn voor de 75 jaar oude geboortegolf die straks vanaf 2020 begint binnen te rollen. Voor die tijd moet de verouderde woonzorgstructuur op orde zijn. Als planningshorizon is gekozen voor het jaar 2015, dat is drie regeerperioden vooruit zien.

De planologische kengetallen zijn bedoeld als hulpmiddel voor woon- en zorgaanbieders, gemeenten en provincies die de toekomstige behoefte aan woon- en zorgvoorzieningen willen inschatten. Dit is van belang als onderlegger voor een ruimtelijk plan of voor een meerjaren investeringsplan.

Tot voor kort was de planning van zorgvoorzieningen gebaseerd op de normen uit de Wet Ziekenhuis Voorzieningen, terwijl bij de bepaling van de woningbehoefte nog weinig rekening werd gehouden met de bevolking met een zwaardere zorgvraag.

Het nieuwe denken kiest als uitgangspunt dat in elke wijk en elk dorp de mogelijkheid wordt geboden tot wonen gecombineerd met zorg en welzijn. Zorgbehoefte noopt niet langer tot verlaten van de eigen woonomgeving en verhuizen naar een grotere regionale zorgvoorziening. Slechts een beperkte tweedelijns verblijfs capaciteit blijft nodig op het bovenlokaal niveau.

Dit model wordt al sinds 20 jaar algemeen toegepast in de Scandinavische landen en is voor Nederland uitgewerkt in het zogenaamde STAGG- scenario.<sup>1</sup>

De grote vraag is natuurlijk: in welk tempo kunnen we de oude voorzieningenstructuur transformeren? En hoe kunnen we een nieuwe woonzorgstructuur zo flexibel inrichten dat deze meegroeit met verdere ontwikkelingen, waaronder de vergrijzing? In het STAGG-scenario werd uitgegaan van de montere veronderstelling dat de transformatie rond het jaar 2015 voor een groot deel zijn beslag zou hebben gekregen, met enig tempoverschil tussen de diverse zorgsectoren. Dit uitgangspunt is ook terug te vinden in de eerste editie van de planologische kengetallen (IWZ, maart 2002).

<sup>1</sup> Verblijven of wonen, zorg voor een ieder, door J.J.W. Heuvelink en J.P.J. Singelenberg, Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, 2<sup>e</sup> druk, Amsterdam, 2000.

Inmiddels zijn we weer twee jaar verder en kunnen we constateren dat de ontwikkelingen richting extramuralisering, kleinschaligheid en scheiding wonen/zorg landelijk gezien achterblijven ten opzichte van het scenario. Wat betreft de verzorgingshuizen wordt de extramuralisering geremd door de toenemende zorgzwaarte in de huizen en door de druk vanuit de verpleeghuizen als gevolg van de oplopende wachtlijsten voor dementerende ouderen. Daarbij speelt ook nog dat de verzorgingshuizen sinds de overgang naar de AWBZ in 2001 in een onduidelijke en onzekere situatie terecht zijn gekomen wat betreft wet- en regelgeving. Andere knelpunten zijn het gebrek aan bouwlocaties en het woonlastenprobleem voor ouderen met lage inkomens.

Ook de bouw van kleinschalige groepswooningen als alternatief voor verpleeghuizen, hoewel toenemend, blijft nog ver achter bij het STAGG-scenario.

Valt te verwachten dat het tempo van vernieuwing alsnog zal aantrekken in het komende decennium? De algemene woningbouwproductie is nog steeds laag, de planologische knelpunten bestaan nog steeds en de voorwaarden om extramuraal te gaan werken zijn voor zorgaanbieders nog steeds niet erg gunstig. En ook het probleem van de boekwaarde van functionele verouderde zorggebouwen is nog steeds niet bevredigend opgelost, hoewel een oplossing wel in zicht lijkt. Daar staat tegenover dat de aandacht voor wonen en zorg bij de provinciale en lokale overheden sterk is toegenomen. Er worden 'aanjaagteams' opgezet om fricties op te lossen en de bereidheid om ruimte te scheppen voor wonen en zorg is ontegenzeggelijk toegenomen. Ook neemt de 'samenwerkingsdichtheid' tussen woningcorporaties en zorgaanbieders voortdurend toe. En de eerste private ontwikkelaars wagen zich schuifelend op het gladde ijs van wonen en zorg.

Er zijn tal van plaatsen in het land waar grote vooruitgang wordt geboekt in het dubbele proces van uitbreiding en vernieuwing van wonen en zorg. Ook is er nog steeds een grote mate van consensus over het uiteindelijke doel: aan iedere oudere en gehandicapte de keuze bieden om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, met zorg in de buurt. Het ligt dan ook niet in de rede om nu al de handdoek in de ring te werpen en het ambitieuze STAGG-scenario dat in het jaar 2000 werd opgesteld nu al terzijde te schuiven. Wel is het zaak om er een wat behoedzamer scenario aan toe te voegen, omdat te verwachten is dat in het land toenemende tempoverschillen zullen ontstaan wat betreft het proces van extramuralisering. Zo kan iedere regio, stad of dorp zelf haar tempo kiezen.

In het najaar van 2003 zijn nieuwe scenariostudies gepubliceerd door bureau ABF Research, in opdracht van de ministeries van VROM en VWS.<sup>2</sup>

Deze studies, die niet alleen op landelijk niveau maar ook op regionaal niveau kengetallen verschaffen, zijn gebaseerd op de uitkomsten van het Woningbehoefte Onderzoek 2002 en het Onderzoek Ouderen in Instellingen 2000.

In deze uitgave van de Planologische Kengetallen Wonen en Zorg wordt het ABF-scenario naast het STAGG-scenario geplaatst.

Op basis van beide scenario's zijn twee modellen doorgerekend die het tempoverschil van de vernieuwing aanduiden:

Scenario ABF: *Andante* (= rustig)

Scenario STAGG: *Presto* (= snel).

In beide modellen zijn de landelijke kengetallen vertaald naar kengetallen voor een gemiddeld woongebied van 10.000 inwoners. Aangegeven wordt hoe correcties voor de plaatselijke situatie het beste kunnen worden aangebracht.

<sup>2</sup> Regionale analyses wonen en zorg, J.Brouwer (ABF research), Den Haag, januari 2003; Nationale analyse zorg en wonen, G. Sogeleer (ABF Research), Den Haag oktober 2003.

Wat betreft definities en terminologie is de recente beleidsbrief over wonen en zorg van VWS en VROM als uitgangspunt gekozen.<sup>3</sup> In deze beleidsbrief is het ABF-scenario als uitgangspunt gekozen, hetgeen correspondeert met de kengetallen uit het model *Andante*.

Het tempoverschil tussen beide scenario's is relatief het grootst voor de groep die de zwaarste zorg behoeft. Waar het STAGG-scenario een forse toename voorziet van het extramurale *beschermd wonen*, voorziet ABF nog een flinke groei van intramurale verpleeghuis capaciteit.

Het verschil is echter ten dele een definitiekwestie. Beschermd wonen wordt, hoewel kleinschalig en in de wijk gelegen, doorgaans nog steeds gerealiseerd binnen het intramurale bouwregime, en wordt dan door VWS tot de verpleeghuiscapaciteit gerekend.

ABF gaat dus uit van het bouwregime, STAGG van de inhoudelijke verschillen in woon- en zorgvormen.

---

<sup>3</sup> Investeren voor de Toekomst, de kwantitatieve opgave voor wonen, zorg en welzijn, Ministerie van VROM, Den Haag september 2003.

## 2. TOEKOMSTSCENARIO'S WONEN EN ZORG

De getallen en percentages hebben betrekking op het landelijk beeld, waarvan het plaatselijk beeld uiteraard sterk kan afwijken. De prognoses hebben betrekking op de ontwikkeling tussen het jaar 2000/2002 en het jaar 2015.

### 2.1 Demografische component

De toename van het aantal ouderen en gehandicapten is tamelijk goed voorspelbaar voor de komende periode. Voor wonen met zorg is vooral de leeftijdsklasse 75 plus van belang, de zogenaamde 'vierde leeftijd'. Van de bevolking van 75 jaar en ouder is bijna de helft op een of andere wijze klant van de zorg: 31% ontvangt thuiszorg en 15% verblijft in een verzorgingshuis of verpleeghuis.

De verwachte toename van 75-plus bedraagt tot 2015 gemiddeld 1,5% per jaar.<sup>4</sup>

Tabel 1 Ontwikkeling bevolking van 75 jaar en ouder in Nederland

Jaar	2003	2015
Bevolking Nederland	16,2 miljoen	17,0 miljoen
Bevolking 75 +	1,0 miljoen	1,2 miljoen
Percentage 75 +	6,2 %	7,1 %

Primos bevolkingsprognose

Zal de zorgbehoefte navenant toenemen? Dat hangt af van de samenhang tussen leeftijd en gezondheid plus fysieke en psychische beperkingen.

Wat betreft de ontwikkeling van gezondheid en fysieke handicaps zijn er twee scholen. De expansietheorie gaat er van uit dat de extra levensjaren boven de 75 jaar vooral ongezonde jaren zullen toevoegen aan het leven, met veel beroep op de gezondheidszorg. De compressietheorie daarentegen veronderstelt een positief effect van steeds betere gezondheidszorg en gezondere leefgewoonten, waardoor het beroep op gezondheidszorg ook op hogere leeftijd minder frequent wordt.

De demografen kennen een heel belangrijke invloed toe aan het rookgedrag. Wanneer bereikt de minder-rokende generatie de leeftijd van 75 jaar? Nog niet massaal voor het jaar 2015.

We nemen als uitgangspunt voor de kengetallen dat de groei van het aantal 75-plussers nog steeds een evenredige groei van het aantal zorgvragers blijft veroorzaken. In ieder geval tot 2015.

Een extra groei van de zorgvraag valt echter te verwachten in de categorie mensen met verstandelijke of mentale beperkingen. In 2000 leed al ongeveer een op de zes 75 plussers (17%) aan een of andere vorm van dementie; voor degenen die ouder zijn dan 85 jaar is dit een op de drie. De grootste groei wordt veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer, de belangrijkste vorm van dementie. Het aantal levensjaren nadat de eerste symptomen zijn geconstateerd blijft toenemen. Daarom wordt met name voor de groep ouderen met dementie een groei verwacht die groter is dan die voor de populatie 75 plus als geheel. Het advies over Dementie van de Gezondheidsraad<sup>5</sup> bevat de volgende prognose:

Tabel 2 Groei van de populatie dementerende ouderen

Jaar	Aantal dementerenden	Jaarlijkse groei
2000	170.000	
2010	207.000	2,2 %
2030	355.000	3,6 %

Bij deze prognose is geen rekening gehouden met de mogelijke ontwikkeling van nieuwe medicijnen of andere therapieën die de ziekte van Alzheimer zouden kunnen remmen. Naar de huidige stand van zaken echter zal het minstens 15 jaar duren eer er een goed medicijn of vaccin tegen de ziekte op de markt is.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Rapportage Ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag mei 2001.

<sup>5</sup> Dementie, advies van de Gezondheidsraad, maart 2002.

<sup>6</sup> Elsevier, nr 45, 10 november 2001, José van der Sman: Extreem vergeetachtig, de ziekte van Alzheimer is even raadselachtig als ongeneeslijk. Voorlopig moeten we ermee leren leven.

Voorts groeit het aantal verstandelijk gehandicapten, doordat zij gemiddeld langer in leven blijven. Toename aantal (ernstig) verstandelijk gehandicapten van 2000 tot 2015: 5.000 mensen (10% toename).<sup>7</sup>

Van alle ouderen 75 plus ondervindt 30% een fysieke beperking en 17% een mentale of meervoudige beperking. In totaal ondervond in het jaar 2000 bijna de helft (47%) een functiebeperking, hetgeen correspondeert met het percentage dat professionele hulp ontvangt. Van hen ontving tweederde thuiszorg en eenderde intramurale zorg.<sup>8</sup>

Alles bij elkaar genomen verwachten we tot 2015 een groei van de populatie 75 plus met fysieke beperkingen met 1,5% per jaar en van die met mentale beperkingen met 2,5% per jaar. De totale zorgbehoefte zou dan ongeveer moeten groeien met 2% per jaar; in de eerste jaren minder, in de laatste jaren tot 2015 meer.<sup>9</sup>

In de planologische kengetallen is uitgegaan van een demografische groei van de zorgbehoefte van gemiddeld 2% per jaar voor de periode 2003-2015.

## 2.2. Extramuralisering

Een breed gedragen opvatting is dat het huidige aanbod aan intramurale en semi-murale voorzieningen verouderd en te omvangrijk is. Een deel van de bewoners zou decentraal en extramuraal in de wijk kunnen en willen wonen, overigens wel met handhaving van de huidige zorgintensiteit. Maar in welke mate en hoe snel zal dit proces van extramuralisering verlopen? Hoeveel van de 15% van 75 plus die thans verblijft in intramurale voorzieningen zullen zich in de komende tijd in plaats daarvan aandienen als kandidaat voor een kleinschalige woonvorm met begeleiding en zorg? Of als kandidaat voor een zelfstandige woning, die slechts een aanleunrelatie onderhoudt met een zorgcentrum?

Het STAGG-scenario veronderstelt een versnelling van het proces van extramuralisering in vergelijking met de gemiddeld 1% per jaar die gold in de afgelopen 15 jaar, en maakt een vergelijking met wat nu al extramuraal mogelijk blijkt te zijn in de Scandinavische landen.

Het STAGG-scenario is gebaseerd op de volgende aannamen:

- Verzorgingshuizen: extramurale zorg in 2015 voor de 75% cliënten met lichte tot matige problematiek; in 2000 zullen nog slechts de 25% verzorgingshuisplaatsen overblijven die in 2000 nog een goede functionele en bouwkundige kwaliteit hadden.
- Verpleeghuizen: extramurale zorg is in 2015 mogelijk voor de 33% van de huidige zorgbehoeftegroepen met lichte tot matige problematiek; in 2015 zullen in ieder geval de 45% van de huidige verpleeghuisplaatsen met goede functionele en bouwkundige kwaliteit nog bestaan; na verbouwing op grond van de privacynorm (1-2 persoonkamers) zal in totaal 67% van de verpleeghuisplaatsen zeker tot 2015 in stand worden gehouden.
- Tehuizen voor verstandelijk gehandicapten en woonvormen voor lichamelijke gehandicapten: voortzetting huidige proces van totale extramuralisering.
- Internaten voor verstandelijk gehandicapten: geschat wordt dat ongeveer eenderde van de bewoners op basis van ernstige gedragproblematiek overblijft op de instellingslocaties en dat tweederde kleinschalige zorg zal ontvangen in de wijk.

In Scandinavië heeft men ongeveer 70% van de verpleeghuiscapaciteit weten te extramuraliseren; in Nederland is de koploper<sup>10</sup> nu al ongeveer op eenderde deel extramurale zorg aangekomen, met accent op de afdeling somatiek. De ontwikkeling richting extramurale zorg kan dus nog verder gaan na 2015.

In het Arcares-investeringsplan 2015 worden de uitgangspunten van het STAGG-scenario onderschreven, maar wordt een reductie van de verpleeghuiscapaciteit met 33% niet haalbaar geacht wegens de nog maar recentelijk gestarte ontwikkeling van de extramurale alternatieven (beschermd wonen, verpleeghuiszorg thuis) en de sterke inhaalbehoefte op korte termijn.

Daarom zal als tussenstap in de extramuralisering zo'n 11% van de verpleeghuiscapaciteit voor de eerstkomende 10-15 jaar worden overgeheveld naar de verzorgingshuizen in de vorm van *zorgunits*

<sup>7</sup> Rapportage Gehandicapten, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 1999.

<sup>8</sup> Rapportage Ouderen, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2001.

<sup>9</sup> In het ABF-scenario is een ingewikkelde en meer verfijnde analyse gemaakt op basis van 240 bevolkingsklassen; deze komt uit op een toename van het zorggebruik met 2,25% per jaar tot 2015.

<sup>10</sup> Zorggroep Noord-Limburg; zie: Verpleeghuiszorg thuis in Noord-Limburg, D. Harkes, website Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, juli 2002

*dementie*. Dit betekent ook dat niet 75% maar 50% van de verzorgingshuisplaatsen zal verdwijnen; de overige 25% zal worden omgezet in verpleegplaatsen dementie.

Het ABF-scenario gaat er van uit dat de totale groep cliënten met behoefte aan 24-uurs nabije zorg ook in 2015 in verpleeghuizen zal verblijven; vandaar een groei met 33%. Hierbij wordt overigens niet uitgesloten dat een deel van de verpleeghuisplaatsen kleinschalig in de wijk wordt gerealiseerd. Voor de verzorgingshuizen gaat ook ABF uit van het verdwijnen van de 50% functioneel meest verouderde gebouwen.

Over de gehandicaptensector spreekt het scenario zich niet uit. Ingevuld is een half tempo ten opzichte van STAGG. Dit correspondeert met de lange termijn huisvestingsplannen van enkele grote instellingen in de gehandicaptenzorg.

Tabel 3 Verwachte extramuralisering in 2015 ten opzichte van 2002 volgens drie scenario's

Verblijfsvoorziening	Capaciteit 2002	STAGG	ABF	Arcares
Verpleeghuizen	60.000	- 33%	+ 33% *)	- 22% *)
Verzorgingshuizen	105.000	- 75%	- 50% *)	- 50% *)
Internaten gehandicapten	33.000	- 66 %	- 33% **)	**
Woonvormen en tehuizen gehand.	20.000	- 100 %	- 50% **)	**

\*) inclusief *zorgunits dementie* in verzorgingshuizen

\*\* ) hierover spreekt het scenario zich niet uit; onder ABF is een gehalveerd tempo t.o.v. STAGG ingevuld.

Regionale en lokale partijen zijn uiteraard vrij om een zelf een afwijkend scenario te kiezen. Extramuralisering is immers geen autonome trend, maar het tempo wordt in belangrijke mate bepaald door het wegnemen van belemmeringen. Dus lokale *en* nationale beleidskeuzen zijn bepalend.

De voornaamste belemmeringen op een rijtje:

- Oplossen van de boekwaardeproblematiek voor de verzorgings- en verpleeghuizen: versnelde afschrijving of overname van de excessieve boekwaarde (Rijk).
- Tekort aan bouwlocaties en bouwvolume voor extramurale bouw (gemeente, provincie).
- Hoge onrendabele toppen bij bouw van woonzorgcomplexen (corporaties).
- Cultuuromslag en organisatieverandering bij extramuralisering (zorgaanbieders).
- Investerings nodig in ICT en domotica bij extramuralisering (zorgaanbieders).
- Bij zorgfinanciering is extramurale zorg (tijdelijk) in het nadeel (Rijk).
- Voor cliënten met laagste inkomens is extramuraal pakket niet betaalbaar (Rijk, gemeente).

Het vermogen om deze knelpunten zelf op te lossen zal verschillen naar gelang plaatselijke omstandigheden. Hiermee rekening houden bij de keuze van het scenario.

### 2.3. Gecombineerde woonzorgbehoefte op basis van demografie en extramuralisering

Volgens het STAGG scenario zou de intramurale capaciteit in 12 jaar krimpen van 218.000 naar 91.000, dat is bijna 4% per jaar. Het Arcares scenario komt op ruim 3%, het ABF scenario op iets minder dan 3%. Alle scenario's veronderstellen een versnelling van het huidige tempo van 1,3% per jaar.

Hiertegenover staat dan een groei van de extramurale capaciteit van wonen en zorg, waarvan in het STAGG-scenario ongeveer een derde bestemd is voor de opvang van de demografische groei en twee derde voor de gevolgen van de extramuralisering. In een gebied van 10.000 inwoners komt dit voor de hele periode tot 2015 neer op: 40 woonzorgcliënten erbij o.g.v. demografische groei en 75 woonzorgcliënten o.g.v. extramuralisering. In totaal dus 115 personen (bijna 10 per jaar) extra te huisvesten in verband met wonen en zorg.

Houden we daarentegen het ABF-scenario aan, dan komen er 100 woonzorgcliënten in de wijk bij; de verhouding demografie/extramuralisering wordt dan 40/60.

## 2.4 Gewoon wonen met eventueel thuiszorg

Daarnaast is er de (grote) groep die bestaat uit ouderen of anderen met een functiebeperking, die geen behoefte hebben aan speciaal gearrangeerde zorg en een beschermende of verzorgende woonomgeving. Zij kunnen terugvallen op algemene wijkvoorzieningen zoals thuiszorg en individuele woningaanpassingen.

Maar vanwege hun leeftijd of handicap stellen zij wel hoger dan gemiddelde eisen aan de toegankelijkheid en veiligheid van woning en woonomgeving en hebben zij een verhoogde kans om op zorg of dienstverlening aangewezen te zijn.

De behoefte aan levensloopbestendige woningen valt buiten het kader van de bovengenoemde exercities inzake de behoefte aan wonen met zorg, maar vormt daarmee wel een communicerend vat. De omvang van de behoefte aan 'gewoon wonen met levensloopkwaliteit' is op verschillende wijze benaderd:

- Het STAGG-scenario gaat uit van strikte criteria: doelgroep voor individueel aangepast wonen met thuiszorg zijn alleen de huidige percentages van de bevolking die feitelijk gebruikmaken van thuiszorg en WVG-voorzieningen, plus de demografische groei tot 2015; voor de rest van de bevolking geldt dat eigenlijk alle woningen levensloopbestendig in de zin van aanpasbaar moeten zijn.
- Het Arcares-scenario gaat uit van een ruimere doelgroep waarvoor uit preventief oogpunt extra eisen worden gesteld aan woning en zorggarantie: de groep ouderen 75 plus die alleen wonen, zonder partner, plus de groep onder de 75 jaar die volgens CBS-gegevens een lichte tot matige lichamelijke handicap heeft; voor deze groep gelden de eisen van levensloopbestendige woningen (Woonkeur).
- Het ABF-scenario gaat uit van de nog ruimere groep die blijkens het Woningbehoefteonderzoek zelf te kennen geeft, behoefte te hebben aan een 'nultreden-woning'; de doelgroep is dus weliswaar ruimer, maar de aan de woning gestelde eisen zijn algemener en beperkt tot nul treden –toegankelijkheid (flats met lift, parterrewoningen, bungalows).

Tabel 4 Behoeftte aan levensloop-woningen volgens drie criteria

Criterion:	STAGG: gebruik Thuiszorg en/of WVG	Arcares: Alleenstaand 75+ of handicap	VROM (ABF): Wenst nultreden woning
doelgroep 2002	330.000	750.000	1.681.000
doelgroep 2015	410.000	880.000	1.961.000
= Per 10.000	241	533	1188

Gezien de grote verschillen tussen de criteria zijn de consequenties voor woningen en wijkvoorzieningen ook van een verschillende orde. In hoofdstuk 4 en 5 wordt teruggekomen op de verschillende niveaus binnen het 'gewoon zelfstandig wonen'.

### 3. PLANOLOGISCHE KENGETALLEN WONEN EN ZORG

Bij het toerekenen van de landelijke behoeftecijfers naar wonen en zorg op het niveau van een wijk van 10.000 inwoners moet een aantal correcties worden aangebracht.<sup>11</sup>

In de eerste plaats manifesteert niet de totale behoefte aan wonen en zorg zich op het niveau van iedere wijk of ieder dorp.

Op de wijkgebonden behoefte is in mindering gebracht:

- De resterende behoefte aan intramurale verblijfs capaciteit, zoals weergegeven in de scenario's voor extramuralisering; verondersteld is dat deze voorzieningen weliswaar toevallig in een wijk kunnen staan, maar een bovenwijkse functie zullen hebben.
- De behoefte aan wonen met service in een servicecomplex met een hoog intern voorzieningenniveau en een geringe wijkbinding, gelegen op een landschappelijk fraaie of centraal stedelijke locatie.

Laatstgenoemde behoefte is toegerekend aan de groep ouderen met een substantieel eigen vermogen en een bovenwijkse oriëntatie. Op basis van het huidige marktaandeel van de serviceflats en de omvang van de woonstijlgroep der 'dynamische individualisten'<sup>12</sup> is het bovenwijkse marktaandeel in de sector verzorgd wonen voor 2002 geschat op 15%.

Het is niet onwaarschijnlijk dat dit marktaandeel in de toekomst nog zal groeien. In sommige regio's kan het echter raadzaam zijn om nu al een sterkere correctie te hanteren.

Voor het gewoon wonen met thuiszorg is wel eveneens 15% uitstroom naar bovenwijkse servicecomplexen verondersteld

Verondersteld is dat de behoefte aan beschermd wonen daarentegen niet zo zeer zal worden beïnvloed door woonstijlen; hier speelt alleen het bovenwijkse effect van intramuraal verblijf.

Bij toepassing op lokaal niveau dienen de kengetallen ook nog te worden gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw ter plaatse. De eenvoudigste correctie is om het percentage 75 plus onder de bevolking te nemen, omdat wonen en zorg doorgaans pas vanaf deze leeftijd echt van belang wordt. Landelijk bedraagt het aandeel 75 plussers 6,2% in 2003; voor 2015 wordt 7,1 % verwacht. Bij een hoger of lager plaatselijk percentage dient de behoefte aan wonen+zorg evenredig te worden gecorrigeerd.

Verder dient rekening te worden gehouden met decentralisatie van eventueel in de buurt aanwezige intramurale verblijfsvoorzieningen. In theorie is de bevolking hiervan 'bovenwijks' en dient dus buiten de wijkgebonden behoeftebepaling te blijven. Bekend is echter dat de nabijheid van intramurale voorzieningen nog vele jaren een aantrekkingskracht blijft uitoefenen op vraag en aanbod van woon- en zorgvormen. Het simuleren van deze effecten binnen de planperiode zal 'handmatig' dienen te gebeuren in de vorm van toeslagen op de normale wijkgebonden woonzorgvraag, op basis van deconcentratieplannen van instellingen.

In het nu volgende overzicht zijn zowel de *bruto* als de *netto* kengetallen gegeven per 10.000 inwoners. Met bruto is bedoeld het totaal aantal inwoners dat behoefte zou hebben aan wonen+zorg. Het netto getal geeft weer de behoefte die zich op wijkniveau zal manifesteren na aftrek van de bovenwijkse behoefte (restant intramuraal + luxe servicecomplexen). (Er is niet gecorrigeerd voor lokale factoren als leeftijdsopbouw en deconcentratie van intramurale instellingen.)

Voor de kengetallen zijn twee scenario's doorgerekend.

Het scenario Andante gaat uit van een tempo van extramuralisering conform het ABF-scenario; het scenario Presto gaat uit van een sneller tempo conform het STAGG- scenario.

De kengetallen in beide scenario's zijn *exclusief* de bovenwijkse behoefte die als volgt is geraamd:

<sup>11</sup> In de eerste editie van de Planologische kengetallen (IWZ, maart 2002) ontbraken deze correcties nog.

<sup>12</sup> Van de zes empirisch gevonden leefstijlgroepen zijn er vier min of meer honkvast en wijkgebonden, zeker op oudere leeftijd; alleen de 15% dynamische individualisten zijn ongebonden en oriënteren zich op de nationale of zelfs internationale woningmarkt. De 12% ongebondenen vertonen weinig wijkbinding, maar ook weinig neiging om te verhuizen. Zie: [Denationalewoontest.nl](http://Denationalewoontest.nl)

Tabel 5 Bovenwijkse behoefte aan zorg met verblijf en aan wonen met service in 2015, in aantallen personen voor heel Nederland en als percentages van de bevolking.

Bovenwijkse vorm:	Scenario <i>andante</i>	Scenario <i>presto</i>
Verpleeghuizen	80.000 (0,47 %)	40.000 (0,23%)
Verzorgingshuizen	50.000 (0,29%)	25.000 (0,14 %)
Instellingen gehandicapten	22.000 (0,13 %)	11.000 (0,07%)
Serviceflats (luke)	35.000 (0,21%)	35.000 (0,21%)
Totaal bovenwijks	187.000 (1,10 %)	111.000 (0,65%)

De bruto behoefte in 2015 is berekend door het feitelijk gebruik van wonen en zorg in 2003 van ouderen en gehandicapten te vermeerderen met de tekorten (wachlijsten) en de demografische groei van 2% per jaar.

De netto kengetallen zijn berekend door de bovenwijkse behoefte hierop in mindering te brengen, volgens beide scenario's.

Tabel 6 Kengetallen aantal personen met behoefte aan wonen en zorg in 2015, in een woongebied van 10.000 inwoners.

Behoeft per 10.000	Bruto behoefte 2015	Netto in de wijk <i>Andante</i>	Netto in de wijk <i>presto</i>
Beschermd wonen	80	20	50
Verzorgd wonen	170	110	130
Wonen met thuiszorg	250	210	210
Totaal wonen met zorg	500	340	390

Het bruto getal geeft aan hoeveel mensen uit deze wijk in totaal aanspraak maken op zorg op een van de drie niveaus. Een deel van hen realiseert echter deze aanspraak buiten de eigen wijk.

De netto verschillen tussen beide scenario's komen vooral naar voren in de kengetallen voor beschermd wonen. In het scenario Presto is verondersteld dat in 2015 eenderde deel van de verpleeghuiscapaciteit en tweederde deel van de instellingsplaatsen voor verstandelijk gehandicapten zijn vervangen door kleinschalig beschermd wonen in de wijk. In het scenario *andante* daarentegen is slechts eenderde deel van de groei van de verpleeghuisplaatsen extramuraal ingevuld en blijft de bestaande capaciteit gehandhaafd; bovendien is niet twee derde maar een derde van de instellingsplaatsen naar de wijken gegaan.

Bij verzorgd wonen zijn de verschillen kleiner: in het eerste scenario zal 50% van de verzorgingshuisplaatsen zijn vervangen door extramuraal verzorgd wonen, in het tweede is dat 75%.

## 4. VAN BEWONERS NAAR WONINGEN

### 4.1 Wonen en zorg

Bij de vertaling gemaakt van bewoners naar woningen zijn de volgende factoren van belang:

- Een- of tweepersoonshuishouden: Er is een verschil tussen personen en huishoudens. Als er per huishouden slechts een persoon is die een bepaalde woonzorgvorm nodig heeft, rekenen we die behoefte toe aan het hele huishouden. Voor situaties waarin beide partners die behoefte hebben, moeten we echter een reductie toepassen op de woningbehoefte. Van de bevolking 75 plus bestaat de helft uit alleen wonenden en de helft uit tweepersoonshuishoudens.<sup>13</sup> De kans voor iemand van 75 plus om een indicatie te hebben voor een woonzorgarrangement bedraagt ongeveer 20%. De vraag naar verzorgd wonen in termen van woningen is met 20% gereduceerd in verband met de kans dat beide partners tot de doelgroep behoren. Voor beschermd wonen is geen reductie toegepast, omdat is uitgegaan van vrijwel 100% alleen wonenden.
- Woningen of wooneenheden: het woonoppervlak in vierkante meters per persoon varieert van gemiddeld 60 m<sup>2</sup> bij beschermd wonen tot 120 m<sup>2</sup> bij gewoon wonen; verzorgd wonen zit daar ergens tussenin. Bij beschermd wonen is uitgegaan van behoefte aan een halve standaardwoning per persoon, dus een reductie met 50% bij de vertaling van personen naar woningen. Bij verzorgd wonen is geen reductie toegepast vanwege de tendens om van complete woningen uit te gaan.
- Clustering en complexvorming: verondersteld is dat beschermd wonen niet individueel leverbaar is, maar alleen in groepen van minimaal zes wooneenheden, oftewel drie geschakelde woningen. In verband met de noodzaak van 24 uren toezicht worden vervolgens weer vier groepswoningen geclusterd rond een cluster-zorgpost per 24 bewoners. In geval van combinatie met verzorgd wonen kan dat minder zijn. Bij verzorgd wonen is in verband met een rendabele exploitatie uitgegaan van woonzorgcomplexen die gemiddeld uit 80 zorggeschikte woningen bestaan. In verband met de gewenste vitale mix met eenderde deel niet-zorgbehoevende ouderen is het aantal woningen in de woonzorgcomplexen met 50% verhoogd.

Tabel 6 Woningen met zorg in 2015 in een wijk van 10.000 inwoners

Beschermd wonen voor 20 personen <i>Scenario Andante</i>	50-60 m <sup>2</sup> bruto per persoon benodigd aantal wooneenheden: 20 aantal groepswoningen: 3 tot 4 benodigde standaardwoningen: 10 aantal zorgposten per wijk: 1
Beschermd wonen voor 50 personen <i>Scenario Presto</i>	50-60 m <sup>2</sup> bruto per persoon benodigd aantal wooneenheden: 50 aantal groepswoningen: 8 tot 9 benodigde standaardwoningen: 25 aantal zorgposten per wijk: 2
Verzorgd wonen voor 90 huishoudens <i>Scenario Andante</i>	90 – 120 m <sup>2</sup> per huishouden aantal zorgwoningen: 90 verdunningsfactor: 1:3 aantal woningen in woonzorgcomplexen: 135 aantal woonzorgcomplexen: 1 tot 2
Verzorgd wonen voor 105 huishoudens <i>Scenario Presto</i>	90 – 120 m <sup>2</sup> per huishouden aantal zorgwoningen: 105 verdunningsfactor: 1:3 aantal woningen in woonzorgcomplexen: 155 aantal woonzorgcomplexen: 1 tot 2

De gemiddelde woningbezetting in een woonwijk bedraagt thans (2001) ca 2,2.

<sup>13</sup> zie: Nationale analyse zorg en wonen, G.Sogele, ABF Research, oktober 2003.

Als voor 10.000 inwoners dan 4500 woningen nodig zijn, dan zouden de volgens beide scenario's benodigde 100 resp. 130 zorggeschikte woningen hiervan 2,2% resp. 2,9% uitmaken. Dat moet in elke wijk inpasbaar zijn! In nieuwe wijken kan men met het oog op de toekomst het beste uitgaan van 3% of 4% zorggeschikte woningen.<sup>14</sup>

#### 4.2 Levensloopbestendig wonen

Een omvangrijke bouw- en aanpassingsopgave is het levensloopbestendig maken van een substantieel deel van de woningvoorraad. Dit is van belang voor de grote groep ouderen en lichamelijk gehandicapten die geen behoefte hebben aan complexgewijze woonzorgarrangementen, maar wel (potentieel) fysieke belemmeringen ondervinden.

In tabel 4 is aangegeven dat er per wijk van 10.000 rond het jaar 2015 behoefte zou bestaan aan bijna 1200 gewone aanpasbare woningen (nultreden woningen), waarvan ruim 500 woningen bovendien intern functioneel geschikt voor ouderen en gehandicapten en gelegen binnen loopafstand van dagelijkse voorzieningen. Deze aantallen komen bovenop de genoemde 100-130 zorgwoningen. Hiernaast is geplaatst de in het jaar 2002 aanwezige voorraad met die kwaliteiten.

Tabel 7 Kengetallen voor woningen met levensloop-kwaliteit, per 10.000 inwoners (=4500 woningen)

Kwaliteitsklasse	Voorraad 2002	Behoefte 2015
Gewone nultreden woningen	665 (14,5 %)	700 (15,5 %)
Levensloop woningen	200 (4,5 %)	500 (11 %)
zorgwoningen	65 (1,5 %)	120 (3%)
Totaal	930 (20,5%)	1320 (29,5%)

Het landelijk gemiddelde getal voor de aanwezige voorraad zegt natuurlijk betrekkelijk weinig, omdat de werkelijke kwaliteit van de voorraad zeer sterk zal verschillen van wijk tot wijk. In wijken waarin veel flats staan met lift en in recent gebouwde wijken zal het beeld relatief gunstig zijn. Wijken met veel eengezinshuizen of portiekflats en vooroorlogse wijken zullen daarentegen ongunstig scoren.

De omvang van de opgave wordt sterk bepaald door de gehanteerde criteria.

Het kenniscentrum van Aedes en Arcares is van mening dat het begrip nultreden-woning niet goed datgene dekt waar het bij de huisvesting van ouderen en gehandicapten eigenlijk om gaat. Liever zouden we de term aanpasbare woning hanteren. De afwezigheid van treden buiten en binnen de woning is weliswaar een belangrijke voorwaarde voor de externe toegankelijkheid voor ouderen en gehandicapten, maar andere voorwaarden kunnen belangrijker zijn voor de ouderengesiktheid van de woning: de ruimte binnen de woning, het type trap maar vooral ook de ligging. Eengezinshuizen in een hoog gewaardeerde woonomgeving kunnen, ondanks de interne trap, redelijk geschikt zijn, mits de woning aan bepaalde eisen voldoet zoals voldoende ruimte voor een traplift en de aanwezigheid van een toilet op elke verdieping.

Omgekeerd kunnen flats met lift minder geschikt zijn indien deze als onveilig of onaantrekkelijk worden ervaren door de doelgroep, of een erg krappe of functioneel ongeschikte badkamer hebben. Gegevens over aanpasbare woningen volgens genoemde criteria zijn echter nog niet voorhanden. Daarom is toch het getal voor nultreden woningen ingevuld.

In werkelijkheid is de opgave groter dan op grond van de tabel wordt vermoed. De getallen uit tabel 7 hebben slechts betrekking op de omvang van de doelgroep die zo'n woning beslist nu al nodig heeft en een perfecte woonruimteverdeling:

- Lang niet alle geschikte woningen worden inderdaad bewoond door ouderen en gehandicapten; dit is niet alleen een kwestie van slordig toewijzen, maar ook van bewust beleid om een gemengde bewonerssamenstelling op te bouwen.
- Het is uit preventief oogpunt heel goed te verdedigen om de doelgroep voor levensloopwoningen te verruimen door alle oudere huishoudens vanaf 65 jaar als uitgangspunt te nemen in plaats van slechts de alleenstaanden boven de 75 jaar.
- Bij woningcorporaties bestaat vaak een meer dan gemiddeld percentage van de huurders uit ouderen. Als we dan ook nog rekening houden met bewoning van voor ouderen geschikte

<sup>14</sup> In de nieuwe wijk IJburg van Amsterdam wordt inderdaad dit streefpercentage gehanteerd.

woningen door niet-ouderen, dan zou zeker de helft van de alle corporatiewoningen ouderengeschikt moeten zijn.

De meest haalbare strategie is het stap voor stap opkrikken van woningen naar het uiteindelijk gewenste kwaliteitsniveau. Zo worden de woningen langzamerhand steeds levensloopbestendiger. Het in een keer volledig opplussen van grote aantallen woningen is tot nu toe niet haalbaar gebleken. Het eisenpakket ligt te hoog en dat werkt in de praktijk demotiverend.

In de strategie van het stap voor stap geschikt maken kan de woningvoorraad worden gezien als een piramide met een brede basis van potentieel geschikte woningen en een smalle top van volledig levensloopbestendige woningen. Daartussen liggen de niveaus van aanpasbaar en nultreden. In de loop der jaren worden woningen telkens een niveau opgekrikt - dan wel vervangen door nieuwbouw - waardoor de piramide van vorm verandert, net als de bevolkingspiramide.

De eerste stap is uiteraard de opname van de bestaande situatie. Woningen kunnen beter in geschiktheidsklassen worden ingedeeld dan dat ze slechts op digitale wijze als wel/niet geschikt worden gelabeld.

Op lokaal niveau kan, indien een goede opname van de woningvoorraad beschikbaar is, worden gewerkt met een filteranalyse. Hierbij wordt de woningvoorraad per wijk meerdere keren door de zeef gehaald waarbij telkens strengere criteria gelden. Uiteindelijk blijven alleen de woningen liggen die aan alle eisen van woonkeur/seniorenlabel voldoen. De kenmerken van ligging en woonomgeving zijn bij het filteren evenzeer van belang als de technische kenmerken van de woning. Verder is het niet verstandig om eengezinshuizen al bij de eerste stap weg te filteren, omdat deze doorgaans wel extern toegankelijk zijn en de interne geschiktheid bij het betere deel van deze woningen met technische ingrepen sterk kan worden verbeterd.

Voor nieuwbouw in bestaande wijken geldt uiteraard dat de kans om 100% woningen met levensloopkwaliteit toe te voegen niet gemist mag worden.

Ook voor complete nieuwe (Vinex-) wijken zouden externe toegankelijkheid en interne aanpasbaarheid van woningen zo veel mogelijk de standaard moeten zijn.

#### 4.3. Dynamiek en aanpasbaarheid

De hiervoor geschetste kengetallen suggereren voor een wijk van 10.000 inwoners een statisch beeld dat natuurlijk niet overeenkomt met de werkelijkheid. Onder invloed van een veranderende leeftijdsopbouw in de loop van de tijd vermeerdert en vermindert de vraag naar de diverse typen woningen. Aanpasbaar bouwen is dan ook het uitgangspunt.

Verdere groeimogelijkheden voor wonen en zorg kunnen gevonden worden in de combinatie van verzorgd en beschermd wonen en in de uitbouw van verzorgd wonen naar omliggende complexen levensloopbestendige woningen in de centrale zone rond de voorzieningen in de wijk.

Flexibiliteit is belangrijk. Door het verschuiven van de woningindeling, in het bijzonder de verhouding privé-gemeenschappelijk, kan tussen beschermd wonen en verzorgd wonen flexibiliteit worden gevonden. Dit vraagt dan wel een flexibel inbouwpakket binnen een voldoende ruim casco.

Een zelfstandige zorgwoning kan in principe omgezet worden in twee wooneenheden beschermd wonen en vice versa. De zorginfrastructuur van een dergelijk woonzorgcomplex moet hier wel op berekend zijn. Het meest flexibel zijn woonzorgcomplexen waarin het zorg- en dienstencentrum gescheiden is van het woongedeelte.

Het transformeren van geschikte wooncomplexen in woonzorgcomplexen is inmiddels al op enkele plaatsen in de praktijk gerealiseerd. Hierbij wordt soms een zorgpost en trefcentrum gecreëerd door het samentrekken van twee naast elkaar gelegen lege woningen. In andere gevallen wordt verzorgd wonen gecreëerd door het aanbouwen van een zorg- en diensteneunit bij de ingang van een flatgebouw of op het dak, of als koppeling in een blokje nieuwbouw tussen twee bestaande galerijflats.

Etagewoningen zonder lift evenals splitlevel- of maisonnette- woningen zijn achteraf moeilijk geschikt te maken voor ouderen en gehandicapten. Voor woningen met een verhoogd gelegen woonkamer (*beletage*) is als oplossing gevonden om ze dan aan de achterzijde wel zonder treden toegankelijk te maken, bijvoorbeeld via een hellingbaan. En bij eengezinshuizen dienen al te smalle woningtypes (minder dan 5 m breed) en woningen met een spiltrap of smalle trap met kwarten zoveel mogelijk te worden vermeden.

## 5. CRITERIA VOOR EEN WOONZORGZONE OF EEN SERVICEWIJK

### 5.1. Inleiding

De woonzorgzone is een concept dat kan worden gezien als een 'geëxplodeerd' of 'verdund' woonzorgcomplex. Waar woonzorgcomplexen bedoeld zijn om de bewoner, in vergelijking met het verzorgingshuis, meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen de muren van het complex, voegt de woonzorgzone de dimensie van integratie in de wijk toe. Zou hetzelfde dat geboden wordt in het woonzorgcomplex niet geboden kunnen worden in een buitengewoon goed geëquipeerd gedeelte van een gewone woonwijk? En zou dat het ideaal van een zo normaal mogelijke samenleving waarin mensen van verschillende leeftijd samenleven niet nog beter benaderen?

De tweede dimensie in het concept woonzorgzone is dat ook mensen die intensievere zorg of begeleiding behoeven, tot en met niet-planbare 24-uurs-zorg, hun plek zouden moeten vinden in de woonwijk. Het gaat onder andere om kleinschalige vormen van beschermd wonen en begeleid wonen, waarbij een kritische factor is het draagvlak voor de 24-uurs aanwezige zorg. Een letterlijk middelpunt van de woonzorgzone is het zorg- en dienstencentrum - eventueel met steunpunten elders in de wijk - waar de 24-uurs zorg is gelokaliseerd.

Sinds de introductie van het concept vlak voor het jaar 2000 zijn overal in het land initiatieven ontstaan voor woonzorgzones. Daarbij zijn ook verschuivingen opgetreden in definitie en inhoud. In veel plaatsen wil men af van de associaties die het woord zorg oproept en spreekt men liever van een servicewijk. Maar het gaat niet alleen om beeldvorming: ook het concept zelf verandert van inhoud. In een servicewijk ligt het accent op levensloopbestendig wonen met een goed georganiseerde dienstverlening, tot en met thuiszorg en welzijnsdiensten. De servicewijk wil zich in deze aspecten in gunstige zin onderscheiden van de gemiddelde wijk.

Binnen de servicewijk vinden we meestal ook kleinere gebieden waar het beschermd en verzorgd wonen te vinden zijn, temidden van gewoon wonen, waar de zorggarantie verder gaat en waar de cliëntdichtheid hoger is. Deze kleinere gebieden, met een straal van maximaal 200 meter, zijn de eigenlijke woonzorgzones. Een woonzorgcomplex of een cluster van groepswooningen wordt dus in diverse verdunningen 'opgelost' in het omringend stedelijk weefsel. Er blijft altijd een zekere zorginfrastructuur zichtbaar, die echter heel goed kan samenvallen met het servicecentrum voor de wijk als geheel.

Op deze wijze ontstaat een meer gedifferentieerde vorm van zonering.

### 5.2. Wonen

In een servicewijk dient een bovengemiddeld percentage van de woningvoorraad levensloopbestendig of aanpasbaar te zijn. Dit betekent dat personen met veel voorkomende lichamelijke handicaps de woningen moeten kunnen bewonen en bezoeken. Aanpasbaar betekent dat de woningen op relatief eenvoudige en goedkope wijze levensloopbestendig kunnen worden gemaakt.

In zo'n wijk zou tevens een bovengemiddeld percentage zorggeschikte woningen (verzorgd wonen, beschermd wonen) aanwezig moeten zijn, gebundeld in woonzorgzones of woonzorgcomplexen.

Het percentage zorggeschikte woningen in de woonzorgzones binnen de wijk zal veel hoger liggen dan het genoemde 'vanaf 3%'. In de Haagse Moerwijk heeft men wel een maximum van 25% gekozen voor het aandeel zorggeschikte woningen binnen een woonzorgzone, om te voorkomen dat een woonzorgzone nog slechts een zorgzone wordt.

Ook de gewone levensloopbestendige woningen zullen in verhoogde mate in en rond de woonzorgzones binnen de wijk te vinden zijn

Het percentage nultreden woningen zou minimaal moeten corresponderen met het landelijk verwachte aantal ouderen en gehandicapten als percentage van de bevolking: ongeveer eenderde deel. Binnen deze definitie mogen ook de woningen vallen die goed aanpasbaar zijn tot nultreden woningen, doordat ruimte gereserveerd is voor het naderhand op eenvoudige wijze aanbrengen van een traplift (bij eengezinshuizen) of gebouwlift (bij flats).

Voor nieuw te bouwen wijken zou men, in verband met de nodige keuzevrijheid, een percentage van tenminste tweederde deel aanpasbare woningen kunnen aanhouden. Optimaal is 100% aanpasbaar bouwen.

### 5.3. Zorg

In onze servicewijk van 10.000 inwoners met gemiddelde bevolkingsopbouw zal in 2015 tenminste een eerstelijns zorgcentrum aanwezig zijn. Dit kan gelegen zijn in een bestaand verzorgingshuis met wijkfunctie, mits gunstig gelegen, in een nieuw woonzorgcomplex of in een multifunctioneel wijkdienstencentrum.

Hier wordt de zorg gecoördineerd en hebben de zorgteams hun thuisbasis. Een eerstelijns zorgcentrum kan aanzienlijk kleiner zijn dan de zorgruimten in het traditionele verzorgingshuis. Het eerstelijns zorgcentrum bedient gemiddeld 400 cliënten, waarvan 150 in verzorgde en beschermde woonvormen en 250 individuele thuiszorg in de wijk.

Indien binnen de wijk bovendien nog verzorgingsplaatsen oude stijl aanwezig zijn, kan er draagvlak zijn voor twee zorgcentra, waarvan de ene dan een (deels) bovenwijkse functie heeft. Naast het eerstelijns centrum voor de wijk kunnen er ook nog 1 of 2 kleinere zorgposten zijn. Dit kan zijn een 24 uur bezette zorgpost in een beschermd wonen project of een in deeltijd bezette zorgpost in een kleiner woonzorgcomplex. Momenteel bedraagt het minimaal economisch noodzakelijk draagvlak voor een afzonderlijke zorgpost ongeveer 25 cliënten beschermd wonen of 50 cliënten verzorgd wonen.<sup>15</sup> Op het platteland worden soms lagere getallen aangehouden, waarbij dan wat meer geleund wordt op mantelzorg.

Voor een woonzorgzone geldt dat binnen loopafstand, dat wil zeggen binnen een straal van 200 meter, een 24 uur bezet zorgcentrum of zorgpost aanwezig is.

Alle woningen binnen de zone moeten door middel van een alarmsysteem potentieel kunnen aanleunen tegen het eerstelijns zorgcentrum. Concreet is het aan te bevelen dat het alarm opgevangen wordt op een professioneel bezette alarmcentrale, die indien nodig het zorgpersoneel op de dichtstbijzijnde zorgpost inschakelt voor de alarmopvolging.

Het beschermd wonen wordt in het algemeen gesitueerd binnen een kortere straal (ca. 50 m) van de zorgpost in verband met het 24-uurs toezicht. Het verzorgd wonen kan verder weg, maar binnen de 200 meter loopafstand. Zowel het wonen als de zorgpost worden zoveel als mogelijk geïntegreerd in de 'gewone' woningbouw. Indien het personeel 's nachts buitenom moet naar de zorgwoningen dan dienen er snelle noodoproepsystemen of begeleidende stadswachten te zijn, al naar gelang de plaatselijke veiligheidssituatie.

In een cirkelgebied met een straal van 200 m treffen we in een gemiddelde woonwijk ongeveer 200 woningen aan. Wil er ook binnen de woonzorgzone nog sprake zijn van een gemengde populatie, dan zou het aantal gelabelde zorgwoningen niet meer dan de helft moeten bedragen, dus maximaal 100 woningen. In het scenario Presto staat in 2015 de teller al op 150 zorgwoningen. Hiermee is de noodzaak evident geworden om kleinere nevent centra te creëren, met hun eigen woonzorgzones.

Buiten de woonzorgzones kan ook in servicewijken in het algemeen geen 24 uren zorg of zorg op afroep worden geleverd, maar wel zorg op afspraak en zorg in geval van nood. In een servicewijk is in het bijzonder het alarm (opvolgings) systeem hoog ontwikkeld, zodat korte responstijden gegarandeerd kunnen worden.

Ook 's nachts is er altijd mobiel inzetbaar zorgpersoneel aanwezig binnen de wijk, waarbij zorgbreed wordt samengewerkt. Naarmate een hoger ontwikkelde ICT-infrastructuur aanwezig is in de wijk worden de mogelijkheden om in een ruimer gebied ook zorg op afroep te leveren gunstiger, zodat grotere groepen zorgintensieve cliënten ook buiten de woonzorgzones kunnen (blijven) wonen.

<sup>15</sup> Berekend door Palet Leeuwarden e.a.; zie: Leeuwarden, ouderenzorg naar Scandinavische snit, F. Brouwer e.a., Palet, Leeuwarden november 2002.

#### 5.4. Dienstverlening en infrastructuur

In een servicewijk wordt voor elke inwoner een verhoogd niveau van 'diensten aan huis' aangeboden, dat tenminste omvat:

- Sociaal/medische alarmering met 24-uurs-alarmpvang met professionele alarmopvolging (zie onder zorg).
- Zo mogelijk passieve personenalarmering via activiteitsmeting (-> domotica).
- Inbraak- en brandalarmering met gegarandeerde alarmopvolging (> domotica).
- Garantie op noodhulp met directe tijdelijke opname of tijdelijke thuiszorg.
- Dienstenabonnement met diverse breng- en comfortdiensten. Voorbeelden: klussendienst, boodschappendienst, warme maaltijdservice, was- en strijkservice.<sup>16</sup>
- Mogelijkheid tot deelname aan sociaal-culturele en recreatieve activiteiten in en activiteitencentrum.
- Advisering en ondersteuning.

De servicewijk combineert de algemene wijkwelzijnsfuncties en de zorggerelateerde functies in het wijkactiviteitencentrum en wijkdienstencentrum. Dit vindt dan samen met het eerstelijns zorgcentrum onderdak in een multifunctioneel wijkservicecentrum.

Het is gewenst dat ook het eerstelijns centrum voor gezondheidszorg (huisartsen, apotheek, therapeuten, consultatiebureau) in of nabij het dienstencentrum onderdak vindt. Dit is handig voor de klant en geeft de mogelijkheid tot multifunctioneel ruimtegebruik.

Op grond van enkele praktijkvoorbeelden is het vloeroppervlak van zo'n multifunctioneel wijkcentrum geraamd op 2000 tot 2500 m<sup>2</sup>. Hierin vinden we dan het gezondheidscentrum, zorgcentrum, activiteitencentrum en dienstencentrum, plus enkele algemene functies zoals een receptie/informatiebalie, entree, toiletgroepen en vergaderruimte.<sup>17</sup>

In een servicewijk werken zorg- en dienstverleners en woningbeheerders samen om zorg en diensten zo goed en voordelig mogelijk aan huis te kunnen leveren. Dit kan inhouden dat standaard bepaalde communicatie-infrastructuur in woningen wordt aangebracht of dat er elektronisch bedienbare deuren worden aangebracht. Een ander aspect is dat huismeesters in teamverband samenwerken met ouderenadviseurs en zorgcoördinatoren. Op deze wijze ontstaat een goed functionerend welzijnsteam dat, versterkt met ouderenbezoekers (vrijwilligers) bijtijds problemen als vereenzaming signaleert. Met name deze ouderen worden actief uitgenodigd om deel te nemen aan activiteiten.

#### 5.5. Woonomgeving

Iedere woning binnen een servicewijk is aangesloten op een netwerk van looproutes dat de woning verbindt met het wijkservicecentrum, de primaire winkels en de haltes van het stedelijk openbaar vervoer. Dit routestelsel dient tot en met het betreden van genoemde centra en vervoermiddelen te voldoen aan criteria als barrière-vrije toegankelijkheid, sociale veiligheid, voldoende rustpunten, goede verlichting en heldere oriëntatie.<sup>18</sup> Eisen ten behoeve van ouderen en gehandicapten worden gecombineerd met eisen ten behoeve van baby's en jonge kinderen. Ook buiten de routes dient de woonomgeving een verhoogde gebruiks- en verblijfskwaliteit te hebben voor de genoemde groepen. In de woonzorgzones rond de zorgcentra en zorgposten gelden aanvullende eisen, zodat ook mensen met een intensievere zorgbehoefte in staat zijn om zich zelfstandig buiten te bewegen.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> State of the art dienstenpakketten/dienstenbemiddeling voor ouderen en gehandicapten, Johan van der Leeuw, NIZW, Utrecht 2002.

<sup>17</sup> Het servicecentrum, de kern van de woonzorgzone, door J.J. W. Heuvelink,, Aedes-Arcares kenniscentrum wonen-zorg, Utrecht oktober 2002.

<sup>18</sup> Maatstaven voor een levensloopbestendige wijk, het Bredase project 'geschikt wonen voor iedereen', Klaas Gorter, Breda 2003.

<sup>19</sup> zie: Handboek Buitengewoon Wonen.

## BIJLAGE 1 VERSCHILLEN TUSSEN DE EERSTE EN DE TWEEDE EDITIE

De eerste versie van de publicatie Planologische Kengetallen Wonen en Zorg<sup>20</sup> is een eerste poging geweest om het nieuwe denken over wonen en zorg te vertalen in scenario's en kengetallen. De eerste editie werd in maart 2002 uitgegeven in het kader van het IWZ.

Omdat het thema planologische kengetallen in het Innovatieprogramma Wonen en Zorg in 2004 geen prioriteit meer heeft, is deze tweede, geheel herziene versie tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg.

In deze tweede versie zijn de nieuwe scenario's voor wonen en zorg opgenomen die VROM en VWS in 2003 hebben laten opstellen, en ook het Investeringsplan wonen en zorg 2015 van Arcares (november 2003). Op deze wijze kan de lezer een keuze maken uit meerdere scenario's. Doordat ook de definities en de methodiek zijn aangepast aan de nieuwe, meer globale indelingen die VWS en VROM hanteren, zien de getallen er wezenlijk anders uit dan in de eerste editie. Voor een deel betreft het verschuivingen tussen verschillende woonzorgvormen, voor een beperkt deel betreft het ook bijstellingen van de prognoses.

In het oorspronkelijke STAGG-scenario zijn nu verwerkt de in de jaren 2002 en 2003 beschikbaar gekomen nieuwe gegevens over de zorgzwaarte van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en over het bestaande aanbod van woon- en zorgvoorzieningen voor ouderen. Hierbij is gebruik gemaakt van het Arcares Investeringsplan wonen en zorg<sup>21</sup> en van de nieuwste bestandsopnamen inzake woonzorgcomplexen en kleinschalig groepswonen van Aedes en Arcares.<sup>22</sup> Het Arcares investeringsplan is te beschouwen als een actualisering van het STAGG-scenario, want het rekent bovengenoemde nieuwe gegevens mee, waardoor het tempo van extramuralisering iets wordt afgevlakt ten opzichte van het STAGG-scenario, maar nog wel hoger ligt dan in het ABF-scenario. De nieuwere Arcares-cijfers zijn daarom ingevuld in het STAGG-scenario.

In vergelijking met de eerste editie is de methodiek op enkele punten aangepast in antwoord op reacties van gebruikers. De voornaamste aanpassingen zijn:

- Rekening houden met de vraag naar met luxe servicewonen op bovenwijks niveau.
- Bijstelling van aannamen over de gemiddelde woningbezetting bij ouderen.
- Buiten beschouwing laten van de sector geestelijke gezondheidszorg, omdat deze zich meer op stedelijk dan op wijkniveau manifesteert.
- Wijziging van de indeling van de woningvoorraad naar niveau van geschiktheid voor ouderen/gehandicapten, met name wat betreft eengezinshuizen.
- Invoering onderscheid tussen het ruimere begrip servicewijk en het striktere begrip woonzorgzone .

<sup>20</sup> Planologische kengetallen wonen en zorg, door J.P.J. Singelenberg en J. van der Leeuw, Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht maart 2002.

<sup>21</sup> Investeringsplan wonen en zorg, Arcares, brancheorganisatie voor verpleging en verzorging, Utrecht november 2003.

<sup>22</sup> Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, integraal bestand woonzorgcomplexen en kleinschalig groepswonen, gepubliceerd op website, februari/maart 2004.

## Overzicht verschillen tussen de oude en nieuwe kengetallen

### 1. Extramuralisering (zie tabel 2)

Percentage in 2015	Oud	Nieuw (2 scenario's)
Verzorgingshuizen	-75%	-50% / - 75 %
Verpleeghuizen	-33%	+33% / - 33%

### 2. Planologische kengetallen : personen (zie tabel 3 / tabel 6)

Behoefte per 10.000	Oud	Nieuw: presto	Nieuw: andante
Beschermd wonen	45 (= clusterwonen)	50	20
Verzorgd wonen	194	130	110
Wonen met thuiszorg	141	210	210
Totaal wonen en zorg	380	390	340

*De verandering betreft vooral een verschuiving naar beneden toe. Dit komt door een strikter hanteren van zorgzwaarte en door nieuwe gegevens over zorgzwaarte. Een deel van de vraag naar 'zelfstandig wonen in een woonzorgcomplex' verschuift hierdoor naar 'gewoon wonen met thuiszorg'. Een woonzorgcomplex kan echter zowel verzorgd wonen als gewoon wonen omvatten. Een kleiner maar wezenlijk verschil is de lagere prognose voor beschermd wonen; dit komt door het langzamere verloop van de extramuralisering, met name bij de verpleeghuizen.*

### 3. Planologische kengetallen: woningen (zie tabel 4 / tabel 6 en 7)

Behoefte per 10.000	Oud	Nieuw: presto	Nieuw: andante
Beschermd wonen (clusterwonen)	22	25	10
Verzorgd wonen (incl verdunning)	145	155	135
Gewoon wonen (versch definities)	80 STAGG (aangepast)	500 Arcares (levensloop)	1200 VROM (nultreden)

*Levensloopwoningen kunnen worden gebouwd (of door transformatie geschapen) in woonzorgcomplexen, maar ook in wooncomplexen.zonder zorginfrastructuur. Het onderscheid tussen beide zal in de loop der tijd verschuiven doordat wooncomplexen transformeren in woonzorgcomplexen. We zouden de opgaven voor verzorgd wonen en gewone levensloopwoningen dus kunnen sommeren en vervolgens verdelen over een aantal woon(zorg)complexen en losse woningen. Het betreft in totaal straks ruim 12 % van de woningvoorraad.*

*Bij het oude lagere getal voor levensloop wonen was alleen uitgegaan van de groep die reeds thuiszorg ontvangt of een woningaanpassing heeft gekregen; het nieuwe, hogere getal is gebaseerd op alle alleenwonende mensen boven 75 jaar en alle huishoudens met een lichamelijk gehandicapte.*

## BIJLAGE 2 KENGETALLEN: METHODIEK STAP VOOR STAP

### 1<sup>e</sup> stap: prognose bevolking met woonzorgbehoefte

We veronderstellen dat de thans aanwezige voorraad woon- en zorgvoorzieningen in een behoefte voorziet en geen leegstand vertoont. Sterker nog: er is een tekort, een wachtlijst. De huidige behoefte wordt geschat door aan het feitelijk gebruik de wachtlijsten toe te voegen. Vervolgens wordt toegevoegd de bevolkingsgroei tot 2015. Als maatstaf voor de woonzorgbehoefte is genomen de bevolking van 75 jaar en ouder. Vanaf die leeftijd neemt het zorggebruik namelijk sterk toe. Aanname is dat er tot 2015 een constant gebruik zal zijn per 1000 inwoners. De prevalentie van verstandelijke en lichamelijke handicaps onder de bevolking jonger dan 75 jaar is constant verondersteld. Wel is rekening gehouden met een groei van het percentage met dementie. De kengetallen zijn gebaseerd op landelijke gemiddelden. In werkelijkheid zal het percentage 75+ plaatselijk altijd hoger of lager liggen. Hiervoor kan men zelf corrigeren. Ook kan gecorrigeerd worden voor gebieden met een boven- of beneden- gemiddelde bevolking in instellingen. Een grote instellingsbevolking heeft, ook in een proces van extramuralisering, nog decennia lang gevolgen voor de woonzorgbehoefte.

### 2<sup>e</sup> stap: prognose extramuralisering

In de huidige situatie wordt een groot deel van de zorg nog aangeboden in intramurale verblijfsvoorzieningen. In de kengetallen gaat het echter juist om de extramurale combinaties van wonen en zorg, die voor elk woongebied relevant zullen zijn. De resterende intramurale voorzieningen zijn als bovenwijks beschouwd en worden daarom niet meegerekend in de kengetallen voor de wijk. In de beide scenario's wordt op verschillende wijze de verwachte verschuiving van intramurale naar extramurale zorg verdisconteerd. In het STAGG-scenario is gekozen voor streefgetallen op basis van een toekomstvisie. In deze visie willen we uiteindelijk naar een hoog niveau van extramurale zorg en dienstverlening zoals in de Scandinavische landen, maar dat niveau is nog niet helemaal bereikt in 2015. Het tempo is verschillend per sector (gehandicapten sneller dan ouderen) en wordt afgeremd door knelpunten inzake grond en vastgoed. Verondersteld is wel een versnelling ten opzichte van het huidige tempo van extramuralisering. In het ABF-scenario wordt het tempo bepaald door het doortrekken van het huidige tempo vermeerderd met de manifeste behoefte aan wonen met zorg blijkens bevolkingsequêtes. De extramuralisering is daardoor minder ver gevorderd in 2015. Opnieuw zal men op regionaal en lokaal niveau zijn eigen koers moeten uitzetten. Hiervoor is kennis nodig over de huidige stand van extramuralisering in de regio en de mate waarin de knelpunten op het gebied van grond en vastgoed spelen. Ook is er uiteraard ruimte voor een eigen niveau van ambitie.

### 3<sup>e</sup> stap: kengetallen voor 10.000 inwoners

Per 10.000 inwoners is de bevolking met behoefte aan wonen met zorg voor 2015 vooruit berekend en vervolgens ingedeeld in 'zwaarteklassen', die corresponderen met bepaalde extramurale woonzorgarrangementen. In navolging van VROM en VWS zijn in de herziene versie niet vijf maar slechts drie arrangementen gehanteerd:

1. Gewoon wonen (met levensloop-woningen, thuiszorg en optionele service).
2. Verzorgd wonen (met zorginfrastructuur, nabije zorg en extra service).
3. Beschermd wonen (met specifieke aanpassingen en 24 uren zorg).

De kengetallen per arrangement verschillen per scenario.

Binnen de grootste groep (gewoon wonen) is nog een nadere splitsing aangebracht tussen een niveau 'aanpasbaar/nultreden' en een strikter gedefinieerd niveau 'levensloopbestendig'.

Voor de modelwijk van 10.000 inwoners zijn de beide planologische modellen (andante en presto) berekend door op de totale behoefte aan wonen en zorg in mindering te brengen de resterende intramurale verblijfs capaciteit (op basis van de extramuraliseringspercentages uit de scenario's van resp ABF en STAGG) en ook de bovenwijkse behoefte in de luxe sector (geschat op 15%).

**4<sup>e</sup> stap: van bewoners naar woningen**

De toekomstige bevolking met woonzorgbehoefte wordt nu geprojecteerd op de woningvoorraad, ingedeeld in niveaus van geschiktheid. Dit kan niet helemaal een op een, want sommige inwoners met zorgbehoefte wonen alleen, maar andere wonen in gezinsverband. Aangenomen is dat een enkel gezinslid met zorgbehoefte maatgevend is voor de geschiktheid van de woning: elk huishouden met een zorgbehoevend lid heeft een woonzorgarrangement nodig. Op het niveau beschermd wonen wonen partners niet meer samen.

Indien meerdere personen met zorgbehoefte samen wonen, is een correctie van de woningbehoefte aangebracht op grond van de woningbezetting.

Zo is de woningbehoefte 2015 per wijk van 10.000 inwoners berekend voor de drie zwaarteklassen en de twee scenario's.

**5<sup>e</sup> stap: aanpassing van de voorzieningenstructuur**

Tenslotte kunnen we met behulp van de kengetallen met de wijkvoorzieningen gaan schuiven. Binnen een servicewijk van 10.000 inwoners kan een nadere zonering worden aangebracht, waarbij beschermd en verzorgd wonen in een woonzorgzone rond het wijkdienstencentrum en kleinere zorgposten wordt gesitueerd. Ook de capaciteit en spreiding van de bestaande wijkvoorzieningen staan ter discussie.

In deze laatste planningsfase zal het model sterk worden bijgebogen naar de plaatselijke situatie.

## BIJLAGE 3 BEGRIPPENLIJST

(uit: handreiking wonen en zorg, concept, College Bouw, Zorgverzekeraars Nederland en Arcares, 2004; aangevuld en bewerkt door J. Singelenberg)

Bij het omschrijven van wonen en zorg worden meerdere termen gebruikt, terwijl vaak hetzelfde bedoeld wordt. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende termen en wordt een korte uitleg gegeven.

### Structuur van wonen en zorg

#### Scheiden wonen en zorg

Scheiden van wonen en zorg is de situatie waarin de cliënt zelfstandig woont (huur of koop) en daarnaast een apart contract heeft met aanbieders van zorg, welzijn en diensten.

#### Servicewijk

Gewone wijk met een bovengemiddeld niveau van levensloopbestendigheid (woning, woonomgeving) een goed geregelde diensteninfrastructuur en een zorg- en dienstenaanbod aan huis. Wordt ook wel aangeduid als woonzorgzone.

#### Woonzorgzone

Kleiner gebied binnen een servicewijk waar buitengewone garanties gelden voor mensen die 24 uur zorg of zorg op afroep nodig hebben en waar een aanbod is van beschermd en verzorgd wonen temidden van gewoon wonen. Meestal met als kern een 1<sup>e</sup> lijns dienstencentrum of zorgsteunpunt. Ook gebruikt als verzamelnaam voor alle initiatieven rond het geschikter maken van gewone wijken voor mensen die zorg en/of welzijn nodig hebben.

#### Eerstelijns dienstencentrum

Combinatie van een centrum voor extramuraal zorg en thuiszorg en een centrum voor dagactiviteiten en welzijnsdiensten. Spil van de woonzorgzone en de servicewijk. Steeds vaker opgezet voor alle doelgroepen van zorg en welzijn in een wijk of dorp. Kan zijn ondergebracht in een woonzorgcomplex of in een multifunctioneel wijkcentrum, samen met de eerstelijns gezondheidszorg.

#### Tweedelijns zorg –en expertisecentrum

Centrum van expertise inzake verpleging, verzorging en behandeling. Daarnaast vervullen zij een kortverblijf-functie als regionaal verpleeghotel, alsmede een beperkte langverblijf-functie voor cliënten met zeer zware en complexe problematiek.

## Wonen

### Zorgwoning

Woningen waar intensieve zorgverlening mogelijk is. Deze woningen zijn minimaal rolstoeltoegankelijk en -doorgankelijk. Het sanitair maakt zelfstandig rolstoelgebruik mogelijk. In de slaapkamer en badkamer kan zonodig gebruik worden gemaakt van tilliften. De woningen zijn doorgaans voorzien van alarmering en domotica.

### Levensloopwoning

Gewone zelfstandige woning die geschikt is voor bewoning tot en met de 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> levensfase (boven 65 jaar, met gezondheidsproblemen) met minimale fysieke inspanningen en minimale kans op ongevallen. Nieuwe woningen voldoen aan de eisen van Woonkeur, bestaande woningen aan de eisen van opplussen.

### Nultredenwoning

Een nultredenwoning is een woning die zonder trappen van buiten af bereikbaar is en waarbij de zogenaamde 'primaire ruimtes' (de keuken, het sanitair, de woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden. Drempels in de woning zijn laag of ontbreken.

### **Aanpasbare woning**

Een aanpasbare woning is relatief geschikt om te worden aangepast tot een levensloopwoning. Nultreden is een positief kenmerk, maar niet noodzakelijk. Ook eengezinshuizen met een interne trap kunnen aanpasbaar zijn.

Daarentegen stelt aanpasbaarheid wel eisen aan de minimale maten binnen de woning.

De term aanpasbare woning wordt soms ook gebruikt als synoniem voor rolstoeltoegankelijk.

Dit is niet hetzelfde als levensloopbestendig, want de eis van rolstoeltoegankelijkheid geldt bij levensloopwoningen alleen voor de nieuwbouw. Bij het opplussen van bestaande woningen wordt volstaan met het niveau 'rollatortoegankelijk'. Het verschil zit vooral in de ruimtelijke eisen (draaicirkels).

Het normblad NEN 1814 gebruikt voor rolstoeltoegankelijk de term 'integraal toegankelijk'.

### **Aanleunwoning**

De naam zegt het al: dit is een woning die aanleunt aan een zorginstelling. De woningen zijn gelijkvloers en rolstoeltoegankelijk en -doorgankelijk en beschikken over een alarmeringssysteem met de zorginstelling.

### **Woonzorgcomplex**

Cluster van zelfstandige zorgwoningen waar zorg thuis geleverd kan worden. Vaak voorzien van multifunctionele ruimten voor dagbesteding en recreatie. Welzijn en dienstverlening behoren tot het servicepakket van het complex. Veilige en beschutte bouwvorm met soms een bewaakte entree.

### **Verzorgingshuis**

AWBZ-verblijfsvoorziening met een- (enkele twee-)persoonskamers of appartementen. Zorg, signalering, bescherming, toezicht, welzijn en dienstverlening vormen een integraal pakket met het verblijf.

### **Verpleeghuis**

AWBZ-verblijfsvoorziening voor (intensieve) verpleging en behandeling. Verblijf op een- en tweepersoonskamers en soms nog op 3-of 4 persoonszalen. Mogelijkheid van 24 uren toezicht. Verpleging mogelijk bij permanente bedlegerigheid. Er zijn somatische, psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen. Veel verpleeghuizen hebben ook een functie voor kortdurend verblijf (revalidatie en verpleging na ziekenhuisopname).

### **Verzorgd wonen**

Verzorgd wonen heeft betrekking op zelfstandige wooneenheden of woningen waar zorg op afroep mogelijk is door de aanwezigheid van infrastructuur voor wonen en zorg. Het kan variëren van wonen met zorgsteunpunten (ook wel aangeduid als woonzorgzones) tot woonzorgcomplexen met zorg op afroep.

### **Beschermd wonen**

Beschermd wonen kent twee soorten inhoud. In de sector verpleging en verzorging wordt onder beschermd wonen een kleinschalige groepswoning met gemeenschappelijke voorzieningen en 24 uren zorg met toezicht verstaan.

Deze woonvorm is vooral bedoeld voor dementerende ouderen, maar ook voor ernstig en meervoudig gehandicapten. Zie ook: kleinschalig wonen.

In de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg daarentegen wordt de term beschermd wonen ook gebruikt voor individueel of groepswonen in de wijk met af en toe begeleiding; hiervoor is de benaming begeleid wonen te prefereren.

### **Kleinschalig groepswonen**

Buiten of binnen het bouwregime van de AWBZ: het voeren van een gezamenlijke huishouding door een groep cliënten (maximaal 6 tot 8). Vaak bestemd voor psychogeriatrische cliënten en verstandelijk gehandicapten.

### **Afdelingsverblijf**

De cliënt verblijft in een groep van maximaal 10 personen in een afdeling in een instelling. Afdelingen kunnen gesloten (BOPZ-regime), besloten (afsluitbaar en worden soms gesloten, ook BOPZ) en open (vrije in- en uitloop) zijn.

### **ADL-clusterwoning (Fokus wonen)**

Maximaal 20 zelfstandige woningen voor de doelgroep lichamelijk gehandicapten die eigen regie kunnen voeren. De woningen zijn op maximaal 150 meter rond een centrale assistentiepost gegroepeerd. Assistentie is 24 uur per dag op afroep en op afspraak beschikbaar.

## **Zorginfrastructuur**

### **Extramurale zorg**

Zorg die wordt aangeboden in woongebieden al of niet in combinatie met wonen, maar zonder verblijf. Wel kan tot de extramurale zorg worden gerekend de nabije aanwezigheids- of achterwachtfunctie, de hotelfunctie en de welzijnsfunctie als alternatief voor die in het verzorgings- of verpleeghuis.

### **Extramurale Zorginfrastructuur**

Voorzieningen die nodig zijn om zorg en welzijn te kunnen leveren in het kader van scheiden van wonen en zorg. Deze voorzieningen dienen voor de zelfstandige (zorg)woningen in een woonzorgcomplex of voor verspreide (zorg)woningen in de wijk. Brede liften, brede galerijen, brede gangen, zusterpost, tijdelijke opvangplaatsen, alarmeringssysteem, receptie, parkeerplaatsen voor scootmobielen kunnen alle tot zorginfrastructuur behoren. Ook welzijnsruimten, zoals multifunctionele ruimten voor dagactiviteiten, worden tot de zorginfrastructuur gerekend indien deze (mede) bestemd zijn voor gebruik in het kader van arrangementen verzorgd en beschermd wonen.

### **Zorgsteunpunt**

Kleinschalige vormen van zorginfrastructuur. Soms lijkt hieronder alleen de zusterpost te worden verstaan, soms ook een huiskamer of inloopruimte.

### **Domotica**

ICT-voorzieningen in de woning die dienen als comfort, bescherming en alarmering. Onder meer: kijk- en luisterverbinding met de deur of alarmpost, bewegingsalarmering, verlichting bij het verlaten van het bed, gordijnen op afstand sluiten of openen, gas of elektriciteit aan- en uitschakelen, brand- en inbraakbeveiliging.

## **Zorg**

### **Zorg op afspraak (planbare zorg)**

Tijd en plaats van deze vorm van zorg kunnen van tevoren worden afgesproken. Bijvoorbeeld: elke ochtend om 8 uur wordt de cliënt uit bed geholpen.

### **Zorg op afroep (onplanbare zorg)**

Tijd en plaats bij het invoeren van deze zorg zijn niet van tevoren bekend. De aard van de zorg is meestal kortdurend, maar moet wel worden geleverd. Bijvoorbeeld: hulp bij toiletbezoek.

### **Zorg bij calamiteiten (noodhulp)**

Zorg als opvolging van een alarmsignaal als een calamiteit zich voordoet. Het initiatief ligt bij de cliënt. Voorbeeld: alarmopvolging na een valpartij of plotselinge benauwdheid.

### **Zorg met 24-uurs toezicht of 24-uurs zorg**

24-uurs nabije zorg en bescherming, ofwel permanente, niet-planbare langdurige, continue zorg voor mensen met ernstige psychogeriatrische en somatische aandoeningen. Kernmerkend is dat personeel periodiek gaat kijken bij de cliënt, ook zonder oproep.

## **Welzijn en dienstverlening**

Onder welzijnsdiensten vallen in hoofdzaak drie functies: participatie in de samenleving, persoonlijke veiligheid/geborgenheid en praktische ondersteuning (Iglo/VNG). Welzijnsdiensten richten zich over het algemeen op degenen die zelfstandig wonen, al dan niet met zorg. Steeds meer vindt afstemming en integratie plaats van wonen, zorg en welzijn om samenhangende arrangementen te realiseren.

### **Participatiediensten**

Hieronder vallen o.a. informatieloketten, ouderenadviseurs en ouderenbezoekers. Kan variëren van algemene of doelgroepsgewijze voorlichting tot individuele advisering en persoonlijke bemiddeling.

### **Veiligheid en geborgenheid**

Denk hierbij aan sociale alarmering, telefooncirkels en advisering inzake sociale veiligheid.

### **Ondersteuning**

Het betreft servicediensten zoals maaltijden, was- en linnenservice en klussendiensten, maar ook sociaal-culturele activiteiten zoals beweging, ontmoeting, educatie en recreatie.

## BIJLAGE 4 OVERZICHT WOON- EN ZORGVORMEN

### 1. Beschermd wonen

Beschermende woonvormen bieden de zwaardere vormen van zorg in een setting van zo gewoon mogelijk wonen. Beschermd wonen houdt in dat binnen de woonvorm of in de directe nabijheid naast privé-woonruimten ook gemeenschappelijke ruimten en zorgruimten aanwezig zijn in verband met de mogelijkheid van 24-uurs begeleiding én toezicht. Juist vanwege deze 24uurs-toezicht ligt een situering direct nabij een steunpunt met 24-uurs-aanwezige zorg voor de hand.

In het beschermd wonen is een volwaardige eigen woning, gegeven de kenmerken van de betreffende groep mensen, om verschillende redenen niet zinvol: zowel uit het oogpunt van welzijn (sociale contacten) als uit het oogpunt van zorg (toezicht, nachtveiligheid).

Bij beschermende woonvormen beschikt iedere bewoner over een eigen woonslaapkamer, terwijl men overdag in groepen leeft. Uit onderzoek en praktijk blijkt bijvoorbeeld voor dementerenden het wonen in een groep van 6 tot maximaal 8 personen een goede vorm te zijn. Maar er zullen ook meer individuele beschutte woonvormen worden ontwikkeld. Daarin verblijven bewoners in de regel in semi-zelfstandige individuele wooneenheden, die slechts om reden van doelmatige 24-uurs zorgverlening in clusters van bijvoorbeeld zes of twaalf zijn gegroepeerd en intern verbonden zijn met zorgruimten.

Beschermd wonen kan niet binnen de maten van een 'gewone' woning worden ondergebracht. Hier is een royalere, geschakelde groep woningen voor nodig. De noodzakelijke woonprogramma's komen uit op ongeveer 60 m<sup>2</sup> per persoon inclusief algemene ruimten, dat is het equivalent van een halve eengezinswoning.<sup>23</sup>

Aantal wooneenheden beschermd wonen in 2000: ca 4.000.

### 2. Verzorgd wonen

Er zijn twee hoofdvormen van verzorgd wonen te onderscheiden: woonzorgcomplexen en begeleid woonvormen. Beide hebben gemeen dat op complexniveau gearrangeerde verzorging, begeleiding of dienstverlening wordt aangeboden, maar dat er geen sprake is van 24 uur aanwezige zorg met toezicht.

Begeleid wonen is bedoeld voor degenen die wel begeleiding en/of assistentie nodig hebben, maar geen 24-uurs toezicht. Meestal gaat het om mensen met een verstandelijke handicap of een chronische psychische stoornis. Het is een woonvorm, waarbij een aantal zelfstandige wooneenheden (één of tweepersoons) samen in een woongebouw is ondergebracht of aanwezig is binnen een bepaalde straal van een gemeenschappelijke huiskamer en/of hulppost. Naast hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) wordt met name hulp verstrekt bij huishoudelijke activiteiten. Het gaat dan om vormen van zorg die min of meer gepland kunnen worden gedurende bepaalde werkuren. In principe gaat het om activiteiten die ook in een normale (aangepaste) woning kunnen plaatsvinden, waarbij een situering in de directe nabijheid van een zorgpost met 24-uurs zorg niet direct vereist is. Ook dit woonprogramma correspondeert ongeveer met een halve eengezinswoning (60 m<sup>2</sup> bruto), waarbij in vergelijking met beschermd wonen een groter percentage van het oppervlak toevalt aan de privé-woonruimte en een kleiner deel aan de gemeenschappelijke en algemene ruimten.

Aantal wooneenheden begeleid wonen in 2000: ca 20.000

Een al langer bestaande woonvorm die ook de basiskenmerken draagt van het verzorgd wonen is de Fokuswoning (officieel: ADL-clusterwoning) voor ernstig lichamelijk gehandicapten. Voor deze woonvorm bestaat al tientallen jaren een aparte financiering. Een Fokuswoning maakt deel uit van een project van 12-15 aangepaste woningen en een hulppost (ADL-eenheid). Het gaat om standaard aangepaste huurwoningen in eigendom van een woningcorporatie. Ze zijn volledig toegankelijk voor rolstoelgebruikers, met hun eventuele partner, kinderen en/of andere huisgenoten. Vanuit de hulppost wordt praktische assistentie verleend bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Deze hulp wordt verleend op afroep en op aanwijzing van de bewoner, gedurende 24 uur per etmaal. Eigenlijk is het een tussenvorm tussen verzorgd en beschermd wonen, maar het element toezicht ontbreekt. Inmiddels zijn varianten ontwikkeld waarin naast ADL-assistentie ook een vorm van woonbegeleiding wordt geboden.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Handboek Buitengewoon Wonen, door J. Drenth en J.P.J. Singelenberg, Elsevier Bedrijfsinformatie, Doetinchem 2001.

<sup>24</sup> ADL-plus wonen, Amstelrade Amsterdam 2000.

Een Fokus-woning is minstens zo groot als een gewone eengezinswoning: vanaf 120 m<sup>2</sup>, exclusief het aandeel in de ADL-post, die ook ongeveer het oppervlak van een woning beslaat. Aantal ADL-clusterwoningen in 2000: ca 1.000.

De term *woonzorgcomplex* is in het praktische gebruik gereserveerd voor de brede doelgroep al of niet zorgbehoevende ouderen (exclusief dementerenden). De gemiddelde leeftijd ligt slechts een fractie lager dan in het verzorgingshuis (80 resp. 84 jaar), maar de zelfredzaamheid is gemiddeld nog wel groter. Het is de moderne opvolger van de zogenaamde aanleunwoningen<sup>25</sup>: zelfstandige woningen bij veelal een verzorgingshuis (leunend aan), waarbij de bewoners gebruik kunnen maken van de centrale voorzieningen in het verzorgingshuis en waarbij verzorgingshuispersoneel reageert in het geval van een noodsituatie.<sup>26</sup> Aanleunwoningen zijn echter kleiner dan woningen in woonzorgcomplexen en voldoen doorgaans niet aan de eisen van Woonkeur.

In de Nationale Survey Woonzorgcomplexen<sup>27</sup> wordt de volgende definitie aangehouden voor een woonzorgcomplex:

“Een complex zelfstandige woningen met een bouwwijze die is gericht op verzorgd wonen, met een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement, maar met wel een consequente scheiding tussen wonen, zorg en service”.

In 1999 had gemiddeld de helft van de bewoners van woonzorgcomplexen een zorgindicatie; nu is dat vermoedelijk al meer dan de helft.

Naast zorggarantie biedt het woonzorgcomplex in de eerste plaats veiligheid. Een tweede aspect is het aanbod van dienstverlening en welzijn. Gedacht moet worden aan huismeesterdiensten, ouderenadvies, <sup>28</sup> een dienstenpakket op abonnementsbasis (wonen-plus arrangement), en sociaal-recreatieve functies in een centrale ontmoetingsruimte.

Er is in principe geen noodzaak van 24-uur in het complex aanwezige zorg, wel van directe zorggarantie in geval van nood.

De woningen zijn voorzien of kunnen voorzien worden van apparatuur van personen- of sociale alarmering. Met een druk op de knop op het apparaat of handzender wordt een alarmsignaal uitgezonden naar een alarmcentrale, die in principe 24 uur bezet is. Via een spreek-luisterverbinding in het apparaat verifieert de centralist of er daadwerkelijk sprake is van een noodsituatie. Is dit aan de orde, dan wordt er een professionele medewerker uit de ouderenzorg (ouderenzorg of thuiszorg) op afgestuurd. Deze verleent eerste hulp en organiseert de vervolghulp, indien nodig. Deze zogenoemde professionele alarmopvolging met een reactietermijn van circa een kwartier (maximaal een half uur) is de belangrijkste invulling van het begrip zorggarantie.

In sommige nieuwere complexen wordt de alarmfunctie verder uitgebouwd tot een geïntegreerd systeem van woonhuisautomatisering (domotica), met tal van veiligheids- en comfortopties.

Woningen in woonzorgcomplexen voldoen aan de eisen van Woonkeur maar zijn bij voorkeur tevens zorggeschikt, hetgeen niet wil zeggen dat iedere bewoner ook daadwerkelijk zorg hoeft te ontvangen.<sup>29</sup>

In de eerste generatie woonzorgcomplexen bedroeg de woninggrootte gemiddeld zo'n 70 m<sup>2</sup>, waarbij dan nog eens 10% extra vloeroppervlak kwam voor de algemene ruimten. Deze woonprogramma's waren afgeleid van het woonprogramma Seniorenlabel van de ouderenbonden.

In de nieuwere complexen komen ook grotere woningen voor, tot wel het dubbele van die 70 m<sup>2</sup>.

Meestal zijn dat koopappartementen. Sinds het jaar 2000 is het aandeel koopwoningen in woonzorgcomplexen opgelopen van enkele procenten tot tientallen procenten.

Aantal woningen in woonzorgcomplexen in 2002: ca 40.000.

Aantal aanleun- en servicewoningen in 1990: ca 45.000

<sup>25</sup> Als variant bestaat ook de inleunwoning: een zelfstandige woning binnen het gebouw, waar intramurale verzorgings- en verpleeghuisplaatsen zijn ondergebracht.

<sup>26</sup> In de aanleunwoning is daartoe apparatuur voor actieve personen of sociale alarmering aangebracht, die integraal onderdeel uitmaakt van het intramurale communicatie-, telefonie en – alarmeringssysteem van een verzorgingshuis.

<sup>27</sup> In 1998/1999 is, in opdracht van de Ministeries van VROM en VWS, de Nationale Survey Woonzorgcomplexen uitgevoerd door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting en RIGO Research en Advies (SEV, Rotterdam, 1999).

<sup>28</sup> Een sterk in opkomst zijnde functie, waarbij men aan de kant van de vrager/ouder informatie en advies geeft over dienst- en zorgverlening en indien nodig bemiddelt naar dienst- en zorgverlening.

<sup>29</sup> Zie criteria voor de levensloopbestendige woning van Humanitas, Rotterdam 1997.

### 3. Levensloopbestendig wonen

Levensloopbestendige woningen (kortweg: levensloop-woningen) zijn gewone woningen die geschikt zijn voor bewoning in alle fasen van de levensloop, tot en met de laatste. Maar wat verstaan we daar onder?

Een eerste criterium is nultreden toegankelijkheid, vertaald in de eis dat de woning zonder trappen van buiten af bereikbaar is en dat de essentiële vertrekken zich op dezelfde woonlaag bevinden.

Aan deze eis voldeden in 2002 volgens het Woningbehoefte onderzoek: ruim 1,6 miljoen woningen.

Het tweede criterium is interne geschiktheid (voldoende ruimte om te manoeuvreren) en het derde is ligging in een geschikte woonomgeving (essentiële voorzieningen binnen loopafstand) . Dit correspondeert ongeveer met de betreffende rubrieken in het consumentenkeurmerk Woonkeur (voorheen: seniorenlabel).<sup>30</sup>

Het aantal woningen dat aan deze drie criteria voldoet is voor het jaar 2000 op grond van de Kwalitatieve Woningregistratie geschat op 330.000.

Wil een woning helemaal aan de Woonkeur-criteria voldoen, dan gelden meer gedetailleerde eisen, waaraan alleen nieuw gebouwde woningen van na het bouwbesluit van 1998 kunnen voldoen.

Daarnaast zijn er nog enkele duizenden woningen die aan de iets lager gestelde Opplus-eisen van de SEV voldoen.

In totaal zijn er hooguit enkele tienduizenden woningen die (vrijwel)aan alle eisen voldoen; het precieze aantal is niet bekend.

---

<sup>30</sup> Hoe levensloopbestendig bouwt Nederland?, J.P.J. Singelenberg, website Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, mei 2003.