De toekomst van het verzorgingshuis

Arcares ⋮ brancheorganisatie verpleging & verzorging

Uitgave Arcares ⋮ Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht ⋮ postbus 8258, 3503 RG Utrecht
telefoon 030 273 93 93 ⋮ fax 030 273 97 87 ⋮ info@arcares.nl ⋮ www.arcares.nl

De publicatie 04.030 is gratis te downloaden via www.arcares.nl/ledennet/publicaties.

© Arcares, november 2004
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Arcares. Het gebruik van de tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Op 16 september 2004 kwamen ruim 250 managers van verzorgingshuizen naar de Arcares-bijeenkomst ''Het verzorgingshuis op een tweesprong''. Vooral de kleinere, afzonderlijke huizen waren goed vertegenwoordigd.
De sfeer was zelfbewust: het verzorgingshuis is een onmisbare lokaal gewortelde eerstelijns voorziening in de ouderenzorg. In een vergrijzend Nederland is hieraan in de toekomst zonder twijfel behoefte.
Tegelijkertijd voelt iedereen hoezeer het verzorgingshuis in beweging is. Zowel het gebouw als het dienstenpakket staan volop ter discussie. In de beleidsnota's van VWS spreekt men van ''verzorgd wonen'', met of zonder financiële scheiding van wonen en zorg.
Het verzorgingshuis kan zich in verschillende richtingen ontwikkelen: richting wijkzorg, verpleegzorg, private zorg, zorg voor bijzondere doelgroepen. Alle ontwikkelingsrichtingen komen in deze brochure aan bod.
Het moeilijkste is het nemen van de juiste strategische beslissingen op dit moment. Elke lokale situatie vraagt om een eigen mix van ontwikkelingsrichtingen. Bovendien wijzen de wegwijzers van beleid en regelgeving vaak verschillende kanten uit. De voortdurende verbouwing van stelsel en regels levert telkens tegenstrijdige signalen op. Daarom kiezen vele huizen voor een combinatiestrategie, om hun risico's te spreiden. In deze brochure is een beslissingsboom opgenomen plus een checklist voor risicoanalyse. Wellicht helpt dit u om tot een goede strategische keuze te komen die bij uw situatie past.
Maar het belangrijkste is dat u zelf gelooft in uw innovaties. Als u iets aanbiedt waar maatschappelijk vraag naar is en zal blijven, dan zullen hindermachten uiteindelijk altijd voor u opzij treden.

Mr C. van Schelven, voorzitter Arcares

Inhoudsopgave

1. Het verzorgingshuis in vogelvlucht *7*
1.1 De middelste schakel *7*
1.2 Bestaansrecht ter discussie *7*
1.3 Veel gebouwen zijn verouderd *7*
1.4 De zorg- en dienstenproductie groeit juist *8*
1.5 Bevrijding uit omhulsel *8*
1.6 Richting wijkzorg *9*
1.7 Boekwaarde oplossen *9*
1.8 Richting verpleegzorg *10*
1.9 Richting private dienstverlening en welzijnsfuncties *10*
1.10 Richten op bijzondere doelgroepen *11*
1.11 Combinaties van verschillende richtingen *11*
1.12 Voorwaarden voor ontwikkeling *11*
2. Waar komt het verzorgingshuis vandaan? *13*
2.1 Van oorsprong een woon-welzijnsvoorziening *13*
2.2 Europees record *13*
2.3 Vergrijzing en verzwaring *13*
2.4 Groei buiten de muren *14*
Tabel 1 verzorgingshuizen: intramurale en extramurale productie *14*
2.5 Inpassing in de zorgsector *14*
3. Marktpositie *15*
3.1 Positionering ten opzichte van het verpleeghuis *15*
3.2 Positionering ten opzichte van het woonzorgcomplex *15*
3.3 Kwetsbare ouderen *16*
3.4 Sterke punten van het verzorgingshuis *16*
3.5 Zwakke punten *18*
3.6 Beginnende leegstand in de grote steden *18*
3.7 Kostenstructuur *19*
3.8 Samenvatting positionering *20*
4. Toekomstperspectief *21*
4.1 Het gebouw, de locatie *21*
4.2 De zorgorganisatie *22*
4.3 Managementprofiel *23*
5. Strategische keuzen *25*
5.1 Van voorsorteren tot vervangen *25*
5.2 Extramuraliseren *25*
5.3 Gedeeltelijk extramuraliseren *26*

5.4 Nieuwe steunpunten stichten in de wijk *27*
5.5 Oplossen van het boekwaardeprobleem *28*
5.6 Verbouwen tot zorgunits dementie *29*
5.7 Nieuwe activiteiten onderbrengen in het verzorgingshuis *31*
5.8 Een waaier van opties *32*

Bijlage 1: Beslissingsboom strategische keuzen verzorgingshuizen *33*
Bijlage 2: Hoe lossen we het boekwaardeprobleem op? *37*

1 Het verzorgingshuis in vogelvlucht

1.1 De middelste schakel

Het verzorgingshuis neemt een centrale, maar kwetsbare positie in als middelste schakel in de keten van ouderenzorg. Het heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld van residentiële voorziening (rusthuis, bejaardenoord) tot eerstelijns zorgvoorziening in het hart van de wijk. Het heeft ook een belangrijke welzijnsfunctie: zonder het verzorgingshuis zou voor veel ouderen het veilige *aanleungevoel* ontbreken. Het biedt veiligheid, gezelligheid, betaalbare verzorging natuurlijk en ook steeds meer verpleging. Uit onderzoek blijkt dat het verzorgingshuis in veel plaatsen nog steeds mag rekenen op een trouwe supporterskern. Er blijft ook in de toekomst een aanzienlijke behoefte bestaan aan *verzorgd wonen*. Maar in welke vorm?

1.2 Bestaansrecht ter discussie

Het bestaansrecht van het traditionele verzorgingshuis staat al enige tijd ter discussie. Aan de ene kant worden de bewoners steeds ''zwaarder'' en schuift het verzorgingshuis steeds meer op richting verpleeghuis; aan de andere kant is er ook een groep bewoners die in de toekomst met gewoon wonen plus zorg thuis en algemene welzijnsvoorzieningen geholpen kan worden.
Voor de ene groep is het verzorgingshuis te licht, voor de andere te zwaar.
In vergelijking met andere landen hebben we er ook gewoon veel van en dat wordt kostbaar voor de samenleving. Ouderen worden in de toekomst bovendien zelfredzamer en kieskeuriger en willen graag kunnen kiezen uit meer verschillende smaken.

1.3 Veel gebouwen zijn verouderd

De hardste kritiek richt zich op het gebouw. Het verzorgingshuis voldoet niet meer aan de eisen van deze tijd: te kleine kamertjes, te lange gangen, te veel en te sfeerloze algemene ruimten. Het woonzorgcomplex is het modernere alternatief. Maar voordat we de gebouwen helemaal afschrijven (wat financieel gezien nog een aardige klus is) moeten we wel bedenken dat het verzorgingshuis nog steeds functies vervult waarvoor geen alternatief bestaat. Er is een groep ouderen voor wie het woonzorgcomplex te duur of te ongezellig is. En er is een groep dementerende ouderen voor wie het verpleeghuis een te zware voorziening is of voor wie eenvoudigweg voorlopig geen plaats is in het verpleeghuis.
We kunnen dus wel verder gaan met het ''uitdunnen'' van het bestand verzorgingshuizen, te beginnen met de meest verouderde gebouwen, maar we kunnen ze nog niet allemaal missen. Arcares heeft uitgerekend dat in 2015 zeker de helft er nog dient te staan.

1.4 De zorg- en dienstenproductie groeit juist

Niemand beweert daarentegen dat er aan de zorgcapaciteit die in de verzorgingshuizen huist geen behoefte meer zou zijn. Integendeel: sinds het jaar 2000 hebben de verzorgingshuizen hun extramurale capaciteit al in belangrijke mate uitgebreid. De kosten per plaats zijn afgenomen, de doelmatigheid is gegroeid. Voor de toekomst is geraamd dat de behoefte aan de zorgproducten die corresponderen met het huidige verzorgingshuis zal toenemen met 2% per jaar. Er zal zeker geen personeel moeten worden ontslagen en er zullen geen organisaties moeten worden ontmanteld.

Wel moet het zorgaanbod anders worden, van spreiding en van inhoud. Het moet de vraag volgen. Nu nog zijn er 1300 verzorgingshuizen in het land, maar ze zijn ongelijk gespreid. Elke wijk of dorp moet straks een eerstelijns zorg- en dienstencentrum hebben. Maar dan wel met scheiding van woonfunctie en zorg- en welzijnsfuncties.

Een deel van de huidige verzorgingshuizen is al gunstig gelegen, in het middelpunt van de lokale samenleving; deze locaties zijn goud waard als onderlegger voor een goed gespreide zorginfrastructuur. Zo'n eerstelijns dienstencentrum nieuwe stijl wordt de thuisbasis voor de zorgteams in de wijk en het centrum voor dienstverlening en welzijnsactiviteiten. Integratie met de thuiszorg en het ouderenwerk ligt dan zeer voor de hand.

1.5 Bevrijding uit omhulsel

Het verzorgingshuis is in de ''grijze'' toekomst meer nodig dan ooit, maar ontdoet zich geleidelijk van het huidige stoffelijk en wettelijk omhulsel. Het transformeert in een eerstelijns dienstencentrum, activiteitencentrum en communicatiecentrum voor de wijk, met in de omgeving afzonderlijke zorggeschikte woningen. Het blijft de centrale schakel in de keten met aan de ene kant de regionale centra voor intensieve zorg en aan de andere kant de individuele thuiszorg. Deze transformatie zal vele jaren kosten.

Het Arcares Investeringsplan Wonen en Zorg voorziet op basis van de behoeftecijfers voor 2015 het volgende scenario:

- 45% van de capaciteit (45.000 plaatsen) extramuraliseren en vervangen door nieuwe woonzorgcomplexen en woonzorgzones
- 20% aanpassen tot zorgunits voor demente ouderen door eenvoudige verbouwingen
- 30% handhaven als verzorgingshuis: de beste en nieuwste huizen.

Over deze opgave bestaat een vrij grote mate van eensgezindheid, maar de vervulling loopt al jarenlang vertraging op. Met name de versnelde afschrijving (boekwaardeprobleem), de bekostiging van de extramurale zorg en de zorginfrastructuur zijn geduchte obstakels. En het gaat niet alleen maar om geld, maar ook om rolverdeling, regie en ruimte.
Dit betekent niet dat er moet worden afgewacht tot het Grote Plan kan worden gerealiseerd. Ook binnen de beperkingen van het huidige gebouw en de huidige locatie kan nu al worden voorgesorteerd op de toekomst.

1.6 Richting wijkzorg

Op veel plaatsen wordt de logische keuze gemaakt om eerst nieuwe steunpunten te stichten en dan pas de verouderde verzorgingshuizen te vervangen of te vernieuwen.
Dit ligt zeker voor de hand als zich niet op korte termijn de mogelijkheden voordoen om het bestaande verzorgingshuis te vervangen.
Met betrekkelijk tot lichte investeringen worden nieuwe steunpunten opgezet in de wijk.
Dit kan door ruimte te huren in een dienstencentrum in de wijk of door, eventueel samen met andere aanbieders van zorg en welzijn, zorgposten op te zetten in bestaande gebouwen, bijvoorbeeld in (samengetrokken) woningen in een flatgebouw waar reeds veel ouderen wonen.
Onderzoek is plaatselijk gedaan naar het noodzakelijk draagvlak voor de exploitatie. Vanaf 12 tot 50 zorgcliënten - al naar gelang zorgzwaarte en omgevingsfactoren - kun je 24 uurs zorgdiensten gaan draaien. Zorgsteunpunten kunnen worden ondergebracht in bestaande woongebouwen of in dienstencentra. Investeringen verschuiven van gebouwen naar ICT-infrastructuur. Dit is nodig om verantwoorde zorg op maat te kunnen leveren, verspreid over een groter gebied.

1.7 Boekwaarde oplossen

Het overhevelen van capaciteit naar de wijk schept ruimte om op de capaciteit op de bestaande locatie te reduceren. Daarbij is geheel of gedeeltelijk slopen en vervangen een optie.
Gemiddeld genomen rust er nog een boekwaarde van € 37.000 per plaats op de gebouwen: een flinke molensteen om mee te zeulen naar het nieuwe woonzorgcomplex. Een deel kan worden weggewenteld door grond- en vastgoedtransacties. Daar heb je meestal andere partijen voor nodig: gemeente, woningcorporaties. Er zijn verschillende opties bedacht om het onoplosbare deel van de kapitaalslasten niet mee te zeulen en ook niet ineens af te boeken, maar volgens een bepaald

schema weg te werken. Ook de banken kunnen belang hebben bij vervroegde afschrijving en meewerken door gunstige condities te bieden. Het ministerie van VWS onderkent het probleem, maar is er nog niet uit welke optie de voorkeur verdient.

1.8 Richting verpleegzorg

Een andere optie is om het gebouw te handhaven en in te handhaven gedeelten zorgunits dementie onder te brengen. Om te beoordelen of een verzorgingshuis kansrijk is voor transformatie richting zorgunits dementie wordt nagegaan welke gebouwdelen geschikt zijn voor beschermd groepswonen, welk capaciteitsverlies te verwachten is bij verbouwing en welke expertise aanwezig en nodig is voor PG-zorg. In tegenstelling tot de veel kostbaardere *verpleegunits* zijn de zorgunits niet bedoeld voor bedlegerige of zeer gedragsmoeilijke bewoners.
Indien de test positief uitvalt, kan een verbouwingsplan worden gemaakt, waarbij een relatie bestaat tussen het investeringsniveau en de afschrijvingstermijn. Zorgunits dementie zijn bedoeld als tijdelijke oplossing voor een termijn van 5 tot 15 jaar. Het verzorgingshuis moet dus nog zeker zo lang blijven bestaan. Vervolgens wordt met het Bouwcollege in overleg getreden over bekostiging van de aanpassingen. De oorspronkelijke kapitaalslasten van de verzorgingsplaatsen blijven gewoon doorlopen, ook voor de plaatsen die komen te vervallen, bijvoorbeeld doordat groepsruimte nodig is. Daar staat tegenover dat voor de resterende plaatsen intensievere zorg geleverd kan worden.

1.9 Richting private dienstverlening en welzijnsfuncties

Ook bij doorexploitatie van het verzorgingshuis kunnen nieuwe producten en diensten helpen om de sfeer te vernieuwen en het financieel draagvlak te versterken.
Met name de nieuwere en betere verzorgingshuizen die er nog wel minstens 15 jaar zullen staan, zullen ook bouwkundig hierin willen investeren. Deze investeringen zullen vooral betrekking hebben op de ruimten op de begane grond die bestemd zijn voor activiteiten en diensten, ook voor externe klanten. In principe dienen deze investeringen rendabel te zijn.
Voor de toekomstige ontwikkeling kunnen de volgende opties worden onderzocht:

- Het verzorgingshuis als thuisbasis voor privaat gefinancierde diensten door als zorgbemiddelaar en aanbieder te participeren in de bouw van duurdere serviceappartementen in de omgeving van het huis
- Door in- of aanbouw kan het verzorgingshuis accommodatie bieden aan complete multifunctionele wijkcentra, waarin ook de eerstelijns gezondheidszorg en de welzijnsfunctie onderdak vinden

- Verzorgingshuizen kunnen hun aanbod van zorg en diensten verbreden door ook in de andere zorgsectoren (met name de gehandicaptenzorg) of in de sector van de maatschappelijke ondersteuning contracten te verwerven; hiervoor kunnen ook leegkomende delen van het huidige gebouw met kleine verbouwingen worden gereedgemaakt.

1.10 Richten op bijzondere doelgroepen

Er zal ook op langere termijn een behoefte blijven bestaan aan een gemoderniseerde versie van het bekende verzorgingshuis. Het volume zal echter kleiner zijn dan het huidige. Waar de algemene functie zich ontwikkelt in bovengenoemde richtingen, zullen bijzondere functies zich handhaven, zij het dat de doelgroepen zullen veranderen. Gedacht kan worden aan ouderen met specifieke leefstijlen of subculturen die er de voorkeur aan geven om onder elkaar te zijn. Een gespecialiseerd huis ontwikkelt daarmee soms een regionale of zelfs landelijke functie. Deze markt is nog nauwelijks onderzocht.

1.11 Combinaties van verschillende richtingen

Om risico's te reduceren kiezen verzorgingshuizen ook wel voor combinaties van genoemde ontwikkelingsrichtingen. Met name de combinatie van intramurale en extramurale zorg blijft in het huidige overgangstijdperk een aantrekkelijke optie. Zo behoudt men een zekere vaste exploitatiebasis en infrastructuur en kan men tegelijkertijd inspelen op de groeicondities voor de extramurale zorg. Ook het toevoegen van private dienstenabonnementen en van doelgroepenzorg in gebouwdelen (b.v. voor allochtone ouderengroepen in de steden) zijn hier voorbeelden van.

1.12 Voorwaarden voor ontwikkeling

Het verzorgingshuis laat zijn cocon achter en vliegt uit. Het is essentieel dat iedere wijk of dorp in Nederland een lokale zorg- en dienstenorganisatie behoudt, met specialisatie voor ouderen en gehandicapten. Met enige aanpassingen kan ruim de helft van de huidige gebouwen nog wel 10-15 jaar mee. De andere helft dient indien mogelijk te worden vervangen door nieuwe, meer verspreide en kleinschalige voorzieningen en vooral ook door woningen. Hiervoor is veel samenwerking en creativiteit nodig. Het probleem van de boekwaarde is in principe oplosbaar zonder extra geld. Wat nodig is: ruimte voor ondernemerschap, consistent beleid en positieve prikkels voor vernieuwers. Daarbij hoort dat ruimte wordt gegeven voor transacties met grond en vastgoed.

2 ⋮ Waar komt het verzorgingshuis vandaan?

2.1 Van oorsprong een woon-welzijnsvoorziening

Van huis uit is het verzorgingshuis een woonvoorziening met een service- en welzijnsfunctie. De Wet op de Bejaardenoorden werd veertig jaar geleden in het leven geroepen om misstanden in particuliere bejaardenpensions te bestrijden. Ook was er behoefte aan meer bouw van rusthuizen om de doorstroming van bejaarden te bevorderen, opdat zij woningen zouden vrijmaken voor jonge gezinnen.
In de beginjaren waren geen zorgindicaties vereist; bewoners werden in die tijd nog geacht zelf hun activiteiten te organiseren in de recreatiezaal. Iedereen boven 65 jaar had recht op een verzorgde en beschermde oude dag. Op zo'n manier had de jonge generatie de handen vrij om zich te wijden aan de wederopbouw.

2.2 Europees record

Het hoogtepunt van de bouw van verzorgingshuizen lag in de jaren '70. Met de bouwnorm van 7% van de 65+-bevolking bekleedde Nederland een eenzame toppositie in Europa: nergens werden zoveel specifieke bejaardenvoorzieningen gebouwd. Bewoners betaalden een eigen bijdrage naar inkomen en vermogen; de rest werd bijgepast door de Wet op de Bejaardenoorden. Voor bejaarden met een laag inkomen en zonder vermogen was er een speciale Bijstandsregeling; zij moesten hun AOW-uitkering inleveren en kregen maandelijks zak- en kleedgeld. Meer was niet nodig, want het verzorgingshuis biedt vol pension.
Vanwege de bovenlokale functie werd de verantwoordelijkheid voor de verzorgingshuizen neergelegd bij de provincies en de grote steden. Vaste bouwnormen en budgetten zorgden voor een min of meer uniform product: de bekende kamertjes van
24 m2 met kleine badcel en kitchenette aan lange binnengangen.

2.3 Vergrijzing en verzwaring

Eind jaren '80 begon de rijksoverheid vraagtekens te zetten bij de verdere bouw van verzorgingshuizen. De mensen werden steeds ouder en de verzorgingshuizen begonnen steeds meer het karakter te krijgen van kostbare zorgvoorzieningen. Vanaf het begin van de jaren '80 waren indicaties voor verzorging vereist, alleen leeftijd was niet meer voldoende om in het verzorgingshuis te komen. Het verzorgingshuis begon aan zijn langzame opmars richting verpleeghuis. In plaats van een welzijnsvoorziening voor 65 plus werd het verzorgingshuis een zorgvoorziening voor 80 plus.
Vanaf 1990 begon bovendien de emancipatie van dankbare bejaarden tot kritische senioren. Het verzorgingshuis werd door velen te bekrompen gevonden, te betuttelend, te uniform.

2.4 Groei buiten de muren

Zorginstellingen reageerden met productvernieuwing en diversificatie. Er werden nieuwe woonzorgcomplexen gebouwd, samen met woningcorporaties. Eind jaren '90 waren er al ongeveer 700 woonzorgcomplexen met 40.000 woningen in het land. Daarnaast waren voor 1990 al zo'n 25.000 aanleunwoningen gebouwd bij de verzorgingshuizen.

Vanaf tweede helft jaren '80 ontwikkelde zich in rap tempo de open wijkfunctie: ouderen in de omliggende wijk konden deelnemen aan dagactiviteiten in het verzorgingshuis, of thuis een abonnement nemen op alarmering of maaltijdservice. Een andere belangrijke externe functie werd de mogelijkheid van tijdelijke opname bij ziekte of ongevallen.

Steeds meer verzorgingshuizen gingen zich zorgcentrum noemen, en werden dat ook.

Toch bleef de intramurale verblijfsfunctie de kernactiviteit, ondanks de capaciteitsreductie van ongeveer 1% per jaar die vanaf eind jaren '80 door de provincies werd ingezet. Thans, aan het begin van de 21ste eeuw, zijn er nog net iets meer dan 100.000 intramurale plaatsen in de verzorgingshuizen, tegenover ruim 50.000 extramurale plaatsen:

Tabel 1 verzorgingshuizen: intramurale en extramurale productie

Productgroepen:	*Aantal cliënten (2002)*
Intramurale verzorging	105.000
Dagverzorging	28.500
Extramurale zorg	23.000
Totaal verzorgingshuizen	156.500

Arcares-Factsheet V&V, 2002

2.5 Inpassing in de zorgsector

Met de overgang van de WBO naar de AWBZ in 2001 is de transformatie van woonwelzijnsvoorziening naar zorgvoorziening voltooid. De verzorgingshuizen kwamen in het hetzelfde regime terecht als de verpleeghuizen en de thuiszorg. Als middelste voorziening in de keten van ouderenzorg kan het verzorgingshuis nu twee kanten op, naar de zwaardere en de lichtere kant, maar wordt het tevens van beide kanten uitgehold. De vernieuwing komt hiermee in een stroomversnelling.

3 Marktpositie

3.1 Positionering ten opzichte van het verpleeghuis

In versneld tempo zet de verzwaring van de populatie door en is een overloop van verpleeghuisfuncties naar het verzorgingshuis waar te nemen. Lichte tot matige verpleeghuisindicaties zijn geen reden meer tot overplaatsing; binnen verzorgingshuizen worden sinds de jaren '90 verpleegunits ingericht. Er is nog steeds een duidelijk verschil in zorgzwaarte met de verpleeghuizen. Inmiddels is 40% van de bewoners van verzorgingshuizen wegens ernstige tot zeer ernstige psychosociale problematiek niet meer in staat om zelf enigermate de regie te voeren over het dagelijks leven:

Tabel 2 populatie van verpleeg- en verzorgingshuizen naar zorgbehoeftegroepen

Zorgbehoeftegroepen	verpleeghuizen	verzorgingshuizen
Licht tot matig zorgbehoevend	10,5 %	51,5 %
Licht tot matig PG en (zeer) ernstig SOM	12,5 %	9,0 %
(zeer) Ernstig PG en licht tot matig SOM	13,0 %	18,0 %
(zeer) Ernstig meervoudig zorgbehoevend	64,0 %	21,5 %
Totaal	100,0 %	100,0 %

Arcares Benchmark 2003

3.2 Positionering ten opzichte van het woonzorgcomplex

Sinds eind jaren '80 worden steeds meer verzorgingshuizen vervroegd afgeschreven en vervangen door woonzorgcomplexen met financiële scheiding van wonen en zorg, waarbij de aanleunwoningen meestal blijven staan. De laatste jaren worden ook steeds vaker gemengde complexen gebouwd die deels bestaan uit verzorgingshuisplaatsen, deels uit zorggeschikte zelfstandige woningen.
Er zijn nog steeds wel duidelijke verschillen tussen verzorgingshuis en woonzorgcomplex, maar deze tenderen kleiner te worden. In verzorgingshuizen zijn de bewoners ouder en is het zorggebruik groter. In woonzorgcomplexen heeft bovendien een deel van de bewoners nog geen zorg nodig. Ook is er een verschil in inkomensopbouw, dat juist lijkt toe te nemen: het verzorgingshuis met zijn risicoloze zak- en kleedgeldregeling is de favoriete woonvorm voor ouderen met nauwelijks meer dan AOW, terwijl het woonzorgcomplex met de hogere woonkwaliteit, waarbij de bewoner echter zelf huur en service moet betalen, ook de middengroepen aanspreekt.

Tabel 3 verschillen tussen bewoners verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen

Kenmerk	verzorgingshuis	woonzorgcomplex
Leeftijd bewoners (gem.)	85 jaar	81 jaar
Gebruik van zorg	100%	60%
Zorgminuten/cliënt/dag	95	75
Aandeel laagste inkomens	80%	60%

Coolen en Weever1998; Singelenberg en Harkes 1998; Arcares Benchmark 2003

3.3 Kwetsbare ouderen

Verzorgingshuizen zouden zich kunnen profileren als specialist in nabije zorg voor kwetsbare ouderen.

Het naar het verleden verwijzende begrip *extramurale verzorgingshuiszorg* kan beter worden vervangen door het begrip *24 uurs nabije zorg* of kortweg: nabije zorg. Dit omvat in potentie de volle range van de functies verpleging en verzorging plus alle welzijnsfuncties.

Kwetsbare ouderen zijn gedefinieerd als ouderen met matige tot ernstige fysieke beperkingen en lichte tot matige psychosociale beperkingen, doch zonder regieverlies.

Behalve een hoge *draaglast* hebben zij tevens een geringe *draagkracht*, dat wil zeggen dat zij alleen staan en over een gering inkomen en vermogen beschikken.

Blijkens een rapport van het SCP gaat het anno 2000 om 150.000 kwetsbare ouderen in het land. Hiervan maken er 60.000 gebruik van AWBZ-zorg.

Vergelijkbaar met de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen is de groep intramurale verzorgingshuisbewoners met lichte tot matige psychosociale problematiek: dit zijn ongeveer 60.000 ouderen.

In totaal kan de doelgroep kwetsbare ouderen derhalve momenteel worden gesteld op 210.000, waarvan 120.000 AWBZ-gebruikers. Dit is de omvang van de primaire doelgroep voor nabije zorg.

3.4 Sterke punten van het verzorgingshuis

Het verzorgingshuis verlaat zijn vaste omhulsel, wordt daarmee kwetsbaar, maar kan tegelijk ook alle kanten op. Het onderhoudt relaties met verpleeghuizen, thuiszorg, woningcorporaties en welzijnswerk. Het heeft te maken met gemeenten, indicatiecommissies en zorgkantoren. En vooral met huidige en toekomstige bewoners, aan wie het zijn diensten en producten moet aanprijzen.

Het verzorgingshuis zal een nieuwe positie zoeken op de markt van wonen, zorg en welzijn, zonder daarbij zijn sterke punten prijs te geven, zoals:

- lokale binding: er zijn niet minder dan 1350 verzorgingshuizen in Nederland, de meeste wijken en grotere dorpen hebben er een; het zou doodzonde zijn om zo'n fijn vertakt netwerk van voorzieningen kwijt te raken
- gezelligheid: vereenzaming is thans het meest voorkomende probleem bij ouderen; als op hoge leeftijd het sociale netwerk in ontbinding raakt, ontstaat behoefte aan een geclusterde en verzorgde vorm van wonen
- betaalbaarheid: voor ouderen met alleen AOW is het verzorgingshuis nog steeds de enige betaalbare optie als men zorg nodig heeft; er blijft een groep bestaan die een kleine wooneenheid met sobere service prefereert boven een royaal appartement met service a-la-carte.

Bovendien moeten we in het tempo van vernieuwing ons doel, namelijk vraagsturing, ook niet voorbij schieten. Onder de huidige generatie ouderen vinden we nog steeds een trouwe supporterskern van het traditionele verzorgingshuis. In meer behoudende regio's zoals de Veluwe, bleek onlangs uit onderzoek dat het verzorgingshuis onveranderd populair is. Ook deze groep ouderen moet worden bediend.

Dan is er nog een groep van ongeveer 100 verzorgingshuizen met een bijzondere functie. Naast een (afnemende) groep kloosterverzorgingshuizen betreft het huizen voor specifieke doelgroepen zoals visueel gehandicapte ouderen, vegetariërs, kunstenaars.
Er is nog nauwelijks marktonderzoek gedaan naar de toekomstige behoefte onder groepen ouderen met een specifieke identiteit of leefstijl en een zorgindicatie naar een verzorgingshuis of woonzorgcomplex dat hen de gelegenheid biedt om in de laatste levensfase onder elkaar te zijn. Er zijn wel al indicaties dat deze behoefte in ieder geval aanwezig is onder etnisch-culturele minderheden zoals Surinaamse, Chinese en Molukse ouderen.
Bovendien is door bureaus met swingende namen als *Motivaction en The Smart Agent* leefstijlonderzoek gedaan onder jongere, nog vitale ouderen. Hieruit blijkt dat, waar de vooroorlogse generatie ouderen elkaar vooral opzoekt op basis van dezelfde geloofsovertuiging, nieuwe generaties ouderen graag zouden willen samenwonen op basis van gelijksoortige interesses en leefstijlen.
Het verzorgingshuis-nieuwe-stijl zou kunnen inspelen op deze breed aanwezige wens. De vraag is natuurlijk, welke leefstijlen dan voor de toekomst relevant zijn. In opdracht van de Stichting Ouderenhuisvesting Rotterdam is hiernaar een onderzoek gedaan. De hoofddimensies van leefstijlen bij ouderen blijken te zijn:

- vitaliteit versus passiviteit
- individueel gericht versus collectief gericht

Met name het kwadrant passief/collectief gericht in de leefstijlmatrix zou een doelgroep kunnen vormen voor het vernieuwde verzorgingshuis. Binnen deze doelgroep worden onderscheiden :

- *samenlevers*: nog enigszins vitaal; gericht op samen dingen doen met leeftijdsgenoten, gezelligheid. Knusheid en geborgenheid binnen een groep van gelijkgestemden.
- *terugtreders*: sterker passief gericht, hebben hun leefwereld sterk ingeperkt, maar wel met een sterke verankering in de eigen directe woonomgeving.

Er is nog te weinig onderzoek gedaan om te kunnen kwantificeren hoe groot het marktsegment is dat deze leefstijlgroepen vertegenwoordigen.

3.5 Zwakke punten

Niettemin nopen de minpunten van het traditionele verzorgingshuis tot een drastische transformatie van het nog steeds omvangrijke volume:

- geen keuzevrijheid: het gebouw legt ernstige beperkingen op aan het aantal mogelijke arrangementen van wonen, zorg en diensten; het is gebouwd voor een eenheidsproduct
- te weinig woonkwaliteit: de wooneenheden zijn te klein, er zijn naar verhouding te veel algemene ruimten en de algemene ruimten hebben te weinig verblijfskwaliteit
- ongunstige ligging: veel huizen liggen te veel apart van de wijk, maken er te weinig deel van uit; bovendien zijn de huizen ongelijk gespreid over de wijken en te veel geconcentreerd in de naoorlogse wijken

3.6 Beginnende leegstand in de grote steden

In Den Haag en Amsterdam stonden medio 2004 enkele honderden kamers leeg in verzorgingshuizen. Dit hangt samen met de ontgrijzing, een verschijnsel dat alleen voorkomt in grote steden die in de afgelopen decennia veel overloop naar de groeikernen hebben gekend. In die groeikernen gaat de vergrijzing dus juist extra snel.

Elders in het land was de leegstand nog nergens meer dan 2%, wat een normaal percentage is voor ''frictieleegstand'' als gevolg van verhuizingen. Soms is er tijdelijk een hogere leegstand als een compleet verzorgingshuis wordt gerenoveerd. Sommige verzorgingshuizen signaleren in 2004 teruglopende wachtlijsten en incidentele leegstand als gevolg van de nieuwe, striktere criteria voor de verblijfsindicatie.

Op korte termijn heeft leegstand geen gevolgen voor de exploitatie van het vastgoed, omdat de vergoedingen van de kapitaalslasten niet verbonden zijn aan de bezettingsgraad. Wel zijn er direct al gevolgen voor de zorgexploitatie.
Daarom is het toch van belang om leegstand scherp in de gaten te houden en de oorzaken te achterhalen. Verzorgingshuizen zullen zich gaan voorbereiden op toekomstige verhuur van ''inleun''appartementen op extramurale basis.

3.7 Kostenstructuur

Het verzorgingshuis is te veel een exponent van een tijdperk waarin totale verzorging werd geboden, terwijl de vraag zich nu steeds meer richt op diverse modulaire arrangementen. Het is daarmee een te kostbare collectieve voorziening geworden, niet in zijn afzonderlijke functies, maar in zijn totaliteit. Op dit moment betaalt de AWBZ nog steeds 96,3% van de integrale kosten, terwijl de eigen bijdragen van bewoners slechts 1,7% vertegenwoordigen; de resterende 2% wordt gedekt door subsidies.
Het verzorgingshuis is nog altijd verhoudingsgewijs een doelmatige voorziening. De laatste vier jaar is het productievolume sterker gestegen dan het budget. Dit komt vooral door de groei van de extramurale zorg. De intramurale cliënten worden daarentegen steeds zorgintensiever.
Het kan natuurlijk altijd nog doelmatiger. Met name de efficiencyverhoging door ICT-toepassingen is nog onvoldoende ontwikkeld.

De voornaamste besparingen voor de collectieve middelen zullen echter moeten worden bereikt door het scheiden van functies en het opnieuw toedelen van functies aan de verschillende kostendragers. Daarbij zal de gebruiker onvermijdelijk meer moeten gaan betalen.
In de toekomst zullen ouderen zelf voor wonen en service verantwoordelijk worden, en zullen nog slechts de noodzakelijke zorg en dienstverlening (ongeveer de helft van de kostprijs, zie tabel 4) op collectieve basis worden vergoed. Dit noopt tot een splitsing van functies waarin het verzorgingshuis als gebouw niet goed kan voldoen. Als de klant straks voor de woon- en hotelfuncties ruim de helft van de kosten zelf gaat betalen (al of niet met steun van individuele subsidies), dan zal deze steeds vaker wat anders gaan vragen dan het huidige product.

Tabel 4 kostentoedeling verzorgingshuizen naar hoofdfunctiegroepen

Hoofdfunctiegroepen	*In % van totale kostprijs*
Zorgfuncties	40-45 %
Hotelfuncties	35-40 %
Verblijfsfuncties	25%
Alle functies	100 %

Bron: Zorgnota 2002; gebaseerd op uitsplitsing personeelsfuncties resp. kapitaalslasten

3.8 Samenvatting positionering

Het verzorgingshuis staat op een driesprong. Door de steeds zwaarder wordende populatie ontwikkelt het zich richting verpleeghuis; door toenemende behoefte aan meer woonkwaliteit en scheiding van functies ontwikkelt het zich richting woonzorgcomplex. Dan is er nog steeds een trouwe supporterskern bestaande uit ouderen met een traditionele oriëntatie en ouderen met een specifieke identiteit, die het verzorgingshuis voorlopig niet kan en wil missen.

4 ⋮ Toekomstperspectief

4.1 Het gebouw, de locatie

Aan het verzorgingshuis als bouwkundig concept is in afnemende mate behoefte, ook al zijn de gebouwen gemiddeld genomen nog maar halverwege hun afschrijvingstermijn. Het gebouw overleeft genoemde middelpuntvliedende krachten op den duur niet. Pogingen om de gebouwen ingrijpend aan te passen voor de toekomst hebben tot nu toe geen bevredigende resultaten opgeleverd in verhouding tot de investeringen.
Wel is het goed mogelijk om de gebouwen licht aan te passen voor een kortere termijn (10-15 jaar). Hiermee kan de grote achterstand in de capaciteit van psychogeriatrische verpleeghuizen en in de bouw van kleinschalige groepswoningen voor demente ouderen tijdelijk worden opgevangen. Uit een Arcares studie naar *zorgunits dementie in verzorgingshuizen* blijkt dat dit een verantwoorde kwaliteit oplevert en dat de kosten beperkt kunnen blijven, mits men zich niet richt op de bedlegerige doelgroep. Voor een belangrijk deel van de verzorgingshuiscapaciteit kan hiermee de functionele levensduur worden verlengd met 10 tot 15 jaar.

Verder vertegenwoordigen grond en locaties ook bij vervroegde afschrijving een waardevol potentieel. De ruim 1300 verzorgingshuizen vormen een fijn vertakt netwerk: in de meeste wijken en dorpen staat wel een verzorgingshuis. De lokale binding, de nabijheid is een zeer sterke troef in een toekomst waarin ouderen weliswaar langer zelfstandig willen wonen, maar zich ook veilig willen voelen door aanwezigheid van een zorgsteunpunt op korte afstand.
In 70% van de gevallen zijn de gebouwen eigendom van de zorgorganisatie of een daaraan gelieerde vastgoedstichting; 30% van de huizen wordt gehuurd van een woningcorporatie. In beide gevallen kan, zij het op verschillende wijze, het locatiepotentieel worden ingezet om tot een optimale herstructurering te komen.

Het tempo van herstructurering wordt in sterke mate bepaald door beschikbare middelen voor investeringen en desinvesteringen (vervroegde afschrijvingen), maar ook door beschikbare ruimte, grondposities en mate van consensus tussen partijen.
De onlangs verschenen scenariostudies van Arcares en VWS/VROM verschillen niet in richting en wel in tempo van elkaar als het gaat om de gewenste herstructurering van verzorgingshuizen op de langere termijn (rond het jaar 2015). Het tempoverschil tussen beide scenario's komt niet voort uit verschillende toekomstvisies, maar uit verschillende percepties van genoemde belemmeringen.

Tabel 5 herstructurering van verzorgingshuizen tussen 2002 en 2015

Scenario	Arcares	VWS/VROM
Capaciteit 2002	105.000	105.000
Vervangen door woonzorgcomplexen	58.000	40.000
Transformeren in zorgunits dementie	24.000	15.000
Instandhouden als verzorgingshuis in 2015	23.000	50.000

Arcares Investeringsplan wonen en zorg; VWS/VROM beleidsbrief Investeren voor de toekomst

4.2 De zorgorganisatie

Aan de zorgorganisatie die verbonden is aan het huidige verzorgingshuis bestaat juist in toenemende mate behoefte. In wijken en dorpen voltrekt zich een groei van de behoefte aan zorg en dienstverlening als gevolg van de vergrijzing; gemiddeld zal deze volgens berekening van VWS in de periode tot 2015 groeien met 2,25% per jaar.

De groei richting verpleegfunctie zal accelereren met de toename van het aantal dementerende ouderen, vooral na 2010. Tegelijkertijd zal de zorg voor dementerende ouderen inhoudelijk veranderen, steeds meer huiselijk en kleinschalig worden. Het verzorgingshuis is hiervoor een beter gekwalificeerde omgeving dan het verpleeghuis, dat zich meer zal ontwikkelen tot 2e lijns expertisecentrum en verblijfsvoorziening voor complexe, gedragsmoeilijke PG-cliënten en specifieke somatische groepen. In de andere richting zal meer behoefte ontstaan aan wijkzorg en aan welzijnsdiensten. Het verzorgingshuis heeft een gunstige uitgangspositie om binnen een lokaal verzorgingsgebied centrum te worden voor thuiszorg, nachtveiligheid, dagactiviteiten en praktische dienstverlening. In alle Europese landen is een versterking van het *lokaal center* te bespeuren. Hoe kleiner de wijk of dorpskern, hoe meer het noodzakelijk zal zijn om alle diensten in een enkele locale organisatie onder te brengen.

De diversificatie beperkt zich niet tot genoemde twee hoofd richtingen . In termen van producten en diensten zal het lokale zorgcentrum al datgene gaan bieden waaraan ouderen, maar ook gehandicapten en chronisch zieken in het verzorgingsgebied behoefte hebben. Dit kan inhouden zelf leveren of contracteren bij andere leveranciers. Dit kan betekenen dat de rekening naar het zorgkantoor gaat, of naar de gemeente maar steeds vaker ook naar de cliënt zelf. In het laatste geval zal aan de cliënt ook assistentie worden aangeboden bij het regelen van persoonsgebonden budgetten of individuele subsidies.

Het steeds meer complexe en geïndividualiseerde dienstenaanbod vergt een hoog ontwikkeld informatie- en communicatiesysteem, zodat optimale communicatie mogelijk is met personeel en klanten binnen het werkgebied. Minder investeren in vastgoed gaat dus samen met meer investeren in elektronische infrastructuur. Het verzorgingshuis als *local centre* wordt het knooppunt van een informatie- en communicatienetwerk. De lokale zorgorganisatie zal een divisie- of teamstructuur hebben die is afgeleid van de diverse producten en diensten:

Tabel 6: globale structuur van een lokale zorgorganisatie

Divisie	Diensten	Kostendragers
Coördinatie	Logistiek, vervoer, bemiddeling, advisering	Klanten, gemeente, zorgkantoor
Zorg met verblijf	Zorgunits dementie (integrale zorg), wijkzie-kenboeg en deeltijdzorg	Zorgkantoor
Zorg aan huis	Verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding	Klanten, zorgkantoor
Diensten aan huis	Huishoudelijke verzorging, hoteldiensten	Klanten, gemeente
Sociale activitei-ten	Dagactiviteiten, groepsgewijze begeleiding	Klanten, gemeente
Gebouwbeheer (voorlopig nog)	Woningverhuur, service	Klanten, gemeente

4.3 Managementprofiel

Bij de toekomstige zorgorganisatie hoort een nieuw managementprofiel. Goede managers kunnen nog steeds afkomstig zijn uit de wereld van de (intramurale) zorg, maar kunnen al naar gelang de keuze voor een bepaalde strategische positi-onering, ook een achtergrond hebben in de wijkzorg, de psychosociale zorg, of de hotelbranche.

Welke de achtergrond ook is, de nieuwe manager zal vooral zeer beweeglijk en ondernemend moeten zijn, kansen moeten zien en netwerken moeten kunnen onderhouden. Want de nieuwe zorgorganisatie heeft geen vaste, wettelijk be-schermde positie meer en ook geen vast fysiek omhulsel. De vele vertakkingen in de wijk nopen tot allianties met andere lokale aanbieders; de vaste bekostigings-relatie met het zorgkantoor wordt vervangen door een bredere oriëntatie, ook op de gemeente en de zelfbetalende klanten. In dit dynamische krachtenveld dient de manager de juiste koers te vinden, de *niches* te ontdekken.

De manager zal in de eerste plaats een *peoples manager* moeten zijn, want goed personeel is zijn kapitaal en tevreden personeel betekent tevreden cliënten.

Het prototype van de maatschappelijk ondernemer wordt een snel groeiend fenomeen, ook in andere sectoren. We vragen veel: een combinatie van de eigenschappen die iemand tot een goed particulier ondernemer maken, maar tegelijk ook het aangaan van een maatschappelijke opgave en een binding met de lokale samenleving.

5 ⋮ Strategische keuzen

5.1 Van voorsorteren tot vervangen

Het verzorgingshuis staat zoals gezegd op een driesprong: transformeren richting verpleeghuis, transformeren richting wijkzorg of doorexploiteren met toevoeging van nieuwe activiteiten.
Lokale en regionale markt- en scenariostudies, in samenwerking met andere partijen, kunnen de weg wijzen naar de beste strategische keuze voor de toekomst. Het is echter lang niet altijd mogelijk om het toekomstscenario ook daadwerkelijk op korte termijn bouwkundig te realiseren. Investeringsmiddelen laten op zich wachten, bestemmingsplannen moeten worden aangepast, partners moeten bereid zijn om mee te doen, er moet ruimte worden gevonden voor tijdelijke huisvesting; het probleem van de boekwaarde van de huidige gebouwen is een hoofdstuk apart.
Dit betekent niet dat er moet worden afgewacht tot het Grote Plan kan worden gerealiseerd. Ook binnen de beperkingen van het huidige gebouw en de huidige locatie kan worden voorgesorteerd op de toekomst.
In het volgende zullen de diverse strategische opties kort de revue passeren, in volgorde van radicale vervanging naar voorsorteren binnen het huidige gebouw. Schematisch zijn de keuzeopties aangegeven in de vorm van een *beslissingsboom.(bijlage 1)*

5.2 Extramuraliseren

Indien een verzorgingshuis in sterke mate functioneel en bouwkundig verouderd is, is vervangende nieuwbouw de eerste optie. Deze kan verschillende vormen aannemen:

- bouw van een modern woonzorgcomplex met financiële scheiding van wonen en zorg op dezelfde locatie: indien het verzorgingshuis centraal gelegen is in de wijk en indien er niet al een woonzorgcomplex vlak in de buurt staat is dit de eerste optie; er moet uiteraard wel ruimte worden gevonden voor tijdelijke huisvesting op of nabij de huidige locatie; soms is gefaseerde sloop en nieuwbouw ruimtelijk mogelijk.
- ''oplossen'' in een woonzorgzône: het woonzorgcomplex krimpt tot een wijkzorgcentrum met daarbij hooguit een kleine aanleuncluster met beschermd en verzorgd wonen voor de meest zorgzware doelgroep; het merendeel van de cliënten woont echter in zelfstandige woningen verspreid over het verzorgingsgebied.
- Vaak wordt gekozen voor combinatiemodellen met verdeling van de zorgcapaciteit over een woonzorgcomplex op de oude locatie, enkele kleinere

zorgsteunpunten in de wijk en een aantal losse woningen binnen een bepaalde straal.

In principe kan een verzorgingshuis het arrangement *verzorgd wonen* even goed extramuraal aanbieden. In de stormachtige groei van de extramurale zorg is echter de laatste jaren de klad gekomen. Uit onderzoek dat Arcares begin 2003 heeft laten verrichten is gebleken dat extramurale zorg zich nog hoofdzakelijk beperkt tot de zorg in woonzorgcomplexen en aanleunwoningen. Het echt ''oplossen in de wijk'' komt nog betrekkelijk weinig voor. Belangrijk is natuurlijk dat verzorgingshuizen sinds april 2003 ook thuiszorg kunnen gaan aanbieden.

Uit de regeling voor bekostiging van extramurale verzorgingshuiszorg zijn in het nieuwe functionele systeem de vergoedingen voor 24 uurs nabije zorg en voor welzijnsdiensten verwijderd. Voor de welzijnsdiensten is er nog wel een beperkte subsidieregeling, maar deze geldt alleen voor ouderen met een verblijfsindicatie die toch zelfstandig willen blijven wonen.

Gezien de scherpere criteria voor de verblijfsindicatie wordt het steeds moeilijker om van deze regeling gebruik te maken. Voor de toeslag voor 24 uurs nabije zorg geldt dat deze per cliënt nadrukkelijk als leveringsvoorwaarde op het indicatiebesluit moet worden vermeld. Net als bij de verblijfsindicatie geldt dat zorgaanbieders nog in onzekerheid verkeren hoe dit in de praktijk zal uitpakken. Al met al is het nieuwe indicatiebeleid geen stimulans om te investeren in extramurale zorgsteunpunten.

Het arrangement "verzorgd wonen" wordt zodoende gereduceerd tot alleen functionele thuiszorg, zonder kenmerkende elementen als 's nachts nabije zorg op afroep en overdag nabije welzijnsdiensten.

Bovendien is voor verzorgd wonen altijd enige zorginfrastructuur nodig. De bekostigingsregeling hiervoor is echter al vaak gewijzigd en blijft al jarenlang een risico. Volledige doorberekening van de kapitaalslasten of huurprijs in het zorgtarief is aangekondigd, maar nog geen realiteit. Dit geldt eveneens voor investeringen in ICT-infrastructuur, die nodig zijn voor verantwoorde extramurale zorg.

5.3 Gedeeltelijk extramuraliseren

Een gevolg van deze ontwikkeling is ook, dat veel verzorgingshuizen de laatste jaren hebben ingezet op *combinatieplannen met gedeeltelijke extramuralisering*. Hiermee wordt spreiding van risico beoogd, doordat het intramurale deel van de exploitatie verzekerd blijft.

Nieuwbouwplannen met een deel intramurale en een deel extramurale capaciteit zullen de komende jaren schaarser worden doordat de bouwmiddelen voor nieuwe verzorgingsappartementen zullen opdrogen.
Wel zullen gefaseerde plannen worden ontwikkeld waarbij het betere deel van een verzorgingshuis voorlopig blijft staan en het slechtere deel wordt vervangen door woningen. Het voordeel is ook dat de bestaande zorginfrastructuur deels intact blijft. Vooral voor huizen die ook in meerdere fasen zijn gebouwd zijn de combinatieplannen een interessante optie.

5.4 Nieuwe steunpunten stichten in de wijk

Op veel plaatsen wordt de logische keuze gemaakt om eerst nieuwe steunpunten te stichten en dan pas de oude verzorgingshuizen aan te pakken.
Dit ligt zeker voor de hand als zich niet op korte termijn de mogelijkheden voordoen om het bestaande verzorgingshuis te vervangen.
Met betrekkelijk lichte investeringen worden nieuwe steunpunten opgezet in de wijk.
Dit kan door ruimte te huren in een dienstencentrum in de wijk of door, eventueel samen met andere aanbieders van zorg en welzijn, zorgposten op te zetten in bestaande gebouwen, meestal in twee samengetrokken woningen in een flatgebouw waar reeds veel ouderen wonen.
Er zijn inmiddels berekeningen gemaakt voor het noodzakelijke draagvlak, wil men in dit soort zorgposten 24 uurs zorg kunnen aanbieden. Deze komen voor stedelijke gebieden ruwweg uit op een draagvlak van 24 zwaar zorgbehoevende cliënten of het dubbele aantal cliënten met lichtere indicaties.
Op het platteland komt men soms op lagere aantallen uit.
Door het stichten van dit type zorgsteunpunten kan alvast een begin worden gemaakt met het uitplaatsen van capaciteit uit de bestaande verzorgingshuizen naar gebieden waar nog geen 24 uurs zorg aanwezig is.
Uiteraard floreerden deze projecten de afgelopen jaren vooral ook bij gratie van de middelen die beschikbaar zijn gekomen voor her-wegwerken van de wachtlijsten in de zorg. Hierdoor was het mogelijk om extramurale capaciteit in te zetten zonder intramurale capaciteit te hoeven inleveren.

In de komende tijd zal dit moeilijker worden. Sinds 2003 zijn problemen ontstaan doordat de doelgroep in het algemeen geen verblijfsindicatie meer krijgt en de vergoedingsbasis is weggevallen voor de nabijheidsfunctie en de welzijnsfunctie. Ook de bekostiging van de zorginfrastructuur wordt steeds onzekerder. Aanbieders reageren met terugtrekkende bewegingen en schaalvergroting. Alleen in gro-

tere woonzorgcomplexen met 50 of meer geïndiceerde bewoners kan het complete pakket nog worden aangeboden.
De oplossing voor kleinere steunpunten wordt voorlopig gevonden in het terugtrekken van de nachtwacht en terugvallen op een nabijgelegen verzorgingshuis.

Concurrentie met de thuiszorg
Op diverse plaatsen in het land blijkt dat dergelijke vooruitgeschoven posten in de wijk alleen over voldoende draagvlak kunnen beschikken indien de concurrentie wordt beperkt. Deze komt in de eerste plaats van de thuiszorg, die de lichtere clienten als eerste binnenkrijgt en vervolgens zelf nu ook 24 uurs zorg kan aanbieden.
De concurrentievraag spitst zich thans toe op een situatie waarin een voorheen intramurale zorgaanbieder veel tijd en geld heeft geïnvesteerd in de ontwikkeling van een woonzorgcomplex met daarin een zorgsteunpunt. Met de woningcorporatie en de gemeente worden dan vaak afspraken gemaakt over een bepaald percentage woningen waarin *verzorgd wonen* wordt aangeboden, als arrangement bestaande uit een woon- en een zorgcontract. Juridisch gezien is deze koppeling nog altijd mogelijk indien de huurder hiermee niet op onredelijke kosten wordt gejaagd; zorgkantoren en andere toezichthouders (NMA) zien dit echter ongaarne, aangezien het beleid gericht is op maximale keuzevrijheid voor de consument. Het dilemma keuzevrijheid/exploitatiedraagvlak is beleidsmatig nog niet opgelost.

Onder de huidige omstandigheden hebben zorgaanbieders de volgende opties om het draagvlak voor extramurale zorgsteunpunten te versterken:

- Samengaan of samenwerken met de thuiszorg
- Combineren van steunpunten met groepswonen voor dementerende ouderen
- Met corporatie en gemeente afspraken maken over flankerende bouw van levensloopbestendige woningen
- Zelf de werkwijze en productenrange van de thuiszorg overnemen, dat wil zeggen alleen pure ambulante verpleging en verzorging bieden, dus zonder nabije zorg en dagactiviteiten.

5.5 Oplossen van het boekwaardeprobleem

In het verleden is vaak gesleuteld aan verzorgingshuizen om ze aan te passen aan de eisen van de tijd. De resultaten vallen tegen: nog steeds zijn de wooneenheden erg klein vergeleken met nieuwe seniorenwoningen, nog steeds zijn er te veel en te eentonige, algemene ruimten en lange gangen. Het effect van deze ingrepen is

wel geweest dat de boekwaarde verhoogd is en het moment van afschrijving verder vooruit is geschoven.
Voegen we daarbij de grote verschillen in bouwjaar en in bouwregime ten tijde van de WBO, en het wordt duidelijk waarom de boekwaarden van verzorgingshuizen grote verschillen vertonen: tussen € 15.000 en € 50.000 per plaats, met een gemiddelde van € 37.000.
De bedrijfswaarde van verzorgingshuizen bedraagt gemiddeld slechts ongeveer de helft van de boekwaarde; dit is de verhuuropbrengst indien de wooneenheden plus enkele commerciële ruimten op de markt verhuurd zouden worden.
De andere helft, het onrendabele deel, representeert in feite de zorginfrastructuur, die in m2 ook inderdaad ongeveer 50% van het vloeroppervlak inneemt. Ter vergelijking: bij een modern woonzorgcomplex is dit slechts 10%. Het verschil, gemiddeld 40% van de boekwaarde en van het oppervlak, vormt de financiële ballast die in de vorm van kapitaalslasten uit het verleden wordt meegetorst. Voordat we kunnen overgaan tot financiële scheiding van wonen en zorg moet dit probleem worden gesaneerd.
Als we deze last zonder meer meenemen naar de nieuwe gescheiden exploitatie van wonen en zorg, verhogen we de toch al hoge onrendabele top tot onhaalbare hoogte. Hoe lossen we dit probleem op in een tijd waarin geen geld klaarstaat voor nieuwe prioriteiten?
In *bijlage 2* zijn enkele mogelijke oplossingen geschetst.

5.6 Verbouwen tot zorgunits dementie

Indien de conclusie is dat het verzorgingshuis niet binnen een termijn van 5-15 jaar voor vervanging in aanmerking komt, kunnen andere opties worden bekeken. De eerst in aanmerking komende optie is gedeeltelijke transformatie in zorgunits dementie. Met opzet is niet de oude term *verpleegunits* gebruikt omdat hieraan een betrekkelijk zwaar pakket bouwnormen en investeringsniveau is verbonden. Bij zorgunits gaat het om sobere ingrepen met een korte afschrijvingstermijn. Het is niet de bedoeling om verpleeghuiskwaliteit te realiseren, maar juist een andere, meer huiselijke kwaliteit met meer privacy, aansluitend op het karakter van het verzorgingshuis. Dit betekent dat de zorgunits in de verzorgingshuizen zich vooral richten op de cliëntgroepen met geen of relatief lichte somatische problematiek in combinatie met een vorm van dementie of andere psychosociale aandoeningen waarbij nog geen sprake is van ernstige gedragsproblematiek.
In termen van de benchmark-zorgzwaartegroepen gaat het om de combinatie lichte tot matige somatiek en matige tot ernstige (maar niet zeer ernstige) psychosociale problematiek.

In 2003 vormde deze doelgroep in de huidige verzorgingshuizen reeds 34,5%, dus zeg maar een derde deel van de populatie. Tevens vormt deze doelgroep 17%, dus een zesde deel van de verpleeghuispopulatie.
Om te beoordelen of een verzorgingshuis kansrijk is voor transformatie richting zorgunits dementie kan ook weer een soort eerste lakmoesproef worden uitgevoerd:

- *Gebouwtest:* welke gebouwdelen kunnen gemakkelijk worden omgezet in groepswoningen voor 6-8 bewoners met een eigen voordeur en een eigen huiskamer? Is er ruimte voor eigen badkamers per kamer of per twee waarin assistentie verleend kan worden? Hoeveel capaciteitsverlies zal optreden bij verbouwing?
- *Zorgtest:* is er nu al expertise aanwezig inzake dementie? Is er een nabije relatie met een expertisecentrum (PG verpleeghuis)? Is er in het verzorgingsgebied in de komende periode van 5-10 jaar een tekort aan capaciteit voor PG-zorg?

Indien de dubbele test positief uitvalt kan een verbouwingsplan worden gemaakt, waarbij een relatie moet bestaan tussen het investeringsniveau en de afschrijvingstermijn. Deze zal variëren tussen 5 en 15 jaar. Vervolgens wordt met het Bouwcollege in overleg getreden over bekostiging van de aanpassingen. De oorspronkelijke kapitaalslasten van de verzorgingsplaatsen blijven gewoon doorlopen, ook voor de plaatsen die komen te vervallen, bijvoorbeeld omdat groepsruimte nodig is. Dit capaciteitsverlies is geraamd op
20-25%. Daar staat tegenover dat voor de resterende plaatsen intensievere zorg geleverd kan worden.
Uit de praktijk komen signalen dat het overleg met het Bouwcollege toch nog vaak stroef verloopt. Hoewel het Bouwcollege in principe openstaat voor diverse investeringsniveaus en programma's van eisen, worden plannen toch nog vaak beoordeeld naar de hoge maatstaven voor verpleegunits..
Daarnaast zijn sommige verzorgingshuizen terughoudend geworden om grote investeringen te doen in verband met de onzekerheden over het aantal verblijfsindicaties dat in de toekomst zal worden afgegeven. Ook de zorg voor demente ouderen wordt voor de eerstkomende jaren niet zonder meer als een groeimarkt gezien, nu de wachtlijsten in veel regio's goeddeels zijn ingelopen. Pas in het volgende decennium wordt een versnelling verwacht in de demografische groei van het aantal ouderen met dementie.

5.7 Nieuwe activiteiten onderbrengen in het verzorgingshuis

Ook bij doorexploitatie van het verzorgingshuis kunnen nieuwe producten en diensten helpen om de sfeer te vernieuwen en het financieel draagvlak te versterken

Met name de nieuwere en functioneel betere verzorgingshuizen die er nog wel minstens 15 jaar zullen staan, zullen ook bouwkundig hierin willen investeren. Deze investeringen zullen vooral betrekking hebben op de ruimten op de begane grond die bestemd zijn voor activiteiten en diensten, ook voor externe klanten. In principe dienen deze investeringen rendabel te zijn op basis van verhuur aan interne of externe dienstverleners.

Omdat de AWBZ-gelieerde diensten geen groeimarkt zullen zijn en ook moeilijk rendabel te krijgen zijn, is het aantrekkelijk om nieuwe bronnen aan te boren. Hierbij zal natuurlijk wel de relatie met de primaire functie, namelijk de ouderenzorg, in de gaten worden gehouden.

De volgende opties komen in meer of mindere mate reeds voor:

- Exploitatie van hotelkamers voor nazorg behoevende ziekenhuispatiënten (zorghotelkamers) en voor familieleden en bezoekers (logeerkamers)
- Open wijkrestaurant en –café voor ouderen en anderen
- Verhuur van activiteitenruimten aan verenigingen of aan welzijnsorganisaties
- Ruimten voor wijkvoorzieningen, zoals kinderopvang
- Dienstenabonnementen voor niet-AWBZ-gefinancierde diensten, inclusief achterwachtfunctie voor alarmsystemen in de wijk

Deze nieuwe diensten hebben gemeen dat ze nog slechts marginaal bijdragen aan het exploitatieresultaat, maar ze hebben zeker een belangrijke functie doordat ze de deur openzetten naar de buitenwereld en het woonklimaat verrijken. Het verzorgingshuis wordt door deze activiteiten aantrekkelijker voor de primaire doelgroep.

Voor de toekomstige ontwikkeling kunnen verdergaande opties worden onderzocht:

- Het verzorgingshuis als thuisbasis voor privaat gefinancierde diensten door als zorgbemiddelaar en aanbieder te participeren in de bouw van duurdere serviceappartementen in de omgeving van het huis
- Door in- of aanbouw kan het verzorgingshuis accommodatie bieden aan complete multifunctionele wijkcentra, waarin ook de eerstelijns gezondheidszorg en de welzijnsfunctie onderdak vinden

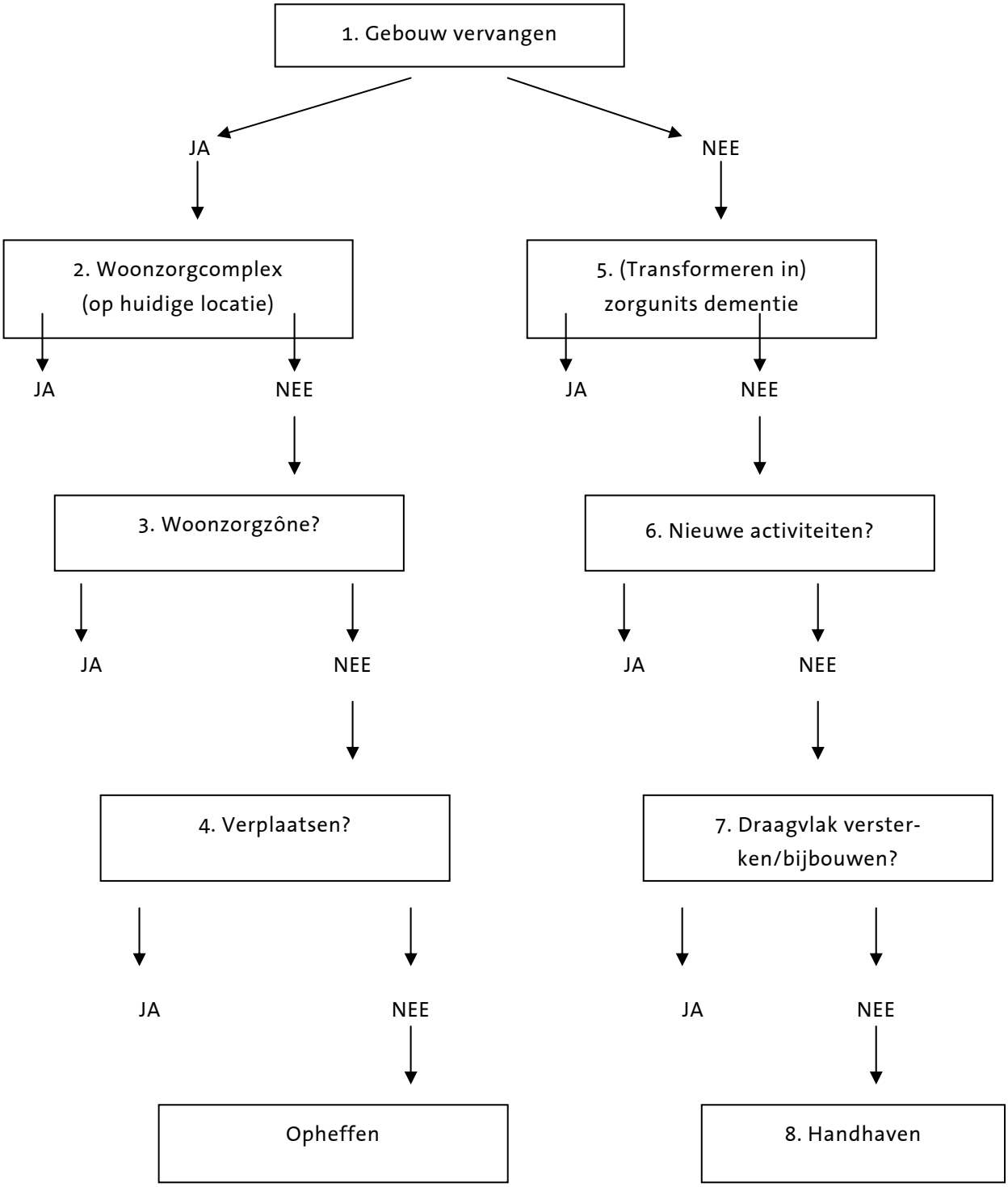
- Verzorgingshuizen kunnen hun aanbod van zorg en diensten verbreden door ook in de andere zorgsectoren (met name de gehandicaptenzorg) of in de sector van de maatschappelijke ondersteuning contracten te verwerven; hiervoor kunnen ook leegkomende delen van het huidige gebouw met kleine verbouwingen worden gereedgemaakt
- Inrichten van (delen van) verzorgingshuizen voor specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld ouderen uit de migrantengemeenschappen of ouderen met specifieke leefstijlen.

Met deze opties betreden we het terrein van het maatschappelijk ondernemerschap.
Op veel plaatsen in het land zijn al creatieve voorbeelden te zien van nieuwe functies voor verzorgingshuizen, al of niet met gebruikmaking van het oude gebouw. Voor dit soort ontwikkelingen kunnen moeilijk algemeen geldende lakmoesproeven worden samengesteld. Van belang zijn vooral een grote kennis van de lokale situatie en een scherp oog voor nieuwe behoeften en nieuwe allianties.

5.8 Een waaier van opties

Tussen handhaven van de huidige situatie en opheffing bevindt zich een waaier van opties die het overwegen waard zijn. Hierbij zal steeds meer worden gekeken naar de omgeving waarin het verzorgingshuis opereert en naar maatschappelijke trends. Steeds minder zullen we ons laten leiden door de grillen van de regelgeving, hoewel deze op tactisch niveau nog wel een belangrijke rol kan spelen in termen van tempo en timing.

Bijlage 1:
Beslissingsboom strategische keuzen verzorgingshuizen



1. Dient het gebouw binnenkort te worden **vervangen** ?

JA: bouwjaar, kwaliteit en boekwaarde wijzen in die richting > 2

NEE: voorlopig niet (10-15 jaar) > 5.

DEELS: het bestaat uit delen van verschillende kwaliteit, leeftijd en boekwaarde > combinatie 2 en 5

2. Op zelfde locatie herbouwen maar dan als **woonzorgcomplex**?

JA: ligging gunstig, voldoende ruimte, investerende partner gevonden, past in locale structuurvisie, tijdelijke huisvesting oplosbaar

NEE: ongunstige voorwaarden op huidige locatie > 3

DEELS: woonzorgcomplex met kleinere capaciteit > 3

3. Capaciteit spreiden binnen de wijk (**woonzorgzone** met 1e lijns zorgcentrum en steunpunten) ?

JA: behoefte aanwezig (kengetallen, structuurvisie); partners werken mee (gemeente, corporaties); duidelijke wijkfunctie nu al aanwezig , er zijn nieuwe locaties

NEE: er is al voldoende aanbod binnen de wijk, er zijn geen locaties > 4

DEELS: deel capaciteit blijft op huidige locatie, deel gaat de wijk in

4. Capaciteit **verplaatsen** naar andere wijk (dorp) ?

JA: elders is behoefte, zijn witte plekken (locale structuurvisie) en zijn locaties

NEE: er zijn geen mogelijkheden elders > opheffen zonder vervanging; personeel en bewoners zo mogelijk herplaatsen op andere locaties

DEELS: een deel van de capaciteit inzetten in wijk X

5. Huidige gebouw transformeren in **zorgunits dementie** ?

JA: er is tekort aan PG verpleegcapaciteit, gebouw is geschikt, er is expertise.

NEE: niet haalbaar > 6

DEELS: sommige gebouwdelen zijn geschikt, er is behoefte aan bv. 30 plaatsen

6. **Nieuwe activiteiten** onderbrengen in huidige gebouw ?

JA: er is ruimte door reductie verzorgingsplaatsen, er is behoefte op deze plaats aan wijkfuncties, commerciële functies, (zorg)hotelfuncties, woonvormen voor gehandicapten; het gebouw kan eenvoudig worden aangepast

NEE: gebouw en locatie niet geschikt, geen belangstelling nieuwe functies > 7

7. Draagvlak exploitatie versterken door **woningbouw** op en rond locatie?

JA: binnen een straal van 200-300 m is ruimte voor serviceappartementen in nieuwbouw of bestaande bouw die gebruik maken van voorzieningen in gebouw; er zijn marktpartijen die deze willen ontwikkelen.

NEE: er zijn geen mogelijkheden in de directe omgeving > 8

8. **Doorgaan** als aanbieder van gespecialiseerde verzorgingshuiszorg?

Alle opties om nieuwe producten te ontwikkelen zijn afgevallen. Er is de komende 10-15 jaar ook nog een markt voor het traditionele verzorgingshuis. Onderzoek zal worden gedaan naar de mogelijkheid van specialisatie in zorg voor bepaalde doelgroepen, eventueel met bovenlokale functie.

Bijlage 1:

Bijlage 2:
Hoe lossen we het boekwaardeprobleem op?

In de huidige situatie bestaat er slechts een regeling op basis van sanering van capaciteit. Indien op grond van een overheidsbesluit een verzorgingshuis gesloten dient te worden, kan het zich wenden tot het College Sanering. Dit ziet er op toe dat de maximale opbrengst van grond en gebouw wordt gerealiseerd. Indien na verrekening van de opbrengsten met de kosten en de boekwaarde een negatief saldo overblijft, kan het College een saneringsbijdrage verstrekken.

Steeds vaker echter wordt het sluiten van het gebouw een ondernemersbeslissing in plaats van een overheidsbeslissing en wordt bovendien de capaciteit niet van de markt genomen maar ingezet in een nieuw woonzorgcomplex. Indien het restant van de boekwaarde niet kan worden meegenomen naar de nieuwe exploitatie, ontstaat er een probleem.

Ten tijde van de WBO werd het probleem dikwijls opgelost met een bijzondere saneringsbijdrage van de provincie. Ook de gemeente leverde dan vaak een bijdrage, evenals de gebouweigenaar. Sinds 2001 is dit moeilijker, omdat het College Sanering zich in het kader van de AWBZ aan strikte regels moet houden.

De commissie *Steen der Wijzen,* waarin Arcares participeerde, deed in 2002 voorstellen om de patstelling te doorbreken. Het voorstel kwam er op neer dat lokale partijen eerst een gezamenlijke inspanning leveren om het probleem van het verschil tussen boekwaarde en bedrijfswaarde zo veel mogelijk op te lossen in het kader van projectontwikkeling., bestemmingen en grondposities.
Als sluitstuk zou een *transactiefonds* op projectniveau een investeringsbijdrage kunnen verstrekken, waarmee het restant van de boekwaarde in feite wordt afgekocht. Vervroegde (gedeeltelijke) afboeking is in dit voorstel nadrukkelijk gekoppeld aan herontwikkeling.
Op grond van een realistisch scenario voor het tempo van extramuralisering werd een bedrag genoemd dat nodig zou zijn voor het transactiefonds. Hiermee zou de overheid toekomstige kapitaalslastenvergoedingen afkopen voor een deel van de gekapitaliseerde waarde. Na enige jaren al zou de investering zich terugverdienen voor de overheid.
Niettemin bleef het voorstel onbeantwoord. De overheid voelde er niet voor om uitgaven naar voren te halen door een deel van de boekwaarde vervroegd af te kopen.

Sindsdien circuleren er andere opties om het boekwaardeprobleem op te lossen, zonder dat de overheid echter nog een keuze heeft gemaakt.

(1) sanering nieuwe stijl

Ook deze optie gaat uit van maatwerk op projectniveau.
Indien is aangetoond dat de noodzaak tot vervanging van een verzorgingshuis hoog is en de mogelijkheden tot herontwikkeling relatief gunstig zijn, zal er niettemin nog steeds vaak een onoplosbaar deel van de boekwaarde overblijven. Hierover wordt dan in onderhandeling getreden met het College Sanering, dat de ruimte zal moeten krijgen om veel flexibeler en marktgerichter te gaan opereren dan thans het geval is.
Het is echter niet beslist noodzakelijk, in een tijd van krappe overheidsfinanciën, dat de excessieve kern van de boekwaarde in een keer wordt gesaneerd. Het is heel goed denkbaar om voor de restantschuld, die het College Sanering dan overneemt, het oorspronkelijke betalingsritme aan te houden. De samenleving blijft dan wel rente en aflossing betalen voor een verzorgingshuis dat niet meer bestaat. Zodra 's lands financiën weer meer ruimte vertonen kan de schuld versneld worden gesaneerd.

Een probleem kan zijn, dat er dan tegenover de restant boekwaarde geen onderpand meer staat. De overheid zou dan zelf garant moeten staan voor rente en aflossing. Voor het Ministerie van Financiën kan dit een probleem vormen.

(2) generieke scheiding van wonen en zorg

Prof. J. van der Schaar stelde al in 2002 voor om in de verzorgingshuizen over de hele linie tot financiële scheiding van wonen en zorg over te gaan, ook in geval van handhaving van het huidige gebouw.

Op grond van het woningwaarderingsstelsel zou dan een maximaal redelijke huurprijs worden berekend voor de huidige appartementen. Gesteld dat deze huurprijs inderdaad op de markt wordt betaald, kan op basis hiervan de bedrijfswaarde worden berekend. Het verschil tussen boekwaarde en bedrijfswaarde wordt vooralsnog vergoed door middel van een exploitatiesubsidie. Praktisch gezien correspondeert deze met het niet-verhuurbare deel van het gebouw, voornamelijk de zorginfrastructuur.
Genoemde exploitatiesubsidie zou echter volgens een bepaald ritme worden afgebroken, waarmee een prikkel zou ontstaan om het gebouw te transformeren dan wel te vervangen. Er zou echter wel voldoende tijd moeten zijn om over te schakelen van oud naar nieuw.
Het voornaamste probleem met deze optie is, dat ook in situaties waar in de komende 10 jaar nog geen ingrijpende transformatie of vervanging nodig is, de be-

staande financiering zou worden opengebroken, zonder dat daartoe vanuit het perspectief van de exploitant de noodzaak bestaat.

(3) vervroegde aflossing en herfinanciering
Ook de banken en beleggers die de verzorgingshuizen hebben gefinancierd kunnen een bijdrage leveren aan de oplossing van het probleem, door niet vast te houden aan de destijds overeengekomen rentepercentages en aflossingstermijnen. Zij hebben hier belang bij, indien zij het nieuwe vastgoed opnieuw langlopend en risicoarm mogen financieren. In beide genoemde opties is het van belang om de lopende financiering, die vaak nog hoogrentend is, voor het aflopen van de oorspronkelijke looptijd te kunnen aflossen.

Arcares verkent in 2004 samen met De Open Ankh genoemde opties, parallel aan de studies die VWS laat uitvoeren. Hopelijk kan begin 2005 een doorbraak worden bereikt in deze slepende kwestie.