



Investeringsplan wonen en zorg

bouwen voor wonen, zorg en welzijn 2004 - 2015

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 04.013 is gratis te downloaden via www.arcares/Ledennet/Publicaties.

© Arcares, maart 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

“Het tij keert” -

“De opgave is enorm” -

“Groeiende onzekerheid” -

Het landschap van de ouderenzorg in Nederland biedt een verre van bedoord plaatje. Tegenwoordig van een terugtrekkende overheid en een onmiskenbare demografische groei proberen zorgaanbieders als maatschappelijk ondernemers de vraag van de cliënt van een zo goed mogelijk aanbod te voorzien. Dat is geen eenvoudige opgave en tegelijkertijd is dit het hart van de maatschappelijk missie: verantwoorde zorg voor wie het nodig heeft.

Concreet gaat het bij de vervulling van deze missie om zaken als planning van capaciteit, financiering van de exploitatie en vernieuwing van zorgmodellen. Adequate aansluiting van wonen, zorg en welzijn is hierbij eerste vereiste en uiteindelijk doel tegelijk. Uitgaande van de nota Zorg & Huisvesting (2002) wil Arcares met dit Investeringsplan een kwantitatieve beschrijving presenteren van de opgave tot 2015.

Waar Zorg & Huisvesting een (nieuwe) toekomstvisie formuleerde, biedt het Investeringsplan een handvat voor de landelijke en regionale realisering daarvan. Immers, projecties in de toekomst zijn nuttig en inspirerend, maar stelselmatige aandacht voor het realiseren ervan is het enige dat die toekomst ook daadwerkelijk dichterbij brengt.

De basisgedachte van dit Investeringsplan is eenvoudig:

1. Hoe ziet de huidige beschikbare capaciteit voor verzorging en verpleging eruit?
2. Hoe ziet, rekening houdend met kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen, de gewenste capaciteit in 2015 eruit?
3. Wat is het verschil tussen 1 en 2, oftewel wat moet er gebouwd, verbouwd en/of getransformeerd worden?
4. Wat hebben we nodig om dat ook te kunnen realiseren?

Het Investeringsplan kan daarbij zeker niet als blauwdruk gelezen worden, maar is vooral een bron van indicatieve cijfers, die voor regionale aanpassing en uitwerking vatbaar zijn. De cijfers die dit oplevert, zijn ingebed in de visie die in de nota Zorg & Huisvesting werd neergelegd. Het gaat dus om een capaciteitsstructuur waarbij (in grote lijnen) intramurale verzorgingscapaciteit gedeeltelijk wordt geëxtramuraliseerd onder gelijktijdige ombouw van de vrijkomende gebouwen tot (kleinschalige) zorgunits voor dementerenden. In samenhang daarmee ontwikkelen sommige verpleeghuizen zich tot een tweedelijns expertisecentrum, die

als tweedelijnsinstelling fungeert voor de eerstelijns dienstencentra die in de wijken ontstaan met een zotel-functie voor kortdurend verblijf en verblijfs capaciteit voor zware en complexe zorgvragen (zowel psychogeriatric als somatisch zieken). Deze eerstelijns dienstencentra zijn idealiter gekoppeld aan de intramurale voorzieningen; zij bedienen de omliggende wijk.

Wat betreft de noodzakelijke (rand)voorwaarden focust het Investeringsplan op de beschikbaarheid van grond en locaties, een heldere regeling voor zorginfrastructuur, concrete regionale masterplannen wonen en zorg, en ruimte voor ondernemerschap. Alleen als aan die voorwaarden voldaan wordt, kan de sector Verzorging en Verpleging de opgave waarmaken en het landschap van de toekomst mede vormgeven.

De opgave is duidelijk. Het kerend tij noopt tot een herbezinning op middelen en mogelijkheden. Het Investeringsplan wil de groeiende onzekerheid bestrijden met een concrete visie, praktische handvatten voor regionale planning en vooral met een hartgrondig pleidooi voor samenwerking.

Inhoudsopgave

- 1 ⋮ **Inleiding 7****
- 1.1 Bouw-en transformatie-opgave 7
- 1.2 Visies Arcares en VWS 7
- 1.3 Twee scenario's 7
- 1.4 Methodiek voor regionale investeringsplannen 7
- 1.5 Voortschrijdend plan 8
- 2 ⋮ **Vraag, behoefte en wensen 9****
- 2.1 Kwantitatief 9
- 2.2 Kwalitatief 9
- 2.3 Inkomens- en vermogenpositie 10
- 3 ⋮ **Toekomstvisie zorg en huisvesting 13****
- 3.1 Primaat van het dagelijks leven 13
- 3.2 Woonzorgzones en woonzorgcomplexen 13
- 3.3 Aanvullende private arrangementen 13
- 3.4 Van verzorgingshuis naar eerstelijns dienstencentrum 13
- 3.5 Van verpleeghuis naar tweedelijns expertisecentrum 14
- 3.6 Woning en woonomgeving 14
- 4 ⋮ **Nieuwe begrippen en arrangementen 15****
- 4.1 Consensusvorming 15
- 4.2 Zorgarrangementen 15
- 4.3 Woonvormen 16
- 4.4 Woonzorgarrangementen 16
- 5 ⋮ **Tweedelijns expertisecentra in de regio 19****
- 5.1 Hoofdfuncties van het tweedelijns expertisecentrum 19
- 5.2 Regionaal expertisecentrum 19
- 5.3 Verpleeghotel 19
- 5.4 Hofje voor gerontopsychiatrie 19
- 5.5 Verblijfsfunctie voor zeer ernstige psychogeriatric 20
- 5.6 Woonvorm voor cliënten met complexe somatische problematiek 20
- 5.7 Transformatie van huidige verpleeghuizen 20
- 5.8 Prioritering van investeringen 20
- 5.9 Scenario's 21
- 5.10 Instandhouden en transformeren verpleeghuizen 22
- 5.11 Zorgunits dementie in verzorgingshuizen 22
- 5.12 Extramurale oplossingen 22
- 5.13 Samenvatting scenario's 23

6	⋮ Eerstelijns zorg- en dienstencentra in de wijk 25
6.1	Functies van een compleet eerstelijns zorg- en dienstencentrum 25
6.2	Transformatie van verzorgingshuizen 25
6.3	Samenvatting scenario's 27
7	⋮ Beschermd en verzorgd wonen 29
7.1	Demografische component 29
7.2	Component extramuralisering 29
7.3	Bouwopgave beschermd wonen 29
7.4	Bouwopgave verzorgd wonen 30
8	⋮ Levensloopbestendig wonen 33
8.1	Strategie: langzaam opkrikken 33
8.2	Analyse van de bestaande woningvoorraad 34
8.3	Analyse van nieuwbouw en opplussen 344
8.4	Levensloopbestendige woningen: scenario's 36
8.5	Overzicht bouwopgave levensloopbestendige woningen 37
8.6	opplussen en opkrikken 38
9	⋮ Voorwaarden om de opgave te kunnen vervullen 39
9.1	Jarenlang volhouden 39
9.2	Vier pijlers onder de bouwopgave 39
9.3	Voorwaarde 1: grond en ruimte 40
9.4	Voorwaarde 2: een heldere, decentrale regeling voor de zorginfrastructuur 41
9.5	Voorwaarde 3: creëer een goed investeringsklimaat op regionaal en lokaal niveau 41
9.6	Voorwaarde 4: ruimte voor ondernemerschap, ook in de private sector 42
	Bronnen 45

1 : Inleiding

1.1 **Bouw-en transformatie-opgave**

Dit plan is bedoeld om de bouwopgave te becijferen die op ons afkomt in verband met wonen en zorg voor ouderen. Hierbij gaat het zowel om de uitbreiding van de capaciteit in verband met de vergrijzing (volumeopgave) als om de herstructurering van (intramurale) voorzieningen om te kunnen voldoen aan de wensen van de komende generatie ouderen (transformatieopgave).

1.2 **Visies Arcares en VWS**

Het plan is gebaseerd op de toekomstvisie van Arcares, maar zoekt waar mogelijk consensus met andere belangrijke partners: VWS, woningcorporaties, ouderenorganisaties, zorgverzekeraars en Bouwcollege. Voor wat betreft methodiek en database wordt afstemming nagestreefd met name met de prognoses van VWS/VROM; voor wat betreft de onderliggende visie worden overeenkomsten maar ook verschillen duidelijk. Het plan gaat als referentiekader uit van landelijke cijfers, maar de methodiek is tevens bedoeld voor gebruik op regionaal en lokaal niveau, waar de werkelijke planning zal plaatsvinden. Het richt zich primair op de ouderensector, maar hoopt dat de andere zorgsectoren op parallelle wijze plannen zullen ontwikkelen..

1.3 **Twee scenario's**

Voor het Investeringsplan is als planningshorizon gekozen het jaar 2015. In scenario 1 is de transformatieopgave grotendeels voltoerd in dat jaar, omdat daarna de vergrijzing in een eenparig versnelde beweging zal raken en alle middelen nodig zullen zijn voor de volumeopgave. Er is echter ook nog een scenario 2 toegevoegd, waarin de middelen gedurende drie regeringscycli zodanig beperkt zullen zijn en de ordeningsknelpunten dermate groot dat prioriteit moet worden gegeven aan de volumeopgave en de vernieuwing beperkt blijft tot het nieuw toe te voegen volume. Er zijn dan geen middelen voor transformatie van het bestaande.

De werkelijke ontwikkeling zal zich vermoedelijk ergens hier tussenin bewegen, met verschillen per regio.

1.4 **Methodiek voor regionale investeringsplannen**

Het plan beoogt geen terugkeer naar het oude tijdperk van centrale planning en bouw. Het wil slechts een kader geven voor de richting en differentiatie van de voornaamste bouwopgaven voor wonen en zorg, waarbij de nadere invulling van jaarlijks tempo, locaties en investeringen een zaak is van de partijen in het veld. Het wil tevens aan de overheid en overheidslichamen duidelijk maken welke voorwaarden nodig zijn op macroniveau om de regio in staat te stellen om te slagen. Als vervolg zullen dan ook samen met enkele van de 32 zorgregio's regionale investeringsplannen worden ingevuld.

1.5 Voortschrijdend plan

De getallen in het plan zijn landelijk, gemiddeld, globaal en indicatief. Ze doen geen recht aan plaatselijk afwijkende omstandigheden. Ze zijn gebaseerd op het beste en het nieuwste dat thans statistisch voorhanden is, maar er moesten toch nog flink wat aannamen worden gedaan. Elke keer als er nieuwere of betere gegevens of inzichten beschikbaar komen, dient het plan te worden bijgesteld; waarschijnlijk jaarlijks. Het is een voortschrijdend Investeringsplan.

2 : Vraag, behoefte en wensen

2.1 Kwantitatief

De ouderenzorg zal genoopt zijn om zich primair te richten op ouderen met ernstige fysieke, psychosociale of meervoudige beperkingen. Blijkens bevolkingsonderzoek omvat deze doelgroep ongeveer 25 % van de bevolking van 75 jaar en ouder. Van hen heeft 20,5 % een (volgens huidige terminologie) intramurale indicatie, terwijl 4,5 % zichzelf redt met behulp van mantelzorg, aangevuld met thuiszorg. Het plan is gebaseerd op de aanname dat deze percentages niet zullen veranderen. Dit impliceert enerzijds dat althans voor degenen die geboren zijn tussen 1928 en 1940 de algemene gezondheidstoestand nog niet zal verbeteren, anderzijds dat de mantelzorg voor hen ook nog niet zal afnemen. Volgens deze redenering zal de jaarlijkse groei van de totale behoefte aan zorg tot 2015 net als de groei van de bevolking 75 + ongeveer 1,5 % bedragen, met een sterkere jaarlijkse groei (2,2 %) voor de behoefte aan psychogeriatrische zorg (volgens prognose Gezondheidsraad).

2.2 Kwalitatief

De kwalitatieve wensen van deze generatie zijn nooit helemaal helder in beeld te krijgen en zullen ook steeds meer divergeren binnen de komende generaties ouderen.

Wat inmiddels wel bekend is:

- Er is een grote groep die niet alleen zo lang mogelijk zelfstandig wil wonen, maar ook veiligheid en gezelligheid zoekt.
- Zorg moet wel gegarandeerd en nabij zijn, maar liefst onzichtbaar aanwezig zijn en niet de woonsituatie domineren zoals in het “medisch model”.
- Er is behoefte aan veel meer keuzevrijheid op het gebied van wonen en dienstverlening in combinatie met een garantie van zorg en welzijn.
- De verschillen in inkomens- en vermogenspositie zullen belangrijker worden, waarbij een groep van 60-80% van de zorgvragende ouderen voor aanvullende wensen wil en kan betalen. Voor deze groep is het huidige aanbod van wonen en zorg veel te uniform.
- Voor een groep van ca 10% van de zorgvragenden overheerst de psychosociale problematiek (meest dementie) en is de behoefte aan zelfstandig wonen en service ondergeschikt aan de behoefte aan een eigen ruimte met privacy en aan warme, kleinschalige zorg in een huiselijke omgeving.

2.3 Inkomens- en vermogenspositie

Van belang voor de kwalitatieve wensen zal in ieder geval zijn de inkomens- en vermogenspositie. Hierover zijn de volgende gegevens beschikbaar: (SCP, 1998)

- 20% van de huishoudens 75 plus- ouderen heeft een laag inkomen (def CBS), 5% een hoog inkomen en 75% een inkomen tussen beide grenzen.
- de groep met een laag inkomen daalde in de jaren '90 van 30% naar 20%.
- Het percentage ouderen dat deelneemt aan een pensioenregeling aanvullend op de AOW zal de komende 20 jaar toenemen van iets minder dan 50% naar 75%, waarbij wel de toekomstige welvaartvastheid ter discussie staat.
- Alleenstaande vrouwen boven 80 jaar behouden voorlopig nog een inkomensachterstand en verblijven (mede hierdoor) disproportioneel vaak in verzorgingshuizen.
- Het eigen woningbezit van 55 plus zal naar verwachting toenemen van 45% in 2000 naar ruim 60% over 20 jaar. In de jaren '90 is de hypotheekvrije waarde bovendien belangrijk toegenomen.

Hooimeijer (1998) verwacht met name van het vermogen uit de eigen woning een belangrijk effect op de bestedingsmogelijkheden van de komende generatie ouderen. Thans wil de groep 75 plus nog en masse huren, liefst beneden de huursubsidiegrens. In de toekomst ontstaat een meer gedifferentieerde vraag naar huur- en kooparrangementen, waarbij zowel het aanbod van gewoon (levensloopbestendig) wonen als van verzorgd wonen meer differentiatie in kwaliteit, ligging en vloeroppervlak gaat vertonen.

Samengevat is het toekomstbeeld voor omstreeks 2015 weergegeven in de volgende *educated guess*:

- De groep 75 plus met een laag inkomen en weinig of geen vermogen blijft hangen op ongeveer 20%; deze groep kiest primair voor sober wonen.
- Daarboven komt een groep van ca 20% met iets hoger inkomen maar weinig of geen vermogen die een complete zelfstandige woning (niveau Woonkeur) ambiëert, maar wel binnen de sociale huursector.
- Dan komt er een belangrijke middengroep van ca 40% met iets hoger inkomen en vermogen, die deels ook zonder huursubsidie kan huren of in staat is om (deels) te kopen in de gemengd privaat/sociale sector.
- Een groep rijke ouderen van ca 10% opereert exclusief in de private sector vanwege exclusieve wensen en de in de publieke sector geldende inkomens- en vermogenstoetsen.

- Ten slotte is er een groep van ca 10% voor wie de (psychosociale) zorgproblematiek overheerst over het wonen: zij vragen wel privacy en functionele wooneenheden, maar de vraag naar extra vierkante meters boven een functioneel ingerichte wooneenheid is van secundair belang.

3 : Toekomstvisie zorg en huisvesting

3.1 Primaat van het dagelijks leven

Het streven naar extramuralisering in de ouderenzorg beoogt een transformatie van het medisch-institutioneel model naar een maatschappelijk-residentieel model, waarin het dagelijks leven voorop staat en de behandelaars slechts “op bezoek komen”. De inspiratie hiervoor komt o.a. uit het voorbeeld van de Scandinavische landen. Gescheiden levering van wonen, zorg en diensten kan een middel zijn om dit te realiseren, maar vormt geen doel op zichzelf.

3.2 Woonzorgzones en woonzorgcomplexen

Het streven is om de behoeften en wensen zoveel mogelijk te volgen en een breder scala aan woonzorgarrangementen aan te bieden in steden, wijken en dorpen. Dit scala kan de vorm krijgen van een woonzorgzone met kleinschalige complexen rond een dienstencentrum, maar ook van een groter woonzorgcomplex met in pandig dienstencentrum, waarbij de diversiteit binnen het complex te vinden is.

3.3 Aanvullende private arrangementen

De noodzaak van doelmatig werken kan beperkingen opleggen aan de individuele keuzevrijheid. Voor iedereen dient een voldoende divers basisaanbod aanwezig te zijn, maar voor aanvullende thuisbezorgde arrangementen in de hogere zorgzwaarteklassen is bijverzekeren of bijbetalen een optie.

3.4 Van verzorgingshuis naar eerstelijns dienstencentrum

Om in woningen zorg op afroep en zorg met begeleiding te kunnen aanbieden is de nabijheid van zorginfrastructuur vereist. Wijkgebonden zorginfrastructuur zal in veel gevallen kunnen worden ondergebracht in bestaande of te transformeren verzorgingshuizen of in bestaande of nog te bouwen woonzorgcomplexen. In wijken waar nog niets is zullen nieuwe multifunctionele dienstencentra moeten worden gebouwd. Integratie met andere zorgsectoren, welzijn en dienstverlening ligt hierbij in de rede. Om een voldoende draagvlak te hebben voor een compleet eerstelijns centrum is een bepaald verzorgingsgebied (5.000-15.000 inwoners) noodzakelijk. Binnen loopafstand van het dienstencentrum is een zekere clustering noodzakelijk om 24-uurs zorg te kunnen bieden. Bij verdere technologische ontwikkelingen op het gebied van woninggebonden zorginfrastructuur wordt een grotere mate van spreiding en individualisering haalbaar. Het streven naar spreiding over het woongebied en keuzevrijheid noopt ook tot het creëren van kleinere zorgsteunpunten als dependances van het eerstelijns centrum.

3.5 Van verpleeghuis naar tweedelijns expertisecentrum

Ook in de toekomst zal er behoefte zijn aan tweedelijns expertisecentra op regionaal niveau. Deze vervullen de functie van centrum voor expertise inzake verpleging, verzorging en behandeling. Daarnaast zullen zij een kortverblijf-functie blijven vervullen als “regionaal verpleeghotel” alsmede een beperkte langverblijf-functie voor cliënten met zeer zware en complexe problematiek. Een deel van de huidige, moderne verpleeghuizen zal zich kunnen omvormen naar deze functies; op sommige plaatsen zal wegens ongunstige ligging of functioneel verouderde gebouwen echter nieuwbouw nodig zijn.

3.6 Woning en woonomgeving

De keuze om de klassieke intramurale tehuizen niet meer uit te breiden en zo mogelijk in te krimpen legt, bij een groei van 2% zorgvragende ouderen per jaar, een zware claim op de reguliere woningen. Het aantal zorggeschikte en levensloopbestendige woningen zal sterk moeten toenemen en er moet geïnvesteerd worden in woninggebonden en complexgebonden zorginfrastructuur.

Een zo breed mogelijk scala aan woningaanbieders moet worden ingeschakeld bij het vervullen van de nieuwbouw- en transformatieopgave. In de eerste plaats zijn natuurlijk de reguliere woningcorporaties aanspreekbaar voor deze grote maatschappelijke opgave. Waar nodig kunnen daarnaast gespecialiseerde woning- of woonzorgcorporaties worden opgezet en ingeschakeld. Ook zullen de particuliere bouwers veel meer moeten gaan doen voor de ouderen in de middengroepen, op straffe van verlies van hun marktaandeel. Gemeenten zullen de ruimte moeten geven in het kader van ruimtelijk beleid en grondbeleid en zullen ook participeren in de infrastructuur op wijkniveau.

4 : Nieuwe begrippen en arrangementen

4.1 Consensusvorming

In verband met het streven naar consensus is een poging gedaan om begrippen die horen bij de nieuwe structuurvisie te ontleen aan diverse scenariostudies die de laatste jaren – al dan niet met participatie van Arcares- zijn uitgevoerd. De voornaamste zijn de studies van het bureau RIGO in opdracht van VWS en van Arcares en de studies die het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg uitvoerde samen met STAGG, NIZW en SEV. Wat betreft woningen is bovendien gekeken naar de begrippen die VROM hanteert in de kwalitatieve woningregistratie. Geprobeerd is om al deze nieuwe begrippen in een samenhangend kader bijeen te brengen.

4.2 Zorgarrangementen

Uit combinaties van vier functionele basispakketten (basiszorg, complexe zorg, welzijnszorg en zorgregie) zijn vier modulaire zorgarrangementen samengesteld:

Zorgarrangement	Producten/funcities
Zorg op afspraak (planbare zorg)	Huishoudelijke verzorging, groot deel van persoonlijke verzorging
Zorg op afroep (onplanbare zorg)	Verpleging, persoonlijke verzorging; initiatief ligt bij cliënt
Zorg bij calamiteiten (noodhulp)	Zorg als opvolging van een alarmsignaal; initiatief ligt bij cliënt
Zorg met 24 uren toezicht	Direct aanwezige begeleiding bij PG problemen; initiatief ligt bij hulpverleners

Arcares/RIGO, 2002

Op deze arrangementen zijn diverse varianten mogelijk wat betreft tijdstip van levering, volume in aantal uren en de exacte functionele mix. Voor het onderwerp wonen en zorg kan echter worden volstaan met een globale indeling die correspondeert met consequenties in termen van gebouwde voorzieningen.

4.3 Woonvormen

Nieuwe en bestaande woningen kunnen worden ingedeeld in vier niveaus van geschiktheid in relatie tot wonen en zorg:

Woonvorm	criteria	Norm (voorlopig)
Extern toegankelijk	Geen niveauverschillen tot aan voordeur	Handboek voor toegankelijkheid
Intern geschikt	Veilig en zonder grote inspanning te bewonen	Woonkeur/seniorenlabel
Zorgwoning	Geschikt voor (intensieve) zorgverlening	Humanitas/IRV
Clusterwoning	Geschikt voor 24 uren toezicht	Handboek buitengewoon wonen

Deze vier opeenvolgende niveaus kunnen worden gelezen als een trechter of filter: bij elk volgend niveau valt een bepaald deel van de woningen af.

4.4 Woonzorgarrangementen

Door combinatie van zorgarrangementen en woonvormen ontstaat een veelheid aan woonzorgarrangementen, waarvan vele slechts in theorie zullen bestaan.

Voor planningsdoeleinden is een samentrekking gemaakt die heeft geleid tot het volgende schema:

STAGG/IWZ	RIGO/VWS	zorgarrangement	Woonvorm
Individueel wonen	Gewoon wonen	Calamiteitenzorg, zorg op afspraak	Woningen extern toegankelijk en/of intern geschikt
Beschut wonen	Verzorgd wonen	Zorggarantie tot en met zorg op afroep	zorgwoningen plus zorginfrastructuur
Cluster wonen	Beschermd wonen	24 uur zorg tot en met begeleiding en toezicht	Onzelfstandige wooneenheden plus externe zorginfrastructuur
Intramuraal verblijf	Intramuraal verblijf	24 uur zorg tot en met begeleiding en toezicht	Onzelfstandig plus interne infrastructuur

Er is voor gekozen om de RIGO-VWS-terminologie uit de tweede kolom verder aan te houden. Begrippen die thans in omloop zijn, worden via een conversietabel vertaald in termen van deze vier hoofdgroepen. Het zal voorlopig al moeilijk genoeg zijn om scenario's te schrijven op basis van de vier hoofdgroepen. Later is hopelijk meer nuancering en verfijning mogelijk.

5 : Tweedelijns expertisecentra in de regio

5.1 Hoofdfuncties van het tweedelijns expertisecentrum

De hoofdfuncties van het tweedelijns expertisecentrum zijn (zie voor een beschrijving van het tweedelijns expertisecentrum de nota Zorg en huisvesting en www.kenniscentrumwonenzorg.nl):

- regionaal expertisecentrum voor de zorgsector ter ondersteuning van 10-20 eersteelijns zorgcentra, met de functies cliëntenregistratie, behandelplan, gespecialiseerde behandelingen, coördinatie ketenzorg met o.a. ziekenhuizen en scholing/ontmoeting voor professionals.
- langverblijf voor zeer zorgintensieve PG-cliënten en complexe somatische cliënten
- kortverblijf voor postklinische, meest somatische cliënten (CVA, orthopedie)

Genoemde functies behoeven niet per definitie in een enkel groot gebouw te worden ondergebracht. Een alternatief is een “archipel” van dicht bij elkaar gelegen locaties, centraal gelegen in de regionale centrumgemeente.

5.2 Regionaal expertisecentrum

Per gebied van 100.000 inwoners worden in 2015 gemiddeld 5.000 cliënten verpleging en verzorging verwacht. Deze vormen het draagvlak voor een regionaal expertisecentrum. Het draagvlak kan worden verruimd door integratie met de sectoren gehandicaptenzorg en GGZ. Genoemde 5.000 cliënten worden in de eerste lijn bediend door lokale zorgcentra.

5.3 Verpleeghotel

De verwachting is dat in 2015 ongeveer 20 verpleeghotelbedden per 100.000 inwoners nodig zullen zijn, uitgaande van een gemiddelde verblijfsduur van 40 dagen. Bij een perfect georganiseerde zorgketen kan deze verblijfsduur nog omlaag. Aan de andere kant zal als gevolg van het streven naar verkorting van ziekenhuisopnamen een neerwaartse substitutiedruk ontstaan in de keten. Als het laatste proces sneller gaat dan het eerste is het aantal van 20 wellicht onvoldoende.

5.4 Hofje voor gerontopsychiatrie

Er zal altijd een kleine groep cliënten zijn die vanwege ernstige gedragsproblematiek een gevaar vormt voor zichzelf en hun omgeving en derhalve niet op een verantwoorde wijze in te passen is in de betrekkelijk open, kleinschalige woonvormen op het eersteelijns niveau.

De meningen over de omvang van deze groep verschillen sterk. De ervaringen in Denemarken en in enkele pionierprojecten voor kleinschalig PG-wonen in Nederland wijzen in de richting van niet meer dan 5% van alle huidige PG-verpleeghuiscliënten die aan-

gewezen zou zijn op een tweedelijns voorziening. In 2015 zouden we dan slechts een “hofje” met 15 plaatsen per regio van 100.000 inwoners nodig hebben.

5.5 Verblijsfunctie voor zeer ernstige psychogeriatric

Gaan we daarentegen uit van de groep die thans in Nederland wordt aangeduid als “met zeer ernstige psychosociale problematiek en met indicatie voor intramurale verpleeghuisopname” dan komen we uit op grotere aantallen voor de tweedelijns verblijfsfunctie: 155 per 100.000 inwoners in 2015. Voor deze grotere groep behoudt het regionaal centrum voorlopig tevens een eerstelijnsfunctie. Gezien de tijd die gemoeid zal zijn met het creëren van voldoende gemoderniseerde capaciteit in de eerste lijn zal in het scenario voor 2015 nog worden uitgegaan van het behoud van genoemde verblijfsfunctie.

5.6 Woonvorm voor cliënten met complexe somatische problematiek

In het regionaal zorgcentrum is de expertise aanwezig voor verpleging van somatische cliënttypen met onder meer neurologische stoornissen (CVA, NAH), PTZ en comapatiënten. Hun aantal wordt geschat op 10 per 100.000 inwoners.

5.7 Transformatie van huidige verpleeghuizen

Om te kunnen transformeren in regionale zorgcentra zullen verpleeghuizen bouwkundig en functioneel geschikt moeten zijn, centraal moeten zijn gelegen in het regionaal verzorgingsgebied en moeten beschikken over de gevraagde expertise. Bij een gemiddeld verzorgingsgebied van 100.000 inwoners zullen in 2015 ongeveer 170 tweedelijns zorgcentra nodig zijn, de helft van het huidige aantal verpleeghuizen.

De match tussen oude en nieuwe functies zal niet altijd ideaal zijn. Ongeveer de helft van de huidige verpleeghuiscapaciteit voldoet volgens het Bouwcollege nu al niet aan de huidige functionele eisen en ook de locaties kunnen ongunstig zijn. Er zullen daarom soms ook nieuwe tweedelijns zorgcentra gebouwd moeten worden.

5.8 Prioritering van investeringen

Jaarlijks dienen er tot 2015 ongeveer 2.000 verpleegplaatsen bij te komen om de wachtlijsten in te lopen en de vergrijzing bij te houden; ook het VWS-scenario onderschrijft deze volumeopgave. Deze opgave krijgt de eerste prioriteit. Evenzeer prioritair is volgens VWS en Bouwcollege de opheffing van de meerbedskamers in de verpleeghuizen. Stel dat we dit in 2010 willen realiseren, dan is als compensatie voor capaciteitsverlies volgens het Bouwcollege een extra capaciteit van ca 1.000 plaatsen per jaar nodig. Dit is de tweede prioriteit.

De vraag is of er daarnaast nog ruimte en geld zal zijn voor de derde prioriteit: herstructurering volgens de hierboven geschetste visie met eerste en tweedelijns centra. Dit zou

betekenen dat ruim de helft van de huidige 60.000 verpleeghuisplaatsen in aanmerking komen voor spreiding over kleinschalige clusters op wijkniveau. Is dit in 12 jaar tijd (2004-2015) te realiseren?

5.9 Scenario's

In het scenario 2 is er alleen ruimte en middelen voor de eerste twee genoemde prioriteiten: het bijbenen van de groeiende vraag naar verpleegplaatsen en het wegwerken van de meest schrijnende privacytekorten. De innovatie van de bestaande verpleeghuizen wordt uitgesteld. Wel wordt de capaciteitsuitbreiding voor 100% conform de nieuwe visie gerealiseerd.

In scenario 1 wordt tevens het herstructureren, kleinschaliger maken en beter spreiden van het woonzorgaanbod voor mensen met verpleegbehoefte gerealiseerd, met uitzondering van de groep met (zeer) ernstige PG-problematiek. Beide scenario's zijn vergeleken met de in 2003 gepubliceerde scenariostudies van VWS (scenario 2, verschuiving van "zorg" naar "wonen").

Beide scenario's veronderstellen een verkorting van de gemiddelde opnameduur van somatische cliënten.

Overzicht: jaarlijkse bouwopgave verpleeghuiscapaciteit 2004-2015

Prioriteiten	1 ^e scenario	2 ^e scenario	VWS (2010)
Intramurale capaciteit 2002	60.000 totaal	60.000 totaal	60.000 totaal
Bijhouden demografische groei en inlopen wachtlijst	2.650 per jaar	2.650 per jaar	2.000 per jaar
Compensatie opheffen meerbedskamers per 2010	1.000 per jaar	1.000 per jaar	1.000 per jaar
Herstructurering: capaciteit overhevelen naar eerste lijn	3.000 per jaar	---	**)
Capaciteit 2015	92.000 totaal	92.000 totaal	84.000 totaal

****) Het streven naar meer kleinschaligheid en spreiding van verpleeghuiscapaciteit wordt door VWS wel onderschreven, maar nog niet vertaald in een aparte bouwopgave.*

Scenario 1 impliceert een jaarlijkse capaciteitsgroei van 6% (tot 2010, daarna 4,5%) en een jaarlijkse herstructurering van 4,5%. In werkelijkheid bedroeg de capaciteitsuitbreiding in het jaar 2002 slechts 2,5%. Hoe moet deze omvangrijke opgave worden gerealiseerd?

5.10 Instandhouden en transformeren verpleeghuizen

Er zijn momenteel ongeveer 60.000 verpleeghuisplaatsen. Alle scenario's zijn het erover eens dat de 45% nieuwste en beste verpleeghuizen in ieder geval tot 2015 in stand gehouden dienen te worden en waar nodig gemoderniseerd, zodat ze zoveel mogelijk voldoen aan de huidige bouwmaatstaven. In scenario 1 worden ze bovendien zo veel mogelijk getransformeerd tot tweedelijns zorgcentra, mits gunstig gelegen voor deze nieuwe functie.

In scenario 2 en het VWS-scenario moeten ook de 55% verouderde huizen nog de komende 15 jaar dienst blijven doen, zij het met aanpassingen aan de privacy norm. In scenario 1 worden ze daarentegen vervangen door kleinschalig beschermd wonen. Dit kan de vorm krijgen van kleine clusters (2-4 groepswoningen) die verbonden zijn aan eerstelijns dienstencentra in de wijk (zie hoofdstuk 6), dan wel van grotere clusters van groepswoningen in woonzorgcentra met een bovenwijkse functie. Voor laatstgenoemde woonvorm bestaan vooral plannen in de grote steden, waar de sociale binding aan de wijk en het gevoel van veiligheid minder in stand zijn gebleven dan in kleinere plaatsen. Zorginhoudelijk streven deze projecten echter hetzelfde na als de kleinschalige vormen: huiselijkheid, primaat van het dagelijks leven. De gedifferentieerde dagactiviteiten worden echter meer binnenshuis aangeboden. Scenario 1 impliceert –voor beide nieuwe woonzorgvormen samen– een vervangingsopgave van 2.800 plaatsen per jaar.

5.11 Zorgunits dementie in verzorgingshuizen

De bouw van nieuwe verpleeghuiscapaciteit, al of niet in de vorm van kleinschalig beschermd wonen, zal zeer waarschijnlijk niet het vereiste volume kunnen leveren. De opvang van de groeiende behoefte zoeken alle scenario's voor een deel in de tijdelijke ombouw van verzorgingshuizen, die nog minimaal 15 jaar mee kunnen. Volgens Arcares moet het mogelijk zijn om voor de komende 10-15 jaar 20.000 kwalitatief aanvaardbare PG-verpleeghuisplaatsen te creëren in de vorm van *zorgunits dementie* in verzorgingshuizen (zie het volgende hoofdstuk). VWS rekent met 7.000 plaatsen voor de komende zeven jaar.

5.12 Extramurale oplossingen

In scenario 2 is uitgegaan van anderhalf maal het huidige jaarvolume aan bouwplannen voor kleinschalig beschermd wonen voor dementerende ouderen, dat is 500 plaatsen per jaar.

Om scenario 1 te realiseren zal een forse *Projectimpuls* nodig zijn naar 2.800 plaatsen beschermd wonen per jaar. Deze nieuwe kleinschalige, meer of minder geclusterde vormen van 24-uurs zorg benaderen inhoudelijk het extramuraal model, maar zoeken qua

bekostiging het meest gunstige regime op, waarbij zorg en welzijn in ieder geval integraal aangeboden worden, maar wonen en praktische dienstverlening apart kunnen worden gearrangeerd, als dat voordeliger en doelmatiger blijkt te zijn. De huidige, klassieke scheidslijn tussen intramuraal en extramuraal wordt hiermee losgelaten. In het scenario van VWS is de kleinschalige bouw nog helemaal gerekend tot het intramurale domein en wordt bovendien geen onderscheid gemaakt tussen klassiek verpleeghuiscapaciteit en beschermd wonen.

Scenario 2 rekt voor de groei van de somatische zorg met een verkorting van de verblijfsduur en een uitbreiding van de verpleeghuiszorg thuis, waar per jaar 1.000 plaatsen bij komen.

In het maximumscenario komen er per jaar zelfs 1.500 plaatsen verpleeghuiszorg thuis bij, terwijl de kortdurende intramurale zorg in tweedelijns verpleeghotels wordt ondergebracht, als onderdeel van de transformatieopgave.

5.13 Samenvatting scenario's

Overzicht jaarlijkse groei en transformatie verpleeghuiscapaciteit 2004-2015

Deelprogramma:	Scenario 1	Scenario 2
Transformeren	2.250 per jaar	
Moderniseren		2.250 per jaar
Instandhouden		2.800 per jaar
Zorgunits dementie verzorgingshuizen	1.650 per jaar	1.650 per jaar
Kleinschalig wonen	2.800 per jaar	500 per jaar
Somatische thuiszorg	1.000 per jaar	500 per jaar
Intramurale capaciteit 2015	27.000 totaal (excl. zorgunits in verzorgingshuizen)	60.000 totaal (excl. zorgunits in verzorgingshuizen)
Extramurale capaciteit *)	45.000 totaal	12.000 totaal

**) extramuraal niet volgens bekostigingscriteria maar volgens inhoudelijke criteria; bestaande uit kleinschalig wonen en somatische thuiszorg (zie boven).*

6 : Eerstelijns zorg- en dienstencentra in de wijk

6.1 Functies van een compleet eerstelijns zorg- en dienstencentrum

Het complete eerstelijns zorg- en dienstencentrum kent de volgende functies (zie ook de nota Zorg en huisvesting en www.kenniscentrumwonenzorg.nl):

- centrum voor alle zorgarrangementen, van thuiszorg op afspraak tot 24-uurs zorg met begeleiding, in een woongebied van 5.000-15.000 inwoners, waarin gemiddeld 500 cliënten verpleging en verzorging
- activiteitencentrum voor ouderen (en anderen) met en zonder zorgindicaties
- dienstencentrum (haal- en brengdiensten, hoteldiensten, klussendiensten)
- eerstelijns centrum voor gezondheidszorg (huisartsen, therapeuten, apotheek)
- informatie- en coördinatiepunt voor zorg en welzijn
- essentiële commerciële wijkvoorzieningen

Op grond van enkele praktijkvoorbeelden is het vloeroppervlak (excl. commerciële functies) geraamd op 2.300 m² bruto, om een idee te geven. Daarnaast zijn per woongebied van 10.000 inwoners nog twee tot drie kleinere zorgsteunpunten nodig om woonzorgarrangementen voldoende gespreid te kunnen aanbieden. Deze hebben de omvang van twee samengetrokken appartementen (130 m² netto). In kleine kernen op het platteland zullen iets grotere multifunctionele steunpunten nodig zijn, in combinatie met een dorps huis of *Kulturhus*.

6.2 Transformatie van verzorgingshuizen

In 2015 zouden, uitgaande van gebieden van 10.000 inwoners, 1.700 lokale zorg- en dienstencentra nodig zijn. Thans zijn er nog ongeveer 1.350 verzorgingshuizen, maar deze zijn zeker niet ideaal gespreid over de woongebieden. Op grond van enkele pilotstudies kan worden aangenomen dat ongeveer de helft van de huidige locaties gunstig is gelegen voor de nieuwe functies (700 zorgcentra). Daarnaast zijn er in de laatste 15 jaar ongeveer 700 woonzorgcomplexen gebouwd, waarvan 60% over een eigen dienstencentrum beschikt. Bij de locatiekeuze is al vaker rekening gehouden met een wijkfunctie. Daarnaast zullen er nieuwe eerstelijns centra bij moeten komen om alle witte plekken op de kaart te vullen. Maar uiteraard wordt deze opgave niet op nationaal, maar op regionaal niveau ingevuld.

De nieuwste en beste huizen zullen in stand worden gehouden, zo lang er vraag naar is. Blijkens onderzoek van het Bouwcollege zijn er ongeveer 23.000 verzorgingsplaatsen van meer dan 30 m² en met voldoende functionele kwaliteit. Verondersteld is dat deze “kernvoorraad” het jaar 2015 zeker zal halen. Van de overige ruim 75.000 plaatsen zullen er in ieder geval 25.000 nodig zijn om voor 10-15 jaar de snel groeiende behoefte aan verpleegplaatsen op te vangen, totdat er voldoende verpleegcapaciteit nieuwe stijl (beschermd wonen) zal zijn gebouwd.

Bij 25% capaciteitsverlies bij ombouw levert dit 20.000 eenpersoonskamers op in de vorm van zorgunits dementie binnen verzorgingshuizen.

Resteren nog 50.000 plaatsen waarvan 24.000 zodanig functioneel zijn verouderd dat ze ook niet geschikt zijn voor ombouw tot tijdelijke zorgunits dementie. In scenario 2 worden in de komende 12 jaar in ieder geval deze 24.000 kamers vervangen door woningen in moderne woonzorgcomplexen. Dat is al een saneringstempo van 2% per jaar, het dubbele van het in de periode 1985-2000 ten tijde van de WBO gerealiseerde tempo. Het aantal verzorgingshuisplaatsen wordt in dit scenario in de komende twaalf jaar gehalveerd.

In scenario 1 zijn ook de overige 26.000 functioneel verouderde plaatsen in 2015 vervangen door woningen in woonzorgcomplexen, zodat slechts een kwart van de huidige capaciteit overblijft. Hiervoor is een sterke versnelling naar 4% per jaar nodig van het huidige tempo van afschrijven en vervangen. Dit scenario richt zich op het gegeven dat nu al steeds meer wachtlijstkandidaten voor verzorgingshuizen uiteindelijk de voorkeur blijken te geven aan alternatieve oplossingen, zoals woonzorgcomplexen of thuiszorg met woningaanpassingen; dit zal in de komende twaalf jaar alleen maar meer worden.

Overigens staat het niet vast dat alle ouderen met een zorgbehoefte die correspondeert met het huidige verzorgingshuis, ook inderdaad zullen kiezen voor een royaal woonzorgcomplex met woningen van minimaal 75m² en een huur net beneden de maximale huursubsidiëgrens. De onderste 20-40% inkomens (al naar gelang de algemene welvaartsontwikkeling) zullen waarschijnlijk de voorkeur geven aan kleinere, goedkopere appartementen. De laatste tijd worden moderne verzorgingshuizen gebouwd die zich in weinig onderscheiden van woonzorgcomplexen, behalve dat de woningen wat kleiner zijn (50-60m²) en grotendeels (tot 48m²) uit de AWBZ gefinancierd. Net als in het hoofdstuk over verpleeghuizen geldt ook hier een pragmatische benadering: het gaat primair om de inhoudelijke vernieuwing van het woonzorgarrangement, niet om intra- of extramuraal bekostiging. Ook in andere landen (Denemarken, Duitsland) zien we de laatste jaren een gedeeltelijke terugkeer naar kleinere, compacte tweekamerappartementen voor de meer verzorgingsbehoevende ouderen.

Indien het beste kwart van de huidige verzorgingshuiscapaciteit wordt gehandhaafd, zoals in scenario 1, wordt hiermee de 25% met de zwakste inkomens- en vermogenpositie al bediend. Het kan echter blijken, zeker in bepaalde regio's, dat daarnaast nog meer behoefte bestaat aan compacte vormen van verzorgd wonen met een lagere huur. Bij de nieuwbouw van woonzorgcomplexen dient hiermee rekening te worden gehouden.

Flexibele bouw heeft daarbij het voordeel dat eventueel later alsnog grotere appartementen kunnen worden geschapen.

6.3 Samenvatting scenario's

Overzicht jaarlijkse groei en transformatie verzorgingshuiscapaciteit 2004-2015

Scenario	1 ^e scenario	2 ^e scenario	VWS (2010)
Capaciteit 2002	105.000 totaal	105.000 totaal	105.000 totaal
Instandhouden en moderniseren	1.000 per jaar	2.750 per jaar	---
Transformeren in zorgunits dementie	2.000 per jaar	2.000 per jaar	1.250 per jaar
Vervangen door woonzorgcomplexen	4.800 per jaar	2.000 per jaar	3.300 per jaar *)
Verzorgingsplaatsen 2015	23.000 totaal	57.000 totaal	55.000 totaal

*) *In het VWS-scenario wordt de transformatieopgave, die gesteld is op 40.000 plaatsen, in versneld tempo in acht jaar tijd uitgevoerd; na 2010 zou een verdere afbouw van capaciteit nauwelijks meer plaatsvinden.*

De teruglopende aantallen intramurale verzorgingsplaatsen worden in alle scenario's ruimschoots gecompenseerd door de groei van het *verzorgd wonen* (hoofdstuk 7). Verder zullen in 300 - 600 gunstig gelegen en functionele goede verzorgingshuizen de wijkfuncties worden versterkt door transformatie in eerstelijns dienstencentrum, hetgeen aanpassingen zal vergen in de algemene ruimten op de begane grond. Op langere termijn zullen ook deze gebouwen uiteraard worden vervangen.

7 : Beschermd en verzorgd wonen

7.1 Demografische component

Bij de bepaling van de behoefte aan zorggerelateerde woonvormen kan geen onderscheid worden gemaakt tussen ouderen en (vroeg)gehandicapten, omdat vanuit het wonen gezien de eisen vaak identiek zijn. Tot 2015 zal de groei van het aantal ouderen met een zware en complexe zorgvraag, die gevolgen heeft voor het wonen, evenredig verlopen aan de toename van de bevolking van 75 jaar en ouder, dus een groei van 1,5 % per jaar. Voor ouderen met dementie is in navolging van de Gezondheidsraad uitgegaan van een toename met 2,2 % per jaar. Voor verstandelijk gehandicapten is in navolging van het SCP uitgegaan van een groei met in totaal 10% tot 2015 als gevolg van een langere levensverwachting.

7.2 Component extramuralisering

Op grond van functionele criteria voorziet scenario 2 in extramuralisering van 27% van de huidige verzorgingshuiscapaciteit in 2015. In scenario 1 is extramuralisering van 59% van de verzorgingshuiscapaciteit en 33% van de verpleeghuiscapaciteit voorzien. Dat de extramuralisering van verzorgingshuiscapaciteit niet nog veel hoger uitpakt, komt door de tijdelijke ombouw van een deel van de capaciteit tot zorgunits dementie die onder intramuraal zijn gerekend. Daarnaast is de capaciteitsuitbreiding in verband met de demografische groei geheel extramuraal verondersteld.

Voor de gehandicaptenzorg is op grond van het STAGG-scenario uitgegaan van een sneller tempo van extramuralisering: 67% voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten en 100% voor de gezinsvervangende tehuizen en de instellingen voor lichamelijk gehandicapten.

7.3 Bouwopgave beschermd wonen

Beschermd wonen is verbonden met diverse arrangementen van 24-uurs zorg en begeleiding en kenmerkt zich door clustering van 6 tot 8 onzelfstandige wooneenheden in groepswoningen. Meestal wordt vervolgens een aantal groepswoningen met 12-36 wooneenheden geclusterd rond een zorgsteunpunt.

Opnieuw zijn er twee scenario's:

- Scenario 1: er wordt in de komende 12 jaar bovendien een flinke impuls gegeven aan de substitutie van bestaande intramurale woonvormen door nieuwe vormen met beschermd wonen.
- Scenario 2: slechts de groeiende vraag naar wonen met zorg wordt opgevangen door de bouw van beschermende woonvormen.

Bouwopgave beschermd wonen op jaarbasis, 2000-2015

Type	Anno 2000: bestand	Scenario 1	Scenario 2
Groepswonen PG ouderen	900 (<i>survey</i>)	2.800	500
Groepswonen verst. Gehandicapten	3.000 (<i>raming</i>)	1.400 *)	100
Totaal eenheden	3.900	4.200	600
Omgerekend in woningen:	2.000	2.100	300

*) *VWS gaat uit van een jaarlijkse behoefte van 440 woningen door effecten van extramuralisering in de gehandicaptenzorg. Onduidelijk is of het om wooneenheden (= halve woningen) of woningen gaat.*

Het oppervlak van een wooneenheid beschermd wonen correspondeert ongeveer met een halve standaardwoning. Volgens scenario 1 zouden er dan 2.100 woningen per jaar gereserveerd moeten worden voor beschermd wonen, dat is 3% van de nieuwbouwproductie in de laatste jaren. Dit komt overeen met de IJburg-norm, die ook door andere nieuwe Vinex-wijken is overgenomen.

7.4 Bouwopgave verzorgd wonen

Verzorgd wonen is verbonden met lichtere zorgarrangementen die kunnen variëren van alleen calamiteitenzorg tot zorg op afspraak, maar ook op afroep. Verzorgd wonen vereist de aanwezigheid of nabijheid van zorginfrastructuur en kan worden gearrangeerd in de vorm van woonzorgcomplexen (draagvlak vanaf ongeveer 50 woningen) of woonzorgzones, waarin individuele zorgwoningen aanleunen rond een dienstencentrum. Uitbreiding van verzorgd wonen is nodig om de groei op te vangen van de groep ouderen die voorheen in verzorgingshuizen en aanleunwoningen terecht kwam en tevens om de extramuralisering van een deel van de bestaande verzorgingshuiscapaciteit mogelijk te maken. Het streven om in woonzorgcomplexen niet 100% zorgbehoevenden te huisvesten, maar ook meer vitale ouderen, vergt een verdunningsopslag op het bouwvolume. Bestaande aanleunwoningen en servicewoningen kunnen soms door modernisering worden omgevormd tot woonzorgcomplexen. Met de aanwezige voorraad van deze oudere woonvormen is rekening gehouden bij de behoeftebepaling. Dit geldt eveneens voor de te voorlopig handhaven appartementen van meer dan 40m² in de beste en nieuwste verzorgingshuizen.

De opgave kan uiteen worden gelegd in:

- de bouw van zorgwoningen
- de bouw van zorginfrastructuur
- de transformatie van verouderde complexen met verzorgd wonen

Bouwopgave verzorgd wonen op jaarbasis 2004-2015

Deelopgave	Scenario 1	Scenario 2
Extramuralisering verzorgingshuizen	5.000	2.000
Demografische groei	1.500	1.500
Verdunning woonzorgcomplexen	2.000	---
Totale bouwopgave	8.500	3.500
1 ^e lijns zorgcentra	100	50
Transformatie service- en aanleun	3.000	3.000

Het bouwprogramma van de Projectimpuls (6.000 zorgwoningen per jaar) lijkt over de jaren 2000-2002 gerealiseerd. Realisering van scenario 2 zal een continue inspanning van dit niveau vergen. Acceleratie naar scenario 1 (9.000 zorgwoningen per jaar) zal ingrijpende nieuwe impulsen vereisen. Met name in bestaande voorraad zal meer moeten gebeuren.

Opnieuw is een vergelijking gemaakt met de scenariostudies van VWS/VROM. De opgave volgens VWS ligt dicht in de buurt van het scenario 1. De noodzaak van nieuwe impulsen wordt breed gesteund. Maar er is nog geen consensus over de aard van deze impulsen (zie hoofdstuk 9).

Bouwopgave verzorgd wonen (alleen ouderen), vier scenario's vergeleken

Zorgwoningen	Scenario 1	Scenario 2	VWS/VROM
Bestand 2002	85.000 *)	85.000 *)	70.000
Bouwopgave	100.000 **)	45.000 **)	105.000
Bestand 2015	185.000	130.000	175.000

*) woningen in woonzorgcomplexen (40.000) en aanleun- en servicewoningen (45.000)

***) De 45.000 woningen zijn opgebouwd uit 24.000 ter vervanging van verzorgingshuisplaatsen en 21.000 ten behoeve van de groei van de behoefte en gewenste verdunning. Een dergelijke opzet geldt ook voor de 100.000.

8 : Levensloopbestendig wonen

8.1 Strategie: langzaam opkrikken

De behoefte aan voor ouderen en gehandicapten toegankelijke en geschikte woningen is veel omvangrijker dan de behoefte aan wonen met zorg. Het aantal mensen met ouderdomsziekten of lichamelijke beperkingen dat in een gewone woning is blijven wonen bedraagt een veelvoud van het aantal dat verhuist naar een woonvorm met gearrangeerde zorg. Gezien de verwachting dat mantelzorg en thuiszorg alleen maar schaarser zullen worden in de toekomst wordt het steeds essentiëler dat ouderen en gehandicapten in een functioneel geschikte woning wonen. Hierdoor wordt het vermogen tot zelfzorg in stand gehouden en wordt de schaarse zorg zo min mogelijk belast.

In de loop der jaren zijn steeds andere begrippen en etiketten gehanteerd: aanpasbaar, integraal toegankelijk, levensloopbestendig, seniorenlabel, woonkeur. Maar de essentie is dezelfde gebleven: woningen moeten indien nodig met zo min mogelijk fysieke inspanningen kunnen worden betreden, bediend en bewoond, waarbij vooral het overwinnen van hoogteverschillen geminimaliseerd dient te worden. Verder dienen woningen voldoende ruimte te bieden voor het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen en dienen er voldoende mogelijkheden te zijn voor alarmering en communicatie. Ten slotte dient de kans op ongelukken in de woning te worden geminimaliseerd.

In Nederland is steeds, in tegenstelling tot sommige andere Europese landen, gekozen voor een strategie van zo breed mogelijke toegankelijkheid van woningen, zodat ouderen en gehandicapten niet uitsluitend zijn aangewezen op een beperkte voorraad categoriale huisvesting. Immers: ouderen (65+) en gehandicapten maken straks, rond 2020, samen ongeveer een derde deel van alle huishoudens in Nederland uit.

In deze strategie zit ook een element van preventie: met name bij ouderen is er een verhoogde kans op het ontstaan van chronische ziekten of handicaps, dus waarom zouden we wachten met aangepaste huisvesting tot het eigenlijk al te laat is? Hiermee wordt ook de maatschappelijke integratie zo lang mogelijk in stand gehouden. De keuze voor deze brede strategie is uiteraard mede te verklaren uit de sterk ontwikkelde sociale huursector in ons land. De keerzijde is dat de particuliere bouw zich dan ook grotendeels ontslagen voelt van de verplichting om ook iets te doen aan toegankelijkheid en geschiktheid van woningen.

De implementatie van genoemde strategie is tot nu toe geweest: het formuleren van eisenpakketten waaraan nieuwe woningen vervolgens dienen te voldoen. Het achteraf voldoen aan die eisen door bestaande woningen is steeds een problematisch punt gebleven.

Niettegenstaande de grote betekenis die de eisenpakketten hebben gehad is het aantal woningen dat werkelijk aan het volledige pakket eisen voldoet steeds statistisch insignificant gebleven, buiten de woningen die speciaal gebouwd zijn in samenwerking met de zorgsector. Vandaar dat in dit plan gekozen is voor een meer relatieve benadering, waarbij de woningvoorraad in den brede stap voor stap wordt opgekrikt naar het gewenste kwaliteitsniveau, dat op zichzelf niet los wordt gelaten.

8.2 Analyse van de bestaande woningvoorraad

De meest recente gegevens zijn afkomstig uit de Kwalitatieve Woning Registratie (KWR 2000) en gepubliceerd in september 2002.

Toegankelijkheid woningvoorraad naar woningtype, 2000

Toegankelijk:	Eengezinswoningen	Meergezinswoningen	Alle woningen	% voorraad
Totale voorraad	4.667.000	1.921.000	6.588.000	100 %
Extern toegankelijk	3.884.000	1.001.000	4.885.000	74 %
Nultreden woningen	667.000	810.000	1.681.000	25 %
Voldoet aan Bouwbesluit 1998	93.000	135.000	228.000	3,5 %
Rolstoeltoegankelijk	*	*	60.000	0,9 %

VROM, Kwaliteit voor doelgroepen, 2002 en regionale verkenning geschikte huisvesting, 2003.

Met *nultreden* wordt bedoeld dat woningen vanaf de straat of de lift zonder treden bereikbaar zijn, en ook binnen de woning geen treden kennen. In dit statistische criterium ontbreken nog belangrijke elementen van *levensloopbestendigheid*.

Indien een combinatie wordt toegepast van de voornaamste criteria (geen treden in of naar de woning, voldoende manoeuvreerruimte in de woning, essentiële wijkvoorzieningen binnen loopafstand), dan kan ongeveer 5,5% van de Nederlandse woningvoorraad (330.000 woningen) als min of meer levensloopbestendig worden aangemerkt. Daarbij is dan in veel gevallen nog niet voldaan aan de criteria die het Bouwbesluit sinds 1998 aan nieuwe woningen stelt (geen drempels, brede deuren, toegankelijk toilet). Voegen we die criteria toe, dan blijkt nog maar 3,5% levensloopbestendig.

8.3 Analyse van nieuwbouw en opplussen

De voorraad levensloopbestendige woningen nam van 1995 tot 2000 – op grond van de criteria van het Bouwbesluit - toe met 75.000, dat is 15.000 woningen per jaar. De mees-

te levensloopbestendige woningen worden toegevoegd door nieuwbouw, het opplussen betref volgens registratie van de SEV nog slechts een aantal in de orde van 5.000 woningen in vijf jaar tijd, dus 1.000 per jaar. Er is wel toegankelijkheidswinst geboekt, maar het gaat langzaam. In 1995 bedroeg het percentage woningen in meergezinshuizen dat toegankelijk was met een lift nog 35%, in 2000 was dat gestegen naar 41%. In de collectieve delen van woongebouwen is bredere vooruitgang geboekt op deelcriteria. Er kwamen bijna 400.000 woningen bij in woongebouwen met lage drempels en brede deuren in de algemene ruimten. Dit aantal ligt veel hoger dan de groei van het aantal levensloopbestendige woningen (75.000). Dit betekent dat er – naast de nieuwbouw - toch een behoorlijk aantal flatgebouwen moet zijn waar in die jaren de collectieve gebouwdelen zijn “opgeplust”.

Knelpunten bij realisering van het volledige pakket “opplus-eisen” zijn vooral: de kosten (drie maal hoger dan voorzien) en het gebrek aan medewerking bij huurders. De conclusie is: faseer het opplussen van de woningen zelf over vele jaren (alleen bij mutatie) en begin met de collectieve gebouwdelen. Gezien de KWR-uitkomsten lijkt dit ook de strategie te zijn die veel beheerders van meergezinshuizen reeds hebben geadopteerd.

Het opplussen van eengezinshuizen is nog een zeldzame aangelegenheid, omdat eengezinshuizen nog steeds algemeen door verhuurders en gemeenten als niet-levensloopbestendig worden gezien. Veel bewoners zien dit zelf anders en in de praktijk blijkt dat veel eengezinshuizen met beperkte ingrepen toch behoorlijk levensloopbestendig kunnen worden gemaakt. Prioriteiten zijn: een toilet op beide woonlagen, een “luie” en veilige trap met voldoende ruimte voor een traplift, aanpassingen in de sfeer van nachtverlichting, antislip en beugels en steunen in badkamers. Verder moeten natuurlijk kleine niveaoverschillen bij de voordeur worden opgeheven. Gezien het grote volume aan eengezinshuizen, met name buiten de steden, kunnen we het ons ook niet veroorloven om deze woningen collectief ongeschikt te verklaren voor ouderen en gehandicapten met een zorgbehoefte. Hier ligt beslist nog een terrein braak voor een forse projectimpuls.

8.4 Levensloopbestendige woningen: scenario's

* Scenario 2

In dit scenario wordt uitgegaan van handhaving van de huidige percentages ouderen die wonen in een levensloopbestendige woning en is uitsluitend de demografische groei van 65 plus verantwoordelijk voor de toename van de behoefte.

Scenario 2015 op basis van demografische groei

Jaar:	bevolking 65+	Levensloopbestendige woningen.
2000	2.152	330
2005	2.289	351
2010	2.499	383
2015	2.900	444

Bevolkingsprognose CBS en KWR 2000, aantallen x 1000

De tabel laat zien hoeveel levensloopbestendige woningen er moeten worden toegevoegd om in ieder geval niet verder achterop te raken bij de demografische ontwikkeling: 114.000, dat is ruim 7.500 per jaar. Dit aantal is lager dan hetgeen in de periode 1995-2000 (weliswaar jaren met een hoge totale bouwproductie) werd gerealiseerd. Het scenario lijkt dus alleszins uitvoerbaar.

* Scenario 1 op basis van kwetsbare populatie ouderen en gehandicapten.

Eigenlijk zou in 2015 een derde deel van de 6,6 miljoen huishoudens over een levensloopbestendige woning moeten kunnen beschikken: alle huishoudens waar een 65 plusser of matig tot ernstig lichamelijk gehandicapte in voorkomt. Zo'n grote inhaaloperatie is niet realistisch, aangezien de nieuwbouw jaarlijks slechts 1% aan de woningvoorraad toevoegt en de bestaande voorraad weerbarstig is gebleken. Daarom is getracht om in ieder geval de meest kwetsbare groepen te omlijnen binnen brede doelgroep ouderen en gehandicapten.

- Voor iedereen met matige tot ernstige lichamelijke beperkingen is een levensloopbestendige woning een belangrijke voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven functioneren: dit waren 320.000 huishoudens rond 2000.
- Hetzelfde kan gesteld worden voor de meest kwetsbare groep ouderen, dat zijn de alleenwonenden van 75 jaar en ouder. Bij hen speelt niet alleen de verhoogde kans op chronische beperkingen als gevolg van ouderdomsziekten, maar tevens

de onmogelijkheid van zelfstandig blijven wonen indien zich een ongeval of ziekte voordoet: dit waren rond het jaar 2000 ca 430.000 huishoudens (excl. overlap met de eerste doelgroep).

In totaal bestaat de “risicogroep” derhalve thans uit ongeveer 750.000 huishoudens. Hierbij moet dan weer worden opgeteld een demografische groei van 1,5 % per jaar, zodat in 2015 ongeveer 885.000 extra kwetsbare huishoudens verwacht worden. Zij vormen de primaire doelgroep van de levensloopbestendige woning temidden van de in totaal ca 2,2 miljoen huishoudens met ouderen en gehandicapten.

8.5 Overzicht bouwopgave levensloopbestendige woningen

Scenario	Aanwezig 2000	Behoefte 2015	Toevoegen	Opgave per jaar
Scenario 2	330.000	445.000	115.000	7.500
Scenario 1, waarvan:	330.000	880.000	550.000	36.500
Nieuwbouw				13.500
-opplussen				230.000
+verzorgd wonen				8.500
+beschermd wonen				2.100

Volgens het VWS/VROM-scenario zal de bouwopgave 21.500 “nultreden woningen” per jaar bedragen tot 2015, plus 11.500 voor verzorgd wonen (incl. gehandicapten en GGZ). Dit scenario gaat uit van een constant gebruik van levensloopbestendige woningen per leeftijdsklasse en huishoudtype.

Uit het overzicht blijkt dat scenario 1 een grote inspanning vereist van bouwende partijen: 36.500 levensloopbestendige woningen toevoegen per jaar.

Hierbij komen nog eens de claims voor verzorgd wonen (8.500 per jaar) en beschermd wonen (2.100 woningen per jaar). Vanwege de grote inhaalslag die gemaakt moet worden om zowel vergrijzing als extramuralisering bij te houden, zou in de komende 12 jaar het merendeel van de totale bouwproductie (die schommelt tussen 60.000 en 80.000 per jaar) in levensloopbestendige vorm dienen te worden gebouwd. Dit is niet realistisch, al is het maar vanwege ongewenste ruimtelijke concentratie van levensloopbestendige woningen en zorgwoningen in nieuwbouwwijken, waardoor woonzorgzones zouden

verworden tot zorgwoonzones. Verder zullen marktoverwegingen leiden tot de noodzaak van een evenwichtige mix in de nieuwbouw.

Verondersteld is dat in de nieuwbouw maximaal een derde deel van de woningen in levensloopbestendige vorm zal worden gebouwd. Hierbij is dan inbegrepen 60% van de claim voor verzorgd en beschermd wonen; deze woonvormen zijn namelijk extra moeilijk te realiseren via opplussen van bestaande woningen.

Dit betekent dat de *nieuwbouw* plaats biedt voor 20.000 levensloopbestendige woningen per jaar, waarvan een derde (6.500) tevens zorggeschikt en de rest “gewoon” levensloopbestendig.

8.6 Opplussen en opkrikken

Het is dus duidelijk dat meer dan de helft van de opgave zal moeten worden gerealiseerd in de huidige woningvoorraad:

- 900.000 woningen in etagebouw zijn nog niet extern toegankelijk (lift, hellingbaan); aanpassing of sloop/vervanging kan dit aantal verder reduceren
- 3.200.000 eengezinswoningen zijn wel extern toegankelijk, maar van binnen nog in het geheel niet aangepast.

Ook al wordt alleen het corporatiebezit aangepakt, dat zijn ongeveer 1,5 miljoen van de genoemde 4 miljoen potentieel geschikt te maken woningen, dan moet een opgave van 23.000 per jaar, dat is jaarlijks 1,3% van de voorraad, haalbaar zijn.

De geschetste strategie van stap voor stap “opkrikken” in plaats van in een keer opplussen impliceert een werkvoorraad in de vorm van een piramide met een veel bredere basis en een smalle top van volledig opgepluste woningen. Een veelvoud van genoemde 1,3% per jaar zal derhalve moeten worden aangepakt om het gestelde doel te bereiken. Ook in de voorraad zou voorlopig kunnen worden halt gehouden als in een bepaalde wijk een aandeel van een derde deel levensloopbestendig is bereikt. In lokale plannen zal echter regelmatig hiervan worden afgeweken vanwege de ongelijke spreiding van voorzieningen en de ongelijke samenstelling van de thans aanwezige bevolking.

9 : Voorwaarden om de opgave te kunnen vervullen

9.1 Jarenlang volhouden

Te veel productie is vooral sinds het jaar 2000 verloren gegaan door onduidelijke verantwoordelijkheden en aarzelingen bij de overheid om de daad bij het woord te voegen en een stimulerend beleid te voeren. Wat betreft de transformatie van verzorgingshuizen is het tempo zelfs teruggevallen nadat deze in het jaar 2000 overgingen van de WBO (provincies) naar de AWBZ (zorgkantoren).

Nu er consensus lijkt te zijn over de globale toekomstvisie inzake wonen en zorg, is het vooral van belang dat alle borden gedurende een langere reeks van jaren dezelfde kant op wijzen, los van schommelingen in conjunctuur en politiek. Er dient een klimaat te ontstaan waarin partijen elkaar vertrouwen en investeringen durven te doen voor de langere termijn.

In het beleid van de overheid dient het systematisch opruimen van beklemmende regelgeving centraal te staan.

Er is vooral behoefte aan een eenvoudig en praktisch uitvoerbaar beleidskader, waarmee het veld drie regeerperioden (2003 tot 2015) vooruit kan, zonder dat er opnieuw bij punt nul hoeft te worden begonnen. Want de tijd begint op te raken: vanaf 2015 gaat het aantal hoogbejaarden snel oplopen. Het meest verouderde deel van de zorginfrastructuur moet dan zijn vernieuwd.

In het rapport van de commissie Steen der Wijzen is een en ander gezegd over de basisvoorwaarden voor maatschappelijk ondernemers in wonen en zorg om te kunnen handelen en investeren. In het volgende worden deze voorwaarden toegespitst op de bouwopgave die in dit plan (in het zgn. scenario 1) is uitgestippeld.

9.2 Vier pijlers onder de bouwopgave

Om gelijktijdig tekorten te kunnen inlopen, de vergrijzing te kunnen bijhouden en ook nog een belangrijk deel van de verouderde infrastructuur te kunnen vernieuwen, is een gezamenlijke inspanning nodig die rust op vier pijlers:

- grond en ruimte: een constante bouwstroom met een constant aanbod van betaalbare bouwgrond op de juiste locaties om zorg in en vanuit intramurale kerren goed te kunnen leveren;
- eenvoudige, regionale bekostiging van zorginfrastructuur: de veelheid aan specifieke en ingewikkelde bouwregelingen vervangen door een eenvoudiger infrastructuurregeling met meer bestedingsvrijheid;

- een goed investeringsklimaat op regionaal niveau: in plaats van vage regiovisies of plandocumenten dienen provincies, gemeenten en zorgkantoren een goed investeringsklimaat te scheppen, waarin aanbieders van wonen en zorg concrete investeringen kunnen inbrengen;
- ruimte voor ondernemerschap: ook de midden- en hogere marktsegmenten moeten bediend worden; de overheid moet niet preuts doen over ondernemen in de gemengd publiekprivate sector en oog hebben voor het belang van menging van inkomenscategorieën in de woonzorgsfeer.

9.3 Voorwaarde 1: grond en ruimte

Gezien het lage bouwtempo in de eerste drie jaren van deze eeuw mogen we blij zijn als we scenario 2 halen. Dat betekent dat we net de demografische groei kunnen bijbenen, maar niet of nauwelijks toekomen aan vervanging van functioneel verouderde gebouwen en daarmee aan een vraaggestuurd aanbod.

Toch doen juist de laatste jaren veel provincies en gemeenten meer dan tevoren hun best om de bouw van zorgwoningen te stimuleren: vrijstelling van planologische contingents, faciliteiten bij gronduitgiften, beschikbaar stellen van woonzorglocaties.

De grote boosdoener is de ingezakte woningbouwproductie, net nu we beginnen aan een inhaalslag voor wonen en zorg. Annex hieraan zijn de povere productiecijfers van de particuliere bouwers, die het marktsegment wonen en zorg complex en riskant blijven vinden.

Woningcorporaties en overheden dienen de handen ineen te slaan om anticyclisch te gaan bouwen: een onverstoorbare jaarlijkse productiestroom te realiseren, afgeleid van regionale en lokale cijfers over erkende behoeften en tekorten. Uitgerekend moet worden wat de implicaties zijn van het nemen van tijdelijke onrendabele toppen en exploitatietekorten, en hoe risico's het beste kunnen worden gedeeld en gespreid. Winsten uit vette jaren dienen te worden kortgesloten met tekorten uit magere jaren en zo ook voor het private en publieke marktsegment. Het meer profijtelijke middensegment dient toe te komen aan degene die ook in het sociale segment bouwt. Waar particuliere bouwers het laten afweten, zijn woningcorporaties aan zet. De starre grondexploitatie op basis van een tevoren bepaald percentage private bouw dient te worden losgelaten.

Verder mag in de sfeer van de ruimtelijke ordening worden verwacht dat gemeenten duidelijke structuurvisies hebben waaruit blijkt op welke locaties woonzorgprojecten kunnen rekenen op warme steun en vlotte procedures. Het strategisch neerzetten van intramurale kernen is essentieel om doelmatig extramurale zorg te kunnen verlenen. Beperkte bouw mogelijkheden in een gemeente mogen geen excuus zijn om niet mee te doen aan de bouwopgave. Herstructurering van de bestaande woningvoorraad en van bestaande zorgvoorzieningen vormen immers een goed alternatief, zij het dat projectontwikkeling dan soms meer tijd en geduld kost. De achterhoede van gemeenten en provincies die nog te weinig een stimulerend en faciliterend beleid voeren, dient een duw in de rug te krijgen.

9.4 Voorwaarde 2: een heldere, decentrale regeling voor de zorginfrastructuur

Of er een nieuwe Wet op de Zorginfrastructuur moet komen of dat innovatie mogelijk is binnen de reeds gebleken Wet Ziekenhuis Voorzieningen is een kluit voor juristen. Waar we van af moeten is dat er in het huidige regime duizend en een aparte jaarlijkse bijdragen worden gegeven, apart voor nieuwbouw en instandhouding, apart voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen, apart voor intramuraal en extramuraal.

In hoofdlijnen ziet een eenvoudige, decentrale regeling er als volgt uit:

- Sommeer alle investeringsgelden die voor de sector ouderenzorg jaarlijks beschikbaar zijn;
- Maak de besteding van het macrobudget flexibel door vrijheid te geven om gelden aan te wenden voor intra- of extramurale zorg en voor nieuwbouw, instandhouding of transformatie conform regionale en lokale prioriteiten;
- Geef die projecten die in de startblokken staan gelegenheid door te gaan - vertraging mag niet door het budgetsysteem in de hand worden gewerkt.

9.5 Voorwaarde 3: creëer een goed investeringsklimaat op regionaal en lokaal niveau

De huidige regiovisies zijn ‘‘ papieren tijgers’’ gebleken, zonder direct commitment van zorgkantoren, bouwende partijen en gemeenten. Het laatste jaar wordt in een aantal regio’s al gewerkt aan meer concrete meerjaren-investeringsplannen, in de trant van het voorliggende landelijke Investeringsplan.

Provincies, gemeenten en zorgkantoren dienen daarom een goed investeringsklimaat te scheppen door overleggremia te creëren waarin onderlinge relaties gelegd kunnen worden, de eigen investeringsopgave wonen en zorg wordt benoemd en commitment wordt gegeven. Zij kunnen zodoende besluiten om samen een “*regionale planningsfaciliteit wonen en zorg*” op te richten.

Zorgaanbieders en woningcorporaties kunnen vanuit dat kader concrete initiatieven indienen, die dan kunnen rekenen op voortvarende procedurele behandeling.

Gewaakt moet worden voor het restaureren van het oude bouw- en planningsregime uit de tijd van de WBO. In de nieuwe verhoudingen ligt het planningsinitiatief bij de aanbieders van wonen en zorg in de regio, die daarbij de verantwoordelijkheid hebben om ook de vraagzijde van de markt te raadplegen. De taak van de genoemde regionale planningsfaciliteit is het monitoren van de voortgang en aanjagen van een tekort schietend planvolume en verantwoordelijk voor het zoeken naar situationele oplossingen.

9.6 Voorwaarde 4: ruimte voor ondernemerschap, ook in de private sector

Zorgaanbieders gaan zich, net als woningcorporaties, steeds meer gedragen volgens het rolmodel van de maatschappelijk ondernemer.

Hierbij dient een onderscheid te worden aangebracht tussen het ondernemen in de publieke en in de private sector. Nu is er nog zo'n muur opgetrokken tussen beide sectoren dat de absurde situatie bestaat dat in veel regio's de middengroepen zich alleen kunnen wenden tot publiek gefinancierde woonzorgvoorzieningen, omdat de private sector slechts een beperkt aanbod biedt voor de echt vermogenden.

Het is ondenkbaar dat de geraamde omvangrijke bouwopgave geheel publiek gefinancierd gaat worden. Ouderen zullen zelf veel meer de kosten van wonen en dienstverlening voor hun rekening moeten nemen - en dat kan ook, gezien het geaccumuleerde vermogen dat opgeslagen ligt in het eigen woningbezit.

In het eerste hoofdstuk is de inschatting gemaakt dat in 2015 nog ongeveer de helft van de zorgbehoevende ouderen wat betreft het wonen (of verblijf) is aangewezen op de publieke sector, ongeveer 40% zou zich richten op het publiekprivate middensegment en de 10% meest vermogenden wenden zich tot de puur private sector.

Ten aanzien van de klant zijn de stimulansen - met name in de fiscale sfeer - om het eigen vermogen aan te wenden voor wonen, diensten en additionele zorg, nog zeer pover. Het is nog altijd aantrekkelijker om het vermogen opzij te zetten en na te laten. Hier kan een belangrijke impuls uitgaan van het overheidsbeleid.

Nog slechts enkele private ondernemers begeven zich in het middensegment met gemengd publiekprivaat gefinancierde woonzorgarrangementen. Combinaties van woningcorporaties en zorgaanbieders dienen te worden gestimuleerd om dit grote middensegment *en masse* te betreden. Belemmerende regelgeving dient te worden opgeruimd. Wel dient uiteraard – achteraf - verantwoording te worden afgelegd over besteding van publieke middelen.

Ook hier is de rol van de overheid cruciaal. Een goede publieke basisvoorziening in de sfeer van intramurale kernen met zorginfrastructuur voor de zorgwoningen in de nabije omgeving is cruciaal om al te strakke scheidslijnen tussen inkomenscategorieën te voorkomen. Om deze publieke basisvoorzieningen heen kan dan een breed scala (qua prijs-categorieën) aan zorgwoningen worden neergezet die ook betaalbaar zijn voor de lage inkomenscategorieën.

Bronnen

Hoofdstuk 1:

- Eerste resultaten Wachtljstinventarisatie Sector Verpleging & Verzorging, peil- datum 1 november 2002, Taskforce Wachtljsten, januari 2003
- Rapportage Ouderen 2001, Sociaal en Cultureel Planbureau, mei 2001
- Dementie, Advies van een commissie van de Gezondheidsraad, maart 2002
- Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen, prof P. Hooimeijer, Urban Research Centre R.U. Utrecht, 1997

Hoofdstuk 2:

- Nota Zorg en Huisvesting, Arcares 2002
- Verblijven of wonen, zorg voor een ieder, J.J.W. Heuvelink en J.P.J. Singelenberg, Stichting Architecten Onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG), Amsterdam 2000

Hoofdstuk 3:

- Extramurale 24 uren zorg, A. Bolscher (RIGO), Arcares, 2002
- Regionale analyses Wonen en Zorg, J. Brouwer (ABF research), VWS, januari 2003
- Regionale verkenning geschikte huisvesting voor ouderen, gehandicapten en GGC-lienten, ABF Research, VROM, augustus 2003
- Handboek Buitengewoon Wonen, J. Drenth en J.P.J. Singelenberg Elsevier Bedrijfsinformatie, 2001
- Kwaliteit voor Doelgroepen, analyse van de Kwalitatieve Woningregistratie 2000, VROM, 2002
- Hoe levensloopbestendig bouwt Nederland?, J.P.J. Singelenberg, AAK (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg), mei 2003
- Op tijd bouwen voor ouderen, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, februari 2003

Hoofdstuk 4:

- Verpleeghuizen in cijfers 2000, Prismant/Arcares oktober 2002
- Brancherapport Volksgezondheid, deelrapport Care, Prismant/VWS, september 2001
- Tweede test benchmarkinstrumentarium, Arcares, november 2002
- Housing for older people in Denmark and the Netherlands, J.P.J. Singelenberg, 1999 (Aarhus model)
- Kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen in Duitsland, J.P.J. Singelenberg, Handboek Wonen en Zorg, Reed Business Information, juli 2003

- Dementerenden: nog steeds overwegend grootschalige bouw, J.P.J. Singelenberg, tussenbericht op basis Prismant-survey kleinschalig groepswonen dementerenden AAK.-website, juni 2003
- Verpleeghuiszorg thuis in Noord-Limburg, D. Harkes, AAK-website juli 2002
- Leefbaarheid is meer dan functionaliteit, verpleging in verzorgingshuizen, onderzoek Gerrichhausen & partners, Arcares september 2002
- Ombouw van verzorgingshuizen, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht januari 2003

Hoofdstuk 5:

- Het servicecentrum, de kern van de woonzorgzone, onderzoek door J. Heuvelink, AAK, Utrecht oktober 2001
- Leeuwarden, ouderenzorg naar Scandinavische snit, F. Brouwer e.a., Palet /AAK, Leeuwarden november 2002

Hoofdstuk 6:

- Planologische kengetallen wonen en zorg, J.Singelenberg en J. van der Leeuw, NIZW/SEV, Utrecht maart 2002
- Nationale Survey Woonzorgcomplexen, J.Singelenberg en D. Harkes, SEV, Rotterdam september 1999.

Hoofdstuk 7:

- Regionale verkenning geschikte huisvesting voor ouderen, gehandicapten en GGZ-clients, ABF Research in opdracht van VROM, augustus 2003.
- Kwaliteit voor doelgroepen, VROM, Den Haag 2002
- Feiten en figuren, analyse KWR 1995 door P. Hooimeijer, SEV, Rotterdam 1995
- Woonkeur Productcertificaat, SKW Certificatie BV, Almere 2000
- Projectimpuls, enquête bouwplannen woningcorporaties, E. Nolte, Aedes, Hilversum 2001
- Rapportage Gehandicapten 1997, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 1997

Hoofdstuk 8:

- Steen der Wijzen, rapport van de werkgroep-Etty, AEF, Utrecht 2002