



Scheiden van wonen en zorg

Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van Ministerie van VWS

Marieke Hollander, Félicie van Vree (RvB)
Hugo Mutsaers, Piet Driest (STG/Health Management Forum)

Projectnummer: B3394

Leiden, 24 april 2008

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Voorwoord

Het kabinet stelt in het coalitieakkoord dat het scheiden van wonen en zorg moet worden bevorderd. Het ministerie van VWS ziet twee richtingen om dit beleid vorm te geven, te weten het voortzetten van het huidige stimuleringsbeleid versus het daadwerkelijk (financieel) scheiden van wonen en zorg door wijzigingen in de zorgaanspraken door te voeren. In dit kader heeft het ministerie van VWS verschillende onderzoeken uit laten voeren om het beleidsbeslissingen te ondersteunen. Dit onderzoek, een ex ante evaluatie naar de verwachte effecten van het beleid, is uitgevoerd door Research voor Beleid, in samenwerking met STG/Health Management Forum.

In dit onderzoek hebben we een inschatting gemaakt van de effecten van beide beleidsopties op de keuzemogelijkheden van cliënten en op de kenmerken en capaciteit van het aanbod in 2015. Onderdeel van het onderzoek was tevens het in kaart brengen van klantgroepen voor wie scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk is. Gedurende het onderzoek hebben we het aanbod aan woonvormen in de periode 2002 - 2007 geïnventariseerd en zijn de klantpreferenties van verschillende groepen cliënten (mensen met een zorgbehoefte die in het huidige systeem in aanmerking zouden komen voor de functie verblijf) zo goed mogelijk in kaart gebracht. Met name over de klantpreferenties zijn weinig gegevens gevonden, waardoor voor veel groepen de confrontatie tussen vraag en aanbod in 2015 minder scherp opgetekend kan worden dan gehoopt.

Voor het in kaart brengen van de effecten van het gevoerde stimuleringsbeleid (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor het scheiden van wonen en zorg) en voor het inschatten van de effecten van beide beleidsopties hebben we literatuur bestudeerd en een groot aantal experts geïnterviewd. Deze onderwerpen hebben ook centraal gestaan in een drietal bijeenkomsten die gehouden zijn met een klankbordgroep waarin alle partijen uit het veld vertegenwoordigd zijn geweest.

We willen de respondenten, klankbordgroep en begeleidingscommissie bedanken voor de medewerking en begeleiding.

Félicie van Vree
Manager zorg en welzijn



Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Beleidscontext	7
1.2	Onderzoeksdoel en -vragen	9
1.3	Aannames en uitgangspunten onderzoek	12
1.4	Onderzoeksopzet en onderzoeksverloop	12
1.5	Leeswijzer	13
2	Ontwikkelingen in aanbod wonen en zorg	15
2.1	Gehanteerde indeling	15
2.2	Woonvormen ouderen	17
2.3	Woonvormen voor mensen met een psychiatrische stoornis	32
2.4	Woonvormen voor verstandelijk gehandicapten	36
2.5	Woonvormen voor lichamelijk gehandicapten	43
2.6	Woonvormen voor zintuiglijk gehandicapten	47
2.7	Samenvatting ontwikkelingen in en kenmerken van het aanbod van wonen en zorg	50
3	Klantpreferenties	61
3.1	Woonpreferenties ouderen	61
3.2	Woonwensen lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten	68
3.3	Woonwensen VG	70
3.4	Woonwensen GGZ	72
3.5	Trends in 2015 in de vraag naar wonen en zorg	74
3.6	Samenvatting en conclusie klantpreferenties	75
4	Verwachte beleidseffecten	77
4.1	Stimuleringsbeleid; maatregelen en effecten	78
4.2	Dynamiek in het aanbod van wonen en zorg	82
4.3	Verwachte effecten optie 1: extra impuls op stimuleringsbeleid	86
4.4	Verwachte effecten optie 2: scheiden van wonen en zorg	96
5	Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk	107
5.1	Uitgangspunten	107
5.2	Beïnvloedende factoren	108
5.3	Aanbod voor specifieke doelgroepen	109
5.4	Criteria voor het uitblijven van aanbod	110
5.5	Samenvatting en conclusie scheiden wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk	112
6	Conclusies	115
6.1	Verwachte effecten beleidsopties	115
6.2	Ouderen, somatische problematiek	117
6.3	Ouderen, psychogeriatrische problematiek	119
6.4	GGZ	120
6.5	Gehandicaptensector	121
6.6	Vraag en aanbod bij verschillende beleidsopties	122
7	Literatuurlijst	125



1 Inleiding

Eén van de voornemens van het huidige kabinet is het bevorderen van het scheiden van wonen en zorg. Het ministerie van VWS ziet twee richtingen om dit beleid vorm te geven, te weten het voortzetten van het huidige stimuleringsbeleid (en het vooralsnog laten bestaan van de functie verblijf in de AWBZ) versus het daadwerkelijk (financieel) scheiden van wonen en zorg door wijzigingen in de zorgaanspraken door te voeren. Het ministerie wenst een onderzoek, een ex ante evaluatie, naar de te verwachten effecten van beide beleidsopties op de capaciteit van voorzieningen en de aansluiting op de preferenties en behoeften van de (toekomstige) cliënten. Dit onderzoek is uitgevoerd door Research voor Beleid, in samenwerking met STG/Health Management Forum, en vormt een van de onderzoeken (deelonderzoek 1) die het ministerie op dit moment uitvoert/laat uitvoeren. In dit hoofdstuk schetsen we de beleidscontext van het onderzoek (1.1), onderzoeksdoel en -vragen (1.2) en de onderzoeksopzet (1.3). In 1.4 is een leeswijzer opgenomen.

1.1 Beleidscontext

Scheiden van wonen en zorg

Het kabinet stelt in het coalitieakkoord dat het scheiden van wonen en zorg moet worden bevorderd. Onder scheiden van wonen en zorg wordt verstaan dat de bekostiging van het verblijf (de huisvesting) niet meer vanuit de AWBZ wordt gefinancierd, maar door de klant zelf. De doelen die hiermee worden beoogd zijn de volgende:

- Door wonen en zorg niet meer als één pakket aan te bieden heeft de voor zorg geïndiceerde klant meer vrijheid in de keuze waar en in welk type woonvorm hij of zij wil wonen. Tevens creëert dit meer mogelijkheden voor een keuze voor de aanbieder van de geïndiceerde zorg. Er ontstaat naar verwachting meer differentiatie in het aanbod op het gebied van wonen en zorg en meer keuzemogelijkheden voor de klant.
- Scheiden van wonen en zorg en de toenemende mogelijkheid zorgarrangementen thuis te ontvangen, bevordert het zo lang mogelijk zelfstandig en in de eigen omgeving wonen.
- Scheiden van wonen en zorg draagt bij aan de houdbaarheid van de AWBZ omdat de huisvestingskosten niet meer ten laste komen van de AWBZ en er een duidelijker onderscheid komt tussen zorg- en woondiensten.

Beleidsmaatregelen

In de afgelopen jaren is scheiden van wonen en zorg door verschillende beleidsmaatregelen gestimuleerd, bijvoorbeeld maatregelen om extramuralisatie en de beschikbaarheid van zorg en dienstverlening thuis bevorderen. Zo zijn initiatieven op het terrein van wonen, welzijn en zorg, bijvoorbeeld de ontwikkeling van woonzorgprojecten, gestimuleerd. De beleidsregel Zorginfrastructuur maakt het mogelijk dat mensen zoveel mogelijk 24-uurszorg thuis kunnen ontvangen, vanuit een zorgsteunpunt. En met de invoering van de Wmo moeten gemeenten zorgen voor een ondersteuningstructuur die zelfredzaamheid zoveel mogelijk faciliteert. Het aanbod aan zorg- en welzijnsdiensten is echter nog niet overal zodanig dat zorg thuis ontvangen mogelijk is.

Voor het scheiden van wonen en zorg gelden, naast de beschikbaarheid van zorg en dienstverlening, ook andere voorwaarden zoals de aanwezigheid van geschikte woonvormen (nultredenwoningen). Ook 'gewone' (aanpasbare/levensloopbestendige) huur- en koopwoningen dienen in voldoende mate beschikbaar te zijn bij een toenemende vraag hieraan (met name als gevolg van de vergrijzing en extramuralisering).

Ook wet- en regelgeving kan bijdragen aan een verdere scheiding van wonen en zorg. Twee voorbeelden daarvan zijn het volledig pakket thuis en integrale en transparante tarieven zorg. Het 'volledig pakket thuis' (VPT) houdt in dat een persoon met een indicatie voor verblijf, vastgelegd in een ZZP (zorgzwaartepakket) dit gehele pakket (zorg en diensten) vergoed krijgt vanuit de AWBZ (exclusief het wonen) terwijl hij/zij thuis blijft wonen (en de indicatie verblijf niet 'verzilvert'). Het VPT beoogt de keuzemogelijkheden met betrekking tot wonen en zorg te bevorderen. De voor verblijf geïndiceerde kan in plaats van voor een VPT ook kiezen voor een PGB (en uiteraard ook voor verblijf binnen de intramurale voorziening).

Sinds 2006 regelt de WTZI (Wet toelating zorginstellingen) de toelatingen en vergunningen voor het leveren van zorg en het bouwen door instellingen. Een doel van deze wet is de intramurale sector geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid te geven bij de bouw van zorginstellingen. In de nabije toekomst zal per zorgzwaartepakket een integraal tarief gelden voor de zorgprestatie. Eén tarief voor zowel kapitaallasten als voor de geleverde zorg. Instellingen krijgen daarmee grotere vrijheden om hun investeringsbeslissingen te nemen en hebben hun risico's en kansen in eigen hand.

De Tweede Kamer heeft vorig jaar aangegeven het proces van het scheiden van wonen en zorg te willen versnellen. Uit data over intramurale AWBZ-zorg blijkt dat scheiden van wonen en zorg vooral gerealiseerd wordt in de sector verpleging en verzorging en nog niet in de gehandicaptenzorg en de GGZ (waar de intramurale capaciteit gelijk blijft). In de V&V-sector is deze capaciteit per persoon van 80 jaar en ouder sinds 1980 gehalveerd¹. Uit het woononderzoek Nederland (WoOn) 2006 blijkt verder dat er in de nabije toekomst meer woningen gebouwd moeten worden: 330.000 huur- en 400.000 koopwoningen zijn er extra nodig. Randvoorwaarde voor voortzetting van scheiden van wonen en zorg is uiteraard dat er voldoende (geschikte) woningen worden gebouwd om tegemoet te komen aan de toenemende vraag.

Het ministerie van VWS stelt de vraag op welke wijze het scheiden van wonen en zorg verder moet worden bevorderd. Bij het bepalen van het beleid om dit te bereiken hanteert het ministerie twee toetsingscriteria: 1) het beleid moet leiden tot voldoende keuzemogelijkheden op het terrein van wonen en zorg; en 2) er dient voldoende capaciteit te zijn op het terrein van wonen en zorg.

¹ Kamerbrief voortgang scheiden van wonen en zorg, Kamerstuk, 20 juni 2006.

Het ministerie onderscheidt twee opties voor beleid:

Optie 1 Een impuls op het bestaande stimuleringsbeleid voor scheiden van wonen en zorg. Deze impuls bestaat, naast bijvoorbeeld de jaarlijkse actieplannen wonen en zorg, uit drie belangrijke (deels al in gang gezette) maatregelen: het volledig pakket thuis, het PGB voor verblijf en de invoering van transparante en integrale tarieven.

Optie 2 Het AWBZ-breed invoeren van het scheiden van wonen en zorg. Deze optie bevat alle stimulerende maatregelen uit optie 1, inclusief het daadwerkelijke financiële scheiden van wonen en zorg. Het wonen wordt dan in alle gevallen (ook bij intramurale zorg) niet meer vanuit de AWBZ gefinancierd.

1.2 Onderzoeksdoel en -vragen

Om input te verkrijgen voor besluitvorming ten aanzien van het beleid (welke van de twee opties verdient de voorkeur) laat het ministerie van VWS drie deelonderzoeken uitvoeren. Deelonderzoek 2 is een onderzoek naar de gevolgen van beleidsoptie 2 voor klanten, zorginstellingen, corporaties en overheid en deelonderzoek 3 betreft de inkomensgevolgen voor burgers.

Het doel van dit onderzoek, deelonderzoek 1, is als volgt geformuleerd:

Het doel van het onderzoek is het vooraf evalueren (ex-ante evaluatie) van verschillende beleidsmaatregelen (onderverdeeld naar twee opties) ter bevordering van scheiden van wonen en zorg. Hierbij wordt bepaald wat de effecten van deze maatregelen zullen zijn op de beschikbaarheid van voldoende diversiteit in wonen en zorg, in relatie tot de preferenties van klanten. De evaluatie levert input op voor besluitvorming ten aanzien van beleid ter bevordering van scheiden van wonen en zorg.

Het onderzoek dient antwoord te geven op de volgende vier hoofdvragen:

- 1 Hoe heeft het aanbod van verschillende vormen van wonen en zorg zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?
- 2 Wat willen burgers op het gebied van wonen en zorg en hoe gaan deze preferenties zich ontwikkelen in de komende jaren (tot aan 2015)?
- 3 Welke effecten ten aanzien van dynamiek en diversiteit in het aanbod van wonen en zorg zijn omstreeks 2015 te verwachten van de beleidsmaatregelen van respectievelijk stimuleringsbeleid (optie 1) en daadwerkelijk scheiden van wonen en zorg (optie 2)?
- 4 Voor welke groepen zorgvragers is scheiden van wonen en zorg in geen geval mogelijk dan wel niet wenselijk of biedt het op voorhand geen meerwaarde?

Hieronder werken wij deze onderzoeksvragen nader uit.

1 Ontwikkelingen in het aanbod

- Hoe zag het aanbod op het terrein van wonen en zorg er uit omstreeks 2002, en hoe ziet het er nu uit? Hierbij onderscheiden we verschillende zowel intramurale als extramuraal woonvormen: grootschalig, kleinschalig, woonzorgzones en -complexen, nul-tredenwoningen, levensloopbestendige woningen, zorghotels.

- Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar: neemt het aanbod van bepaalde vormen af of juist toe? En voor welke doelgroepen is dit aanbod bestemd?
- Welke keuzemogelijkheden hebben de klanten ten aanzien van woonvorm en aanbieder?

2 Huidige en toekomstige klantpreferenties

- Aan welke woonvormen (hierbij sluiten we zoveel mogelijk aan bij de onder 1) onderscheiden woonvormen) geven de verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld uitgesplitst naar aard van beperking of ziekte (grondslag) of naar leeftijd, de voorkeur?
- Hoe verhouden zich deze preferenties tot het onder 1) genoemde aanbod?
- Hoe gaan deze klantpreferenties zich ontwikkelen in de nabije toekomst (2015), gezien (met name) demografische ontwikkelingen die van toepassing zijn op de verschillende onderscheiden doelgroepen, zoals het aantal ouderen in diverse leeftijdscategorieën?

3 a) Te verwachten effecten van beleidsmaatregelen: stimuleringsbeleid (optie 1) en daadwerkelijk scheiden wonen en zorg (optie 2) en

b) Te verwachten effecten in relatie tot klantpreferenties (in 2015)

- Welke concrete beleidsmaatregelen vallen onder beide opties, wanneer zijn/worden deze ingevoerd en met welk doel?
- Welke effecten op de dynamiek in het aanbod van wonen en zorg zijn nu reeds zichtbaar van verschillende maatregelen ter bevordering van het scheiden van wonen en zorg?
- Welke effecten zijn beoogd met de beleidsmaatregelen, welke beleidstheorie ligt hier aan ten grondslag?
- Welke effecten per maatregel zijn er te verwachten in 2015 op de dynamiek in het aanbod van wonen en zorg, in het bijzonder op 1) keuzemogelijkheden van de klant en 2) capaciteit van het aanbod van verschillende vormen van wonen en zorg?
- Welke richting hebben deze effecten (positief of negatief) en hoe zijn ze te kwantificeren (klein of groot effect)?
- Hoe verhoudt zich de (gezien de klantpreferenties) gewenste capaciteit in 2015 op het terrein van wonen en zorg, bij maximale keuzemogelijkheden, tot de verwachte effecten van het beleid onder optie 1 dan wel optie 2? Met andere woorden: met welke beleidsmaatregelen kan in de nabije toekomst het best worden voldaan aan de wensen van de klant?

Tenslotte volgt hieronder een uitwerking van de laatste, meer op zichzelf staande onderzoeksvraag:

4 Onmogelijkheid of onwenselijkheid scheiden van wonen en zorg

- Bij welke klantgroepen (onderscheiden naar aard van de beperking of aandoening) is scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk of biedt het op voorhand geen meerwaarde en waarom niet?
- Van welke vormen van wonen en zorg maken deze groepen nu gebruik?
- Welke criteria zijn er te onderscheiden bij het bepalen of scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk is of geen meerwaarde biedt?

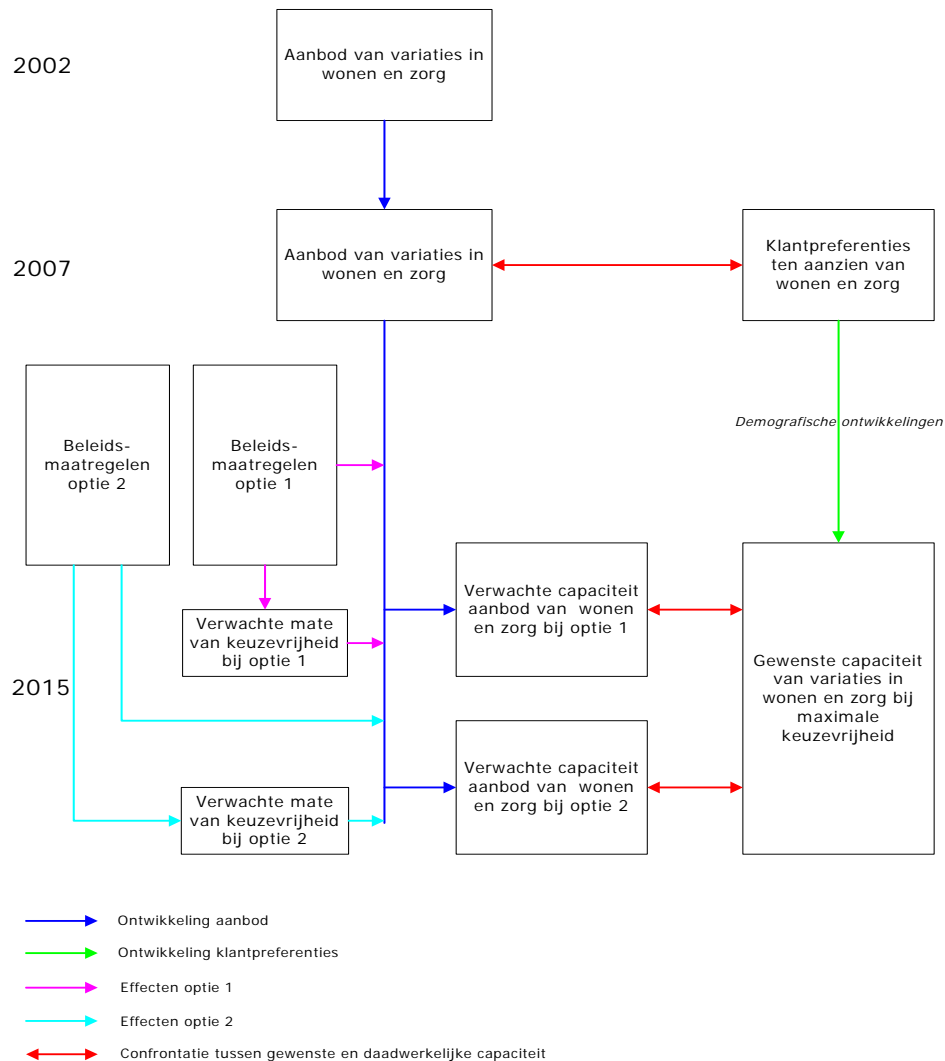
De verschillende onderzoeksvragen staan met elkaar in verband. Het huidige aanbod is het resultaat van de ontwikkelingen in het aanbod in de afgelopen jaren, mede als gevolg van

beleid ter bevordering van scheiden van wonen en zorg. Dit aanbod gaat zich in de toekomst verder ontwikkelen, mede onder invloed van nog uit te voeren beleidsmaatregelen.

Dit beleid heeft op twee manieren invloed op het aanbod: direct, en indirect door de keuzemogelijkheden van klanten en vraagsturing te vergroten. Hierdoor zal het aanbod meer gaan aansluiten op de vraag (marktwerking). We gaan er (in dit onderzoek) van uit dat de ontwikkeling van klantpreferenties (de vraag) onafhankelijk van de ontwikkeling van het aanbod plaatsvindt en niet door het gevoerde beleid op het gebied van wonen en zorg wordt bepaald; idealiter zou het gevoerde beleid de klantpreferenties op de voet moeten volgen. Het in kaart brengen van de ontwikkeling van klantpreferenties resulteert in een foto van het aanbod in wonen en zorg wat idealiter in de nabije toekomst gerealiseerd zou moeten zijn, opdat de woonvorm van de keuze van de cliënt ook daadwerkelijk beschikbaar is.

Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van de hierboven beschreven verbanden.

Figuur 1 Invloed van het beleid op de capaciteit in relatie tot klantpreferenties



1.3 Aannames en uitgangspunten onderzoek

Bij de uitvoering van dit onderzoek is een aantal aannames en uitgangspunten gehanteerd die van belang zijn voor een goede interpretatie van de onderzoeksresultaten en dit rapport. Zo wordt uitgegaan van een volledig doorgevoerd en goed functionerend Volledig Pakket Thuis (VPT). In tegenstelling tot de huidige situatie kunnen dan ook thuiszorgorganisaties het volledig pakket thuis leveren. We gaan er hierbij ook vanuit dat belemmeringen, zoals in de huidige situatie waarbij zorgaanbieders intramurale capaciteit moeten inleveren om een VPT te leveren, opgeheven zijn. Verder gaan we uit van een volledige doorvoering en goed functioneren van integrale transparante tarieven (ITT), waarbij de hoogte van deze tarieven voldoende is om volgens de huidige bouwnormen te bouwen. Wellicht dat bij de invoering van deze tarieven aanvankelijk of voor een bepaalde overgangperiode nog bepaalde budgetzekerheden gekoppeld zijn aan de exploitatie van intramuraal aanbod. In dit onderzoek gaan we uit van de situatie na volledige invoering. Een ander aspect is dat we uitgaan van een situatie waarbij geen schaarste is van zorgwerknemers en de arbeidsmarkt geen belemmerende factor is voor het leveren van zorg.

Zoals reeds beschreven vinden er momenteel twee andere onderzoeken plaats, te weten naar de financiële consequenties voor zorginstellingen en financiële consequenties voor burgers. Daar waar de financiële consequenties in dit rapport aan de orde verwijzen we naar de resultaten van deze onderzoeken (die op dit moment (medio april 2008) nog niet bekend zijn).

Tenslotte is van belang op te merken dat in 2.1 wordt beschreven op welke wijze we het aanbod aan woonvormen hebben geïnventariseerd en hoe we belangrijke begrippen - zoals woonmarkt, intramurale markt, grootschalig, kleinschalig, groepswonen, afdelingswonen - in dit onderzoek hebben geoperationaliseerd.

1.4 Onderzoekopzet en onderzoeksverloop

Onderstaande tabel geeft schematisch de gevolgde onderzoekopzet weer.

Onderdeel	Doel/opbrengst	Activiteiten
Vorbereiding	Maken van nadere afspraken over de uitvoering van het onderzoek, beschikbaar krijgen van relevante documentatie	<ul style="list-style-type: none">Overleg begeleidingscommissieVerzamelen gegevens
Analyse ontwikkelingen aanbod wonen en zorg	(Beantwoording onderzoeksvraag 1) In kaart brengen van de ontwikkeling van de variatie in woonvormen in de afgelopen vijf jaar	<ul style="list-style-type: none">LiteratuurstudieSecundaire data-analyseInventarisatie oppervlakten kleinschalige complexen voor dementerenDiscussie met klankbordgroep
Analyse huidige klantpreferenties	(Beantwoording onderzoeksvraag 2) In kaart brengen van de huidige klantpreferenties ten aanzien van wonen en zorg	<ul style="list-style-type: none">LiteratuurstudieInventarisatie voorlopers en innovatieve initiatieven van wonen en zorgSecundaire data-analyseTelefonische interviews experts/auteurs rapporten

Onderdeel	Doel/opbrengst	Activiteiten
Prognose toekomstige klantpreferenties: gewenst aanbod wonen en zorg in 2015	(Beantwoording onderzoeksvraag 2) Komen tot een prognose van het gewenste aanbod van (variaties) in wonen en zorg in 2015, gezien de huidige preferenties en toekomstige (demografische) ontwikkelingen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse van demografische ontwikkelingen ■ Koppeling van deze ontwikkelingen aan huidige klantpreferenties
Analyse van te verwachten effecten beleidsmaatregelen	(Beantwoording onderzoeksvraag 3a) In kaart brengen van de verwachte effecten van de beleidsmaatregelen opties 1 en 2, op keuzemogelijkheden en capaciteit van het aanbod van wonen en zorg in 2015.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse beleidsstukken ■ Interviews met beleidsmakers/inhoudelijk deskundigen
Confrontatie van de verschillende opbrengsten	(Beantwoording onderzoeksvraag 3b) Conclusies over de effecten van de opties 1 en 2 op keuzemogelijkheden en capaciteit van het aanbod van wonen en zorg in 2015 in relatie tot het gewenste aanbod in 2015, gezien de huidige preferenties.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confrontatie van eerdere opbrengsten: de prognose van het gewenste aanbod in 2015, met de verwachte effecten van de opties 1 en 2 ■ Discussie met klankbordgroep
Onmogelijkheid of onwenselijkheid scheiden van wonen en zorg	(Beantwoording onderzoeksvraag 4) In kaart brengen van criteria aan de hand waarvan bepaald wordt voor wie scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of wenselijk is of geen meerwaarde biedt.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse eerdere opbrengsten onderzoek ■ Literatuurstudie ■ Telefonische interviews met experts ■ Overleg begeleidingscommissie

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit rapport worden de ontwikkelingen in het aanbod van wonen en zorg in de periode 2002 - 2007 beschreven. Per doelgroep worden de kenmerken van de geïnventariseerde woonvormen beschreven. In hoofdstuk 3 worden beschreven wat, voor zover bekend, de preferenties zijn van de verschillende klantgroepen. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van de belangrijkste beleidsmaatregelen die de afgelopen periode zijn getroffen om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren en de resultaten van deze maatregelen. In dit hoofdstuk worden tevens de verwachte effecten van de twee beleidsopties beschreven en worden deze effecten geconfronteerd met de behoefte in 2015. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op kenmerken van klanten en klantgroepen waarvoor scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk is of veel belemmeringen met zich mee brengt. In hoofdstuk 6, de conclusies, worden per doelgroep antwoorden geformuleerd op de onderzoeksvragen.

2 Ontwikkelingen in aanbod wonen en zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkeling in het aanbod van diverse vormen van wonen en zorg en de kenmerken van dit aanbod. Hieraan voorafgaand geven we eerst een toelichting op de gehanteerde indeling.

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk centraal staan, zijn:

- Hoe zag het aanbod op het terrein van wonen en zorg er uit omstreeks 2002 en hoe ziet het er nu uit?
- Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar: neemt het aanbod van bepaalde vormen af of juist toe? En voor welke doelgroepen is dit aanbod bestemd?
- Welke keuzemogelijkheden hebben de klanten ten aanzien van woonvorm en aanbieder?

2.1 Gehanteerde indeling

Afbakening van de doelgroep en de te onderscheiden woonvormen

De in dit hoofdstuk beschreven woonvormen zijn onderverdeeld naar de doelgroep voor wie ze primair zijn bedoeld. We onderscheiden hierbij de volgende hoofddoelgroepen: ouderen (somatische problematiek en psychogeriatrisch), mensen met een psychiatrische stoornis, verstandelijk gehandicapten, lichamelijke gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten. Sommige woonvormen komen bij meerdere doelgroepen voor (bijvoorbeeld kleinschalig wonen) en komen dan ook in het overzicht bij deze verschillende doelgroepen terug. Per woonvorm is indien bekend een nadere specificatie van de doelgroep gegeven (bijvoorbeeld ZZP's).

Het onderzoek richt zich op woonvormen waar sprake is van wonen ofwel permanent verblijf; tijdelijk verblijf zoals revalidatie of hospices worden buiten beschouwing gelaten. Verder richt het onderzoek zich op woonvormen waar mensen wonen met een 'verblijf-achtig' profiel, dat wil zeggen mensen die gezien de aard van hun beperkingen eventueel in aanmerking zouden kunnen komen voor een indicatie voor verblijf. Deze mensen wonen in ieder geval in woonvormen die gerealiseerd zijn met de bedoeling om te wonen met zorg. Echter een groot deel van hen woont in een reguliere (aangepaste) woning. Het is binnen de opzet van dit onderzoek echter niet mogelijk om betrouwbare cijfers te verkrijgen over de omvang van de groep met een dergelijk profiel die in een reguliere woning woont. Om deze reden zijn reguliere woningen in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Omdat wij ons er desalniettemin bewust van zijn dat veel mensen met een beperking gewoon thuis wonen, staan wij hieronder kort stil bij deze groep.

Thuis wonen

Voor alle onderscheiden doelgroepen geldt uiteraard dat een aanzienlijk deel van hen niet in een speciale woonvorm woont, maar 'gewoon' thuis, al dan niet met lichte aanpassingen in huis. Gezien het onderwerp van dit onderzoek (effecten van scheiden van wonen en zorg) is hier met name de groep relevant die gezien de aard van hun beperkingen in aanmerking zouden kunnen komen voor een verblijfsindicatie maar er geen hebben.

Het is een lastige opgave, die buiten het bestek van dit onderzoek valt, om de omvang van deze groep geheel en eenduidig in kaart te brengen. Wel zijn voorbeelden te vinden in de literatuur die enige indicatie van deze omvang kunnen geven. In het rapport Cijfers over wonen en zorg (VROM, 2006) is bijvoorbeeld terug te vinden dat tweederde van de 75-plussers in een reguliere woning woont en dat zo'n 20% van de 75-plussers een ernstige beperking heeft. Maar omdat beide groepen niet worden gecombineerd wordt hieruit niet duidelijk welk deel van de thuiswonende ouderen een ernstige beperking heeft. Verder is bekend dat tweederde van mensen met dementie thuis woont (Rapportage ouderen, SCP, 2006). Een ander voorbeeld is de bevinding dat ruim 40% van de volwassenen met een verstandelijke beperking bij familie of (begeleid) zelfstandig woont (Juist beschermd, SCP, 2006).

Naast de groep die thuis woont en die in principe in aanmerking zou kunnen komen voor een verblijfsindicatie maar er geen heeft, is er ook een beperkte groep die thuis woont met een verblijfsindicatie. Over deze groep zijn wel cijfers bekend. In het rapport 'Analyse databestanden ten behoeve van verblijfszorg thuis' (HHM, 2007) wordt geconcludeerd dat er medio 2006 tenminste 16.000 cliënten met een indicatie voor verblijf langdurig, zorg zonder verblijf ontvangen. In totaal heeft zo'n 92% van deze groep een ZZP voor verpleging en verzorging, 3% een ZZP voor GGZ, nog eens 3% een VG-ZZP en 2% een LG-ZZP. In 80% van de gevallen gaat het om de groepen die geïndiceerd zijn voor ZZP V&V-1 t/m V&V-5, dus mensen die begeleiding en/of verzorging nodig hebben in een beschutte, dus veilige, (bij V&V 5 beschermde) woonomgeving.

Woonvormen die gerealiseerd zijn om te wonen met zorg

Bij de selectie van de in dit rapport in kaart te brengen woonvormen is zoals gezegd als uitgangspunt genomen dat het moet gaan om woonvormen die gerealiseerd zijn met de bedoeling om te wonen met zorg. In de literatuur is een groot aantal verschillende soorten indelingen van vormen van wonen en zorg te vinden. Er zijn bijvoorbeeld indelingen mogelijk naar wijze van financiering van de woonvorm, groot- dan wel kleinschaligheid van de woonvorm, of het soort verzorging of begeleiding dat men in de woonvorm ontvangt. We hebben bij de voor dit onderzoek te hanteren indeling gestreefd naar een indeling van woonvormen die zoveel mogelijk uitputtend en wederzijds uitsluitend is (geen blinde vlekken en geen overlap), die terugkomt in de literatuur en die herkend wordt door de betrokken belangengroepen en expertisecentra.

Kenmerken van de woonvormen

In het vervolg van dit hoofdstuk worden per woonvorm zoveel mogelijk relevante kenmerken onderscheiden. Met relevant bedoelen we dat ze (onder andere) relevant kunnen zijn voor de klanten. Verderop in dit rapport zullen deze kenmerken gerelateerd worden aan klantpreferenties zodat uitspraken kunnen worden gedaan over in hoeverre het aanbod aansluit bij de wensen van klanten en het hen voldoende keuzemogelijkheden biedt.

Per woonvorm worden, indien bekend, de volgende kenmerken ingevuld:

1. Capaciteit: (afhankelijk van de woonvorm) het aantal woningen/kamers/bedden dat voor de betreffende doelgroep beschikbaar is.
2. Gemiddeld aantal plaatsen per voorziening: het gemiddelde aantal bedden of bewoners per woonvorm.
3. Spreiding: kenmerken van de locaties en/of spreiding over het land.
4. ZZP/benodigde zorg: ZZP-scores of benodigde zorg/begeleiding van de bewoners

5. Woonsector/ intramuraal: is de woning vanuit de woonsector of vanuit de zorgaanbieder gerealiseerd? Dit betekent dat alle woonvormen die met scheiden van wonen en zorg zijn gerealiseerd (dus ook als dat door een zorgaanbieder wordt gerealiseerd), beschouwd worden als gerealiseerd vanuit de woonmarkt. Intramurale realisatie is dat het wonen vanuit de AWBZ wordt bekostigd.
6. Individueel wonen versus afdeling- en groepswonen: met individueel wonen wordt bedoeld op wonen met de mogelijkheid om een eigen huishouden te voeren (eigen voordeur, eigen keuken, sanitair). Van afdelingswonen en groepswonen is sprake als voorzieningen gedeeld worden. Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) hanteert de definitie van groepsverblijf dat het om groepen van maximaal 6 personen gaat. Bij grotere groepen wordt gesproken van afdelingsverblijf.
7. Setting: grootschalig, kleinschalig, gespreid in de wijk: Een grootschalige setting betekent veel zorgvragers dicht bij of naast elkaar (bijvoorbeeld afdelingswonen in een verpleegtehuis, maar ook individueel wonen in een woonzorgcomplex). Een kleinschalige setting betekent een klein aantal zorgvragers bij elkaar (bijvoorbeeld 4 groepswoningen in een wijk of ADL-clusterwoningen in een wijk). Gespreid in de wijk betekent dat zorgvragers niet noodzakelijkerwijs bij andere zorgvragers in de buurt wonen. Per 1 januari 2008 is de kleinschaligheidsgrens in de WTZi gesteld op 25 plaatsen zwaar verblijf en 50 plaatsen licht verblijf op één postcode.
8. Differentiatie in wooncomfort: de mate van beschikbare variatie in comfortniveau van de gewenste woning/kamer. In dit onderzoek is comfort, bij gebrek aan beschikbare gegevens over andere aspecten van comfort, met name vertaald in het aantal m2 dat een bewoner ter beschikking heeft of de mate waarin sprake is van differentiatie in prijsniveau.
9. Mogelijkheden wonen met partner: de keuzemogelijkheid om samen met een partner in de betreffende woning/kamer te wonen.
10. Keuzemogelijkheid zorgaanbieder: De mogelijkheid voor bewoners om zelf hun zorgaanbieder te kiezen (niet automatisch aangewezen zijn op de zorgaanbieder die eigenaar of huurder is van het gebouw).
11. Geleverd aanbod van zorg en diensten: aanbod van zorgvormen en andere (welzijns)diensten.

2.2 Woonvormen ouderen

In deze paragraaf onderscheiden we de volgende (elkaar niet altijd volledig uitsluitende) woonvormen voor ouderen:

1. Verpleeghuizen
2. Kleinschalig groepswonen voor dementerenden
3. Verzorgingshuizen
4. Woonzorgcomplexen
5. Residenties
6. Kangoeroewoningen
7. Aanleunwoningen
8. Serviceflats

Met name de woonvormen woonzorgcomplexen, aanleunwoningen en serviceflats hebben overeenkomsten. In dit onderzoek verstaan we het volgende onder deze woonvormen:

- Een woonzorgcomplex is een complex zelfstandige woningen. Er is een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement maar wel met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service. De woningen voldoen aan eisen van aanpasbaar bouwen.
- Een aanleunwoning is bedoeld voor senioren en is gelegen in de directe omgeving van een zorginstelling of heeft daar een verbinding mee. De woningen zijn gelijkvloers, rolstoeltoegankelijk en -doorgankelijk en beschikken over een alarmeringssysteem met de zorginstelling of een woonzorgcomplex. De bewoners kunnen gebruik maken van de voorzieningen van het verzorgingshuis, zoals alarmering, maaltijden en activiteiten.
- Een serviceflat is een relatief luxe woonvorm bestemd of geschikt gemaakt voor ouderen (maar soms ook voor andere doelgroepen) met gemeenschappelijke en individuele voorzieningen. Ouderen die hier gaan wonen hebben vaak in eerste instantie weinig zorg nodig, maar er zijn wel diensten en voorzieningen aanwezig die het mogelijk maken er langer te blijven wonen als de zorgvraag toeneemt. De bewoner betaalt huur en servicekosten.

2.2.1 Verpleeghuizen

	2002	2006
Capaciteit (aantal bedden)	Somatiek 26.353 PG 34.163 ¹	Somatiek 27.262 PG 37.975 ²
Capaciteit (aantal verpleeghuizen)	So: 40 PG: 47 Gecombineerd: 246 Totaal: 333	Totaal: 345
Gemiddeld aantal plaatsen per verpleeghuis ³	182	189
Spreiding	Verpleeghuizen zijn er verspreid over het hele land. In 2004 liep de spreiding van het aantal bedden per 1.000 inwoners van 65 jaar en ouder uiteen van 15 tot 39 bedden. De regio's met de meeste bedden zijn Amsterdam en Haaglanden met respectievelijk 39 en 37 bedden per 1.000 65-plussers. Delft Westland Oostland heeft met 16 bedden relatief de minste capaciteit.	
ZZP / benodigde zorg	VV05 35% VV07 21% VV06 15% VV09 8% VV03 5% Buitensect. 4% VV08 3% VV04 3% VV01 3% VV02 2% VV10 2% ⁴ .	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal. Uit de data van het KCWZ te halen is dat in 2007 zo'n 1.200 mensen wonen in een groepswoning voor dementerenden, die met scheiden van wonen en zorg is gerealiseerd. Niet zeker is of deze groep is meegeteld bij het hierboven genoemde aantal verpleeghuisbewoners.	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	De mogelijkheid tot individueel wonen is er nauwelijks bij PG, soms bij somatiek. Er is sprake van wonen in kleinere of grotere groepen (afdelingsverblijf).	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Grotendeels grootschalige settings. Wonen op kleinschalige locaties komt steeds meer voor en komt hieronder apart aan de orde.	
Differentiatie in wooncomfort	De meeste kamers zijn 1- of tweepersoons, maar drie- of vierpersoons komt ook voor. Het aantal 3- en meerpersoonskamers neemt af. Ongeveer de helft van de eenpersoonskamers heeft een oppervlakte van 12 tot 15 m ² . Van de tweepersoonskamers is ruim 80% 18-30 m ² .	
Mogelijkheden wonen met partner	Meestal niet	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod inclusief hoteldiensten	

¹ Brancherapporten care 2000-2003 (Min VWS). Deze cijfers zijn inclusief kleinschalige woonvormen voor mensen met een PG-verpleeghuisindicatie. Deze kleinschalig woonvormen worden verderop apart uitgelicht. Kleinschalig groepswonen voor ouderen met somatische problematiek met een verpleeghuisindicatie bestaat ook maar komt minder vaak voor. Dit aanbod wordt behandeld onder de doelgroep Lichamelijk gehandicapten.

² Actiz, De branche in cijfers (2006). (Ook deze cijfers zijn inclusief kleinschalige woonvormen, zie opmerking hierboven.)

³ Omdat onder één verpleeghuis meerdere locatie kunnen vallen zegt dit cijfer niets over aantal plaatsen per locatie.

⁴ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

Algemeen beeld en ontwikkeling

De verpleeghuiscapaciteit stijgt, met name het aantal PG-plaatsen. De gemiddelde capaciteit per verpleeghuis stijgt licht, dit zegt echter niets over de grootschaligheid van locaties. Er is juist een sterke toename van kleinschalige verpleeghuiszorg, vooral voor de PG-groep. Deze kleinschalige woonvormen komen in de volgende paragraaf apart aan de orde. Het merendeel van de verpleeghuisbewoners (70%) heeft ZZP VV05, VV07 of VV06. Dit betekent dat de grootste groepen bewoners beschermd moeten wonen met intensieve zorg vanwege dementie, NAH of een somatische aandoening. Ze hebben daarbij intensieve zorg of intensieve verpleging en verzorging nodig.

Het College Bouw zorginstellingen schrijft in haar Monitor gebouwenkwaliteit in de Verpleging en Verzorging (2005) dat er in verpleeghuizen niet zozeer sprake is van een hogere zorgwaarde, maar wel van een gewijzigde opvatting over de zorgverlening en de bouwkundige invulling die daarvoor nodig is: 'Het oorspronkelijke ziekenhuisconcept met vier- en zesbedskamers waar behandeling centraal stond heeft plaats gemaakt voor een verblijfsconcept waar wonen, privacy en kleinschaligheid de klok slaan. Deze omslag heeft vrij recent plaatsgevonden.' In 2006 schrijft het Bouwcollege in een brief aan de staatssecretaris van VWS over de stand van zaken van het vervolg van dit monitoronderzoek dat er sprake is van snelle afbouw (50% in een jaar tijd) van het aantal meerpersoonskamers.

Het Bouwcollege beschikt over het percentage door verpleeghuizen ingediende bouwplannen voor verblijfsconcepten in 2005 en 2006, waar een onderscheid wordt gemaakt tussen individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf. Deze percentages zijn weergegeven in tabel 2.1. Er wordt een onderscheid gemaakt naar psychogeriatrisch en somatisch verblijf.

Tabel 2.1 Percentage ingediende plannen per verblijfsconcept verpleeghuiszorg

		Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelingsverblijf
PG	2005	0%	47%	53%
	2006	3%	43%	54%
Somatisch	2005	31%	15%	54%
	2006	17%	7%	76%

Het CBZ hanteert de definitie van groepsverblijf dat het om groepen van maximaal 6 personen gaat. Dit verklaart het relatief hoge percentage afdelingsverblijf, waar dus ook het wonen in groepen van 8 tot 10 bewoners onder kan vallen. De omvang van de groepen die als afdelingsverblijf worden aangemerkt is 7 tot en met 10 personen. Op basis van deze twee jaren is het helaas niet mogelijk om trends vast te stellen. Wel is duidelijk dat kleinschalig groepsverblijf voor de psychogeriatrische groep in de nieuwe plannen een bijna even grote omvang heeft als afdelingsverblijf. Individueel verblijf zien we wel bij de somatische, maar nauwelijks bij de psychogeriatrische groep. Die laatste groep heeft vanwege de problematiek vaak zeer beperkte mogelijkheden een eigen huishouden te voeren.

2.2.2 Kleinschalig groepswonen voor dementerenden

	2002	2007
Capaciteit ¹	Aantal locaties: 74 Aantal woningen: 239 Aantal bewoners: 1.572	Aantal locaties: 319 Aantal woningen: 1.484 Aantal bewoners: 9.298
Gemiddeld aantal bewoners per woning	6,6	6,3
Spreiding/ ligging	De meeste woningen zijn gesitueerd in een bestaande wijk in de stad of in een dorp. Per provincie is het gemiddeld aantal complexen 34.	
ZZP / benodigde zorg	Bewoners hebben behoefte aan intensieve residentiele zorg. Kleinschalig groepswonen is geschikt voor 90-95% van de reguliere psychogeriatrische verpleeghuisdoelgroep ² (V&V 4 en 5). Voor de groep met ernstige gedragsproblematiek is deze woonvorm minder geschikt.	
Woonsector/intramuraal	Grotendeels intramuraal (realisatie binnen WZV), voor een kleiner deel scheiden van wonen en zorg (bewoner/zorgaanbieder huurt van woningcorporatie). Ongeveer 15% van het totaal aantal bewoners woont in een groepswoning die met scheiden van wonen en zorg is gerealiseerd.	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Geen individueel wonen, wel groepswonen (6 bewoners per woning). Op een kleine 40% van de locaties hebben bewoners een eigen kamer en eigen sanitair.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Grotendeels kleinschalige settings (gemiddeld 29 plaatsen per locatie). Veelal een aantal geclusterde groepswoningen in de wijk.	
Differentiatie in wooncomfort	Er zijn weinig gegevens bekend over verschillen in comfort van deze complexen. Wel bekend is dat complexen verschillen in de beschikbare m2 per bewoner en het al dan niet hebben van eigen sanitair.	
Mogelijkheden wonen met partner	In de regel niet, er zijn wel recente initiatieven waarbij dat wel mogelijk is.	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Meestal vaste zorgaanbieder	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod	

Algemeen beeld en ontwikkeling

Het realiseren van verpleeghuiscapaciteit in de vorm van kleinschalige groepswoningen voor dementerenden is in opkomst. Het aantal woningen stijgt de laatste jaren zeer sterk, het gemiddeld aantal bewoners per woning daalt. Aangenomen wordt dat de bewoners qua zorgzwaarte grotendeels een doorsnede zijn van de psychogeriatrische verpleeghuisgroep, hier zijn echter geen kwantitatieve gegevens over beschikbaar.

Uit de data van het Kenniscentrum is af te leiden dat driekwart van de daar geregistreerde kleinschalige woonvormen alleen bedoeld is voor dementerenden. Ongeveer 10% is daarnaast ook bedoeld voor (somatische) ouderen, nog eens 10% is behalve voor dementerenden ook voor lichamelijk gehandicapten bedoeld. Bij enkele woonvormen is aangegeven dat verstandelijke gehandicapten en psychiatrisch patiënten ook tot de doelgroep behoren.

¹ Databank KCWZ. Deze capaciteit overlapt met de in 2.2.1 genoemde verpleeghuiscapaciteit. Omdat de databank tot stand komt door middel van zelfmelding door initiatiefnemers, is het mogelijk dat het aantal hier geregistreerde woonvormen een onderschatting is van het daadwerkelijk aantal.

² De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie (KCWZ, 2006).

Realisatie binnen WZV/WTZi versus scheiden van wonen en zorg

Bij het merendeel van deze groepswooningen wordt het verblijf betaald uit de AWBZ, en betreft het dus intramuraal wonen. Toch worden ook woonvormen gerealiseerd waarbij wonen en zorg gescheiden zijn. Tabel 2.2 laat zien met welke financieringsvorm de locaties voor kleinschalig wonen de afgelopen jaren zijn gerealiseerd.

Tabel 2.2 Wijze van financiering van kleinschalige woonlocaties voor dementerenden naar bouwjaar

Financiering:	Realisatie				Totaal	% Scheiden wonen en zorg t.o.v. totaal locaties ¹
	Realisatie binnen WZV, eigenaar zorgorganisatie	Realisatie binnen WZV, zorgorganisatie huurt	Realisatie met scheiden wonen-zorg, bewoner huurt	Realisatie met scheiden wonen-zorg, zorgorganisatie én bewoner huren		
Bouwjaar:						
1981-1990	1	2	1	1	5	40%
1991-2000	10	4	15	9	38	63%
2001	1	1	2	1	5	60%
2002	4	2	5	1	12	50%
2003	8	3	1	1	13	15%
2004	15	7	1	4	27	19%
2005	33	4	6	1	44	16%
2006	32	21	7	1	61	13%
2007	43	18	8	7	76	20%
Totaal	147	62	46	26	281	26%

Bron: Databank KCWZ

Uit tabel 2.2 wordt duidelijk dat vooral vanaf 2004 het aantal locaties met kleinschalige groepswooningen voor dementerenden sterk toeneemt. Realisatie met scheiden van wonen en zorg blijft achter ten opzichte van realisatie binnen de WZV (of WTZi). Opvallend is dat het percentage woonvormen waar wonen en zorg financieel gescheiden zijn vanaf 2003 sterk afneemt. De toename van deze kleinschalige woonvormen wordt dus vooral gerealiseerd door zorgaanbieders binnen de WZV. Het KCWZ herkent desgevraagd deze ontwikkeling. Als verklaring wordt genoemd dat zorgaanbieder financiële risico's ervaren bij scheiden van wonen en zorg en het vastgoed liever in eigen beheer houden. Ook het feit dat partners met dubbele woonlasten geconfronteerd worden als ze beiden in twee aparte woningen verblijven is een knelpunt².

Uit de data van het kenniscentrum is tevens af te leiden dat in de afgelopen jaren het aantal locaties met woonvormen voor groepen van 6 personen toeneemt, en dat woonvormen voor groepen van 7 of 8 personen afnemen. De grootte van groepen wordt dus kleiner. Uit de data blijkt verder dat het gemiddelde aantal bewoners per woning gerealiseerd binnen de WZV (6,4) ongeveer overeenkomt met dat bij scheiden van wonen en zorg (6,3). Als we kijken naar verschillen binnen deze twee varianten zien we dat waar de bewoner zelf direct huurt (bij scheiden van wonen en zorg) er minder kleine groepen (van 5 bewoners) voor-

¹ Dit betreft het percentage locaties. Als we kijken naar het percentage woningen, is het aandeel scheiden van wonen en zorg ten opzichte van het totaal lager, omdat het gemiddeld aantal woningen per locatie bij scheiden van wonen en zorg lager is dan bij realisatie binnen de WZV (3,3 versus 5,3). Het gemiddelde aantal bewoners per woning komt bij beide varianten ongeveer overeen (6,3 versus 6,4).

² Deelonderzoeken 2 en 3 leveren naar verwachting meer informatie op over deze knelpunten.

komen en meer grote groepen (van 8 bewoners) dan waar de zorgorganisatie huurt en doorverhuurt aan de bewoner (bij scheiden van wonen en zorg).

Beschikbaarheid eigen voorzieningen

Tabel 2.3 geeft per locatie kleinschalig groepswonen de mate waarin de bewoners de beschikking hebben over eigen sanitair en een eigen kamer, dan wel dat zij deze moeten delen.

Tabel 2.3 Privé-gebruik van voorzieningen bij kleinschalige locaties, naar financieringswijze

Voorziening:	Privé/gedeeld:	Realisatie binnen WZV	Realisatie met scheiden wonen-zorg	Totaal
Wastafel	Privé	45%	35%	43%
	Gedeeld	55%	65%	57%
	Totaal	100%	100%	(N=281) 100%
Douche	Privé	38%	28%	35%
	Gedeeld	62%	72%	65%
	Totaal	100%	100%	(N=281) 100%
Toilet	Privé	38%	29%	36%
	Gedeeld	62%	71%	64%
	Totaal	100%	100%	(N=281) 100%
Eigen kamer	eigen kamers	82%	90%	84%
	tweepersoonskamers	18%	10%	16%
	Totaal	100%	100%	(N=281) 100%

Algemeen beeld is dat in bijna de helft van de locaties de bewoners de beschikking hebben over een eigen wastafel en dat dit bij ruim een derde van de locaties geldt voor douche en toilet. In veruit de meeste locaties heeft men een eigen kamer. Het blijkt dat bewoners van locaties die binnen de WZV/WTZi zijn gerealiseerd, ongeveer 10% vaker de beschikking hebben over eigen sanitair dan bij scheiden van wonen en zorg. Locaties die met scheiden van wonen en zorg zijn gerealiseerd bieden echter wel wat vaker eigen kamers. Hieruit zijn dus geen eenduidige conclusies te trekken over verschillen in comfortniveau tussen beide varianten. Opvallend is dat als we kijken naar verschillen *binnen* deze twee financieringsvarianten, blijkt dat eigen sanitair vooral veel voorkomt als de zorgaanbieder eigenaar is (bij realisatie binnen de WZV) en als de bewoner direct huurt van de woningcorporatie (bij scheiden van wonen en zorg), variërend van 35% tot 52% van de locaties. Bij de twee varianten dat de zorgaanbieder huurt (met realisatie ofwel binnen de WZV, ofwel met scheiden van wonen en zorg), komt eigen sanitair duidelijk minder vaak voor, variërend van 12% tot 29%.

Beschikbare privé ruimte

In een beknopte aanvullende dataverzameling (telefonische interviews en internetenquête) is geïnventariseerd hoeveel m² een bewoner (privé) in deze woonvormen tot zijn of haar beschikking heeft. Het doel hiervan is geweest vast te stellen of complexen die op de woonmarkt zijn gerealiseerd een vergelijkbaar of een hoger comfortniveau (in de vorm van beschikbare oppervlakte) hebben dat intramuraal gerealiseerde complexen.

In tabel 2.3a is weergegeven hoeveel m2 bewoners privé ter beschikking hebben in de 32 ondervraagde kleinschalige wooncomplexen voor dementerenden. In de tabel is onderscheid gemaakt tussen complexen waar bewoners eigen sanitaire ruimten hebben (inclusief eigen douche) en daar waar deze ruimten gedeeld worden.

Tabel 2.3a Beschikbare privé ruimte

	SWZ, gemiddeld	min.- max.	WZV, gemiddeld	min.- max.
geen eigen sanitair	16 m2 (n = 7)	12 - 27,5 m2	19 m2 (n = 7)	12,5 - 33,5 m2
eigen sanitair	38 m2 (n= 7)	18,5 - 59 m2	26 m2 (n = 11)	18 - 50 m2

Opvallend is dat er, bij beide financieringsvormen, een enorme variatie is in beschikbare privé ruimte (van 12 m2 tot 59 m2). Daar waar sanitaire ruimten gedeeld worden is de beschikbare privé ruimte per bewoner wat groter bij complexen die via de WZV/WTZi zijn gerealiseerd. De beschikbare oppervlakte met eigen sanitair zijn daarentegen behoorlijk ruimer daar waar het complex gerealiseerd is met scheiden van wonen en zorg. Hoewel het beeld enigszins diffuus blijft kan worden gesteld dat, in die complexen waar bewoners eigen sanitair hebben, de woonmarkt tendeert naar ruimer bouwen.

In de gesprekken die naar aanleiding van deze vragen ontstonden komt naar voren dat de realisatie met scheiden van wonen en zorg voor veel onzekerheden zorgden, waardoor soms in een latere fase alsnog besloten werd via de WZV/WTZi te bouwen.

Opvallende recente voorbeelden van kleinschalig wonen voor dementerenden

Groepswonen: de Herbergier

De Herbergier is een recent particulier initiatief van groepswonen voor mensen met dementie met grotendeels zelfstandige appartementen. Er bestaat de mogelijkheid om met de partner te wonen. Op dit moment betreft het één appartementencomplex met 15 appartementen, maar gestreefd wordt naar het op korte termijn realiseren van 50 locaties gespreid over het land. De bewoners betalen zelf huur en de zorg met een PGB. Er is keuze tussen luxe en kleinere appartementen. Er is variatie in formaat en faciliteiten: 8 luxe appartementen (60 m2), 7 'gewone' appartementen. De huurprijs varieert van 500 tot 950 Euro per maand. De helft van de woningen is volgens De Herbergier Arnhem betaalbaar voor mensen met alleen AOW. Het aanbod aan zorg wordt geleverd door een vast team 'zorgondernemers', het aanbod van diensten betreft schoonhouden van het appartement, eten, wassen, en ondersteuning aan te vullen met welzijns- en recreatieve diensten (een 'plusarrangement').

Individueel wonen voor mensen met dementie en hun partner

Het Kenniscentrum maakt melding van enkele initiatieven voor individueel wonen voor mensen met dementie en hun partner. Bijvoorbeeld de Charley Toorop toren in Rotterdam bevat 24 appartementen (veelal driekamerwoningen van 80 m2). De bewoners huren de woning van een woningcorporatie. Ze voeren een eigen huishouden en ontvangen zorg van een vaste zorgaanbieder. Wonen en zorg zijn dus wel gekoppeld. Zo meldt de website van het Kenniscentrum: 'De 24-uurszorg kan alleen gegarandeerd worden door te werken met een exclusieve zorgaanbieder voor de woningen voor bewoners met dementie.' Het Kenniscentrum noemt nog twee voorbeelden van woonvormen voor mensen met dementie en hun partner: één van een woningcorporatie, één van een zorgaanbieder.

Conclusies kleinschalig (groeps)wonen dementerenden

Uit de voorbeelden wordt duidelijk dat er, vooral door zorgaanbieders maar ook door woningcorporaties, steeds meer kleinschalige (groeps)woningen voor dementerenden worden gerealiseerd. In enkele woonvormen is het mogelijk samen met de partner zelfstandig een huishouden te voeren. Er lijkt voor deze doelgroep sprake te zijn van een toenemende mate van keuzemogelijkheden in wooncomfort. In hoeverre dat wooncomfort meer door zorgaanbieders of door woningcorporaties wordt geboden is niet eenduidig vast te stellen op basis van de beschikbare gegevens. Zo blijkt bijvoorbeeld de beschikking over eigen sanitair meer voor te komen bij realisatie binnen de WZV/WTZi. Anderzijds bieden locaties die met scheiden van wonen en zorg zijn gerealiseerd wat vaker eigen kamers. Hoewel het beeld enigszins diffuus blijft kan op basis van een aanvullende inventarisatie worden gesteld dat, in die complexen waar bewoners eigen sanitair hebben, de woonmarkt tendeeft naar ruimer bouwen. Waar wonen en zorg financieel van elkaar zijn gescheiden, zijn ze toch aan elkaar gekoppeld: er zijn geen initiatieven aangetroffen waar het mogelijk is zelf te kiezen voor een zorgaanbieder.

2.2.3 Verzorgingshuizen

	2002	2006
Capaciteit (aantal plaatsen)	108.933 ¹	105.195 ²
Capaciteit (aantal vestigingen)	1342	1340
Gemiddeld aantal plaatsen per vestiging	81	79
Spreiding	De spreiding van het aantal bedden per 1.000 inwoners van 65 jaar en ouder loopt uiteen van 27 in Delft Westland Oostland tot 58 in de regio Midden-Brabant ³ .	
ZZP / benodigde zorg	VV01 31% VV02 18% VV03 12% VV06 11% VV05 10% VV07 8% VV04 3% Buitensect. 3% VV09 1% VV08 1% VV10 1%	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Per definitie individueel wonen.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Meestal grootschalige locaties.	
Differentiatie in wooncomfort	De meeste eenpersoonsappartementen (55%) hebben een oppervlakte tussen 24 m ² en 36 m ² . 69% van de tweepersoonsappartementen heeft een oppervlakte > 40 m ² . Er zijn appartementen die groter zijn dan 50 m ² , maar die zijn zeldzaam ⁴ .	
Mogelijkheden wonen met partner	Doorgaans wel	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod inclusief hoteldiensten	

¹ Ministerie van VWS, Brancherapporten Care 2000-2003.

² Actiz, De branche in cijfers (2006).

³ RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid (2004).

⁴ Monitoring gebouwenkwaliteit V&V (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2005).

Algemeen beeld en ontwikkeling

De capaciteit van verzorgingshuizen daalt, evenals het gemiddeld aantal plaatsen per verzorgingshuis. Het gaat veelal om grootschalige voorzieningen: uit cijfers van het CBS blijkt dat in 2002 meer dan de helft van de vestigingen 50 tot 100 bewoners had. Uit CBS-cijfers blijkt verder dat sinds 1995 het aantal zeer grootschalige vestigingen (meer dan 100 bewoners) afneemt. Het aantal vestigingen met tussen de 25 en de 75 bewoners neemt toe. Uit de literatuur (o.a. Monitor gebouwenkwaliteit in de Verpleging en Verzorging 2005) komt naar voren dat de zorgzwaarte van de bewoners van verzorgingshuizen de afgelopen decennia sterk is toegenomen. Deze monitor beschrijft ook het toenemende comfortniveau in verzorgingshuizen: 'De functie van een verzorgingshuis is in de loop der jaren geëvolueerd van een woonvoorziening voor gezonde ouderen waar ook beperkt zorg werd geleverd, tot een voorziening waar de zorg centraal staat en een indicatie voor nodig is.' 'Ook is de opzet van de appartementen tegenwoordig een stuk ruimer dan vroeger. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de landelijk geharmoniseerde bouwmaatstaven van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, waar verzorgingshuizen sinds 2001 onder vallen, grotere oppervlakten eisen.'

2.2.4 Woonzorgcomplexen

	2002	2007
Capaciteit ¹	Aantal complexen: 924 Aantal woningen: 57.264	Aantal complexen: 995 Aantal woningen: 61.344
Gemiddeld aantal woningen per complex	62 (geselecteerd op woningen waarvan bouwjaar is ingevuld)	62 (geselecteerd op woningen waarvan bouwjaar is ingevuld)
Spreiding/ ligging	Woonzorgcomplexen liggen meestal in een dorp (46%) of in een naoorlogse wijk (29%) ² . Gemiddeld zijn er zo'n 100 woonzorgcomplexen per provincie. ³ .	
ZZP / benodigde zorg	In 70 procent van de complexen wordt 24-uurs-zorggarantie geboden. Meer dan de helft van de bewoners heeft behoefte aan zorg op afroep of 24 uren zorg en begeleiding. De zorgzwaarte is in het algemeen lager dan in een verzorgingstehuis. (naar verwachting vooral VV01 en VV02)	
Woonsector/intramuraal	Woonsector	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Per definitie individueel wonen.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Meestal grootschalige settings, kleinschalig komt voor.	
Differentiatie in wooncomfort	De meeste woonzorgcomplexen worden in de sociale huursector ontwikkeld en bestaan uit driekamerwoningen. Er zijn enkele complexen met een combinatie van koop of dure huur. In 1999 bedroeg het gemiddelde woonoppervlak 74m ² .	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Verschilt per complex	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	In 70 procent van de complexen is een uitgebreid dienstenaanbod beschikbaar. Alarmering, maaltijdservice en recreatieve bezigheden komen het meest algemeen voor.	

¹ Databank KCWZ (alleen woonzorgcomplexen meegeteld waarvan bouwjaar ingevuld is. Dit is bij ongeveer 100 woonzorgcomplexen niet ingevuld. Het daadwerkelijk aantal geregistreerde woningen ligt op 65.370.) Omdat de databank afhankelijk is van zelfmelding, is het mogelijk dat het aantal hier geregistreerde complexen een onderschatting is van het daadwerkelijk aantal.

² Actualisatie nationaal bestand woonzorgcomplexen (Rigo, 2004).

³ Databank KCWZ.

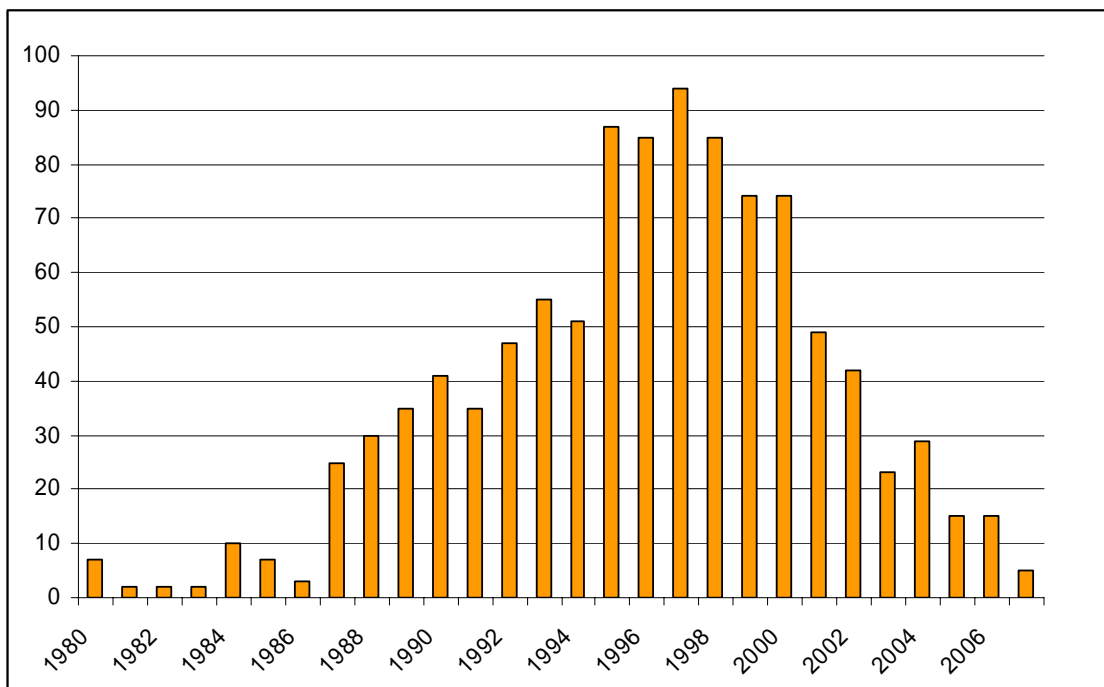
Algemeen beeld en ontwikkeling

In woonzorgcomplexen wordt zelfstandig gewoond, waarbij wonen en zorg financieel van elkaar gescheiden zijn. De woonzorgcomplexen bieden bewoners veiligheid en in de meeste gevallen een 24-uurs zorggarantie.

De omvang van woonzorgcomplexen is wisselend, variërend van enkele tot 350 woningen per complex. Gemiddeld bestaat het complex uit zo'n 60 woningen. Uit de data blijkt geen verband tussen omvang van het complex en bouwjaar.

Het woonzorgcomplex is vanaf eind jaren '80 in opkomst. Eind jaren '90 is er sprake van een explosieve toename van het aantal woonzorgcomplexen met zo'n 80 per jaar. Daarna neemt de groei weer af, en de laatste jaren worden er nog maar tussen de tien en 20 woonzorgcomplexen per jaar gebouwd. Figuur 2.1 laat de realisatie van het aantal woonzorgcomplexen per jaar zien.

Figuur 2.1 Realisatie van woonzorgcomplexen per jaar, vanaf 1980 t/m 2007



Bron: databank Kenniscentrum

Verschillen tussen verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen

Onderstaande tabel, afkomstig uit het artikel 'Wonen en zorg: scheiden of integreren?' (Singelenberg 2002) geeft enigszins verouderde maar toch interessante informatie over de verschillen tussen intramurale woonvoorzieningen en het aanbod vanuit de woonmarkt voor doelgroep die verzorgd woont.

Tabel 2.4 Verschillen tussen verzorgingshuizen en woonzorgcomplexen

<i>Kenmerk</i>	<i>Verzorgingshuis</i>	<i>woonzorgcomplex</i>
Wonen	semi-zelfst. wooneenheden	zelfstandige woningen
Rolstoeltoegankelijk	Meestal wel	Altijd
Woonoppervlak privé	24 m ²	74 m ²
Zorggarantie 24 uur	Altijd	75% wel
huisvestingskosten	f 850 ¹	f 775
Service/pensionkosten	f 1090	f 118 + tarieven
Zorgkosten	f 1390	f 1210 (bij 22 uur thuiszorg)
Leeftijd gemiddeld	85 jaar	81 jaar
Aandeel laagste inkomens	80%	60%
Gebruik van zorg	100%	60%
Zorgzwaarte	102 min/dag	47 min/dag
Zorgzwaarte	< 50% zelfredzaam	> 70% zelfredzaam

Bron: woonzorgcomplexen: Singelenberg en Harkes, 1999. Verzorgingshuizen: Coolen en Wever 1998.

Keuzemogelijkheid zorgaanbieder voor de bewoner van een woonzorgcomplex

Het Bouwcollege geeft aan dat woonzorgcomplexen soms kunnen contracteren dat ingeval van 24 uur oproepbare zorg alleen zorggarantie gegeven kan worden als ze zich bij een zorgaanbieder die gekoppeld is aan het complex melden. Over het percentage woonzorgcomplexen waarin wonen en zorg aan elkaar gekoppeld zijn of waar de bewoner kan kiezen voor een zorgaanbieder zijn geen cijfers bekend. Het rapport 'Woonzorgarrangementen, kwaliteit, betrokkenheid en kosten' uit 2006 van de Nederlandse Woonbond, geeft wel enige cijfermatige informatie over dit onderwerp. In een enquête geven 20% van de cliëntenorganisaties en 13% van de huurderorganisaties aan dat er bij het woonzorgarrangement in hun complex/instelling (cliëntenraden) of werkgebied (huurdersorganisaties) sprake is van gedwongen winkelnering (de verplichting om het arrangement bij één instelling af te nemen. Omdat er sprake is van een beperkte respons kunnen deze cijfers niet zonder meer worden gegeneraliseerd. Ze doen echter wel vermoeden dat gedwongen winkelnering in een minderheid van de gevallen voorkomt.

Woonzorgcomplexen komen meestal tot stand door een samenwerking tussen zorgaanbieder en woningcorporatie. De website van Kenniscentrum meldt: 'er is een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement maar wel met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service.' In hoeverre dit betekent dat bewoners daadwerkelijk afzonderlijke contracten afsluiten voor enerzijds wonen (met de woningcorporatie) en anderzijds zorg (met de zorgaanbieder) is niet duidelijk. In de notitie Woonzorgcomplexen van Dirkzwager advocaten en notarissen (2006) worden drie contractopties genoemd:

1. De bewoner sluit één overeenkomst met de zorgaanbieder voor zowel de huur van de woning als het verstrekken van de zorg, waarbij de zorgaanbieder de te verhuren woning huurt van de woningcorporatie. Het betreft dus een gekoppelde huur- en zorg overeenkomst.
2. De bewoner sluit twee overeenkomsten, voor de huur van de woning wordt een overeenkomst gesloten met de woningcorporatie en voor de te verstrekken zorg wordt een overeenkomst gesloten met de zorgaanbieder waarmee de woningcorporatie samenwerkt.

¹ In het artikel in kwestie is niet vermeld hoe deze huisvestingskosten zijn berekend.

3. De bewoner sluit één overeenkomst met de woningcorporatie voor zowel de huur van de woning als het verstrekken van de zorg, waarbij de woningcorporatie de te verstrekken zorg inkoop bij de zorgaanbieder. Deze variant is niet toegestaan volgens het Besluit Beheer Sociale Huursector en zal dus in de praktijk niet voorkomen.

Bij variant 1 is per definitie sprake van koppeling van de huur aan het zorgaanbod. De bewoner van dit complex kan dus niet kiezen voor een andere zorgaanbieder. Bij variant 2 is het mogelijk dat de bewoner keuzemogelijkheden heeft voor een zorgaanbieder. Het is echter ook mogelijk dat de zorgaanbieder en woningcorporatie hebben afgesproken dat een bewoner alleen een huurcontract krijgt als deze ook een contract met de zorgaanbieder afsluit.

De databank van het Kenniscentrum beschikt over cijfers die inzicht geven in de rol van de zorgaanbieder bij woningtoewijzing.

Tabel 2.5 Rol zorgaanbieder bij zorgtoewijzing

Zorgaanbieder draagt kandidaten voor	20%
Zorgaanbieder verhuurt woningen	24%
n.v.t. (zorgaanbieder heeft geen rol bij zorgtoewijzing)	14%
Niet bekend	42%
Totaal	100%

Bron: databank KCWZ

Uit tabel 2.5 komt naar voren dat in ten minste 44% van de gevallen de zorgaanbieder een rol heeft bij de woningtoewijzing. Uit deze tabel kunnen echter geen conclusies getrokken worden over de mate waarin de bewoner kan kiezen voor een zorgaanbieder.

2.2.5 Residenties

	2006
Capaciteit	51 organisaties zijn aangesloten bij Nevep (branchevereniging). Deze hebben in totaal naar schatting 500 - 1500 plaatsen.
Gemiddeld aantal appartementen per voorziening	Veelal tussen de 10 en 30 bewoners
Spreiding	Beperkt beschikbaar. Geconcentreerd in aantal provincies.
ZZP / benodigde zorg	Clënten met een CIZ indicatie verpleging/verzorging. Meestal somatisch, soms ook psychogeriatrisch. Wisselende zorgzwaarte.
Woonsector/intramuraal	Extramuraal: particuliere initiatieven. De kosten voor het wonen, de hotelmatige zorg en de aanwezigheid van 24-uurszorg komen voor rekening van de cliënten. De zorg wordt soms met een PGB, soms door de cliënt zelf betaald.
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Kleinschalige locaties
Differentiatie in wooncomfort	Weinig differentiatie, hoog comfortniveau (boven huursubsidiegrens)
Mogelijkheden wonen met partner	Ja
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee, vast team van zorgverleners
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorgfaciliteiten op afroep, 24 x 7, hoteldiensten, dagactiviteiten, welzijnsactiviteiten geavanceerde domotica.

Bron: www.NeVeP.nl

Algemeen beeld

Residenties zijn luxe woonzorgcomplexen, zelfstandige woningen, waarbij de bewoner zelf huurt. De NeVeP schat de minimumhuurprijs van een appartement in op 900 euro. De residenties bevinden zich vooral in Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland, in de andere provincies (veel) minder. De zorg wordt in de regel geleverd door een vast team van zorgverleners. Bij de meeste NeVeP-leden is het mogelijk om zorg in te kopen uit een persoonsgebonden budget. In enkele gevallen betalen de bewoners de extra gewenste zorg zelf. Verschillende residenties melden op hun website dat de bewoner er in principe kan blijven ook bij toenemende zorgzwaarte. Naar verwachting kunnen daarom in principe alle V&V ZZP-s voorkomen.

2.2.6 Kangoeroewoning

Ter illustratie van vernieuwende initiatieven, nemen we hier ook de gegevens op van de nog zeer weinig voorkomende kangoeroewoningen.

	2006
Capaciteit	+/- 70 woningen die speciaal zijn ontwikkeld door woningcorporaties voor mensen met een beperking en hun familie ¹ .
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	Het gaat om twee gekoppelde zelfstandige woningen.
Spreiding	Komt in zeer beperkte mate voor, niet gespreid (aantal woningcorporaties).
ZZP / benodigde zorg	Voor verschillende doelgroepen (zorgbehoevende ouderen (V&V), zorgbehoevende kinderen (VG/LG)).
Woonsector/intramuraal	Woonsector: particulier of woningcorporatie.
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Verspreid in de wijk
Differentiatie in wooncomfort	Ja
Mogelijkheden wonen met partner	Ja
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Ja
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorg en mantelzorg door setting.

Bron: www.kangoeroewoning.nl

Algemeen beeld

Kangoeroewoningen zijn twee zelfstandige woningen, met elk eigen faciliteiten en een eigen voordeur. In feite gaat het om een specificatie van thuis wonen met zorg, maar bijzonder is dat het gaat om aan elkaar gekoppelde, zelfstandige woningen waarbij een inpanidige verbinding is voor ouderen of mensen met een handicap en hun familie.

In aanvulling op de Kangoeroewoning kunnen ook mantelzorgwoningen worden genoemd. Mantelzorgwoningen zijn verplaatsbare wooneenheden. Zij kunnen binnen één à twee dagen worden opgebouwd. De woning is 'mobiel' en kan bij een bestaande woning worden geplaatst. De woning kan ook weer worden 'weggehaald' indien deze niet meer nodig is.

¹ Uiteraard kan een vergelijkbare woonvorm ook ontstaan door eigen initiatief van mensen die bijvoorbeeld hun woning ombouwen tot twee woningen.

In de woning kan allerlei apparatuur worden aangesloten. De mantelzorgwoning heeft een binnenoppervlakte van 54 m². Er is een zit- en woonkamer met een verstelbaar keukenblok, een ruime slaapkamer en een doucheruimte. Alles is aangepast en toegankelijk gemaakt. Mantelzorgwoningen zijn nog op zeer beperkte schaal geplaatst.

2.2.7 Aanleunwoningen

	2002	2006
Aantal 55-plussers (bewoners) in aanleunwoning ¹	+/- 41.000	+/- 46.000
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening		
Spreiding	Gelegen naast of vlakbij verzorgingshuizen	
ZZP / benodigde zorg	Ouderen die nog niet toe zijn aan het verzorgingshuis, maar wel behoefte hebben aan een beschutte woonvorm. Waarschijnlijk vooral VV01 en VV02 (voor zover de bewoners in aanmerking zouden komen voor een verblijfsindicatie).	
Woonsector/intramuraal	Woonsector	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Geclusterd, grootschalige setting	
Differentiatie in wooncomfort	Het woonoppervlak bedraagt minimaal 70 m ²	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Ja	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Diensten zoals maaltijdvoorziening worden geleverd door het verzorgingshuis	
Mogelijkheid individueel wonen	Ja, is zelfstandig wonen	

Algemeen beeld en ontwikkeling

De aanleunwoning is bedoeld voor senioren, en is gelegen in de directe omgeving van een zorginstelling of heeft daar een verbinding mee. De woningen zijn gelijkvloers, rolstoeltoegankelijk en -doorgankelijk en beschikken over een alarmeringssysteem met de zorginstelling of een woonzorgcomplex. Het zijn volwaardige woningen waarvan het woonoppervlak minimaal 70 m² bedraagt². De bewoners kunnen gebruik maken van de voorzieningen van het verzorgingshuis, zoals alarmering, maaltijden en activiteiten. Eigenaar van de aanleunwoning kan een woningcorporatie zijn maar ook een zorgaanbieder. Niet bekend is in welke mate beide varianten voorkomen.

Aanleunwoningen bestaan al lang maar worden ze nauwelijks meer gebouwd. Het woonzorgcomplex heeft de plaats van de aanleunwoning overgenomen³. Volgens de Cijfers over wonen van VROM neemt het absolute aantal bewoners van aanleunwoningen echter wel toe. Mogelijk is dit te verklaren vanuit de overlap in definitie van aanleunwoningen en woonzorgcomplexen. Sommige woonzorgcomplexen zijn tevens aanleunwoningen (dat wil zeggen dat ze in de fysieke nabijheid van een zorginstelling liggen). Aanleunwoningen zijn echter doorgaans kleiner dan woonzorgcomplexen en voldoen meestal niet aan de eisen van Woonkeur⁴ (een certificaat voor nieuwbouwwoningen).

¹ Cijfers over wonen 2004 en 2006 (VROM).

² Apart en toch samen. T. Steenbergen, 2005.

³ Apart en toch samen. T. Steenbergen, 2005.

⁴ Toekomstscenario's en planologische kengetallen wonen en zorg, KCWZ, 2004.

2.2.8 Serviceflats

	2002	2006
Aantal 55-plussers (bewoners) in serviceflats ¹	+/-29.000	+/- 35.000
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	100 tot 200 bewoners	
Spreiding		
ZZP / benodigde zorg	Bestemd voor welgestelde ouderen ² die weinig permanente zorg nodig hebben. De zorgverlening staat niet op de voorgrond. Voor zover de bewoners in aanmerking zouden komen voor een verblijfsindicatie: waarschijnlijk vooral VV01 en VV02, maar zwaardere vormen zijn mogelijk.	
Woonsector/intramuraal	Woonsector	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Geclusterd, grootschalige setting	
Differentiatie in wooncomfort	Luxe en ruime huur- of koopappartementen	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Ja	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Het servicepakket is redelijk uitgebreid. Het bestaat uit maaltijden, wasserette, winkel en schoonmaakdiensten	
Mogelijkheid individueel wonen	Ja	

Bron: Apart en toch samen. T. Steenbergen, 2005.

Algemeen beeld en ontwikkeling

De serviceflat is een relatief luxe woonvorm bestemd of geschikt gemaakt voor ouderen met gemeenschappelijke en individuele voorzieningen. Ouderen die hier gaan wonen hebben vaak in eerste instantie weinig zorg nodig, maar er zijn wel diensten en voorzieningen aanwezig die het mogelijk maken er langer te blijven wonen als de zorgvraag toeneemt. De bewoner betaalt huur en servicekosten.

De Cijfers over wonen van VROM laten een absolute toename van het aantal bewoners van serviceflats zien.

2.3 Woonvormen voor mensen met een psychiatrische stoornis

We beperken ons hieronder tot de (permanente verblijfsvormen in de) volwassenen- en ouderenpsychiatrie. Woonvormen in de GGZ zijn van oudsher onder te verdelen naar Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en)³ en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). Beschikbare cijfers laten helaas niet toe een verdere uitsplitsing naar type woonvormen te maken binnen deze groepen.

¹ Cijfers over wonen 2004 en 2006 (VROM).

² Overigens komen onder de naam 'serviceflat' ook wel goedkopere huurcomplexen voor, soms gebouwd door corporaties. Dit zijn echter niet het type flats waar we ons hier op richten.

³ We hanteren hier de term APZ in plaats van geïntegreerde GGZ-instelling omdat we ons beperken tot het in beeld brengen van de verblijfs capaciteit en de extramurale zorg buiten beschouwing laten.

Aan het eind van deze paragraaf gaan we in scheiden van wonen en zorg in de GGZ.

2.3.1 Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis

	2002	2005
Capaciteit	8 APZ's, hieronder vallen (in 2003) 40 toegelaten instellingen. Toegelaten aantal bedden volwassenen en ouderen: 27.056 ¹ . Naar schatting, op basis van de verhouding kortdurend/langdurig verblijf, zoals in de brancherapporten weergegeven, betreft ruim de helft hiervan langdurig verblijf (> 1 jaar) ² .	4 APZ's ³ . Toegelaten capaciteit volwassenen en ouderenpsychiatrie APZ: 22.830 (25.129 incl. PAAZ) ⁴
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	Op een gemiddelde locatie staan 3 verblijfsgebouwen, waarin 48 cliënten zijn gehuisvest. (sociowoningen zijn hierbij niet meegenomen). ⁵	
Spreiding	Verspreid over het hele land	
ZZP / benodigde zorg	ZZP GGZ B-groep (verblijf vanwege behandeling): GGZ5 21% GGZ2 18% GGZ4 17% GGZ1 15% GGZ3 14% GGZ6 8% GGZ7 6% Buitensect. 1% ⁶	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Zowel afdelingswonen als groepswonen als individueel wonen komt voor. Groepswoonvormen met meer dan 6 bewoners vormen de overgrote meerderheid. (niet bekend is om hoeveel bewoners per groep het hierbij gaat.)	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	In het algemeen grootschalige settings.	
Differentiatie in wooncomfort	De gemiddelde oppervlakte van een eenpersoonskamer is 11,0 m2 en voor een tweepersoonskamer ligt dit op 17,0 m2. Eenpersoonskamers > 15m2 zijn er nauwelijks, volgens de monitor gebouwenkwaliteit van het CBZ. Sociowoningen (per definitie kleinschalige groeps- of individuele woningen) zijn hierbij echter buiten beschouwing gelaten. Het wooncomfort in dergelijke woningen is waarschijnlijk hoger.	
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod	

¹ Brancherapporten VWS. Cijfers zijn inclusief kleinschalige woonvormen (sociowoningen).

² Kortdurend verblijf maakt vanaf 2008 geen onderdeel meer uit van de AWBZ.

³ Sectorrapport GGZ 2003-2005 GGZ-Nederland.

⁴ Monitoring gebouwenkwaliteit GGZ, CBZ, 2004.

⁵ Monitoring gebouwenkwaliteit GGZ, CBZ, 2004.

⁶ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007. Dit betreffen de scores voor de hele GGZ-sector. In het rapport wordt aangegeven dat cliënten met verblijf vaker hogere ZZP's hebben.

Algemeen beeld en ontwikkeling

Omdat de cijfers over capaciteit in 2002 en 2005 afkomstig zijn uit verschillende bronnen is het riskant hieraan conclusies over trends te verbinden. Het is dus niet met zekerheid te zeggen dat het toegelaten aantal bedden daadwerkelijk is afgenomen, hoewel bovenstaande cijfers dit wel doen vermoeden. Het aantal APZ-en neemt drastisch af vanwege fusies. In de CVZ-publicatie 'zorgcijfers 2000-2005' wordt geconcludeerd dat er sprake is van sterk toenemende extramuralisering binnen de GGZ: 'Het aantal extramurale zorgcontacten groeide spectaculair de afgelopen jaren: een verdubbeling in de afgelopen vijf jaar. De (intramurale) 24-uurs zorg nam in dezelfde periode toe met ongeveer 30 procent; het beschermd wonen slechts met circa 7 procent.'

Hieruit komt naar voren dat er sprake is van een algemene sterke groei van GGZ-zorg, het sterkst in de extramurale zorg, maar toch ook van het intramurale verblijf.

Ook in het rapport *Chronische zorg verzekerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging* (Zorgverzekeraars Nederland, 2005) wordt geconcludeerd dat de chronische (langdurige) GGZ cijfermatig niet scherp in beeld is. Geschat wordt dat 12.000 mensen (langdurig) in een APZ verblijven en 10.000 tot 15.000 mensen begeleid zelfstandig thuis wonen. Omdat die laatste groep niet in een bijzondere (voor zorg bedoelde) woonvorm woont, komt die hier niet verder aan de orde.

Binnen een APZ kan sprake zijn van afdelingswonen, maar in toenemende mate ook van beschermd kleinschalig wonen ofwel op het instellingsterrein ofwel in de wijk. De zorg wordt in deze woonvormen, sociowoningen genoemd, geleverd vanuit het APZ. Op dit moment beschikken we niet over cijfers over de capaciteit van GGZ-woonvormen waarbij een onderscheid is te maken naar afdelingswonen en wonen in een sociowoning. Het Bouwcollege beschikt wel over het percentage door instellingen ingediende plannen in 2005 en 2006 per verblijfsconcept: individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf. Deze percentages zijn weergegeven in tabel 2.6.

Tabel 2.6 Percentage ingediende plannen per verblijfsconcept GGZ

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelingsverblijf
2005	14%	8%	78%
2006	10%	10%	80%

Het CBZ hanteert de strikte definitie van groepsverblijf dat het om groepen van maximaal 6 personen moet gaan. Op basis van deze twee jaren is het helaas niet mogelijk om duidelijke trends vast te stellen.

2.3.2 RIBW's

	2002	2006
Capaciteit	21 instellingen	21 instellingen 5.548 ¹ plaatsen
Gemiddeld aantal bewoners per groep	3 of 4.	
Spreiding	Verspreid over het hele land	
ZZP / benodigde zorg	Indicatie voor verblijf, cliënten krijgen begeleiding bij het wonen en dagelijks leven. ZZP: GGZ C-groep (verblijf niet vanwege behandeling): naar verwachting met name GGZ C-groep 1 t/m 4.	
Woonsector/intramuraal	In de regel intramuraal, soms ook extramuraal met de mogelijkheid huurtoeslag te verkrijgen	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Alle varianten komen voor: in 2006 waren er 58 grotere voorzieningen waar meer dan 6 personen wonen. Kleinschalige en individuele voorzieningen nemen toe.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Niet bekend	
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend	
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Wisselend	
Mogelijkheid individueel wonen	Soms (in 2006 woonden 521 cliënten in individuele woonvormen)	

Algemeen beeld en ontwikkeling

Het aantal RIBW's blijft gelijk. In het rapport Utopia uit 2007 wordt een vijfjaarlijkse groei van de RIBW-capaciteit van 33% geconstateerd. We hebben deze groei echter nog niet aan officiële cijfers kunnen toetsen: in verschillende publicaties worden verschillende cijfers genoemd. In het rapport Utopia wordt aangegeven dat wonen in grootschalige groepen aan het verdwijnen is en dat kleinschalige en individuele woonvormen steeds meer toenemen.

2.3.3 Scheiden van wonen zorg in de GGZ

In het rapport Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ (CVZ, 2004) worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar scheiden van wonen en zorg in de GGZ. Hierbij zijn zeven projecten gevolgd van GGZ-instellingen (APZ-en, RIBW's) om scheiden van wonen en zorg te realiseren. De instellingen waren voornemens een aantal intramurale plaatsen af te stoten of om te bouwen tot voorzieningen waar wonen en zorg financieel zijn gescheiden. Het einddoel was dat de cliënten rechtstreeks huren van een woningcorporatie. Een tussenform is dat eerst gehuurd wordt van de zorgaanbieder voordat het vastgoed wordt overgedragen aan een corporatie.

In het rapport wordt geconcludeerd dat het scheiden van wonen en zorg vaak niet of slechts ten dele wordt gerealiseerd vanwege een aantal belemmeringen, waaronder onduidelijkheid over de bekostigingsystematiek en het feit dat er voor de cliënten vaak geen betaalbare woonruimte beschikbaar is.

¹ UTOPIA, RGOz, 2007.

Dit laat onverlet dat scheiden van wonen en zorg in de GGZ in toenemende mate voorkomt in de vorm van begeleid zelfstandig wonen. In hoeverre hier echter sprake is van het realiseren of ombouwen van specifieke woonvoorzieningen voor deze doelgroep, dan wel om begeleid 'thuis' wonen, is niet met cijfers te staven.

In de databank van het Kenniscentrum is een klein aantal woonzorgcomplexen opgenomen waar GGZ-cliënten zelfstandig kunnen wonen. Dit zijn er ongeveer 20, waarbij de meerderheid ook voor andere doelgroepen, meestal ouderen, bedoeld is. Waarschijnlijk gaat het hier veelal om psychiatrische ouderen. Een duidelijk voorbeeld van scheiden van wonen en zorg in de GGZ is te zien bij zorgaanbieder Parnassia, die zorg verleent in een wooncomplex zelfstandige huurwoningen van een woningcorporatie.

Vanwege de beperkte beschikbaarheid van cijfers is het niet mogelijk conclusies te trekken over verschillen in comfortniveau tussen intramuraal wonen en wonen op de woonmarkt in de GGZ.

2.4 Woonvormen voor verstandelijk gehandicapten

Van oudsher werden woonvormen in de VG-sector onderverdeeld naar algemene instellingen en gezinsvervangende tehuizen (GVT's). Momenteel zijn deze termen echter niet meer onderscheidend voor de aard van de woonvorm. Binnen algemene instellingen vindt nu evenals in GVT's kleinschalig groepswonen plaats. Bovendien vinden steeds meer fusies plaats tussen algemene instellingen en GVT's en zijn de doelgroepen niet meer goed van elkaar te onderscheiden¹. Daarom sluiten we met onderstaande indeling aan bij de woonvormen die worden onderscheiden in het rapport 'Woonvormen voor mensen met een verstandelijke beperking' uit 2006 van RIGO. Uit overleg met de VGN is naar voren gekomen dat deze indeling breed gedragen wordt binnen de sector. Helaas zijn momenteel geen recente gegevens over de capaciteit van deze woonvormen voorhanden.

In deze paragraaf onderscheiden we de volgende woonvormen voor verstandelijk gehandicapten:

Woonvormen door de instelling gehuurd of gerealiseerd

- Afzonderlijke woning
- Geclusterd wonen
- Groepswonen
- Afdelingswonen

Overige woonvormen

- Wooninitiatieven (van ouders)
- Thomashuizen
- Zorgboerderijen

¹ Monitoring gebouwenkwaliteit gehandicaptenzorg, CBZ, 2003.

2.4.1 Woonvormen door de instelling gehuurd of gerealiseerd

Alle hieronder beschreven woningen onderscheiden zich van 'gewoon' zelfstandig wonen doordat deze door de instelling zijn gehuurd of gerealiseerd, en de bewoners deel uitmaken van de bewonersgroep van de instelling. Het gaat dus in principe om intramuraal wonen. Er zijn voorbeelden van woonvormen voor VG met scheiden van wonen en zorg, maar de precieze omvang daarvan, en of die woonvormen in onderstaande aantallen zijn geïnccludeerd, is niet bekend.

Afzonderlijke woning

	2002
Capaciteit (aantal bewoners)	2.950
Gemiddeld aantal woningen per voorziening	1 (het betreft afzonderlijke woningen)
Spreiding	Niet bekend
ZZP / benodigde zorg	Er is sprake van begeleid wonen (met zorg op afspraak)
Woonsector/intramuraal	Intramuraal
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Woningen gespreid door de wijk
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Niet bekend
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorg op afspraak

Bron: Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen, RIGO, 2006.

Geclusterd wonen

	2002
Capaciteit (aantal bewoners)	6.350
Gemiddeld aantal woningen per cluster	Niet bekend
Spreiding	Niet bekend
ZZP / benodigde zorg	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op af-roep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen verzorgd of beschermd.
Woonsector/intramuraal	Intramuraal ¹
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Geclusterd, zowel grotere als kleinere locaties komen voor
Differentiatie in wooncomfort	Eigen woonstudio's, van 45 m2 of ruimer, waarbij belangrijkste woonfuncties aanwezig zijn.
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee (gemeenschappelijk aanbod)
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Wooneenheden zijn verbonden door gemeenschappelijk aanbod van diensten en zorg

Bron: Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen, RIGO, 2006.

¹ Over het voorkomen van woonvormen in de woonsector (gerealiseerd met scheiden van wonen en zorg) zijn geen gegevens gevonden.

Groepswonen

	2002
Capaciteit (aantal bewoners)	31.500
Gemiddeld aantal bewoners per groep	Varieert van 3 tot 12.
Spreiding	Goede landelijke spreiding
ZZP / benodigde zorg	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op afroep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen beschermd of beveiligd.
Woonsector/intramuraal	Intramuraal
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Groepswoningen hebben minder dan 12 bewoners.
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Kleinschalig, kan geclusterd voorkomen
Differentiatie in wooncomfort	Gelegen op instellingsterrein of in de wijk. Grootte varieert van kleine kamertjes (7 m2) op instellingsterrein tot meer recente project die dicht in de buurt komen van individuele woonvoorzieningen, omdat kan gaan om grotere kamers met eigen voorzieningen.
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	In de regel niet
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod

Bron: Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen, RIGO, 2006.

Afdelingswonen

	2002
Capaciteit (aantal bewoners)	5.500
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	Niet bekend
Spreiding/ ligging	Gelegen op instellingsterrein, binnen of buiten de bebouwde kom.
ZZP / benodigde zorg	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op afroep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen beschermd of beveiligd.
Woonsector/intramuraal	Intramuraal
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Grootschalige zorg (12 bewoners of meer wonen samen.)
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Grootschalige setting
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend
Mogelijkheden wonen met partner	Nee
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet aanbod

Bron: Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen, RIGO, 2006.

Algemeen beeld en ontwikkeling

Uit beschikbare cijfers is op te maken dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap dat intramuraal (in een algemene instelling of in een GVT) woont gestaag toeneemt. In 2002 gaat het om een toegelaten capaciteit van 55.932, in 2004 om 57.560. In het rapport Resultaten landelijke ZP-score (HHM, 2007) wordt een totaal aantal cliënten in intramurale instellingen in 2006 van 60.036 gemeld.

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is al langere tijd een trend gaande waarbij er steeds minder grootschalig gewoond wordt op een instellingsterrein en steeds meer kleinschalig in de wijk. Het CBZ schrijft in haar Monitoring gebouwenkwaliteit gehandicaptenzorg (2003) dat er steeds meer sprake is van 'afbouwen en ontsluiten van instellingsterreinen door deconcentratie en omgekeerde integratie, kleinschalige en genormaliseerde woningbouw, verkleining van de groepsomvang, volwaardige en van het wonen gescheiden dagbesteding voor alle cliënten, het oplossen van wachtlijsten en het scheiden van wonen en zorg'. Het Bouwcollege constateert dus dat er steeds 'normaler' wordt gewoond in deze sector, waarbij ook sprake kan zijn van scheiden van wonen en zorg. Helaas zijn er geen cijfers over deze ontwikkelingen aangetroffen.

Uit de cijfers komt wel duidelijk naar voren dat kleinschalig groepswoon (met 3 tot 12 bewoners) veruit de meest voorkomende woonvorm binnen de VG-sector is, met 31.500 bewoners in 2002. Op de tweede plaats komt individueel geclusterd wonen met 6.350 bewoners en ten derde afdelingswonen met 5.500 bewoners. Individueel (maar wel intramuraal) wonen in een afzonderlijke woning deden in 2002 2.200 verstandelijk gehandicapten.

Het Bouwcollege beschikt over het percentage door instellingen ingediende bouwplannen voor verblijfsconcepten in 2005 en 2006, waar een onderscheid wordt gemaakt tussen individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf. Deze percentages zijn weergegeven in tabel 2.7.

Tabel 2.7 Percentage ingediende plannen per verblijfsconcept VG

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelingsverblijf
2005	13%	87%	0%
2006	20%	80%	0%

Een opvallende conclusie is dat ingediende bouwplannen in de VG-sector uitsluitend individueel en, met name, groepsverblijf betreffen. Afdelingsverblijf komt hierbij niet meer voor.

Kenmerken van de woonvormen

Het Bouwcollege maakt in haar Monitoring gebouwenkwaliteit gehandicaptenzorg onderscheid naar intramurale en semimurale woonvormen (GVT's), een indeling die afwijkt van de hierboven gehanteerde indeling. Deze publicatie geeft wel een indruk van de grootschaligheid en overige kenmerken van woonvormen voor gehandicapten¹:

Een kwart van de bewoners van intramurale instellingen is gehuisvest op een locatie met meer dan 300 bewoners, dus een instellingsterrein. De locaties met 19 tot 50 bewoners vormen met circa 45% van de bewoners de grootste klasse. Op deze locaties wordt meestal wel in kleinere groepen gewoond. In semimurale instellingen (GVT's) wordt meestal door

¹ Er is hierbij geen onderscheid gemaakt tussen VG, LG en ZG.

groepen van maximaal 6 bewoners gewoond. De grote intramurale instellingsterreinen liggen meestal binnen maar ook wel buiten de bebouwde kom. Op sommige locaties is sprake van omgekeerde integratie waarbij woonwijk en instellingsterrein in elkaar overlopen. Kleine intramurale en semimurale locaties zijn vrijwel altijd binnen de bebouwde kom gesitueerd. Er zijn verschillende typen woningen te onderscheiden: woningen die zich uiterlijk niet onderscheiden van de reguliere woningbouw, zoals eengezins- en meergezinswoningen, anderzijds paviljoenbouw, dat bedoeld is voor een groot aantal bewoners.

Zorgzwaarte

Tabel 2.8 geeft de onderverdeling van de cliënten in algemene instellingen ('VG intra'), GVT's en kinder GVT's (KGVT) naar zorgzwaartepakketten. Cijfers over ZPP-score per woonvorm zoals die in bovenstaande schema's zijn onderscheiden zijn niet beschikbaar.

Tabel 2.8 Onderverdeling naar zorgzwaartepakketten van VG-clieënten

ZPP	VG totaal		VG intramuraal		VG GVT		VG KGVT	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
VG 1	3.045	5%	1.421	3%	1.437	9%	187	10%
VG 2	4.811	8%	2.201	5%	2.423	15%	187	10%
VG 3	9.672	16%	4.970	12%	4.349	27%	353	19%
VG 4	8.212	14%	5.354	13%	2.643	17%	215	11%
VG 5	12.776	21%	11.263	27%	1.291	8%	222	12%
VG 6	7.772	13%	5.348	13%	2.183	14%	241	13%
VG 7	9.661	16%	8.719	21%	710	5%	232	12%
Buitensectoraal	4.087	7%	3.002	7%	814	5%	271	14%
Totaal	60.036	100%	42.278	100%	15.850	100%	1.908	100%

Bron: Resultaten landelijke ZPP-score, HHM, 2007

Alle ZPP scores voor VG komen in beide vormen voor, hoewel in algemene instellingen relatief zwaardere ZPP's voorkomen dan in GVT's. Dit komt overeen met de conclusie van het Bouwcollege: 'op de intramurale locaties met meer dan 50 bewoners is het niveau van de zorgzwaarte van de bewoners, volgens opgave van de instellingen, relatief hoger dan bij de kleinere intramurale en de semimurale locaties. Op de semimurale locaties zijn de bewoners met de lichtste zorgzwaarte en de meest mobiele personen woonachtig.'

Uit de diverse bronnen is af te leiden dat voor de woonvormen die in de schema's in dit hoofdstuk zijn onderscheiden geldt dat de zorgzwaarte het lichtst is in de individuele woonvormen, zwaarder is in de groepswoonvormen en het zwaarst bij afdelingswonen. We kunnen dit echter niet volledig met cijfers onderbouwen.

2.4.2 Wooninitiatieven (van ouders)

	2002	2006
Capaciteit (aantal bewoners)	+/- 230 (ongeveer 25 complexen)	+/- 610 (67 complexen)
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	9	9
Spreiding	Wooninitiatieven komen door heel Nederland voor.	
ZZP / benodigde zorg	Het overgrote deel van de bewoners is VG, ook LVG, MCG, LG, maar in mindere mate. (38% VG, 20% meervoudig, 19% autistisch, 14% MCG, 8% LG ¹ .)	
Woonsector/intramuraal	Woonsector. Particulier initiatief, alle woningen worden gehuurd. (71% is woningcorporatie eigenaar). Zorg wordt gefinancierd met PGB (overwegend), soms zorg in natura. - geen PGB 29% - deels PGB 29% - alles PGB 42% (KPMG)	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	In de meeste gevallen wonen meerdere mensen in een woning, soms hebben de bewoners een eigen appartement.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Afzonderlijk (groeps)woningen verspreid in de wijk	
Differentiatie in wooncomfort	Ja, er is variatie in type woningen.	
Mogelijkheden wonen met partner		
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	De keuze voor de zorgaanbieder is aan de initiatiefnemers. De meeste complexen hebben afspraken met een vaste AWBZ- erkende zorgaanbieder (74%, KPMG). Soms is de zorg in eigen hand (zelf personeel ingehuurd).	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorg en hoteldiensten	

Bron: www.woonzelf.nl

Algemeen beeld en ontwikkeling

Wooninitiatieven zijn woonvormen voor mensen met een beperking, waarbij het initiatief door de bewoners zelf of hun verwanten is genomen. Het aantal wooninitiatieven neemt sterk toe de laatste jaren.

Hoewel er ook initiatieven voor mensen met een psychiatrische of lichamelijke beperking zijn, is het overgrote deel van de bewoners verstandelijk gehandicapt. Over de zorgzwaarte van de bewoners zijn geen cijfers bekend, wel duidelijk is dat bewoners lichte of zware beperkingen kunnen hebben. In de meeste gevallen is een zorgaanbieder betrokken bij het initiatief, en levert deze ook de benodigde zorg. De initiatiefnemers nemen de uiteindelijke keuze met welke zorgaanbieder in zee wordt gemaakt.

Er zijn verschillende typen woonvormen mogelijk: men heeft een eigen zit-slaapkamer, met een gezamenlijke ruimte voor de bijvoorbeeld de maaltijden en/of andere activiteiten; of er is sprake van gekoppelde wooneenheden, bijvoorbeeld enkele appartementen in een appartementencomplex; of het gaat om enkele woningen in een straat met een steunpunt of zorgunit in de buurt (bijvoorbeeld in samenwerking met een woningcorporatie).

¹ Kleinschalige wooninitiatieven: financieel bekeken. KPMG 2006.

2.4.3 Thomashuizen

	2002	2006
Capaciteit	1	+/- 50 huizen, naar schatting +/-350 bewoners
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	7	7
Spreiding/ ligging	Komen in vrijwel heel Nederland voor	
ZZP / benodigde zorg	De doelgroep is verstandelijk gehandicapten.	
Woonsector/intramuraal	Woonsector. Van oorsprong particulier initiatief, inmiddels 'Franchise constructie'. Bewoners huren kamer, zorg met PGB	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Groepswonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Afzonderlijke (groeps)woningen verspreid in de wijk	
Differentiatie in wooncomfort		
Mogelijkheden wonen met partner		
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Zorg wordt geleverd door de 'zorgondernemers'. Bewoners hebben de keuze welke zorg en ondersteuning zij inkopen.	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorg en hoteldiensten (was, eten).	

Bron: www.thomashuizen.nl

Algemeen beeld en ontwikkeling

Het concept Thomashuizen is in 2001 begonnen. Sinds die tijd is een explosieve toename zichtbaar. Een Thomashuis is een kleinschalige woonvoorziening voor zes à acht mensen met een verstandelijke beperking. De voorziening wordt in de regel geleid door twee zorgondernemers, meestal echtparen/partners die zelf ook bij het Thomashuis wonen. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de zorg voor de bewoners. De zorg wordt betaald met een PGB. De huur wordt door de bewoners betaald uit overige inkomsten (vb Wajong uitkering).

2.4.4 Zorgboerderijen met woonfunctie

	2006
Capaciteit	62 boerderijen (schatting: 400- 600 plaatsen)
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	6-12 plaatsen (wonen)
Spreiding/ ligging	Zorgboerderijen met woonfunctie komen voor door het hele land, in plattelandsgebieden.
ZZP / benodigde zorg	Voor verschillende doelgroepen (VG, ouderen GGZ.), komt voor gemengd en gescheiden
Woonsector/intramuraal	Intramuraal (onderdeel van een instelling) of privaat (met PGB of in samenwerking met instelling)
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel of groepswonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Kleinschalige setting, (groeps)woningen gespreid in de wijk/platteland
Differentiatie in wooncomfort	Nauwelijks
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Niet bekend
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Zorg en dagbesteding

www.zorgboeren.nl

Algemeen beeld en ontwikkeling

Zorgboerderijen bieden dagbesteding en soms ook wonen voor mensen met een beperking. Zeer veel verschillende doelgroepen kunnen terecht op een zorgboerderij, maar de meest voorkomende groepen zijn mensen met een verstandelijke beperking. Het aantal zorgboerderijen groeit gestaag. De kosten voor de zorg worden ofwel met een PGB betaald, of de zorg en het wonen worden gefinancierd door een instelling die eigenaar is of samenwerkt met een private onderneming.

2.5 Woonvormen voor lichamelijk gehandicapten

In deze paragraaf onderscheiden we de volgende woonvormen voor lichamelijk gehandicapten:

- Grote woonvormen
- Geclusterd wonen
- Gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten
- ADL-clusterwoningen
- Opvallende nieuwe kleinschalige wooninitiatieven voor mensen met een lichamelijke handicap of een somatische verpleeghuisindicatie.

2.5.1 Grote woonvormen

	2001	2005
Capaciteit	Aantal instellingen: 4 Aantal plaatsen: 773 ¹	Aantal instellingen: 4 Aantal plaatsen: 792 ²
Gemiddeld aantal bewoners per woonvorm	Varieert van individueel tot wonen in iets grotere groepen van 10-12 bewoners.	
Spreiding/ ligging	Drie in het westen, één in Gelderland	
ZZP / benodigde zorg	LG6 21% LG2 17% LG1 15% LG4 14% LG5 10% Buitensect. 9% LG7 8% LG 3 6% ³	
Woonsector/intramuraal	Grotendeels intramuraal, maar samenwerking met een woningcorporatie waarbij de bewoner zelf huurt komt tegenwoordig ook voor.	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Wisselend. Cliënten wonen in kleinere of grotere groepen, vaak ook individueel in eigen appartementen.	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	In het algemeen grootschalige setting. Geclusterd in de wijk kan voorkomen.	
Differentiatie in wooncomfort	Ja, veel diverse woonvormen. Woningoppervlak van 80-100 m2 kan voorkomen in geval van een woningcorporatie wordt gehuurd.	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet	

¹ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o646n877.html

² SCP, meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten 2007.

³ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

Algemeen beeld en ontwikkeling

Er zijn van oudsher vier grote woonvormen voor lichamelijk gehandicapten in Nederland waarvan de capaciteit redelijk constant blijft. Eén van de woonvormen, Amstelrade, is inmiddels (zeer recent) volledig geëxtramuraliseerd (paragraaf 2.5.2).

In de regel is er bij de woonvormen geen sprake van grootschalig wonen: de 'grote woonvormen' bieden alle naast het wonen in iets grotere groepen ook in ruime mate kleinschalig groepswonen en individueel (al dan niet geclusterd) wonen aan. Ook is het soms mogelijk een woning van een woningcorporatie te huren waarbij de zorg door de zorgaanbieder wordt geleverd. Er is veel differentiatie zichtbaar in type woonvorm, grootte van de groep, mogelijkheden voor zelfstandig wonen, etc.

Opvallend is dat de in 2005 ingediende bouwplannen bij het CBZ voor lichamelijk gehandicapten 100% individueel wonen betreffen. Hieruit is te concluderen dat de sector zich bij het bouwen of verbouwen alleen nog op individueel wonen richt, en dat groeps- en afdelingsverblijf als dit zich doorzet dus uiteindelijk zal verdwijnen in de LG-sector.

De bewoners van de grote woonvormen worden in een notitie van het Bouwcollege¹ als volgt getypeerd: 'vaak kennen deze bewoners beperkingen op basis van lichamelijke, cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige stoornissen, die dermate ernstig zijn, dat zij blijvend zijn aangewezen op veelal intensieve zorgverlening'. Sommige bewoners hebben ernstige gedragsstoornissen door hersenletsel en verblijven in gesloten afdelingen. Deze groep wordt niet aangetroffen in de kleinere groepswoningen.

2.5.2 Geclusterd wonen

Van de vier genoemde grote woonvormen is er inmiddels één volledig geëxtramuraliseerd, te weten Amstelrade. De woonvorm is in bovenstaande paragraaf wat betreft capaciteit opgenomen in de cijfers (2005) maar wordt hieronder expliciet beschreven.

	2007
Capaciteit	200
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	geclusterd wonen met 20 a 24 woningen in nabijheid van een zorgsteunpunt
Spreiding/ ligging	woningen verspreid, in nabijheid van een zorgsteunpunt (binnen straal van 200 a 300 meter)
ZZP / benodigde zorg	Waarschijnlijk vooral ZZP LG 5 en 6.
Woonsector/intramuraal	Woonsector
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Geclusterd in de wijk
Differentiatie in wooncomfort	Ja, oppervlakte variërend van 80 tot 120 m ²
Mogelijkheden wonen met partner	Ja
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Deels, gedwongen winkelnering voor persoonlijke verzorging, maar voor andere AWBZ-zorg keus voor aanbieder.
Geleverd aanbod van zorg en diensten	persoonlijke verzorging en andere zorg zelf te organiseren

Algemeen beeld en ontwikkeling

In samenwerking met een aantal woningcorporaties zijn complexen van (geclusterde) woningen in de wijk gerealiseerd waar 24 uur per dag op afroep zorg kan worden geboden aan cliënten met een (ernstige) lichamelijke beperking.

¹ Typologie lichamelijk gehandicapten – wonen, zorg of assistentie, CBZ, 2002.

2.5.3 Gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten

	2002	2005
Capaciteit (aantal plaatsen)	2.411 ¹	3.100 ²
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening		
Spreiding/ ligging	Redelijk gespreid over Nederland	
ZZP / benodigde zorg	LG6 17% LG4 17% LG2 17% LG1 17% LG7 10% Buitensect. 10% LG5 6% LG3 5% ³	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Groepswonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	(Groeps)woningen verspreid in de wijk	
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend	
Mogelijkheden wonen met partner	Nee	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet	

Algemeen beeld en ontwikkeling

Gezinsvervangende tehuizen zijn kleine groepswoonvormen. Er is sprake van een duidelijke groei in capaciteit. GVT's onderscheiden zich van grote woonvormen doordat zij (alleen) enkelvoudig gehandicapten huisvesten. Ze hebben minder dan vier uur per dag zorg of begeleiding nodig en er is geen sprake van gedragsstoornissen of (ook) een verstandelijke handicap.

2.5.4 ADL-clusterwoningen

	2002	2007
Capaciteit	902 ⁴ Fokuswoningen	1155 ⁵ Fokuswoningen
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	13,7	13,8
Spreiding/ ligging	Verspreid.	
ZZP / benodigde zorg	Waarschijnlijk vooral ZZP LG 3 en 5.	
Woonsector/intramuraal	Woonsector, scheiden wonen en zorg	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel wonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Geclusterd in de wijk	
Differentiatie in wooncomfort	Ja, oppervlakte variërend van 80 tot 120 m ²	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Persoonlijke assistentie bij ADL, bijvoorbeeld bij lichamelijke verzorging, aan- en uitkleden, eten en drinken (geen maaltijdvoorziening), toiletgang en verplaatsen, eenvoudige verpleegtechnische assistentie en enige hand- en spandiensten.	

¹ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o646n877.html

² SCP, meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten 2007.

³ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

⁴ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o646n877.html

⁵ www.fokuswonen.nl

Algemeen beeld en ontwikkeling

In ADL-clusterwoningen wonen lichamelijk gehandicapten die alleen assistentie bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen nodig hebben. Doordat in de meeste projecten Fokus de zorgaanbieder is, zijn de woningen beter bekend als Fokuswoningen (waarop bovenstaande aantallen dan ook betrekking hebben). ADL-clusterwonen wordt gerealiseerd op grond van de ADL-clusterregeling: deze financiert de (ver)bouw van, en zorglevering in, zogenoemde ADL-clusters. De bewoners leven geheel zelfstandig en voeren de regie over hun eigen leven. Zij kunnen maximaal 30 uur assistentie per week ontvangen. Over zorgzwaarte zijn geen cijfers voorhanden maar gezien de omschrijving van de doelgroep (sociaal zelfstandig maar volledig ADL-afhankelijk) zijn de ZZP's LG 3 en 5 het meest aannemelijk. De cijfers laten een toename van de vraag naar en het aanbod van Fokuswoningen zien.

2.5.5 Opvallende nieuwe kleinschalige wooninitiatieven

	2002	2007
Capaciteit (plaatsen)		Enkele 100-en
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	Varieert rond de tien.	
Spreiding/ ligging	Redelijk gespreid	
Doelgroep/ZZP	Jonge somatische verpleeghuiscliënten (vaak met NAH), lichamelijk gehandicapten.	
Woonsector/intramuraal	Zorgaanbieder is eigenaar, meestal wel scheiding van <u>wonen en zorg</u>	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Soms individueel, soms groepswonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Meestal geclusterd	
Differentiatie in wooncomfort	Ja	
Mogelijkheden wonen met partner	Ja	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Meestal niet.	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Assistentie en begeleiding voor cliënten die weliswaar primair lichamelijk gehandicapt zijn, maar daarnaast ook in psychosociaal opzicht niet geheel zelfstandig kunnen functioneren, vaak als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel.	

Bron: website KCWZ.

Algemeen beeld en ontwikkeling

Recent ontstaan meer kleinschalige woonvormen voor lichamelijk gehandicapten en/of jonge mensen met een somatische verpleeghuisindicatie waar het veelal mogelijk is zelfstandig te wonen. Er zijn geen exacte aantallen, slechts enkele individuele voorbeelden bekend, zoals Florastate in Leeuwarden. Overigens kunnen deze woonvormen vallen onder de capaciteit van de grote woonvormen. Ook kan het gaan om ouderinitiatieven. Kenmerkend voor deze vormen is dat er vaak sprake is van financieel scheiden van wonen en zorg, maar dat beide meestal wel aan elkaar gekoppeld zijn (geen keuzemogelijkheid zorgaanbieder), zeker wanneer sprake is van 24-uurszorggarantie). De doelgroep kenmerkt zich door lichamelijk en cognitieve beperkingen, vaak als gevolg van NAH.

2.6 Woonvormen voor zintuiglijk gehandicapten

In deze paragraaf onderscheiden we de volgende woonvormen voor zintuiglijk gehandicapten:

- Instellingen voor auditief gehandicapten
- Instellingen voor visueel gehandicapten
- GVT's voor zintuiglijk gehandicapten.

Instellingen voor auditief gehandicapten

	2002	2004								
Capaciteit (aantal toegelaten plaatsen)	918 toegelaten plaatsen ¹ , naar schatting is daadwerkelijke verblijfs capaciteit 584 ² . Aantal instellingen: 5	1022								
Gemiddeld aantal bewoners per instelling:	117									
Spreiding/ ligging	In totaal zijn er 11 regio's waar toegelaten plaatsen beschikbaar zijn voor mensen met een zintuiglijke beperking. De spreiding in het aantal plaatsen tussen deze regio's loopt van 0,1 (Amsterdam) tot 9,6 (Noordoost-Brabant) ³ . Het CBZ concludeert een 'vrij slechte' landelijke spreiding.									
ZZP / benodigde zorg	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ZG 1 aud & com</td> <td style="text-align: right;">40%</td> </tr> <tr> <td>ZG 3 aud & com</td> <td style="text-align: right;">29%</td> </tr> <tr> <td>ZG 2 aud & com</td> <td style="text-align: right;">22%</td> </tr> <tr> <td>Buitensect.</td> <td style="text-align: right;">9%⁴</td> </tr> </table> <p>De cliënten hebben een auditieve en communicatieve problematiek en mogelijk ernstige spraak-taal moeilijkheden. Een deel van de cliënten heeft daarbij tevens een verstandelijke handicap. Ook kan sprake zijn van een combinatie met psychiatrische problemen.</p>		ZG 1 aud & com	40%	ZG 3 aud & com	29%	ZG 2 aud & com	22%	Buitensect.	9% ⁴
ZG 1 aud & com	40%									
ZG 3 aud & com	29%									
ZG 2 aud & com	22%									
Buitensect.	9% ⁴									
Woonsector/intramuraal	Intramuraal									
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel of groepswonen in grotere of kleinere groepen, op instellingsterrein of in een woonwijk									
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Wisselend									
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend									
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend									
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee									
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet									

¹ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o651n878.html

² Uitvoeringstoets voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, CBZ, 2002.

³ RIVM Nationale atlas volksgezondheid.

⁴ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

Instellingen voor visueel gehandicapten

	2002	2004
Capaciteit (aantal toegelaten plaatsen)	560 toegelaten plaatsen ¹ , naar schatting is daadwerkelijke verblijfs capaciteit 266 ² . Aantal instellingen: 6	568
Gemiddeld aantal bewoners per instelling:	44	
Spreiding/ ligging	Zie gegevens RIVM bij schema instellingen voor auditief gehandicapten. Het CBZ concludeert een 'vrij slechte' landelijke spreiding.	
ZZP / benodigde zorg	ZG2 vis 25% ZG4 vis 23% ZG5 vis 17% ZG3 vis 15% Buitensect. 12% ZG1 vis 8% ³	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Individueel of groepswonen in grotere of kleinere groepen, op instellingsterrein of in een woonwijk	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Wisselend	
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend	
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet	

Gezinsvervangende tehuizen voor zintuiglijk gehandicapten⁴

	2002	2004
Capaciteit	233 ⁵	170
Gemiddeld aantal bewoners per voorziening	+/- 20	
Spreiding/ ligging	Zie instellingen voor auditief gehandicapten.	
ZZP / benodigde zorg	Relatief lagere ZZP vis ⁶ voor de visueel beperkte doelgroep. Niet bekend bij auditief beperkte doelgroep.	
Woonsector/intramuraal	Intramuraal	
Individueel wonen, groepswonen, afdelingswonen	Groepswonen	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	(Groeps)woningen verspreid in de wijk	
Differentiatie in wooncomfort	Niet bekend	
Mogelijkheden wonen met partner	Niet bekend	
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Nee	
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Compleet	

¹ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o651n878.html

² Uitvoeringstoets voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, CBZ, 2002.

³ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

⁴ Er zijn zowel GVT's voor auditief als visueel gehandicapten maar de capaciteit is in de literatuur niet onderscheiden.

⁵ www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o651n878.html

⁶ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

Algemeen beeld en ontwikkeling

Bijna alle mensen met een zintuiglijke beperking wonen zelfstandig thuis. Het is slechts een kleine groep zintuiglijk gehandicapten die daadwerkelijk in een instelling verblijft. De toegelaten capaciteit van de instellingen voor auditief gehandicapten neemt licht toe in de periode 2002-2004. Toch is sprake van toenemende extramuralisatie: in de Brancherapporten van VWS wordt aangegeven dat deze cijfers over capaciteit relevant zijn voor de financiering meer geen afspiegeling vormen van de daadwerkelijk productie.

In cijfers over de capaciteit van gezinsvervangende tehuizen voor zintuiglijk gehandicapten is de toenemende extramuralisatie wel zichtbaar: deze capaciteit neemt af in de periode 2002-2004.

In de publicatie Uitvoeringstoets voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten van het CBZ uit 2002 wordt het beeld bevestigd dat de toegelaten capaciteit voor verblijf voor deze doelgroep aanzienlijk lager is dan de daadwerkelijk verblijfs capaciteit. In deze publicatie wordt de capaciteit van verblijf in een instelling voor auditief gehandicapten in 2002 geschat op 584 en voor visueel gehandicapten op 266. Overigens verblijft deze doelgroep ook in instellingen voor verstandelijk gehandicapten (bij meervoudige problematiek) en in verzorgings- of verpleegtehuizen.

Het Bouwcollege meldt overigens dat instellingen een 'afnemende draagkracht' in de thuis situatie constateren bij cliënten met meervoudige problematiek. Hierdoor verwachten ze een toename of minder sterke afname van het aantal verblijfplaatsen voor zintuiglijk gehandicapten in de toekomst.

Verblijfslocatie

Op de website van het KCWZ is te lezen dat de afgelopen decennia mensen met zintuiglijke handicaps steeds vaker in woonwijken zijn gaan wonen. De verschillen tussen de instellingen zijn echter groot, van vrijwel volledig buiten de hoofdlocatie gesitueerde woonvormen tot overwegend op de hoofdlocatie gesitueerde (groeps)woningen.

Ook het Bouwcollege constateert dat instellingen verschillen in de mate waarin in woonwijken of op het instellingsterrein wordt gewoond. Een conclusie van het Bouwcollege is dat 'voor een beperkt deel van de cliënten een beschermde verblijfsomgeving wenselijk is, vooral cliënten met ernstige, gecombineerde problematiek, met ernstige gedragsproblemen, sommige vormen van autisme en bijvoorbeeld mensen met een zintuiglijke handicap en een ernstige verstandelijke handicap. Deze cliënten hebben een intensieve begeleidings- en zorgvraag en behoeven een veilige en/of een prikkelarme omgeving alsmede de nabijheid van speciale scholen en dagactiviteiten. Wonen in een wijk zal aan deze cliënten geen voordelen bieden.'

Los van de locatie van het verblijf, richt de sector zich wel op individueel in plaats van groeps wonen: evenals in de LG-sector betreft 100% van de in 2005 ingediende bouwplannen bij het CBZ voor zintuiglijk gehandicapten individueel wonen.

2.7 Samenvatting ontwikkelingen in en kenmerken van het aanbod van wonen en zorg

In deze paragraaf vatten we de in dit hoofdstuk beschreven ontwikkeling van het aanbod van wonen en zorg samen. Hierbij maken we wederom onderscheid naar de onderscheiden doelgroepen ouderen, mensen met een psychiatrische stoornis, verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten.

2.7.1 Samenvatting aanbod ouderen

Hieronder worden de kenmerken van de woonvormen voor ouderen beschreven, en waar mogelijk een onderscheid gemaakt naar intramurale woonvormen en woonvormen waar wonen en zorg financieel gescheiden zijn.

Capaciteit

De absolute intramurale capaciteit stijgt licht (169.449 plaatsen in 2002 en 170.432 plaatsen in 2006), maar daalt als gekeken wordt naar het aantal bedden per 80-plusser: 0,32 in 2002 en 0,29 in 2006 (gebaseerd op bevolkingscijfers CBS).

Tegelijk is sprake van een toenemende capaciteit van het aanbod op de woonmarkt. Dit betreft ten eerste de capaciteit van 'gewone' geschikte woningen zoals nultredenwoningen. Deze woonvormen laten we echter hier buiten beschouwing, hoewel de beschikbaarheid ervan een belangrijke randvoorwaarde is voor scheiden van wonen en zorg. Ook het aanbod van woonvormen dat specifiek bestemd is voor wonen met zorg neemt vanuit de woonmarkt toe.

Het aanbod voor de doelgroep dementerenden waarbij wonen en zorg gescheiden zijn is klein maar aanwezig. Kleinschalig groepswonen voor dementerenden is soms gerealiseerd met scheiden van wonen en zorg, waarbij de bewoner huurt van een woningcorporatie of van een zorgaanbieder. De databank van het KCWZ meldt in 2002 35 van deze locaties die met scheiden van wonen en zorg waren gerealiseerd, met in totaal 79 woningen en 497 bewoners. In 2007 waren dat er 72 met in totaal zo'n 240 woningen en 1200 bewoners. Opvallend is dat we het percentage van de groepswoningen waarbij wonen en zorg financieel gescheiden zijn de afgelopen jaren zien afnemen. Als verklaring hiervoor noemt het KCWZ bijvoorbeeld het knelpunt van dubbele huisvestingslasten voor de bewoner en diens thuiswonende partner en financiële onzekerheid voor instellingen bij scheiden van wonen en zorg. Er zijn recente nieuwe woonvormen voor de doelgroep dementerenden, zowel gefinancierd met scheiden wonen en zorg als intramuraal, waar meer comfort en zelfstandigheid, en de mogelijkheid te wonen met partner wordt geboden.

Het aanbod voor de doelgroep ouderen met somatische problematiek waarbij wonen en zorg gescheiden zijn is veel groter en bestaat vooral uit woonzorgcomplexen. De capaciteit van woonzorgcomplexen is in de afgelopen vijf jaar, gezien de data van het KCWZ, met 7% toegenomen tot 65.370. Geen recente sterke stijging dus. Eind jaren '90 was echter wel sprake van een zeer sterke stijging van deze capaciteit. Verder zien we voor deze doelgroep particuliere initiatieven van luxe woonvormen, de 'residenties' met tussen de 500 en 1500 plaatsen.

Aanleunwoningen (+/- 46.000 plaatsen in 2006) en serviceflats (+/- 35.000 plaatsen in 2006) behoren eveneens tot het aanbod voor ouderen vanuit de woonsector.

Spreiding

De intramurale verpleeghuis- en verzorgingscapaciteit is verspreid over het hele land. Voor de deels intramurale, deels extramurale capaciteit van kleinschalig wonen voor dementerenden, evenals voor de woonzorgcomplexen, geldt dat er in iedere provincie enkele tot een groot aantal locaties te vinden zijn. Beide woonvormen zijn het meest in Noord- en Zuid-Holland, in een bestaande wijk of dorp, te vinden.

De Herbergier bestaat op dit moment alleen nog in Arnhem. De residenties zijn meer verspreid, maar bevinden zich vooral in Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland.

ZZP / benodigde zorg

Onderstaand overzicht geeft de benodigde zorg en de ZZP's, voor zover bekend, weer per woonvorm voor ouderen. Hierin ontbreken de ouderen die 'gewoon thuis' wonen, maar in principe in aanmerking zouden komen voor een verblijfsindicatie. Uit het rapport 'Analyse databestanden ten behoeve van verblijfszorg thuis' (HHM, 2007) is te concluderen dat er medio 2006 ruim 15.000 cliënten met een V&V indicatie voor verblijf langdurig, zorg zonder verblijf ontvangen. Van hen heeft driekwart een V&V 1 of 2.

Algemeen beeld is dat ouderen met hogere zorgzwaarten vooral in de intramurale instellingen verblijven (en minder op de woonmarkt) en dat de zorgzwaarte in verzorgingstehuizen toeneemt. In principe is het wel mogelijk dat mensen met een zwaardere zorgvraag verblijven in een woonvorm als De Herbergier, een Residentie of een serviceflat, hier zijn echter geen cijfers over beschikbaar.

Woonvorm	Benodigde zorg	ZZP
Verpleeghuis	Intensieve zorg, verpleging en verzorging in beschermde woonomgeving	V&V 1 t/m 10. Vooral: VV05 (35%), VV07 (21%), VV06 (15%) en VV09 (8%).
Kleinschalig groepswonen voor dementerenden	Intensieve begeleiding en verzorging in beschermde woonomgeving	VV05 (en VV04?)
De Herbergier	Intensieve begeleiding en verzorging in beschermde woonomgeving	VV05 (en VV04?).
Verzorgingshuizen	Begeleiding en (intensieve) verzorging in beschutte woonomgeving	V&V 1 t/m 10. Vooral: VV01 (31%), VV02 (18%), VV03 (12%) en VV06 (11%).
Woonzorgcomplexen	Begeleiding en (intensieve) verzorging in beschutte woonomgeving	Naar verwachting de lichtere ZZP's (1 en 2)
Residenties	Verpleging en/of verzorging	Wisselende zorgzwaarte, meestal somatisch (1,2,3,6), soms PG (4,5)
Aanleunwoningen	Lichte zorgvraag, beschutte woonomgeving	Voor zover van toepassing waarschijnlijk voor VV01 en VV02.
Serviceflats	Wisselende zorgvraag	Voor zover van toepassing waarschijnlijk voor VV01 en VV02, maar zwaardere vormen zijn ook mogelijk.

Individueel wonen, afdelings- en groepswonen

Het onderscheid intramuraal of woonmarkt is niet zozeer bepalend voor het aanbod van individueel of groepswonen, meer de aard van de beperking. Individueel verblijf maakt tegenwoordig onderdeel uit van de verpleeghuiscapaciteit, vooral voor ouderen met somatische problematiek. De capaciteit van verzorgingstehuizen en woonzorgcomplexen is per definitie individueel. Algemeen beeld is dat bij de lichtere somatische doelgroep individueel wonen altijd mogelijk is en bij de zwaardere somatische groep soms. Bij de zwaardere psychogeriatrische doelgroep is overwegend sprake van afdelings- en groepswonen. Bij de ingediende nieuwbouwplannen is in ongeveer de helft van de gevallen sprake van afdelingswonen en de andere helft van kleinschalig groepswonen. Een deel van de mensen met een psychogeriatrische beperkingen heeft, in de kleinschalige complexen, de beschikking over eigen sanitair, maar de woning voldoet niet aan de criteria van een zelfstandige woning met bijvoorbeeld ook een eigen keuken. Algemeen is er sprake van een verschuiving van afdelingswonen naar groepswonen voor mensen met een psychogeriatrische beperking en naar individueel wonen voor mensen met een somatische beperking.

Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk

De verpleeghuiszorg wordt steeds meer op kleinschalige settings in de vorm van kleinschalig groepswonen gerealiseerd. Bij de verzorgingstehuizen zijn de locaties vaak grootschalig, hoewel het aantal locaties met meer dan 100 bewoners wel afneemt. Locaties met tussen de 25 en 75 bewoners nemen toe. In woonzorgcomplexen is het aantal woningen per complex wisselend. Gemiddeld bestaat het complex uit 60 woningen, waarmee gesproken kan worden over een grootschalige, geclusterde setting. De Residenties betreffen kleinschaliger complexen, met tussen de 10 en de 30 bewoners. In aanleunwoningen en serviceflats wordt op grootschalige locaties (geclusterd) gewoond.

Kijken we naar het verschil tussen de woonmarkt en het intramuraal aanbod dan zien we dat beide nog steeds vooral grootschalige settings realiseren, hoewel het bij de woonmarkt wel vaak om zelfstandige woningen gaat. Relatief kleinschalige locaties komen zowel op de woonmarkt (Herbergier, Residenties) als intramuraal (kleinschalige setting, bijvoorbeeld geclusterd groepswonen) in mindere mate voor.

Differentiatie in wooncomfort

In verpleeghuizen zien we toename van het wooncomfort in zoverre dat het aantal 1- of 2-persoonskamers toeneemt. In woonoppervlak is enige differentiatie zichtbaar, per persoon varieert het oppervlak in de meeste gevallen tussen de 10 en de 15m².

Bij kleinschalig groepswonen voor dementerenden (intramuraal dan wel op de woonmarkt) is niet duidelijk wat de differentiatie in comfort is, wel is duidelijk dat de grootte van de groepen kan verschillen. Algemeen beeld is dat in bijna de helft van de locaties de bewoners de beschikking hebben over een eigen wastafel en dat dit bij ruim een derde van de locaties geldt voor douche en toilet. In veruit de meeste locaties heeft men een eigen kamer. Het blijkt dat bewoners van locaties die binnen de WZV/WTZi zijn gerealiseerd, ongeveer 10% vaker de beschikking hebben over eigen sanitair dan bij scheiden van wonen en zorg. Locaties die met scheiden van wonen en zorg zijn gerealiseerd bieden echter wel wat vaker eigen kamers. Hoewel het beeld enigszins diffuus blijft kan op basis van een aanvullende inventarisatie worden gesteld dat, in die complexen waar bewoners eigen sanitair hebben, de woonmarkt tendeeft naar ruimer bouwen. Voor deze zelfde doelgroep biedt de Herbergier veel differentiatie in wooncomfort, hier zijn zowel luxe (60 m²) als 'standaard' appartementen beschikbaar (het gaat hier echter nog om een zeer klein aanbod).

In verzorgingstehuizen neemt het wooncomfort en de omvang van de woningen toe. Appartementen zijn meestal 24-36 m², kleiner en groter komt ook voor, hoewel zeer weinig groter zijn dan 50 m². Woonzorgcomplexen betreffen meestal sociale woningbouw, maar ook luxere huurwoningen en koopwoningen komen voor. Residenties bieden per definitie luxe woningen en meer wooncomfort. Aanleunwoningen hebben meestal een oppervlakte van meer dan 70m², serviceflats voor ouderen zijn in de regel luxer en ruimer.

Te concluderen is dat het aanbod op de woonmarkt gemiddeld meer wooncomfort biedt (ruimer is). Dit geldt zowel voor wat zorgaanbieders realiseren als voor wat vanuit de woonmarkt wordt gerealiseerd. Hierbij is een onderscheid naar 'normaal' en 'luxe' zichtbaar. Bij het intramurale aanbod neemt het comfortniveau en differentiatie naar woonvorm toe en is ook enige diversiteit zichtbaar. Het wooncomfort in verzorgingshuizen is groter dan dat in verpleeghuizen, wat leidt tot meer wooncomfort voor mensen met een lichtere en vaak somatische zorgzwaarte dan voor hen met een zwaardere en vaak psychogeriatrische zorgzwaarte. Het aanbod voor mensen met een somatische beperking, zeker een lichtere, is vrijwel altijd individueel wonen, waar het bij een psychogeriatrische beperking meestal om groepswonen gaat.

Mogelijkheden wonen met partner

In verpleeghuizen is het in de regel niet mogelijk om te wonen met partner, maar er bestaan wel enkele mogelijkheden. Er zijn enkele nieuwe initiatieven van wonen voor mensen met dementie en hun partner, zowel door woningcorporaties (de Herbergier) als van zorgaanbieders. Voor de lichtere, somatische groep is het wonen met partner vrijwel altijd mogelijk (verzorgingstehuizen, woonzorgcomplexen, residenties, aanleunwoningen, serviceflats). Bij wonen op de woonmarkt is dit vaker mogelijk met partner, maar zorgaanbieders ontwikkelen hier ook steeds meer initiatieven voor.

Keuzemogelijkheid zorgaanbieder

In geval van intramurale zorg kan niet gekozen worden voor een zorgaanbieder. Op de woonmarkt is het echter ook niet altijd mogelijk om te kiezen voor een zorgaanbieder. Zeker waar 24-uurszorggarantie worden geboden is er soms sprake van gedwongen winkelnering. Bij woonzorgcomplexen verschilt het per complex of de cliënt keuzemogelijkheden heeft voor een zorgaanbieder. Het CBZ geeft aan dat soms in contracten met de woningcorporaties staat dat 24-uurszorggarantie alleen geboden kan worden als gekozen wordt voor de vaste zorgaanbieder. Uitkomsten van enquête van de Nederlandse Woonbond doen vermoeden dat gedwongen winkelnering in een minderheid van de complexen aan de orde is. Voor de luxere woonvormen (herbergier, residenties) geldt dat er een vast team zorgverleners de zorg levert, dit wordt juist geëtaleerd als de meerwaarde van deze voorzieningen. Bij woonvormen voor mensen met een minder intensieve zorgvraag is de keuzemogelijkheid er meestal wel. Voor aanleunwoningen en serviceflats geldt dat men in principe vrij is om te kiezen, maar de ook hier zit de meerwaarde van woning er vaak in dat de zorg zich in de nabijheid bevindt.

Geleverd aanbod van zorg en diensten

Alle onderscheiden woonvormen leveren een redelijk compleet aanbod aan zorg en diensten: (24-uurs)zorg, maaltijden, alarmering, eventueel dagactiviteiten en wassen. In luxere woonvarianten vanuit de woonmarkt is er sprake van een hoger serviceniveau.

2.7.2 Samenvatting aanbod GGZ

Capaciteit

Over de capaciteit in de GGZ worden in verschillende publicaties andere cijfers voor dezelfde jaren genoemd. Dit kan worden verklaard doordat deze bronnen verschillende typen instellingen (APZ, PAAZ, RIBW, verslavingszorg) al dan niet zijn meetellen.

Omdat de gevonden cijfers over 2002 en 2005 uit verschillende bronnen afkomstig zijn en er teveel onduidelijkheid bestaat over de interpretatie van deze cijfers, durven we hier geen conclusies over trends uit te trekken. Ook wat betreft de capaciteit van RIBW's zien we tegenstrijdige informatie, die ofwel een afname, ofwel een toename van de capaciteit constateren. Uit gegevens van het CVZ komt in ieder geval een zeer duidelijk toename naar voren in de periode 2000 tot 2005: een stijging van 30% van grootschalige intramurale (24-uurs)zorg en van 7% van de capaciteit van intramuraal beschermd wonen (RIBW's). Tegelijk wordt een stijging van 100% van extramurale zorgcontacten geconstateerd: dus wel een toename van extramurale zorg, maar deze komt niet in de plaats van het intramurale verblijf, omdat deze capaciteit ook sterk toeneemt.

Over de capaciteit van het aanbod in de GGZ waar wonen en zorg gescheiden zijn, zijn nauwelijks cijfers bekend. Wel wordt geconstateerd dat initiatieven voor scheiden van wonen en zorg door APZ-en of RIBW's worden genomen, deze vaak niet of slechts ten dele worden gerealiseerd, vanwege onder andere onduidelijkheid over de bekostigingsystematiek en het feit dat er voor de cliënten vaak geen geschikte woonruimte beschikbaar is. Wel is bekend dat scheiden van wonen en zorg in de GGZ in toenemende mate voorkomt in de vorm van begeleid zelfstandig wonen. In hoeverre hier echter sprake is van het realiseren of ombouwen van specifieke woonvoorzieningen voor deze doelgroep, dan wel om begeleid 'thuis' wonen, is niet met cijfers te staven.

In de databank van het Kenniscentrum zijn 20 woonzorgcomplexen opgenomen die (ook) bedoeld zijn voor mensen met psychiatrische problematiek.

Spreiding

Zowel APZ-en als RIBW's hebben een goede landelijke spreiding.

ZZP / benodigde zorg

Woonvorm	Benodigde zorg	ZZP
APZ	Intensieve behandeling en begeleiding.	GGZ B-groep (verblijf vanwege behandeling): GGZ 5 (21%), GGZ 2 (18%), GGZ 4 (17%), GGZ1 (15%), GGZ 3 (14%), GGZ 6 (8%)
RIBW	Beschermd woonomgeving	GGZ C-groep (verblijf niet vanwege behandeling): naar verwachting met name GGZ C-groep 1 t/m 4.

Individueel wonen, afdelings- en groepswonen

Binnen een APZ kan zowel sprake zijn van afdelingswonen als van beschermd groepswonen en individueel wonen, op het instellingsterrein of in de wijk. Bij het CBZ betrof in 2006 10% van de ingediende plannen individueel verblijf, 10% kleinschalig groepsverblijf en 80% afdelingsverblijf (groepen van > 6 personen). Duidelijk is dat vergeleken met andere sectoren afdelingsverblijf in de GGZ nog veel voorkomt.

In RIBW's wordt wel standaard in kleine groepen (gemiddeld 3 tot 4) gewoond. Het verschil met groepswonen vanuit het APZ is dat in het laatste geval de behandeling voorop staat in plaats van de woonbegeleiding.

Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk

Binnen de intramurale GGZ wordt geclusterd gewoond op instellingsterreinen, maar ook in afzonderlijke woningen in de wijk. We beschikken niet over cijfers over de mate waarin beide varianten voorkomen.

Differentiatie in wooncomfort

De omvang van kamers in APZ-en is veelal beperkt: gemiddeld 11 m² voor een 1-persoonskamer en 17 m² voor een tweepersoonskamer. Echter sociowoningen die beschermd kleinschalig groepswonen en soms individueel wonen aanbieden, bieden naar verwachting meer comfort. Vanwege de beperkte beschikbaarheid van cijfers is het niet mogelijk conclusies te trekken over verschillen in comfortniveau tussen intramuraal wonen en wonen op de woonmarkt in de GGZ.

Mogelijkheden wonen met partner

Het is niet bekend in hoeverre het mogelijk is te wonen met een partner binnen een GGZ-voorziening. Wellicht zijn er hiervoor incidentele mogelijkheden.

Keuzemogelijkheid zorgaanbieder

Er is geen sprake van keuzemogelijkheid voor een zorgaanbieder binnen een GGZ-instelling. Er zijn wel enkele (20) woonzorgcomplexen die (ook) bedoeld zijn voor mensen met psychiatrische problematiek. Niet bekend is of hier kan worden gekozen voor een bepaalde zorgaanbieder.

Geleverd aanbod van zorg en diensten

In een APZ is een compleet aanbod van zorg en diensten beschikbaar. In een RIBW is dit aanbod wisselend.

2.7.3 Samenvatting aanbod gehandicapten

Algemene ontwikkelingen in het aanbod voor gehandicapten

Ook in de gehandicaptensector zijn belangrijke trends dat er een verschuiving plaatsvindt van grootschalig naar kleinschalig (groeps)wonen (een trend die al wat langer aan de gang is) en, meer recent, van groepswonen naar individueel wonen (eventueel in clusters). Bij nieuw ingediende bouwplannen komt afdelingsverblijf niet meer voor, in de sector LG en ZG komt zelfs alleen nog maar individueel verblijf voor in nieuwe plannen. Verder is er in de hele sector een groei van mensen die (begeleid) zelfstandig wonen.

Het Kenniscentrum meldt de ontwikkeling dat steeds vaker samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen en woningbouwcorporaties ontstaan, waarbij de zorgaanbieder huurt van een woningcorporatie en de bewoner van de zorgaanbieder met de mogelijkheid van huurtoeslag. Steeds vaker wordt standaard bij de aanleg van nieuwbouwwijken groeps- en geclusterde woonvormen door woningcorporaties gebouwd. Ook het Bouwcollege constateert een toename van scheiden van wonen zorg. Op dit moment kunnen we dit echter niet met cijfers onderbouwen.

Een opvallende ontwikkeling is verder een toename van ouders of familie die zelf woonruimte huren en de nodige zorg en begeleiding inhuren met behulp van een PGB. Hierbij is per definitie sprake van het scheiden van wonen en zorg.

Hieronder worden de kenmerken van de woonvormen voor gehandicapten beschreven, en waar mogelijk een onderscheid gemaakt naar intramurale woonvormen en woonvormen waar wonen en zorg financieel gescheiden zijn.

Capaciteit

Verstandelijk gehandicapten

Uit beschikbare cijfers is op te maken dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap dat intramuraal (in een algemene instelling of in een GVT) woont gestaag toeneemt, wellicht mede als gevolg van een toenemende levensverwachting van deze groep. In 2002 gaat het om een toegelaten capaciteit van 55.932, in 2004 om 57.560. In het rapport Resultaten landelijke ZZP-score (HHM, 2007) wordt een totaal aantal cliënten in intramurale instellingen in 2006 van 60.036 gemeld. Een toename van scheiden van wonen en zorg wordt wel geconstateerd (KCWZ, CBZ), maar niet met cijfers onderbouwd.

In 2002 woonden 31.500 verstandelijk gehandicapte cliënten in een kleine (3-12 bewoners) groep, 6.350 individueel geclusterd (ongeveer 15%) en 5.500 in een grotere groep/op een afdeling. Individueel (maar intramuraal) wonen in een afzonderlijke woning deden in 2002 2.200 verstandelijk gehandicapten.

Een toename van scheiden van wonen en zorg is in ieder geval te zien in de vorm van nieuwe initiatieven van ouders en de Thomashuizen, waar de zorg met een PGB wordt betaald. Wooninitiatieven van ouders laten in de afgelopen 5 jaar een toename in de capaciteit zien van zo'n 160% (van +/- 230 naar +/- 610 plaatsen). Thomashuizen zijn in de afgelopen 5 jaar toegenomen van één naar 50 huizen, met een totale capaciteit van +/- 350.

Lichamelijk gehandicapten

De intramurale capaciteit van de grote woonvormen LG-sector blijft redelijk stabiel en bedraagt zo'n 800 plaatsen in 2005. In de capaciteit van de GVT's zien we een forse toename in 3 jaar tijd met 29% tot 3.100 in 2005. Uit cijfers van het Bouwcollege blijkt dat de daar ingediende plannen voor 2005 100% individueel verblijf betroffen.

Het aanbod vanuit de woonmarkt neemt toe. In ieder geval is er een duidelijke toename van de capaciteit van Fokuswoningen: met 28% in de afgelopen 5 jaar tot 1.155. Tevens zijn individuele voorbeelden zichtbaar van aanbod van de woonmarkt waar bewoners zelf huren, waarbij samen wordt gewerkt met een zorgaanbieder.

Zintuiglijk gehandicapten

De overgrote meerderheid van mensen met een zintuiglijke beperking woont thuis (en wonen en zorg zijn dus gescheiden). De toegelaten capaciteit voor instellingen voor zintuiglijk gehandicapten blijft in de periode 2002-2004 min of meer stabiel, er blijkt echter wel sprake van een afname van daadwerkelijke capaciteit. Bij gezinsvervangende tehuizen is in die periode een afname van de capaciteit zichtbaar. In deze sector is duidelijk sprake van toenemende extramuralisatie. Op basis van de cijfers kan het aantal intramuraal verblijvende cliënten in 2002 geschat worden op zo'n 1000, het gaat dus sowieso om een zeer kleine groep.

Spreiding

Verstandelijk gehandicapten

Woonvormen voor VG zijn over het hele land gespreid. Ze liggen soms op een instellings-terrein, binnen of buiten de bebouwde kom, maar ook wel in een woonwijk. Ook wooninitiatieven van ouders, Thomashuizen en zorgboerderijen komen in heel Nederland voor.

Lichamelijk gehandicapten

De grote woonvormen voor lichamelijk gehandicapten zijn met name in het westen gelokaliseerd, één bevindt zich in Gelderland. GVT's en ADL-clusterwoningen zijn redelijk gespreid over Nederland. Dat geldt ook voor de nieuwe kleinschalige wooninitiatieven, waarvan er echter nog maar weinig zijn. De woonvormen zijn steeds vaker in een woonwijk gelokaliseerd.

Zintuiglijk gehandicapten

Intramurale woonvormen voor zintuiglijk gehandicapten zijn vooral gelokaliseerd in Brabant, Utrecht en Groningen, op een instellingsterrein of in een woonwijk.

ZZP / benodigde zorg

Verstandelijk gehandicapten

Bij verstandelijk gehandicapten is een verband te zien tussen zorgzwaarte en kleinschaligheid van de woonvorm. De zorgzwaarte van verstandelijk gehandicapten is het lichtst in de afzonderlijke individuele woonvormen (zorg op afspraak), zwaarder in de geclusterde woningen (met name zorg op afroep of in voortdurende nabijheid) en de groepswoningen en is het zwaarst bij afdelingswonen (met name zorg in voortdurende nabijheid of 24-uurs toezicht). Er zijn niet genoeg gegevens bekend een onderscheid te maken naar zorgzwaarte bij intramuraal dan wel zelfstandig wonen.

Lichamelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten

Intramuraal wonenden in de LG- en de ZG-sector hebben meestal een beperkte regie over het eigen leven en hebben behoefte aan zorg die 24 uur per dag leverbaar is. Bij lichtere zorgzwaarten (meer regie over het eigen leven) wordt veelal (begeleid) zelfstandig gewoond, bijvoorbeeld in een ADL-cluster woning.

Woonvorm	Benodigde zorg	ZZP
VG: afzonderlijke woning	Begeleid wonen (zorg op afspraak)	Lichtere VG ZZP's
VG: geclusterd individueel wonen	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op afroep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen verzorgd of beschermd.	In vergelijking met bovenstaande relatief zwaardere ZZP's.
VG: groepswonen	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op afroep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen beschermd of beveiligd.	In vergelijking met bovenstaande relatief zwaardere ZZP's.
VG: afdelingswonen	Varieert van begeleid (op afspraak), verzorgd (op afroep), beschermd (voortdurende nabijheid) tot beveiligd (24-uurs toezicht). De grootste groepen cliënten wonen beschermd of beveiligd.	In vergelijking met bovenstaande relatief zwaardere ZZP's.
VG: Wooninitiatieven	Varieert	Gevarieerde VG ZZP's (zowel licht als zwaar mogelijk), ook soms LG
VG: Thomashuizen	Niet vastgesteld	VG ZZP's
Zorgboerderijen	Niet vastgesteld	ZZP'z voor verschillende doelgroepen.
LG: grote woonvormen	De grootste groep heeft een structurele zorgbehoefte, zorg dient 24 uur per dag leverbaar of direct oproepbaar te zijn.	LG 6 (21%), LG 2 (17%), LG 1 (15%), LG 4 (14%), LG 5 (10%)
LG: GVT's	Vergelijkbaar met grote woonvormen.	LG 6 (17%), LG 4 (17%) LG 2 (17%), LG 1 (17%), LG 7 (10%) ¹
LG: ADL-clusterwoningen	Alleen ADL-assistentie.	Waarschijnlijk vooral LG 3 en 5.
LG: kleinschalige wooninitiatieven	Niet bekend	Niet bekend
Instellingen voor auditief gehandicapten	Met name structurele zorgbehoefte, zorg voortdurende in de nabijheid te leveren.	ZG aud&com 1 (40%), 3 (29%) en 2 (22%)
Instellingen voor visueel gehandicapten	Met name structurele zorgbehoefte, zorg voortdurende in de nabijheid te leveren.	ZG vis 2 (25%), 4 (23%) 5 (16%), 3 (15%)
GVT's voor visueel gehandicapten	Met name structurele zorgbehoefte, zorg voortdurende in de nabijheid te leveren.	ZG vis 2 (48%), 3 (25%) 1 (18%).

Individueel wonen, afdelings- en groepswonen

Verstandelijk gehandicapten

Een heel groot deel van de mensen met een verstandelijke beperking woont thuis, bijvoorbeeld bij ouders of zelfstandig individueel op de woonmarkt. Onbekend is om hoeveel mensen dit gaat. De groepsgrootte van woonvormen voor verstandelijk gehandicapten is, voor het grootste deel, 3 tot 12 personen. Het intramuraal aanbod laat de volgende ontwikkeling zien: in 2005 en 2006 bij het CBZ ingediende bouwplannen laten zien dat er recent vooral kleinschalig groepsverblijf wordt gerealiseerd (80%), in mindere mate individueel verblijf (20%) en in het geheel geen afdelingsverblijf meer. In 2002 woonde reeds 20% van de VG individueel, er lijkt hier dus geen sprake te zijn van een recente toename van dit aanbod.

¹ Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007.

Wel neemt het afdelingswonen af. Bij het wonen in groepen neemt de groeps grootte af, met name bij nieuwe woonvormen vanwege nieuwe kwaliteitseisen. Nieuwe initiatieven op de woonmarkt (ouderinitiatieven, Thomashuizen, zorgboerderijen) betreffen per definitie kleinschalig wonen, meestal in een groep.

Lichamelijk gehandicapten

Ook intramuraal wonen in de LG-sector gebeurt steeds vaker in kleinschalige groepen of individueel. Nieuwe plannen betreffen voor 100% individuele woonvormen. Ook zijn steeds meer kleinschalige initiatieven zichtbaar waar sprake is van zelfstandig wonen. Hier wordt individueel en eventueel met een partner gewoond.

Zintuiglijk gehandicapten

Ook in de ZG-sector zijn nieuwe ingediende bouwplannen enkel nog voor individueel wonen. Kijken we naar het aanbod op de woonmarkt dan zien we eveneens dat er voor LG en ZG vooral sprake is van individueel wonen.

Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk

Een kwart van de bewoners van intramurale instellingen woont op een grootschalig instellingsterrein. 45% woont op een kleinere locatie, bijvoorbeeld in de wijk. Deze cijfers maken geen onderscheid naar VG, LG en ZG.

Differentiatie in wooncomfort

Er is sprake van een toename van het wooncomfort van het intramurale aanbod voor gehandicapten. Het beeld is dat er een fors verschil is in dit comfortniveau tussen het oudere en het nieuwere aanbod. Een vergelijking van dit aanbod met dat wat voor deze doelgroep op de woonmarkt wordt gerealiseerd is niet goed mogelijk op basis van de beschikbare gegevens.

Verstandelijk gehandicapten

Voor verstandelijk gehandicapten ontstaat er door een toename van individueel en kleinschalig wonen een toenemende differentiatie in wooncomfort. Bij individueel wonen is sprake van eigen woonstudio's van 45 m² of ruimer. Vooral bij groepswonen is veel differentiatie zichtbaar in grootte van de kamer (met een minimum van 7 m² op instellingsterreinen). Bij ouderinitiatieven en Thomashuizen bestaat het aanbod uit verschillende type woningen, maar over de precieze verschillen in wooncomfort is niets bekend. Datzelfde geldt voor zorgboerderijen.

Lichamelijk gehandicapten

Ook in het intramurale aanbod voor lichamelijk gehandicapten is veel variatie in wooncomfort zichtbaar. Woningoppervlakten van 80-100 m² kunnen voorkomen. Over het aanbod vanuit de woonmarkt is weinig bekend, hoewel ook bij Fokuswoningen sprake is van ruime woningen tot 120 m² (gesubsidieerd vanuit de ADL-clusterregeling).

Mogelijkheden wonen met partner

Over de mogelijkheden om te wonen met een partner in een woonvorm voor gehandicapten zijn geen gegevens gevonden. Het ligt in de lijn der verwachting dat dit bij afdelingswonen en groepswonen niet mogelijk is, en bij individueel wonen wel.

Bij zelfstandig huren (bijvoorbeeld ADL-woning) is dit in principe altijd mogelijk.

Keuzemogelijkheid zorgaanbieder

Bij intramuraal wonen is deze keuzemogelijkheid er per definitie niet. Ook bij het aanbod van wonen met zorg waar sprake is van financieel scheiden van wonen en zorg (ouderinitiatieven, Thomashuizen, ADL-clusterwoningen) is er doorgaans geen keuze. De zorg wordt geleverd door een vaste zorgaanbieder. Ook bij initiatieven van scheiden van wonen en zorg voor LG is meestal sprake van nauwe samenwerking tussen een woningcorporatie en een zorgaanbieder, die de zorg levert.

Geleverd aanbod van zorg en diensten

In het algemeen wordt zowel bij intramuraal wonen als bij het hiervoor beschreven aanbod op de woonmarkt een compleet aanbod van zorg en diensten geleverd.

3 Klantpreferenties

In dit hoofdstuk worden de klantpreferenties van verschillende doelgroepen beschreven anno 2007 en in de toekomst (2015). In 3.1 wordt ingegaan op woonpreferenties van ouderen, in 3.2 over lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, in 3.3 over verstandelijk gehandicapten en in 3.4 over de geestelijke gezondheidszorg. In 3.5 worden de resultaten samengevat en wordt een conclusie geformuleerd.

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk aan de orde komen, zijn:

- Aan welke woonvormen geven de verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld uitgesplitst naar aard van beperking of ziekte (grondslag) of naar leeftijd, de voorkeur?
- Hoe verhouden zich deze preferenties tot het aanbod?
- Hoe gaan deze klantpreferenties zich ontwikkelen in de nabije toekomst (2015), gezien (met name) demografische ontwikkelingen die van toepassing zijn op de verschillende onderscheiden doelgroepen, zoals het aantal ouderen in diverse leeftijdscategorieën?

Bij de interpretatie van deze gegevens is het volgende van belang. Mensen met een indicatie tot verblijf zouden de respondenten moeten zijn voor het goed in beeld brengen van woonwensen, van klantvoorkeuren voor wonen. Dergelijke onderzoeken zijn er bijna niet. De bronnen over woonpreferenties laten vaak niet de geïndiceerden zelf aan het woord, maar hun mantelzorgers of hulpverleners. Bij ouderen zijn vaak de jongbejaarden aan het woord in de verwachting dat zij antwoord kunnen geven op de vraag wat ze over, soms vele, jaren willen. In 2002 is dit aanleiding geweest voor het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) om alle bronnen van woonwensen bijeen te zoeken. Dat heeft geleid tot de publicatie 'Verkokerd of gemeenschappelijk' uit 2002.¹ Dat is de belangrijkste bron voor de klantpreferenties van gehandicapten en GGZ-cliënten en een zeer belangrijke voor woonwensen van ouderen.

3.1 Woonpreferenties ouderen

In de volgende alinea's geven we in grote lijnen weer aan welke woonvormen ouderen, de 65-plussers, de voorkeur geven. Extra aandacht wordt besteed aan de groepen ouderen bij wie een grotere behoefte aan zorg en diensten voor zal komen, te weten de feitelijke en potentiële bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en de 75-plussers. Waar mogelijk wordt de huidige situatie vergeleken met die uit 2015.

¹ De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NI-ZW) voerden indertijd een gezamenlijk Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ), de website bestaat nog: www.iwz.nl. Het IWZ bestrijkt het hele raakvlak van wonen, welzijn en zorg, voor ouderen, mensen met een handicap en mensen met psychische problemen. In dit rapport over Scheiden-Wonen-Zorg hebben we alleen gekeken naar de woonwensen uit die IWZ-publicatie.

3.1.1 Huidige populatie ouderen

In 2006 wonen er in Nederland 16,3 miljoen mensen, van wie er 2,3 miljoen ouder zijn dan 65 jaar (1,7 miljoen tussen de 65 en 80 jaar en 587.000 boven de 80 jaar). Van deze 2,3 miljoen vormen 600.000 mensen een tweepersoonshuishoudens, 700.000 vrouwen wonen alleen, evenals 200.000 mannen. De overige ouderen vormen meerpersoonshuishoudens, meestal met kinderen.

In het algemeen wonen ouderen die zorg nodig hebben, gewoon thuis. Van ouderen die zoveel zorg nodig hebben dat deze zorg gekoppeld wordt aan verblijf, wordt de zorgwaarte vastgesteld in ZZP's: pakketten zorg die oplopen van 1 tot 10. Over het algemeen wonen deze 65-plussers met een ZZP van 1 tot en met 4 in een verzorgingshuis en zij met een ZZP van 5 of hoger in een verpleeghuis. Het gaat dan om totaal 170.000 plaatsen, waarbij een onderverdeling is te maken in 100.000 plaatsen in verzorgingshuizen (waarvan ongeveer 38.000 plaatsen ingenomen worden door ouderen met psychogeriatrische achtergrond) en 70.000 plaatsen in verpleeghuizen (waarvan 38.000 psychogeriatrische en 32.000 somatische). Daarnaast wordt uitgegaan van ongeveer 9.000 verblijfsplaatsen in particuliere tehuizen en residenties, zorgboerderijen en in kleinschalige woonvormen waar scheiden van wonen en zorg is doorgevoerd en die dus nooit als intramuraal zijn opgetekend¹. Ouderen met verblijfsindicatie zijn gebruik makend van zzp, als volgt in te delen (tabel 3.1)².

Tabel 3.1 Geïndiceerde ouderen, huidige woonvorm en zzp

ZZP	Typering ³	Verblijf	Frequentie in indicatie
1	licht somatisch	verzorgingshuis	19%
2	somatisch	gemiddeld verzorgingshuis	12%
3	matig somatisch	verzorgingshuis, meerzorg	9%
4	licht pg	verzorgingshuis, meerzorg	3%
5	ernstig pg	verpleeghuis (kleinschalig, grootschalig)	19%
6	ernstig somatisch	verpleeghuis	13%
7	intensief somatisch en/of pg	verpleeghuis (klein-, grootschalig)	14%
8	intensief somatisch	verpleeghuis	2%
9	revalidatie	verpleeghuis, revalidatieafdeling	4%
10	terminale, palliatieve zorg	verpleeghuis, bijna thuishuis, hospice	1%

Maar, nogmaals niet vergeten mag worden dat verreweg de meeste ouderen die zorg nodig hebben, ook wanneer het zwaardere zorg betreft, gewoon thuis wonen. In 2002 woonde 18% van de mensen met dementie (meestal ZZP 5 en 7) in een verpleeghuis, 17% in een verzorgingshuis en 65% thuis⁴.

¹ Voor particuliere tehuizen en residenties zie www.nevep.nl; zorgboerderijen worden nauwelijks gebruikt voor verblijf van ouderen met pg of somatische achtergrond en in principe zouden kleinschalige verpleeghuizen waar scheiden van wonen en zorg vanaf begin is doorgevoerd, te achterhalen moeten zijn via de extramurale productie zoals die is overeen gekomen met de zorgkantoren.

² NZa, Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, De ZZP's op waarde geschat, 2007.

³ HHM, Zorgzwaartepakketten sector V&V, Enschede, 2006.

⁴ Gezondheidsraad 2002.

Op 1 januari 2005 stonden 36.000 mensen op een wachtlijst voor verpleeg- of verzorgingshuis; 79% somatische problematiek (28.500) en 21% psychogeriatrische problematiek (7.500). (89% binnen Treeknorm van 6 weken verpleging en 13 weken verzorging). Onderzoek in Groningen¹ toont aan dat slechts een kwart van de ouderen op een wachtlijst direct opgenomen wil worden en dat voor de overige wachtlijsters de overbruggingszorg zodanig functioneert dat zij zelf de opname willen uitstellen.

3.1.2 Woonvoorkeur van ouderen

Zoals gezegd zijn veel onderzoeken uitgevoerd naar woonvoorkeuren van ouderen, maar zijn de beschikbare gegevens niet altijd van toepassing op de groep zorgbehoevende ouderen en niet altijd specifiek genoeg. Geen twijfel bestaat er over een constante in alle onderzoeken²: de meeste ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig, in de eigen vertrouwde omgeving (blijven) wonen. In deze paragraaf gaan we in op de verschillende varianten rond het verhuizen: niet verhuizen, verhuizen naar zelfstandige woning met behoud van volledige regie over eigen leven en verhuizen naar woon-zorgarrangement met opgave van regie over eigen leven.

1^o optie: Niet verhuizen

Voor ouderen bij wie de behoefte aan zorg en ondersteuning niet zo groot is dat het voortzetten van het zelfstandig wonen geen optie meer is, zijn de voorkeuren eenduidig. De conclusie uit "Met zorg gekozen" van het Ministerie van VROM en SCP uit 2006 is veelzeggend: maar 3% van de ouderen is ontevreden met zijn huidige woonsituatie en driekwart van de ouderen wil nog steeds niet verhuizen zelfs wanneer zij lichamelijke beperkingen hebben en in een woning met trappen wonen. Overigens blijkt uit onderzoek (WoOn 2006) dat van de 75-plussers met ernstige beperkingen 8% in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek is verhuisd, waarvan 18% naar een woning met trap. Ook wanneer ouderen zorgbehoevend worden, blijft de voorkeur voor het thuis, zelfstandig wonen bestaan, zij het in mindere mate. Elke verhuizing wordt ervaren als het opgeven van een stukje eigen identiteit.

2^o optie: Verhuizen naar zelfstandige woning met behoud van volledige regie

Niet verhuizen is dus de eerste voorkeur, daarna kan men zich voorstellen dat ouderen wel verhuizen naar een plaats met meer comfort, meer mogelijkheden zorg geleverd te krijgen, een plek die men kan omschrijven als beschut of beschermd wonen. In deze situatie geven ouderen aan de volgende voorwaarden aan nieuwe woning en woonomgeving belangrijk te vinden: voorzieningen voor persoonlijke verzorging, veiligheid, het vrij bewegen in huis, voor het onderhoud van het huis en voorzieningen die van het huis een veilige haven maken.

De helft van de ouderen die een speciale voor ouderen geschikte woning wensen, kiest voor een woning een complex, de andere helft wil een ouderenwoning die geen onderdeel is van een groter geheel. Het grootste deel van de ouderen die willen of gaan verhuizen, wil een zo gewoon mogelijke, maar goed toegankelijke woning (gelijkvloers, zonder trap bereikbaar, in of dichtbij het centrum van de woonplaats).

¹ Ouderen op de wachtlijst nader bekeken, PCMO, Groningen, 2001

² SCP, Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen, 2004, MinVrom, Met zorg gekozen, 2004.

Van de 75-plussers die vanwege ernstige beperkingen moeten of beslist willen verhuizen heeft voor 75% van hen de woning en ligging ervan de belangrijkste prioriteit en wil eveneens 75% dat de volgende woning in de huidige woonplaats ligt. Uit het WoOn-onderzoek (2006) blijkt dat van de 75-plussers 84% verhuisde binnen de huidige woonplaats en 43% naar een woning in dezelfde buurt.

3^e optie: Verhuizen naar woon-zorgarrangement door te grote zorgvraag, verlies eigen regie

Uit onderzoek van het Trimbos (2003) blijkt dat als men toch moet verhuizen vanwege het tekortschieten van de zelfzorg, dan

- wil toch nog 27% van de ouderen, met alle denkbare technische snufjes, in de eigen woning blijven
- hoopt 13% dat de kinderen alles doen om te voorkomen dat ze opgenomen moeten worden in verzorging- of verpleeghuis,
- wil 43% opgenomen worden in verpleeg- of verzorgingshuis,
- en geeft 17% de moed op.

Hetzelfde onderzoek leert dat, als men zorg nodig gaat hebben, 50 tot 60 procent van de ouderen een serviceflat, aanleunwoning of ruim appartement met zorggarantie¹ aantrekkelijke woonvormen vindt.

‘Wonen met gelijkgestemden’ en ‘wonen bij de kinderen’ – woonvormen waarin de informele zorg erg belangrijk is - zijn volgens ouderen de minst aantrekkelijke woonvormen. Zeven op de tien respondenten stellen prijs op een tuin waar je als bewoner zelf toegang toe hebt. Ook de wens om met de partner te kunnen blijven wonen, scoort hoog.

Andere belangrijke eisen die aan een woonzorgvoorziening worden gesteld zijn: ruimte, privacy, aansluiting bij de eigen leefstijl, bij de eigen buurt, kleinschaligheid, een groot aanbod van activiteiten en een centrale ligging van de voorziening. Voor de zorgboerderijen die momenteel tot ontwikkeling komen, bestond wat minder belangstelling (Trimbos, 2003).

De klantpreferenties zijn als volgt samen te vatten: niet verhuizen en als dat dan toch moet, dan naar een woonvoorziening in de buurt waar zoveel mogelijk elementen van het vroegere leven aanwezig zijn.

¹ Ruime appartementen met zorggarantie komen globaal overeen met woon-zorgcombinaties.

Op grond van bovenstaande gegevens zijn voor ouderen met somatische problematiek de klantpreferenties in onderstaande tabel samengevat.

	Ouderen (somatisch)
Capaciteit, voorkomen	Huidige capaciteit somatische opnamen verpleeghuizen en verzorgingshuizen: 96.000 plaatsen.
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	zie voorkeur bij kleinschalig/grootschalig en bij spreiding
Spreiding	Voor ouderen met somatische achtergrond geldt dat zij een woning in de huidige woonplaats (wijk, buurt, dorp) prefereren.
ZZP / benodigde zorg	Gewenste zorg is, voor de ZZP-en 3, 6 en 8 een compleet aanbod aan zorg en welzijns- en hoteldiensten.
Woonsector/intramuraal	geen klantpreferenties bekend ¹ .
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Over de voorkeuren voor de setting zijn geen specifiek gegevens bekend. Wel blijken uit verschillende bronnen de volgende preferenties: - 50% prefereert geclusterd wonen, 50% kleinschalig of individueel
Differentiatie in wooncomfort	Over de voorkeuren voor wooncomfort zijn geen specifieke gegevens bekend. Wel blijken uit verschillende bronnen de volgende preferenties: - 50% kiest voor serviceflat, aanleunwoning, ruim appartement met zorggarantie, 25% voorkeur voor verzorgingshuis, 25% overig
Mogelijkheden wonen met partner	Voorkeur voor wonen met partner
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder ²	Keuze voor individuele beroepskracht, niet zozeer aanbiedende organisatie
Geleverd aanbod van zorg en diensten	Voorkeur voor volledig pakket
Mogelijkheid individueel wonen	50 tot 60% van de ouderen heeft de voorkeur voor een woonvorm met individueel wonen

Het blijft ingewikkeld de gewenste capaciteit in 2015 te voorspellen. Enerzijds zal het aantal hoogbejaarden met somatische beperkingen toenemen en anderzijds zijn veranderingen en vernieuwingen rond het zelfstandig thuis blijven wonen vooral van toepassing op ouderen met somatische problematiek, die immers de regie over hun eigen leven houden. Daarnaast is bij hoogbejaarden de lijn tussen somatische en psychogeriatrische problemen maar moeilijk te trekken.

Op grond van bovenstaande onderzoeken zou wat betreft de behoefte aan woonvormen in 2015 de volgende inschatting kunnen worden gemaakt:

Ouderen met somatische problematiek, <u>globale schatting behoefte in 2015</u>	
populatie	+/- 100.000
preferentie afdelingswonen	+/- 25.000 (25% totaal)
geclusterd wonen (woonzorgcomplex, serviceflat)	+/- 37.500 (50% van rest)
individueel of kleinschalig wonen	+/- 37.500 (50% van rest)
waarvan wonen in de eigen woonplaats/buurt	+/- 75.000 (75% totaal)

¹ Kleinschalige vormen zijn inmiddels gestart vanuit de zorgaanbieders, vanuit corporaties, vanuit (potentiële) cliëntengroepen (cliënt, familie, wijkbewoners), vanuit commerciële partijen (Herbergier) of vanuit andere belanghebbenden (zorgboerderij).

² Uit onderzoek als "Vrijheid verplicht", van Hurenkamp en Kremer, Van Gennip, 2005 voor de kinderopvang blijkt dat ouders niet zozeer voor een bepaalde organisatie kiezen, maar zich laten leiden door andere criteria (bekend, nabij, gewoonte, etc.). Ook ouderen zullen zich niet zozeer aan een bepaalde organisatie de voorkeur geven, als veeleer aan criteria die met de beroepskracht samenhangen.

Op grond van de onderzoeksgegevens zijn voor ouderen met psychogeriatrische problematiek de klantpreferenties in onderstaande tabel samengevat.

	Ouderen (PG)
Capaciteit, voorkomen	Huidige capaciteit PG opnamen verpleeghuizen en verzorgingshuizen: 76.000 plaatsen (38.000 in verzorgingshuizen en 38.000 in verpleeghuizen), 9.000 plaatsen in extramurale woonvormen. Verwachte benodigde extra capaciteit in 2015: 12.000 plaatsen ¹
Gemiddeld aantal eenheden per voorziening	zie kleinschalig/grootschalig
Spreiding	Spreiding tot op niveau van buurten, wijken, dorpen
ZZP / benodigde zorg	Gewenste zorg is, voor de ZZP-en 5 en 7 een compleet aanbod aan zorg en welzijns- en hoteldiensten.
Woonsector/intramuraal	geen klantpreferenties bekend ²
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Grotendeels kleinschalig, geen expliciete gegevens over getalsverhouding groot-kleinschalig. Wel blijkt in de praktijk voor +/- 5% van populatie een contra-indicatie voor kleinschalig wonen vanwege bijkomende psychiatrische problematiek ³ .
Differentiatie in wooncomfort	geen klantpreferenties bekend
Mogelijkheden wonen met partner	voorkeur voor wonen met partner
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	Keuze voor individuele beroepskracht, niet zozeer aanbiedende organisatie
Geleverd aanbod van zorg en diensten	geen klantpreferenties bekend, gezien indicatie zal het volledige pakket aan woon- zorg en hoteldiensten nodig zijn.
Mogelijkheid individueel wonen	geen klantpreferenties bekend, gezien pg-achtergrond is individueel wonen niet echt een optie

Op dit moment zijn er 76.000 PG-plaatsen in een intramurale setting en ongeveer 9.000 kleinschalige woonvormen voor dementerenden. Van de ouderen zegt 25% een verzorgingshuis, dat wil zeggen een vorm van afdelingswonen, te prefereren. Van de PG-doelgroep blijkt uit de praktijk dat naar schatting voor 5% de kleinschalige woonvormen door gedrag en psychiatrische problematiek niet haalbaar zijn. Toegepast op deze doelgroep betekent dit dat ongeveer 3.000 (5%) mensen door gedragsproblematiek zouden zijn aangewezen op afdelingswonen, dat ongeveer 18.000 cliënten (25% rest) afdelingswonen zou prefereren en dat 54.000 (75% rest) kleinschalig geclusterd of groepswonen prefereert. In de komende 10 jaar is de toename van de 65-plussers 600.000 personen en in de komende 5 jaar komen er 80.000 tachtig-plussers bij. Als we de huidige prevalentie van dementie als constante nemen, neemt het aantal dementerenden tot 2017 met 36.000 toe. Hiervan zullen 24.000 in de thuissituatie blijven en hebben 12.000 een woon-zorgplek nodig. De sterke toename van aantal dementerenden komt evenwel pas na 2025, als de eerste babyboomers 80 jaar worden⁴.

Met betrekking tot het wonen met de partner is de voorkeur om met voldoende hulp in de oude, eigen woning te blijven. Onderzoek wijst uit dat oudere echtparen, waarvan een van beide partners dement is, opname - vaak ten koste van kwaliteit van leven en kwaliteit van

¹ Volgens Alzheimer Nederland e.a. is in 2015 het aantal ouderen met pg-achtergrond met 36.000 toegenomen. Uitgaand van eenzelfde verdeling thuis wonen en verblijf als momenteel zijn er dus 12.000 extra verblijfseenheden nodig. Zie ook ABF Research, Nationale analyse van zorg, wonen en welzijn, Delft, 2002.

² Gezien de populatie is het nauwelijks relevant voor bewoners of derden hun aanwezigheid als wonen of als verblijf betitelen.

³ Singelenberg, J., Van verpleeghuis naar tweedelijns zorgcentrum., 2003

⁴ ABF Research, Nationale analyse van zorg, wonen en welzijn, Delft, 2002.

zorg - uitstellen. Meeverhuizen met de partner naar een instelling of in de buurt van een instelling is geen optie gezien de tijdelijkheid van de opname.

Op grond van bovenstaande percentages zou wat betreft de behoefte aan woonvormen in 2015 de volgende inschatting kunnen worden gemaakt:

Ouderen met psychogeriatrische problematiek, globale schatting behoefte in 2015	
populatie met verblijfsachtige zorgbehoefte (toename van 12.000)	+/- 97.000 (huidige intra en extramurale capaciteit en toename van 12.000)
contra-indicatie kleinschalig, dus afdelingswonen	+/- 5.000 (5% totaal)
preferentie afdelingswonen	+/- 23.000 (25% rest)
kleinschalig wonen (geclusterd of groepswonen)	+/- 69.000 (75% van rest)

3.1.3 Intermezzo: woonwensen allochtone ouderen

Allochtone ouderen wonen, net als autochtone ouderen, het liefst het lang mogelijk zelfstandig in hun eigen, bij voorkeur aangepaste woning. Er zijn wel culturele verschillen in woonwensen ten opzichte van de autochtone bevolking, maar deze nemen al sterk af bij de tweede generatie allochtonen en deze worden pas relevant als aan basisbehoeften als rust, ruimte, veiligheid is voldaan. De verwachting is dat allochtonen steeds meer op de woningmarkt gaan emanciperen en hun woonwensen net zoveel interne variatie vertonen als die van de autochtonen.

Hier volgt een summier impressionistische impressie van de aantallen, waarbij we zien dat het bij de oudere allochtonen om relatief kleine groepen ouderen gaat die grotendeels in de vier grote steden wonen.

Achtergrond, ouder dan 55 jaar	2005	2015
Turken	28.000	41.400
Marokkanen	23.900	34.800
Surinamers	35.800	65.800
Antillianen	9.700	18.100
Sub-totaal	97.400	159.800
Totaal niet-westers, ouder dan 55	125.200	228.000

Prognose 2010	Niet-westers	Westers	Totaal allochtonen	Totale bevolking
55-64 jaar	113.600	217.000	330.600	2.166.000
65-74 jaar	58.400	144.100	202.500	1.381.000
75-plus	18.700	96.700	115.400	1.118.000
Totaal	190.700	457.800	648.500	4.665.000

Westerse allochtonen: Indonesië en vm. Nederlands-Indië, Europa (behalve Nederland), Noord-Amerika, Japan, Oceanië.

Niet-westerse allochtonen: Turkije, Azië (behalve Indonesië en Japan), Afrika en Latijns-Amerika

Ouderen met allochtone achtergrond hechten aan gemeenschappelijkheid, waarbij deze term door hen opgevat wordt als de cultuur en als de nabijheid van kinderen, familie en bekenden met behoud van zelfstandigheid en privacy in een eigen woning.

Veel van de (geringe) verschillen met de autochtone bevolking kunnen verklaard worden door de huidige socio-economische situatie: immers de allochtone bevolking kenmerkt zich door hoger aandeel gezinnen, groter aantal personen per huishouden, lagere koopkracht, hoger aandeel huurwoningen, veel woningen binnen de minder gewenste delen van de woningvoorraad in de vier grote steden (de goedkopere portieketagewoningen).

Onderzoeken gedaan naar woonwensen van die allochtonen die ook zorg nodig hebben, wijzen uit dat zij slechts in het uiterste geval naar een verzorgings- of verpleeghuis willen. Slechts 20% van de ouderen met Turkse of Marokkaanse achtergrond heeft de verwachting of de voorkeur later bij hun kinderen in te gaan wonen. Met afnemende mobiliteit worden de nabijheid van familie, kinderen, leeftijdgenoten en groepsspecifieke voorzieningen als een moskee, islamitische slagerij belangrijker. Verdere woonwensen die verschillen van die van autochtone ouderen hebben een culturele achtergrond: twee grotere woonvertrekken om met mannen en vrouwen afzonderlijk bijeen te komen, afgesloten of afsluitbare keukens, gescheiden douche en toilet, waarbij het toilet niet tegenover de woonkamer mag liggen, bidet in badkamer of toilet, logeerruimte, etc.

3.2 Woonwensen lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten

Het IWZ vond slechts één onderzoek over woonwensen van mensen met een lichamelijke handicap (LG) of zintuiglijke handicap (ZG)¹. De woonwensen zijn in dat onderzoek door middel van interviews in beeld gebracht bij enkele lichamelijk gehandicapten met een indicatie tot verblijf.

De meeste geïnterviewden wonen in een woonvorm of in de wijk, enkelen wonen op het terrein van een instelling of wonen zelfstandig. Uit het onderzoek komen de volgende resultaten naar voren.

- Het wonen in een kleinschalige woonvorm wordt over het algemeen veel meer gewaardeerd dan wonen in een instelling, vanwege de rust, de privacy en de eigen inbreng die men heeft. Het nadeel is de sociale controle: je ziet alles van elkaar.
- Niet voor iedereen is een kleinschalige woonvorm in de wijk een geschikte vorm.
- Bewoners hebben graag zelf meer invloed op de samenstelling van de groep.
- Er is een voorkeur voor groepsgrootte van 6 tot 8 personen, wel eigen zit/slaapkamer.
- Er zijn meer mogelijkheden nodig voor begeleid zelfstandig wonen en voor wonen met 2 à 3 mensen, meer variatie in woonvormen.
- De woonomgeving is van groot belang, bewoners moeten gemakkelijk zelfstandig naar een winkelcentrum of een ontmoetingscentrum kunnen gaan.

Dit onderzoek geeft een kwalitatief beeld waar geen cijfers aan gehangen kunnen worden.

¹ Smets, J. & A. Dorrestein, Ongekende wensen: onderzoek naar de hulpvraag van mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige handicap. PON, Tilburg, 2000.

Populatie

Er zijn in 2004 512.000 LG-ers en 450.000 ZG-ers. Er wonen 1.000 LG-ers in clusterwoningen en 3.700 LG-ers in woonvoorzieningen en er zijn 1.000 intramuraal verblijvende ZG-ers.¹ Met name in de zorg voor de ZG is in het verleden heel veel van de zorg geëxtramuraliseerd. Dat betekent dat in deze ZG-sector al heel breed het scheiden van wonen en zorg doorgevoerd is.

Van de LG-ers wonen er 1.150 in een Fokuswoning (extramuraal in een aangepaste woning). Kijkend naar de wachtlijsten voor deze specifieke woonvorm, als indicatie voor de klantpreferentie, dan blijkt dat in 2008 er 1% leegstand is van de bestaande voorraad. Van de onderhanden nieuwbouw van 122 Fokuswoningen is de helft nog vrij.²

Op grond van de zeer beperkte gegevens zijn de klantpreferenties van lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (in het klantpreferentieonderzoek (Smets, 2000) werden LG en ZG samengenomen) als volgt:

Capaciteit	Populatie anno 2007 = vergelijkbaar met populatie 2015; benodigde capaciteit +/- 5.700 plaatsen
Gem aantal plaatsen	zie kleinschalig/ grootschalig
Spreiding	Gewenste woonvorm in een (enigszins) verstedelijk gebied: wens tot wonen in de buurt van winkelcentrum of in ieder geval dicht in de buurt van goede vervoermogelijkheden.
ZZP/benodigde zorg	Preferenties gelden voor alle ZZP-en LG/ZG
Woonsector/intramuraal	geen klantpreferenties bekend
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	De doelgroep prefereert kleinschalig wonen (onbekend voor welk percentage en ook onbekend is de ZZP-score is van degenen die deze preferentie hebben): 1) 6 tot 8 personen per eenheid voor kleinschalig groepswoon 2) 2 a 3 personen per eenheid voor begeleid wonen Voorts is er voorkeur voor individueel wonen (bijvoorbeeld in Fokuswoningen)
Differentiatie in wooncomfort	geen klantpreferenties over bekend. Wel bekend is dat (voorheen) intramuraal verblijvende LG/ZG-ers in het algemeen geen hoog inkomen hebben en zich geen hoge uitgaven kunnen veroorloven aan meer comfort
Mogelijkheden wonen met partner	geen klantpreferenties bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	geen klantpreferenties bekend
Geleverd aanbod van zorg en diensten	geen klantpreferenties bekend
Mogelijkheid individueel wonen	geen klantpreferenties bekend

¹ Brancherapporten VWS.

² www.fokuswonen.nl

3.3 Woonwensen VG

Van mensen met een verstandelijke beperking (VG-er) is redelijk veel bekend over hun woonvoorkeuren. Woonwensen van VG-ers zelf zijn niet altijd even reëel, vaak worden ook de meningen van ouders/verzorgers en hulpverleners in de uitkomsten van de woonwensonderzoeken meegenomen. Drie belangrijke bronnen zijn in beeld:

- *IWZ: verkokerd of gemeenschappelijk*, 2002 (daarin opgenomen alle bronnen tot aan 2002 (NIZW 1998, NIZW 2000, Van Daal 1998, Doelman 1997))
- RIGO: woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen, 2006
- Woonwensonderzoeken die (vanwege nieuwe regelgeving) sinds 2002 verplicht zijn. Die hebben echter, op een enkele uitzondering na, helaas geen sporen nagelaten op openbaar toegankelijke vindplaatsen¹.

Algemeen

Uit onderzoek van het NIZW (2000) naar de zorgvraag van (ouders/familieleden van) VG-ers van 3 tot 79 jaar komt het volgende²:

- **Ruim een derde** van de geïnterviewden wenst in de toekomst in een gewoon huis te wonen. Deze wens komt vaker voor bij de groep thuiswonenden en binnen de groep met een beperkte behoefte aan zorg.
- **Ook een derde** van de groep heeft de wens voor wonen in een groep van meerdere woningen in een straat.
- **Bijna een kwart** van de groep wenst een terreingebonden woning. Deze wens bestaat vooral bij VG-ers die nu ook al terreingebonden wonen. Dezen zijn over het algemeen tevreden over hun woonvorm en willen dat het zo blijft.

Jeugdige VG-ers:

Onderzoek van NIZW (van Lieshout, 1998) over wensen van 63 (ouders van) VG-ers van 15 t/m 22 jaar geeft het volgende resultaat:

- **Ruim de helft** van de totale onderzoeksgroep wenst dat de betrokken persoon in een gewoon huis in een gewone straat gaat wonen.³
- **Eenderde** heeft de voorkeur voor een van meerdere huizen in een gewone straat (geclusterd wonen).
- **Zes procent** wenst een woning op het terrein van een instituut en dat is overwegend de wens van ouders die een kind hebben met een laag functioneringsniveau.

Gemiddeld wensen ouders vier tot vijf medebewoners voor de betrokkene in de nieuwe woonsituatie.

Bijna 80% van de groep vindt een dorp of buitenwijk van een stad de meest geschikte omgeving om te wonen voor de betrokkene. Ruim 90% vindt het belangrijk dat de betrokkene dicht bij de familie blijft wonen.⁴

¹ Het moet mogelijk zijn om al deze woonwensonderzoeken op te vragen en op basis daarvan een klantpreferentie te schetsen. Dat valt buiten het bereik van dit onderzoek.

² Het is niet bekend hoeveel mensen in dit onderzoek zijn betrokken.

³ De tendens naar meer genormaliseerd wonen komt ook sterk naar voren in Doelman (1997): het (VG-)kind kan daar zo gewoon mogelijk leven, kan daar worden geconfronteerd met dagelijkse dingen, kan contact hebben met de burens en naar de winkels gaan. Ook privacy wordt genoemd (van Daal, 1998).

⁴ Deze wens komt ook sterk naar voren in Doelman (1997) en in Van Daal (1998).

GVT-bewoners

Gemiva-SVG Groep¹ heeft een aantal woonwensonderzoek onder GVT-bewoners uitgevoerd. Cliënten blijken over het algemeen tevreden te zijn met hun huidige woonsituatie, maar onder die tevredenheid zit vaak de wens om anders te wonen verscholen.

- **een derde** van de respondenten kiest voor blijven wonen in een GVT-achtige situatie.
- **een derde** kiest voor wonen in een eengezinswoning, en
- **een derde** kiest voor een flat, appartement of vergelijkbaar type woning.²

Vaak heerst er onder VG-ers angst voor verandering van de woonsituatie. Dan is het huidige aanbod aan woonvormen bepalend voor hun keuze. Dat zou erop duiden dat er eerst een nieuw aanbod van woonvormen moet komen (hetgeen er inderdaad gekomen sinds 2000) voordat de vraag van VG-ers naar die woonvormen ontstaat.³ Dit wordt ondersteund door bijvoorbeeld van het SCP⁴ waaruit blijkt dat mensen met een lichte beperking die zelfstandig zijn gaan wonen niet terug willen naar de grootschalige instellingssetting.

Voor VG-ers is het schema van kenmerken zoals die ook bij de beschrijving van het aanbod gebruikt is, op grond van bovenstaande gegevens (overigens slechts voor een deel) in te vullen:

Capaciteit	Populatie anno 2007 = vergelijkbaar met populatie 2015; benodigde capaciteit +/- 58.000 plaatsen.
Gem aantal plaatsen	zie kleinschalig/ grootschalig
Spreiding	Gewenste woonvorm in een (enigszins) verstedelijk gebied: wens tot wonen in de buurt van winkelcentrum of in ieder geval dicht in de buurt van goede vervoermogelijkheden. Verder wordt wonen in de buurt van de eigen familie van groot belang geacht (door de familie). Gewenste spreiding: een fijnmazige spreiding (in elke wijk in stad en dorp) van woonvormen voor VG-ers
ZZP/benodigde zorg	Gewenste zorgaanbod is, zowel voor zwaardere ZZP-en die een terreingebonden setting preferereert als de lichtere ZZP-en die geclusterd wonen prefereren, een compleet aanbod aan zorg en (welzijns)diensten.
Woonsector/intramuraal	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Een deel van de 58.000 VG-ers preferereert grootschalig wonen: bijna 25% preferereert terreingebonden woning (+/- 14.000 VG-ers; ZZP: de zwaardere VG-ZZP's) De rest van de VG-ers heeft voorkeur voor kleinschalig wonen: 1) ongeveer de helft preferereert gewoon huis (= +/- 22.000 personen; ZZP: onbekend) 2) ongeveer de helft preferereert geclusterd groepswonen (wonen in een groep van meerdere woningen in een straat) (= +/- 22.000 personen, ZZP: onbekend) Let op: in 2004 waren er 18.000 plaatsen in GVT's bezet.
Differentiatie in wooncomfort	geen klantpreferenties over bekend. Wel bekend is dat VG-ers i.h.a. geen hoog inkomen hebben en zich geen hoge uitgaven kunnen veroorloven aan meer comfort. Uit ouderinitiatieven blijkt overigens wel die wens tot differentiatie in wooncomfort.
Mogelijkheden wonen met partner	Voor geclusterd wonen zoals bij VG veel voorkomt is het belangrijker om met 3 tot 6 gelijkgestemden, en van dezelfde sekse en leeftijd samen te kunnen wonen.
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	geen klantpreferenties bekend
Geleverd aanbod van zorg en diensten	geen klantpreferenties bekend
Mogelijkheid individueel wonen	Ja, belangrijk. Minder groepswonen. Meer privacy. Individueel wonen betekent wel: begeleid wonen.

¹ Woonwensonderzoek GVT's Regio Noord, Algemeen verslag en managementadvies; Gouda; 2002.

² Cliënten, ouders en persoonlijk begeleiders blijken te verschillen in keuzes. Cliënten die kiezen voor een eengezinswoning hebben vaak ouders/vertegenwoordigers die daar juist niet voor kiezen.

³ Rigo, *Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen*, 2006

⁴ SCP, *Een eigen huis* 2006.

3.4 Woonwensen GGZ

Er is weinig literatuur te vinden over de wensen van cliënten zelf in de geestelijke gezondheidszorg op het gebied van wonen. Als er al wensen te vinden zijn, dan zijn die vaak geformuleerd door medewerkers of beleidsmakers.

Algemeen

Reinking & Kroon (2000) hebben een onderzoek gedaan onder 626 patiënten (en hulpverleners) van 18 jaar en ouder die langdurig van de GGZ afhankelijk zijn.

- **Drie kwart** van de populatie heeft een voorkeur voor kleinschalige woonvoorzieningen met enige eigen ruimte;
- **een kwart** wil blijven wonen met twee of meer mensen in een groep.

Intramuraal wonenden

De genoemde wens voor kleinschalige woonvormen komt ook duidelijk naar voren in een onderzoek van Borgesius e.a. (1999) naar de wensen van 'achterblijvers' in de psychiatrie.

- 12% van de patiënten denkt dat een afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis de beste verblijfplaats is voor hen.
- Ruim de helft van de patiënten wil een gewoon woonhuis en
- een derde wil een woning op of dichtbij het ziekenhuisterrein.

Reinoud Adviesgroep deed in 2000 onderzoek in de GGZ bij nieuwbouwplannen van een intramurale instelling. Met panelbijeenkomsten zijn woonwensen achterhaald van twee kleine groepen intramuraal wonende GGZ-cliënten.

- het merendeel geeft aan in de wijk te willen wonen met vijf tot zes personen per huis, anderen kiezen voor een kleinschalige woonvorm op het instellingsterrein en personen die weinig zelfstandig kunnen, willen graag in de instelling blijven wonen.
- Voor woningen in wijk is gewenst: een keuken, logeerkamer, huiskamer met aparte hoekjes voor verschillende activiteiten.
- Ruime eenpersoonskamer met eigen sanitair
- Woningen dicht bij openbaar vervoer en voorzieningen (winkelcentrum).
- Mensen die intramuraal willen blijven wonen wensen op terrein van instelling een bar, restaurant en een eetkamer.

Inmiddels is een groot deel van deze bovenstaande klantpreferenties (die ongeveer 10 jaar geleden gemeten zijn) gerealiseerd, vooral door de extramuralisering van de GGZ.

Het SCP concludeert na een kwalitatief onderzoek onder 22 respondenten het volgende¹:
"Ook voor de mensen met psychiatrische problemen blijkt het zelfstandig wonen, het hebben van een eigen ruimte en (meer) zeggenschap over doen en laten bijzonder belangrijk te zijn. Dat deze zelfstandigheid niet zelden betekent dat zij in een achterstandswijk terecht komen, nemen zij voor lief."

¹ SCP-publicatie Een eigen huis (2006). Hier als illustratie gebruikt: 22 respondenten is natuurlijk niet echt veel om iets te zeggen over klantpreferenties. Bij patiënten die langere tijd in een instelling verblijven is er een angst om van een instellingsterrein naar een beschermde woonvorm te verhuizen. Ook de vervolgstap van een beschermde woonvorm naar een eigen huisvesting zijn voor psychiatrische patiënten dermate grote stappen dat zij door hulpverleners moeten worden geactiveerd om de stap te zetten. Hoe jonger de patiënt en korter de verblijftijd des te meer het gestelde overeenkomt met de praktijk.

De mensen die ten tijde van het onderzoek nog niet helemaal zelfstandig woonden, maar gehuisvest waren in een voorziening voor beschermd wonen, hadden in meerderheid voor zichzelf de ambitie deze woonvorm om te ruilen voor een volledig zelfstandige woning. Die grotere zelfstandigheid markeert dan niet alleen de verbetering van hun psychische gezondheid, maar betekent ook dat zij geen rekening meer hoeven houden met hun medebewoners. Een paar bewoners van de voorzieningen voor beschermd wonen, veelal al wat ouder, hadden geen ambitie om nog te verhuizen. Zij hebben voor zichzelf geaccepteerd dat hun stoornis een grotere zelfstandigheid niet mogelijk maakt. Ook zij zijn echter ingenomen met hun huidige woonsituatie. In vergelijking met de tijd dat zij opgenomen waren, ervaren zij meer vrijheid, hebben zij meer mogelijkheden zelf bezoek te ontvangen en hoeven zij zich niet gebonden te achten aan de regels die in de instelling gelden."

Voor GGZ-ers is het schema van kenmerken op grond van de beschikbare gegevens, als volgt (overigens slechts voor een deel) in te vullen:¹

Capaciteit	Populatie anno 2007 = vergelijkbaar met populatie 2015; benodigde capaciteit: 28.500 langdurige bedden, waarvan 14.800 plaatsen voor volwassenen ²
Gem aantal plaatsen	zie kleinschalig/ grootschalig
spreiding	geen klantpreferenties bekend
ZZP/benodigde zorg	Gewenste zorgaanbod is, zowel voor zwaardere ZZP-en die een terreingebonden setting prefereert als de lichtere ZZP-en die geclusterd wonen prefereren, een compleet aanbod aan zorg en (welzijn)diensten.
Woonsector/intramuraal	
Setting: grootschalig, kleinschalig, in de wijk (al dan niet geclusterd)	Een klein deel van de GGZ-ers met indicatie tot verblijf prefereert grootschalig wonen: 1) 0 tot 12% prefereert afdelingswonen (aantal personen onbekend, ZZP: zwaardere GGZ-ZZP) De meesten prefereren kleinschalig wonen: 1) driekwart van hen prefereert kleinschalige woonvoorziening met enige eigen ruimte (aantal personen onbekend; ZZP: onbekend) 2) ongeveer een kwart van hen prefereert groepswonen, eventueel op een instellingsterrein of terreingebonden woning (aantal personen onbekend; ZZP: onbekend)
Differentiatie in wooncomfort	geen klantpreferenties over bekend. Wel bekend is dat GGZ-cliënten i.h.a. geen hoog inkomen hebben en zich geen hoge uitgaven kunnen veroorloven aan meer comfort .
Mogelijkheden wonen met partner	geen klantpreferenties bekend
Keuzemogelijkheid zorgaanbieder	geen klantpreferenties bekend
Geleverd aanbod van zorg en diensten	geen klantpreferenties bekend
Mogelijkheid individueel wonen	Ja, belangrijk. Minder groepswonen. Meer privacy.

¹ In de GGZ is kwaliteit en kwantiteit van cijfers over de eigen cliënten mager. Klantpreferenties zijn niet te extrapoleren.

² Brancherapporten.

3.5 Trends in 2015 in de vraag naar wonen en zorg

Het voorspellen van woonwensen van ouderen blijft een ingewikkelde opgave. We zien dat aan de snelle opkomst van het kleinschalig wonen voor dementerenden. In 2003 was hier nog amper aanbod van, in 2008 is rond deze woonzorgvorm redelijk veel publiciteit geweest en is goed opgenomen in het voorstellingsvermogen van ouderen. In 2003 was de vraag er naar nihil, nu geeft al het overgrote deel van de ouderen aan dat als ze naar een verpleeghuis moeten verhuizen, dit een kleinschalige voorziening moet zijn.

Een ander voorbeeld: In 2007 concludeert het SCP op basis van gegevens uit 1998 en 2002 dat de vraag naar woonzorgcomplexen in de toekomst verder zal toenemen. Zowel vraag naar als aanbod van deze complexen die ontwikkeld zijn vanaf begin 90-er jaren, liep inderdaad tot 2002 op, toen er in snel tempo meer dan 100 tot stand waren gekomen. In het WBO uit 2002 geeft 15% van de 75-plussers met ernstige beperkingen aan naar een woonzorgcomplex te willen gaan. In de periode tussen 95 en 98 werden meer dan 5000 woningen per jaar in woonzorgcomplexen gerealiseerd, van 2002 tot 2005 nog 1600 woningen per jaar en in 2006 en 2007 nog maar 400 per jaar (gegevens databank KCWZ). Het KCWZ en de SEV concluderen dat de hoogtijdagen van het concept voorbij zijn, het heeft vooral gediend als breekijzer voor het openbreken van het introverte verzorgingstehuis. De huidige trend is veeleer naar een meer vrije clustering van woningen die geschikt zijn voor senioren en waarbij de zorg (onzichtbaarder) aanwezig is als een soort opgepluste thuiszorg. Een woonzorgcomplex lijkt voor cliënten teveel op een verzorgingshuis, het is te massaal en te groot. De complexen die de laatste jaren zijn gebouwd hebben minder woningen, zijn kleinschaliger en vormen in kleine dorpen en kernen een ideale manier om op kleinschalige manier de zorg aan verschillende groepen zwaar zorgbehoevenden te realiseren.

Tegenover deze onzekerheden staat de constatering dat nu al ruim 25 jaar de keuzetenden (ook bij de hoogbejaarden) overduidelijk in dezelfde richting wijzen en dat de komende 10 jaar zullen blijven doen. Dat betekent dat de toekomstige woonzorgwensen van ouderen het beste beantwoord worden met geschikte woningen in voldoende variatie en een goed zorg- en dienstencircuit en een goede zorginfrastructuur. Onderzoekers als Braam, Coolen en Naafs (1981) en Turksma (1982) wezen aan het begin van de jaren tachtig al op de komst van nieuwe generaties ouderen die zich in veel opzichten zouden onderscheiden van de voorgaande generaties. De ouderen van nu blijven vaak tot op hoge leeftijd vitaal. Bovendien zijn de ouderen steeds beter opgeleid, ze hebben meer te besteden, willen eigen keuzes maken en ontwikkelen vaak nieuwe ambities.

De twee grote trends waar we zeker van kunnen zijn:

1. Zo lang mogelijk thuis blijven wonen zal onverminderd gelden in 2015, daar kan bijvoorbeeld domotica aan meewerken, mantelzorgondersteuning, WMO-woningaanpassingen, zelf bekostigde aanpassingen, het Volledig Pakket Thuis
2. Als thuis wonen niet meer kan, dan zo dicht mogelijk in de buurt en zo veel mogelijk gelijkend op het vroegere leven¹.

¹ Een wijk of buurt van 4.000 inwoners is al groot genoeg om draagvlak te kunnen vormen voor een kleinschalige woon-zorgvoorziening van 24 plaatsen. Hierbij zullen ouderen, verstandelijk gehandicapten en GGZ-cliënten onder één dak gaan wonen: ouderen 12 plaatsen, VG 6 plaatsen en GGZ 6 plaatsen. Overdag heeft iedere doelgroep de eigen zorg en in de nacht wordt een nachtwacht *gepooled*. Het betreft hier een theoretische exercitie op basis van gemiddelden: wijken van gemiddelde leeftijdsamenstelling, met een gemiddelde leeftijds specifieke prevalentie voor de diverse aandoeningen en handicaps.

Naast deze twee belangrijke trends zijn er nog andere factoren die in de toekomst een rol zullen gaan spelen in de klantpreferenties rond wonen en zorg. Zo heeft een deel van de toekomstige ouderen meer geld te besteden en kunnen zij hun grotere financiële mogelijkheden aanwenden voor betere huisvesting en betere zorg. Er bestaan inmiddels financieringsproducten waarmee men het woonkapitaal kan omzetten in zorgkapitaal. Verder doet de grote toename van het aantal mensen dat kiest voor een PGB vermoeden dat men meer en meer eigen keuzes maakt, bijvoorbeeld de keus welke zorg men op welk moment wenst te ontvangen. Deze factoren zijn niet gekwantificeerd of onderbouwd in onderzoek naar klantpreferenties maar spelen ongetwijfeld een rol bij toekomstige klantpreferenties.

3.6 Samenvatting en conclusie klantpreferenties

De beschikbare gegevens over de woonpreferenties van verschillende groepen cliënten zijn weinig eenduidig. Over sommige groepen, zoals lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zijn vrijwel geen gegevens gevonden. Relatief de meeste gegevens zijn gevonden over de woonvoorkeuren van ouderen en verstandelijk gehandicapten.

Voor ouderen is de algemene trend dat men zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen en dat men als thuis wonen niet meer kan, zo dicht mogelijk in de buurt wenst te wonen en zo veel mogelijk gelijkend op het vroegere leven. Zo prefereert van de ouderen 75% een woning in de huidige woonplaats. Ongeveer de helft kiest, als thuis wonen niet meer kan, voor individueel (en eventueel geclusterd) wonen in bijvoorbeeld een serviceflat, aanleunwoning of ruim appartement met zorggarantie. Ongeveer een kwart van de ouderen heeft voorkeur voor een verzorgingshuis. Er is een grote voorkeur voor het (blijven) wonen met de partner. De ouderen prefereren een compleet aanbod aan zorg en welzijns- en hoteldiensten. De behoefte aan keuzemogelijkheden voor een zorgaanbieder is minder gearticuleerd. Voor ouderen met psychogeriatrische problematiek gelden in grote lijnen dezelfde voorkeuren. Als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is prefereert men kleinschalige woonvormen. Voor een deel van de cliënten die gedragsproblematiek heeft kan afdelingswonen wenselijk zijn. Op grond van een aantal percentages over voorkeuren is een globale inschatting gemaakt van de behoefte aan afdelingswonen en kleinschalig wonen voor beide groepen ouderen.

Over de woonvoorkeuren van lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zijn te weinig gegevens beschikbaar om uitspraken te doen. Voor verstandelijk gehandicapten komt uit onderzoek naar voren dat ongeveer een kwart grootschalig, terreingeboden woonvormen prefereert. Van de andere cliënten prefereert ongeveer de helft een gewoon huis en eveneens de helft geclusterd groepswonen. In de GGZ komt uit de beschikbare gegevens dat 0 tot 12% van de GGZ-clieënten afdelingswonen prefereert en dat van het resterende deel 75% kleinschalig of individueel wonen prefereert en 25% groepswonen.

De huidige woonpreferenties zullen naar verwachting niet veel veranderen in de periode tot 2015. In de nabije toekomst versterken een aantal factoren de huidige voorkeur voor, onder eigen regie, thuis en kleinschalig wonen, zoals de toenemende draagkracht van ouderen en de toenemende wens zelf te bepalen welke zorg men ontvangt.

4 Verwachte beleidseffecten

Het Ministerie van VWS stelt de vraag op welke wijze het scheiden van wonen en zorg verder moet worden bevorderd. Bij het bepalen van het beleid om dit te bereiken hanteert het ministerie twee toetsingscriteria: 1) het beleid moet leiden tot voldoende keuzemogelijkheden op het terrein van wonen en zorg; en 2) er dient voldoende capaciteit te zijn op het terrein van wonen en zorg. Het ministerie onderscheidt twee opties voor beleid:

- 1 Een impuls op het bestaande stimuleringsbeleid voor scheiden van wonen en zorg. Deze impuls bestaat, naast bijvoorbeeld de jaarlijkse actieplannen wonen en zorg, uit drie belangrijke (deels al in gang gezette) maatregelen: het volledig pakket thuis, het PGB voor verblijf en de invoering van transparante en integrale tarieven.
- 2 Het AWBZ-breed invoeren van het scheiden van wonen en zorg. Deze optie bevat alle stimulerende maatregelen uit optie 1, inclusief het daadwerkelijke financiële scheiden van wonen en zorg. Het wonen wordt dan in alle gevallen (ook bij intramurale zorg) niet meer vanuit de AWBZ gefinancierd.

Om de te verwachten effecten in kaart te brengen worden in dit hoofdstuk de volgende onderzoeksvragen beantwoord.

Onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk centraal staan, zijn:

- Welke concrete beleidsmaatregelen vallen onder beide opties, wanneer zijn/worden deze ingevoerd en met welk doel?
- Welke effecten op de dynamiek in het aanbod van wonen en zorg zijn nu reeds zichtbaar van verschillende maatregelen ter bevordering van het scheiden van wonen en zorg?
- Welke effecten zijn beoogd met de beleidsmaatregelen, welke beleidstheorie ligt hier aan ten grondslag?
- Welke effecten per maatregel zijn er te verwachten in 2015 op de dynamiek in het aanbod van wonen en zorg, in het bijzonder op 1) keuzemogelijkheden van de klant en 2) capaciteit van het aanbod van verschillende vormen van wonen en zorg?
- Welke richting hebben deze effecten (positief of negatief) en hoe zijn ze te kwantificeren (klein of groot effect)?
- Hoe verhoudt zich de (gezien de klantpreferenties) gewenste capaciteit in 2015 op het terrein van wonen en zorg, bij maximale keuzemogelijkheden, tot de verwachte effecten van het beleid onder optie 1 dan wel optie 2? Met andere woorden: met welke beleidsmaatregelen kan in de nabije toekomst het best worden voldaan aan de wensen van de klant?

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: in 4.1 worden de reeds genomen beleidsmaatregelen in kaart gebracht. Hierna volgen in 4.2 conclusies over de belangrijkste trends in het aanbod en de factoren die hier aan ten grondslag liggen. De paragrafen 4.3 en 4.4 gaan vervolgens in op de verwachten effecten van beleidsopties 1 en 2. Tenslotte volgt in 4.5 een confrontatie tussen deze verwachte effecten en de klantpreferenties.

4.1 Stimuleringsbeleid; maatregelen en effecten

Het scheiden van wonen en zorg is al vanaf de jaren '80 een belangrijk beleidsvoornemen. Met deze scheiding wordt bedoeld op het scheiden van de bekostiging en het scheiden van de levering van zorg- en woondiensten. Het beoogde doel van deze scheiding is steeds geweest de emancipatie van de 'patiënt' tot consument door het zelfstandig wonen en de kostenbeheersing van het zorgstelsel door de AWBZ te ontdoen van oneigenlijke elementen en terug te brengen tot de noodzakelijk zorg¹. Hieronder volgt een overzicht en beknopte beschrijving van de belangrijkste beleidsmaatregelen die de afgelopen jaren ingezet zijn om het scheiden van wonen en zorg te stimuleren. Tevens wordt per maatregel, voor zover hier gegevens over bekend zijn, ingegaan op de resultaten en effecten van deze maatregelen. Naast de beschreven maatregelen hebben de betrokken ministeries een groot aantal larderende maatregelen ingezet, zoals de ondersteuning van belangengroepen, het stimuleren van samenwerking, en het uitzetten van onderzoek. Deze maatregelen zijn in deze paragraaf niet expliciet beschreven omdat ze naar verwachting geen cruciale inbreng hebben in de realisatie van aanbod.

2000 Stimuleringsprogramma Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)

Het in 2000 gestarte Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) heeft tot doel gehad nieuwe ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn en implementatie van initiatieven te ondersteunen en faciliteren. In de 4 jaar dat dit programma heeft gelopen (tot 1 januari 2005) zijn diverse nieuwe woonzorgconcepten ontwikkeld in samenwerking met een voorhoede van initiatiefnemers van woonzorgprojecten uit de sector. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van zorgvriendelijke wijken, het kleinschalig wonen voor dementerenden, concepten voor dienstverlening en begeleiding van projecten waarin woontechnologie (domotica) wordt toegepast. Gaandeweg heeft het programma zich vooral gericht op het implementeren en verbreden van de vernieuwingen die zijn ontwikkeld en de kennisoverdracht daarvan aan andere (niet-voorhoede) partijen²³.

2000 Woonzorgstimuleringsregeling

Om nieuwe ideeën te stimuleren die ervoor zorgen dat er meer mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, is op 1 oktober 2000 de Tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling (WZSR) in werking getreden. De WZSR is een gezamenlijk initiatief geweest van de ministeries van VROM en VWS. De WZSR wilde vernieuwende projecten subsidiëren die eraan bijdragen dat zorgbehoevenden langer zelfstandig kunnen blijven functioneren in onze maatschappij. Het ging daarbij altijd om een samenwerkingsverband tussen verschillende niet-winstbeogende organisaties uit de woon- en zorgsector.

Van 2000 tot 2003 hebben meer dan 630 projecten subsidie ontvangen volgens de woonzorgstimuleringsregeling⁴. Het jaarlijks beschikbaar gestelde budget (47 miljoen) is vrijwel geheel uitgeput. Deelnemers aan de projectgroepen zijn geweest de woningcorporaties (84%) en zorginstellingen (91%). De projecten waren vooral gericht op ouderen (44%) en

¹ Voorbeelden van eerdere maatregelen om bijvoorbeeld scheiden van wonen en zorg voor zwaar lichamelijk gehandicapten mogelijk te maken de ADL-clusterregelingen (1994).

² Actieplan Investeren voor de toekomst, 5 juli 2004.

³ Een meer concreet en compleet overzicht van de resultaten van het stimuleringsprogramma is niet gevonden.

⁴ Het subsidie-instrument kritisch bekeken, Erasmus universiteit, Rotterdam, september 2004.

gehandicapten (44%). In een evaluatie van de regeling wordt geconcludeerd dat door de regeling projecten van de grond zijn gekomen die zonder de regeling niet zouden zijn gerealiseerd. De regeling heeft verder bijgedragen aan het ontstaan of de voortzetting van structurele samenwerking tussen de verschillende deelnemende partijen. De innovatieve ambities van de regeling zijn minder goed gerealiseerd en is de doelstelling gaandeweg bijgesteld¹.

2000 Referentiekader scheiden wonen en zorg; zorginfrastructuren

De WZSR verleent een eenmalige subsidie aan projecten die ertoe bijdragen dat mensen langer zelfstandig kunnen wonen. Verschillende categorieën projectkosten kunnen voor subsidie in aanmerking komen. Een van de categorieën is categorie E: de zorginfrastructuur. Daarmee wordt bedoeld op wijkzorgsteunpunten, dat willen zeggen bouwkundige voorzieningen van waaruit zorg en welzijn/diensten in de wijk worden geleverd aan mensen met een zorg- of welzijnsbehoefte. In 2001 en 2002 konden woningcorporaties en niet-WZV instellingen via de categorie zorginfrastructuur van de WZSR subsidie aanvragen voor het realiseren van zorginfrastructuur. Deze financieringsmogelijkheid is per 1 oktober 2002 beëindigd. WZV instellingen konden via de WZV, referentiekader scheiden wonen en zorg, subsidie verkrijgen voor woonzorgcombinaties.

2003 Persoonsgebonden budget (PGB, 1-4-2003)

Op 1 april 2003 is de PGB-regeling nieuwe stijl ingevoerd. AWBZ-verzekerden kunnen de aanspraak op zorg effectueren door de zorg 'in natura' van een AWBZ toegelaten instelling te ontvangen of door het ontvangen van een 'persoonsgebonden budget' (PGB) waarmee hij zelf de zorg inkoop bij een zorgaanbieder naar eigen keuze. De invoering van het PGB vergroot voor cliënten de mogelijkheden om wonen en zorg te scheiden, dat wil zeggen om (langer) thuis te blijven wonen en zelf de zorgverlener te kiezen. Daarbij biedt het PGB de mogelijkheid voor zogenaamde particuliere initiatieven (kleinschalige woonvormen, opgezet door een groep cliënten of hun familie).

Het aantal budgethouders in de regeling PGB-AWBZ is sinds de invoering gestaag toegenomen. Op 1 juli 2007 bedroeg het aantal budgethouders 75.204. Door de zorgkantoren is in 2006 voor € 1.250 miljoen aan budgetten toegekend. Hiervan is € 1.136 miljoen (90,5%) feitelijk besteed door de budgethouders. Volgens ramingen zullen de zorgkantoren in 2007 € 1.455 miljoen toekennen².

2004 Subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg (1-1-2004)

Voor extramuraliseringsinitiatieven bestaat sinds 1 januari 2004 de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg. Deze subsidieregeling is bedoeld voor projecten voor dienstenarrangementen voor mensen met een verblijfsindicatie voor een intramurale instelling die deze verblijfsindicatie niet verzilveren maar zelfstandig blijven wonen. Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld maaltijdservice, klussendiensten of alarmering. Per zorgkantoor is een bepaald budget beschikbaar gesteld voor subsidiëring van deze projecten. Voor deze subsidieregeling is in totaal 50 miljoen euro beschikbaar.

¹ Innovaties in wonen en zorg. Evaluatie van de Tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling. Rigo, juni 2007.

² Cvz 2007, Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ, juli 2006 – juli 2007. Uitgebracht 22 oktober 2007.

De realisering van wijkzorgsteunpunten, vooral belangrijk voor het leveren van zorg op afroep, wordt mogelijk gemaakt door de beleidsregel overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).

Uit de evaluatie van de subsidieregeling¹ blijkt sprake van een onderbesteding van de regeling. In 2004 worden voor 55% van het gereserveerde budget projecten ingediend, om verblijfsgeïndiceerden opnieuw zelfstandig te laten worden. Uiteindelijk wordt ongeveer 50% van de subsidie uitgekeerd. De projecten die gerealiseerd worden hebben met name plaatsgevonden in de ouderenzorg. Als belangrijke verklaring voor de geringe toepassing van de regeling wordt genoemd dat een dergelijke tijdelijke regeling geen perspectief biedt voor de structurele dekking van de benodigde zorginfrastructuur. Ook hebben de zorginstellingen niet de garantie de zorg ook in de toekomst te blijven leveren. Volgens initiatiefnemers en zorgkantoren richt de regeling zich niet op de cruciale problematiek voor de ombouw van verblijfszorg, te weten de problemen en kosten die samenhangen met de te leveren zorg, de huisvesting en de zorginfrastructuur.

2003 Investeren voor de toekomst (15-09-2003)

2004 Actieplan "Investeren voor de toekomst" (1-7-2004)

In het actieplan Investeren in de toekomst uit 2004 blijkt dat eind 2009 255.000 extra nultredenwoningen beschikbaar moeten zijn waarin ouderen en mensen met een beperking zelfstandig kunnen wonen. Daarvan moeten er 99.000 woningen geschikt zijn voor mensen die zorg nodig hebben. De opgave voor de nieuwbouw van nultredenwoningen is in 2004 gehaald. Er zijn er in dat jaar 13.600 gerealiseerd. Inmiddels is de opgave herzien. Deze herziene opgave geschikte huisvesting 2006-2015 wordt geraamd als het aantal geschikte woningen dat extra beschikbaar moet komen zodat het tekort begin 2015 tot nul gereduceerd zal zijn. Daarbij wordt rekening gehouden met het reeds bestaande tekort in 2006, de verwachte demografische ontwikkeling gedurende de periode 2006-2015 en de extramuralisering in dezelfde periode. De totale opgave voor genoemde periode bedraagt 406.000 geschikte woningen.²

2005 Beleidsbrief toekomst corporaties (12-12-2005)

De minister van VROM wil de verhoudingen tussen gemeenten en corporaties zodanig veranderen, dat de corporaties tot meer prestaties komen. Gemeenten stellen hiervoor zogenoemde woonvisies op met een duidelijke plaats voor wonen met zorg en dienstverlening: nultredenwoningen, verzorgd wonen en maatschappelijk vastgoed. Op deze woonvisies moeten onder meer corporaties een bod doen, zodanig dat de woonvisie gerealiseerd kan worden. Deze werkwijze moet leiden tot prestatieafspraken tussen gemeente en corporaties. Blijft een corporatie volgens de gemeente in gebreke bij het bod of bij de uitvoering daarvan, dan kan de gemeente na eventuele mediation uiteindelijk de minister van VROM inschakelen. De minister kan corporaties aanspreken op het inzetten van hun maatschappelijke middelen en kan toetsen of de corporatie de investeringsdoelstelling haalt. Is dat niet het geval en is sprake van redelijke wensen van de gemeente, dan kan de minister met bestaande instrumenten in de Woningwet (zoals een aanwijzing) de woningcorporaties dwingen tot meer prestaties, ook op het terrein van wonen en zorg.

¹ Evaluatie van de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg. Rigo, november 2005.

² Monitor investeren in de toekomst 2006, november 2007 Abf research.

2006 Beleidsregel Zorginfrastructuur (1-1-2006)

De regeling maakt het mogelijk dat mensen met een zorgvraag, ook als dit een zware zorgvraag is, zoveel mogelijk thuis 24-uurszorg kunnen ontvangen vanuit zogenaamde zorgsteunpunten. Een zorgsteunpunt biedt mogelijkheden voor contact met hulpverleners, voor ontmoeting, of samen eten. De regeling vergoedt kosten van zorgsteunpunten en technologische voorzieningen voor het leveren van 24-uurszorg (domotica).

De kapitaallasten (de huur, rente of afschrijving van het pand) voor het zorgsteunpunt werden al vergoed door de 'overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening'. Met de invoering van de beleidsregel zorginfrastructuur is ook een vergoeding mogelijk voor de kosten van energie, belastingen, inrichting en het onderhoud. Verder valt de financiering van technologie voor 24-uurszorg onder de nieuwe beleidsregel. Het gaat bijvoorbeeld om een alarmeringssysteem waarmee zorgverleners 24 uur per dag cliënten in de gaten kunnen houden.

De Beleidsregel Zorginfrastructuur vervangt het onderdeel zorginfrastructuur uit de overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening die in 2003 in werking trad. Dit betekende een verbetering aangezien met de beleidsregel zorginfrastructuur ook de exploitatie werden vergoed, evenals domotica- en brandweervoorzieningen. Om in aanmerking te komen voor geld uit de Beleidsregel Zorginfrastructuur moeten de AWBZ-zorginstelling en het zorgkantoor een gezamenlijk verzoek indienen.

2006 WTZi

Sinds 2006 regelt de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) de toelatingen en vergunningen voor het leveren van zorg en het bouwen door instellingen. Een doel van deze wet is de intramurale sector meer vrijheid en verantwoordelijkheid te geven bij de bouw van zorginstellingen. Deze vrijheid en verantwoordelijkheid wordt verder gestimuleerd door de invoering van integrale en transparante tarieven per 2009. Hier wordt nader op ingegaan in paragraaf 4.3.2.

2007 VWS stimuleert kleinschalig wonen (31-5-2007)

VWS stimuleert kleinschalig wonen de komende jaren met een stimuleringsregeling voor kleinschalig wonen en met het verruimen van de Regeling Kleinschalig Wonen. Ook stimuleert VWS initiatieven voor het realiseren van toegankelijke woningen en ICT en domotica. In een brief legt staatssecretaris Bussemaker haar visie voor op de zorg voor ouderen en de acties die ze de komende 4 jaar wil nemen om de kwaliteit van leven te vergroten voor de cliënten van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierin wordt het volgende gemeld: "Ik start een stimuleringsregeling ten behoeve van de zorgsector waarmee de totstandkoming van kleinschalig wonen en de mogelijkheden van kleinschalige zorg kunnen versnellen. Er is steeds meer vraag naar zorg voor ouderen met dementie."

VWS wil hiermee meer plaatsen voor kleinschalig wonen en is daarom een stimuleringsregeling gestart. Van 2008 tot 2011 moeten er voor 6000 mensen plaatsen in woonvoorzieningen worden gerealiseerd. Dat zijn 1500 plaatsen per jaar.

"Om kleinschalige voorzieningen voor zwaar verblijf te stimuleren, zal ik de grens voor bouwen buiten het bouwregime optrekken van 12 naar 24 plaatsen, voor lichter verblijf zal de grens van 25 naar 50 verlegd worden. Hiermee wordt het eenvoudiger voor instellingen om relatief eenvoudig kleinschalige initiatieven – ook van wat grotere omvang – te realiseren. Een en ander vooruitlopend op het afschaffen van het bouwregime op het moment van invoering van integrale tarieven (thans voorzien 2009)."

2007 Onderhandelaarsakkoord Rijk – Aedes/woningcorporaties (17-9-2007)

De Minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de Voorzitter van Aedes vereniging van woningcorporaties, hebben afspraken gemaakt die zijn vastgelegd in dit onderhandelaarsakkoord (dit onderhandelaarsakkoord is overigens niet bekrachtigd door de leden van Aedes). Afgesproken is onder andere dat de woningcorporaties in de periode 2007 tot en met 2010 circa 150.000 woningen in het huur- en koopsegment bouwen, waarvan 80 procent ook geschikt is voor ouderen.

2007 Actieplan VROM en VWS 'Beter (t)huis in de buurt' (22-11-2007)

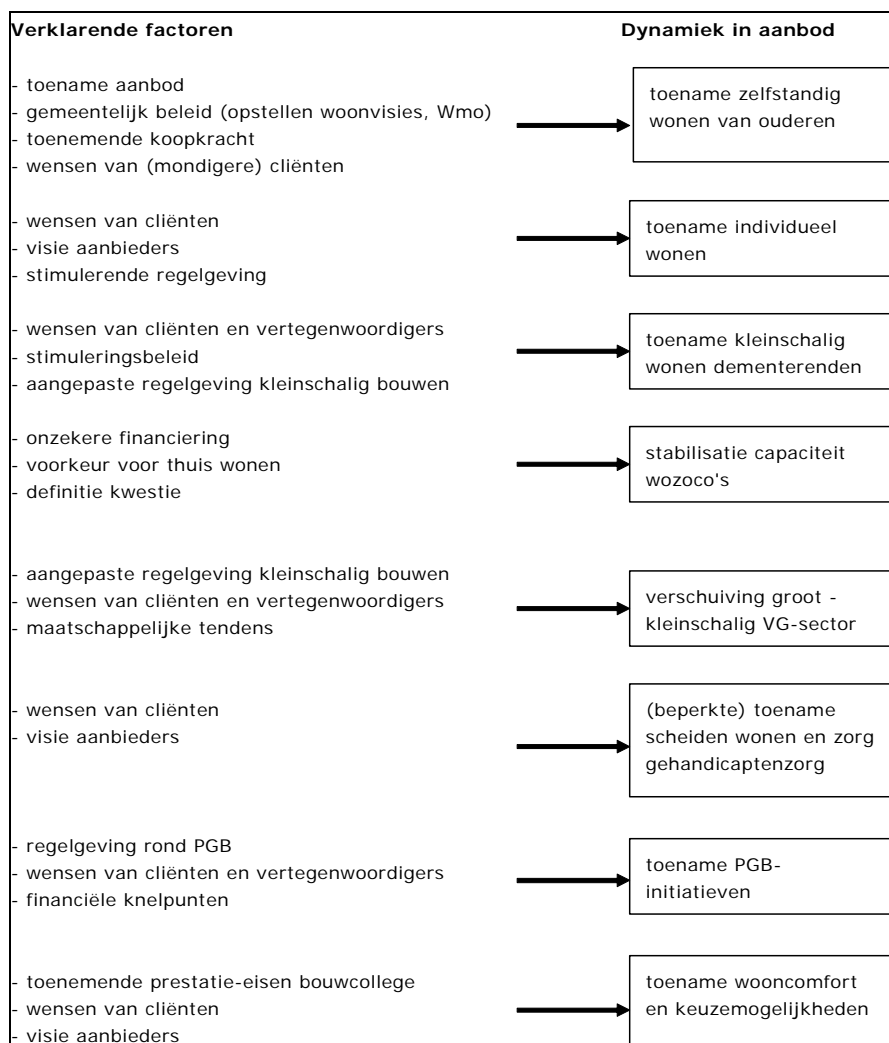
In het actieplan van de ministeries van VROM en VWS, november 2007 gepresenteerd, worden de volgende maatregelen aangekondigd:

- 1 Ondersteuningsprogramma gemeentelijke regierol in wonen, welzijn en zorg (2008-2010)
- 2 Ondersteunen van veldpartijen, versterking van gebruikersorganisaties,
- 3 Concrete afspraak dat 150.000 huur- en koopwoningen bouwen die geschikt zijn voor ouderen, en woningcorporaties zetten zich in voor bouwen voor andere doelgroepen (jaarlijkse prestatieafspraken)
- 4 Opgave nul tredenwoningen (in ieder geval 40% bij nieuwbouw)
- 5 Bevorderen effectieve woonruimteverdeling
- 6 Opplussen (doorzonscan)
- 7 Woonwensen senioren (onderzoek hierna wat in 2008 voorjaar bekend wordt?)
- 8 Levering VPT door thuiszorginstellingen (1-1-9).

4.2 Dynamiek in het aanbod van wonen en zorg

De beleidsmaatregelen die de vorige paragraaf geschetst zijn hebben zonder twijfel bijgedragen aan ontwikkelingen op het gebied van wonen en zorg, zoals de toename van kleinschalige woonvormen of de toename van zorginfrastructuren. Deze ontwikkelingen zijn vaak niet expliciet gemeten en zijn daarnaast lastig toe te schrijven aan één enkele beleidsmaatregel. Veelal, zo blijkt ook uit de interviews met veldpartijen, leidt een combinatie van factoren, (een reeds bestaand idee, een subsidiemaatregel op het juiste moment, een enthousiaste samenwerkingspartner) tot een concreet plan en een zichtbaar resultaat. In deze paragraaf beschrijven we in algemene termen welke dynamiek zichtbaar is in het aanbod van wonen en zorg en welke factoren hier aan hebben bijgedragen. Figuur 4.1 geeft een schematisch overzicht van deze trends en verklarende factoren.

Figuur 4.1 Verklarende factoren voor dynamiek in het aanbod



Toename zelfstandig wonen van ouderen

In hoofdstuk 2 concluderen we een (relatieve) afname van de intramurale capaciteit voor ouderen. Tegelijk neemt de zorgwaarde van de cliënten die intramuraal verblijven toe. De afname van deze capaciteit gaat logischerwijs gepaard met een toename van het zelfstandig wonen, bijvoorbeeld in een woonzorgcomplex maar ook 'gewoon thuis'. Het scheiden van wonen en zorg bij ouderen neemt dus toe. In de literatuur en door experts zijn verschillende verklaringen aangereikt voor deze trend, die zowel met het beleid als met maatschappelijke factoren te maken hebben.

Ten eerste zijn de mogelijkheden om zelfstandig te wonen toegenomen door een diversiteit aan factoren waaronder de komst van woonzorgcomplexen, meer mogelijkheden voor 24-uurszorg thuis door verbeterde zorginfrastructuur, wijksteunpunten, het aanbod aan nul-treden- en levensloopbestendige woningen, de toenemende beschikbaarheid van domotica en het PGB. Het opstellen van woonvisies en de samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders stimuleert het stand komen van zorgvriendelijke wijken.

e VNG geeft aan dat nog niet alle gemeenten werken met een woonvisie, maar dat wel elke gemeente wonen met zorg op het netvlies heeft staan. Ook de komst van de WMO heeft gezorgd dat gemeenten het als taakopvatting zien een passend woningaanbod te leveren. Een veel gehoorde maatschappelijke verklaring voor de toename van zelfstandig wonen door ouderen is de toename van zelfstandigheid en mondigheid van met name de ouderen met somatische problematiek. Ook de toenemende koopkracht van deze groep speelt een rol.

Al met al is sprake van een wisselwerking van diverse factoren die verantwoordelijk zijn voor deze trend. Mensen willen langer zelfstandig blijven wonen. De mogelijkheden daarvoor zijn toegenomen, de financiële situatie van de mensen is beter en de mensen zijn mondig geworden. Bij gemeenten en corporaties is sprake van een bredere taakopvatting, zij bouwen in toenemende mate voor bepaalde doelgroepen. Er zijn ook belemmeringen weggenomen door bijvoorbeeld de toenemende zorginfrastructuren.

Intramuraal wonen: toename van individueel in plaats van groepswonen

Recent ingediende plannen bij het Bouwcollege duiden op een toename van individueel verblijf in verpleeghuizen, vooral voor ouderen met somatische problematiek. Brancheorganisatie Actiz geeft aan dat dit deels vanuit de wens van doelgroep tot stand is gekomen: de somatische groep wil individueel verblijven. Naast de wens van de klant speelt ook de visie van de zorgaanbieder mee.

Ook in de gehandicaptenzorg is een toename van individueel (eventueel geclusterd) wonen zichtbaar, met name in het aanbod voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten maar ook voor verstandelijk gehandicapten. Een geïnterviewde aanbieder schrijft deze trend primair toe aan de veranderde visie van zorgaanbieders, en de toenemende aandacht voor kwaliteit van leven. De 'zorg op maat regeling' wordt hierbij genoemd als stimulerende regelgeving, waardoor meer flexibiliteit in het aanbod mogelijk werd.

De VGN ziet overigens een ombuiging van de tendens dat mensen uit de grote instelling moeten en meer in de samenleving moeten wonen. Nu is er de trend dat de grote gebouwen op instellingen vervangen worden voor individueel zelfstandige woonvormen: de cliënt woont wel op de instelling maar toch in een individuele woonvorm.

Toename kleinschalig wonen dementerenden

Een deel van de capaciteit van de verpleeghuiszorg is niet meer in de grote verpleeghuizen, maar steeds meer kleinschalig gelokaliseerd. Er is de laatste jaren sprake van een sterke toename van kleinschalig wonen voor dementerenden. Deze woonvormen komen vooral tot stand vanuit initiatieven van zorgaanbieders. Wensen van cliënten en vertegenwoordigers spelen hierbij een rol, evenals het stimuleringsbeleid. Vanaf 2006 kan in de V&V sector kleinschalig worden gebouwd buiten het bouwregime om. Cijfers uit de databank van het kenniscentrum laten een trend zien die al enkele jaren eerder is ingezet. Wel is vanaf 2006 een sterkere toename zichtbaar, die wellicht door de aangepaste regelgeving wordt verklaard.

Stabilisering van de capaciteit van woonzorgcomplexen

De capaciteit van woonzorgcomplexen is de eind jaren '90 sterk gegroeid maar stagneert nu. Het Kenniscentrum geeft als reden hiervoor de onzekerheid over de financiering van de extramurale zorg en de moeizame financiering van de zorginfrastructuur (hierover meer in paragraaf 4.4.1). Een mogelijke verklaring is ook dat mensen steeds vaker de voorkeur geven aan thuis blijven wonen zolang het mogelijk is zelfstandig een huishouden te voeren.

En indien dit niet meer mogelijk is, is men aangewezen op de (eventueel kleinschalige) verpleeghuiszorg. De behoefte aan een tussenvorm zoals woonzorgcomplexen neemt hierdoor mogelijk af.

Verschuiving van grootschalig naar kleinschalig in de VG-zorg

In de VG-sector is een belangrijke, al langer bestaande trend dat er een verschuiving plaatsvindt van grootschalig naar kleinschalig (groeps)wonen. Bij nieuw ingediende bouwplannen komt afdelingsverblijf niet meer voor. De toename van kleinschalig groepswonen in de (verstandelijk) gehandicaptenzorg is sinds de jaren '80 zichtbaar en is vanaf 2000 verder toegenomen vanwege de mogelijkheid om buiten het bouwregime om kleinschalig te bouwen. Het Kenniscentrum vermoedt dat verschuivingen in de deze sector inmiddels zijn gestabiliseerd. Ook bij deze trend is duidelijk sprake geweest van een maatschappelijke tendens, in gang gezet vanuit de wens van cliënten en vertegenwoordigers, die is versterkt door het overheidsbeleid.

Beperkte toename scheiden van wonen en zorg in de gehandicaptenzorg

In de VG-sector en in de LG-sector is geen afname van het intramurale verblijf zichtbaar. Dit is wel het geval ZG-sector en geldt met name voor cliënten met een lichtere zorgzwaarte. Ondanks dat er geen afname zichtbaar is in de capaciteit van de intramurale woonvormen voor LG, is er voor deze groep wel een toename van het aanbod zelfstandig wonen, waarbij wonen en zorg zijn gescheiden. Het Bouwcollege constateert ook een toename van scheiden van wonen zorg voor verstandelijk gehandicapten, die we op dit moment echter niet met cijfers kunnen onderbouwen.

Toename PGB-initiatieven

Een opvallende ontwikkeling die is toe te schrijven aan het PGB is een toename van ouders of familie die zelf woonruimte huren en de nodige zorg en begeleiding inhuren met behulp van een PGB. Hierbij is per definitie sprake van het scheiden van wonen en zorg. Sommige van deze initiatieven ervaren echter financiële knelpunten met betrekking tot het financieren van de zorgkosten en/of de woonlasten¹.

Toename van het wooncomfort en keuzemogelijkheden

Zowel in het intramurale als het extramurale woonaanbod is een toenemende mate van wooncomfort zichtbaar. Woonoppervlakten in de intramurale zorg (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonvormen voor gehandicapten) nemen toe. Dit is duidelijk gerelateerd aan de toenemende prestatie-eisen van het bouwcollege.

Ook op de woonmarkt wordt het aanbod groter en luxer. Voor ouderen zien we nieuwe, luxere woonvormen zoals residenties. Maar op de woonmarkt is ook 'gewoner' aanbod: Woonzorg Nederland constateert dat de woonmarkt in toenemende mate differentiatie in wooncomfort en in huur- en koopprijs biedt, ook voor middel- en lagere inkomens. Verder kunnen de toenemende mogelijkheden voor thuis wonen met zorg (aan het begin van deze paragraaf genoemd) gezien worden als toenemend wooncomfort in de woonsector voor mensen met een beperking. Het toenemende comfortniveau van het aanbod leidt tot meer keuzemogelijkheden: intramuraal wonen kan ook comfortabel zijn, en zelfstandig wonen kan ook verzorgd (met domotica, 24-uurszorg).

¹ CVZ: kleinschalige zorginitiatieven, financieel bekeken, 2006.

4.3 Verwachte effecten optie 1: extra impuls op stimuleringsbeleid

Beleids optie 1 bevat naast reeds in gang gezet stimuleringsbeleid de invoering van het Volledig Pakket Thuis (VPT) en de invoering van integrale en transparante tarieven (ITT). Eerdere stimuleringsmaatregelen zijn reeds in paragraaf 4.1 beschreven.

Indicatoren voor de verwachte effecten van optie 1 op de diversiteit en capaciteit van het aanbod zijn enerzijds de effecten van het reeds in gang gezette stimuleringsbeleid, anderzijds de (extra) verwachte effecten van toekomstig beleid. De resultaten van de reeds in gang gezette maatregelen zijn in paragraaf 4.2 beschreven. In deze paragraaf richten we ons op verwachte effecten van toekomstig beleid: de invoering van het VPT en van integrale en transparante tarieven. Vervolgens trekken we conclusies over de in de nabije toekomst te verwachten effecten van het totale stimuleringsbeleid op de dynamiek in het aanbod van wonen en zorg.

4.3.1 Volledig pakket thuis

Het Volledig Pakket Thuis houdt in dat een persoon met een indicatie voor verblijf, vastgelegd in een ZZP (zorgzwaartepakket) dit gehele pakket (zorg en diensten) vergoed krijgt vanuit de AWBZ (exclusief het wonen) terwijl hij/zij thuis (zelfstandig) blijft wonen al dan niet in een geclusterde setting. Het volledig pakket thuis is per 1 juli 2007 ingevoerd maar is nog maar beperkt leverbaar. In 2008 regelen gemeenten de huishoudelijke hulp voor thuiswonende verblijfsgeïndiceerden. Vanaf 2009 kunnen ook thuiszorginstellingen het pakket leveren, vanuit de AWBZ. In dit onderzoek gaan we uit van de situatie dat het VPT volledig is ingevoerd en volledig benut kan worden door cliënten (zie 1.3).

Het VPT beoogt de keuzemogelijkheden met betrekking tot wonen en zorg te bevorderen. Bij een indicatie voor verblijf kan men kiezen voor verblijf in een intramurale instelling of om thuis/zelfstandig te blijven wonen (al dan niet in een geclusterde setting) en daar de zorg en ondersteuning te ontvangen. Ook kan men kiezen voor een PGB. Van het VPT wordt verwacht dat het voor mensen met een indicatie voor verblijf financieel haalbaar wordt om ook met een zwaardere zorgvraag thuis/zelfstandig te blijven wonen. De regeling leidt hierdoor in principe tot meer keuzemogelijkheden. Voorwaarde is wel dat een zorgaanbieder de mogelijkheid heeft om de zorg aan huis te leveren. Als de aanbieder het niet verantwoord of doelmatig vindt om de zorg aan huis te leveren, kan deze daarvan afzien. De keuze zal er daarom niet voor iedereen zijn. Ook zal het VPT niet voor iedereen een meerwaarde hebben.

Hieronder beschrijven we ten eerste de groep voor wie het VPT naar verwachting al dan niet een meerwaarde kan hebben en wie er nu al thuis wonen met een indicatie voor verblijf. Vervolgens gaan we in op de beperkingen die de zorgaanbieder kan opleggen door het pakket niet aan te willen bieden. Tenslotte volgen conclusies over de verwachte effecten van het VPT op het aanbod en de keuzemogelijkheden.

Voor wie heeft het VPT daadwerkelijk een meerwaarde?

Om de vraag te beantwoorden welk effect het VPT naar verwachting heeft op de keuzemogelijkheden en het aanbod van wonen en zorg, dienen we eerst de vraag te beantwoorden welke doelgroepen van het VPT gebruik zullen maken. Dit zijn vanzelfsprekend de groepen voor wie het VPT een meerwaarde kan bieden. In onze optiek heeft het VPT een meerwaarde indien er sprake is van één of meer van onderstaande factoren:

- Er is een financiële meerwaarde: het thuis wonen met een volledig pakket is financieel gunstiger of in ieder geval niet ongunstiger dan het intramuraal wonen.
- Het zelfstandig wonen moet een aantrekkelijk alternatief zijn: zelfstandig wonen biedt een hoger comfortniveau, een prettigere omgeving, een keuze voor een zorgaanbieder, etc.
- Het zelfstandig wonen kan tenslotte een meerwaarde op zichzelf hebben omdat mensen het idee van zelfstandig wonen prefereren boven het idee van instellingsverblijf.

In hoeverre iemand zal kiezen voor een VPT zal afhangen van de mate waarin sprake is van één of een combinatie van deze factoren, die hieronder worden uitgewerkt.

Financiële meerwaarde

In literatuur wordt geconstateerd dat het financieren van extramuraal zorg, eventueel met een PGB, tot financiële knelpunten kan leiden¹. Het VPT kan hiervoor, mits sprake is van clustering van woningen/cliënten, wellicht een oplossing bieden.

De financiële meerwaarde van het VPT is voor cliënten afhankelijk van de hoogte en toereikendheid van het budget. Zo constateert Actiz als knelpunt dat de medische behandeling door een verpleeghuisarts niet door het VPT gedekt wordt, en dat de huisarts deze zorg niet altijd op zich kan nemen. Ook zou het kunnen dat de huurkosten van de woning onbetaalbaar worden vanwege bepaalde aanpassingen die nodig zijn om deze geschikt te maken. Het realiseren hiervan is weliswaar een taak van gemeenten, maar deze vragen veelal een eigen bijdrage. Tevens speelt voor cliënten een rol wat de verhouding is tussen eigen bijdragen bij het VPT en intramuraal.

Voor de uitwerking van het financiële aspect en financiële consequenties verwijzen we naar een van de andere deelonderzoeken (deelonderzoek 3, inkomensgevolgen voor burgers) die medio april 2008 nog niet afgerond zijn.

Zelfstandig (extramuraal) wonen is aantrekkelijk alternatief

Voor sommige groepen zal het zelfstandig wonen op woonmarkt waarbij men zelf huur betaalt, aantrekkelijker zijn dan voor anderen. Van belang is dan bijvoorbeeld of het op de woonmarkt wonen meer comfort en keuze biedt dan intramuraal verblijf. Het VPT kan bijvoorbeeld interessant zijn als mogelijkheid om met partner te blijven wonen of om bij de eigen (thuis)zorgaanbieder te kunnen blijven. Verder is het aanbod vanuit de woonmarkt vaak aantrekkelijker wat betreft comfortniveau en oppervlakte dan het intramurale aanbod (hoewel het intramurale comfortniveau ook duidelijk toeneemt, zoals in hoofdstuk 2 werd geconstateerd).

¹ KCWZ: veranderingen in bouwregelgeving zorg en de invloed op projecten kleinschalig wonen, 2005.
En ook: KCWZ: kleinschalige woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap of een somatische verpleeghuisindicatie, 2004.

Randvoorwaarde is echter wel dat er woonruimte beschikbaar is die geschikt is gezien de aard van de beperking. Voor doelgroepen zoals zwaar dementerenden, ernstig verstandelijk gehandicapten of mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, is het groepswonen in de meeste gevallen de meest geschikte woonvorm vanwege het toezicht en de sociale component. Het gebrek aan geschikt aanbod vanuit de woonmarkt voor deze doelgroep (zoals geclusterde groepswoningen met gemeenschappelijke voorzieningen) beperkt de mogelijkheden voor wonen op de woonmarkt voor deze doelgroepen. Datzelfde geldt voor het gebrek aan woonvormen die door aanpassingen (bijvoorbeeld rolstoelgeschikt sanitair) geschikt zijn voor mensen met zware lichamelijke beperkingen. Ook die zijn niet altijd in voldoende mate beschikbaar. Het gevolg is dat voor doelgroepen die vanwege de aard van hun beperkingen een bijzonder woonaanbod nodig hebben (en dus niet in de 'gewone' woning met enkele aanpassingen kunnen wonen), het individueel, zelfstandig wonen momenteel geen reëel alternatief zal zijn. We verwachten dan ook dat vanwege tekorten in het aanbod het VPT in de huidige situatie aantrekkelijker zal zijn voor mensen die in minder specifiek aangepaste woningen kunnen wonen dan voor de 'zwaardere' groepen. Van de invoering van het VPT kan wel een impuls uitgaan op het realiseren van woningaanbod voor relatief zwaardere groepen. Door het VPT wordt het immers voor het eerst mogelijk om deze groepen zorg te leveren buiten het bestaande intramurale aanbod, waardoor er ook vraag zal ontstaan naar woningaanbod voor deze groepen.

Een andere mogelijkheid vormen de woonvormen in de categorie 'ouderinitiatieven': als mensen het initiatief nemen en er voor zorgen dat het woonaanbod er is, dan zal het VPT hier wel een meerwaarde kunnen bieden (afhankelijk van de hoogte van het bedrag in relatie tot het PGB) voor de financiering van de zorg.

Meerwaarde van 'het idee van' zelfstandig wonen

Voor de meeste mensen geldt dat ze liever zelfstandig wonen dan in een instelling, los van het eventuele verschil in comfortniveau van het aanbod. Dit geldt naar verwachting met name voor de mensen die daadwerkelijk in staat zijn zelfstandig een huishouden te voeren en/of regie hebben over hun leven. In hoofdstuk 2 werd duidelijk welke doelgroepen (intramuraal) individueel verblijven en dus zelfstandig een huishouden voeren: (lichtere) ouderen met somatische problematiek, (lichtere) verstandelijk gehandicapten, lichamenlijk en zintuiglijk gehandicapten. Voor deze doelgroepen zal het zelfstandig wonen waarschijnlijk meer meerwaarde hebben dan voor mensen die totaal geen regie over hun leven kunnen hebben.

Wie wonen nu al thuis met een indicatie voor verblijf?

In het rapport 'Analyse databestanden ten behoeve van verblijfszorg thuis' (HHM, 2007) wordt geconcludeerd dat er medio 2006 tenminste 16.000 cliënten met een indicatie voor verblijf langdurig, zorg zonder verblijf ontvangen. De ZZP's van deze mensen zijn ingeschat aan de hand van kenmerken van hun indicatie. In totaal heeft zo'n 92% van deze groep een ZZP voor verpleging en verzorging, 3% een ZZP voor GGZ, nog eens 3% een VG-ZZP en 2% een LG-ZZP. Tabel 4.1 laat de verdeling over ZZP's van mensen met een indicatie voor V&V die zorg zonder dan wel zorg met verblijf ontvangen.

Tabel 4.1 V&V ZZP's bij zorg zonder en met verblijf¹

	Zorg zonder verblijf	Zorg met verblijf
V&V-1	47,4%	20,5%
V&V-2	27,1%	11,9%
V&V-3	6,2%	9,7%
V&V-4	3,5%	3,3%
V&V-5	2,6%	20,4%
V&V-6	2,3%	13,0%
V&V-7	2,1%	14,0%
V&V-8	0,3%	1,9%
V&V-9	3,4%	4,3%
V&V-10	5,3%	1,0%

Aandachtspunt bij de interpretatie van deze tabel is dat er *niet* uit is af te lezen welk percentage van de mensen met een indicatie voor een bepaalde ZZP thuis woont en welk percentage intramuraal². Uit de tabel is wél te concluderen in welke mate de verschillende ZZP's voorkomen bij mensen met een indicatie voor verblijf die thuis wonen, in vergelijking met verblijfsgeïndiceerden die in een instelling verblijven.

In het algemeen zijn het vooral mensen met een lichtere zorgzwaarte die thuis wonen: driekwart heeft ZZP 1 of 2. In vergelijking met geïndiceerden die in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven hebben verblijfsgeïndiceerden die thuis wonen vaker een ZZP 1 of 2 (beschut wonen met begeleiding) en vaker een ZZP 10 (palliatieve zorg). Intramuraal wonenden hebben beduidend vaker een ZZP 5, 6 of 7: beschermd wonen met intensieve zorg vanwege ernstige somatische problematiek, dementie of NAH. Met name voor deze groep is thuis wonen blijkbaar minder aantrekkelijk of mogelijk. Opvallend is wel dat alle ZZP's toch ook bij thuiswonenden voor kunnen komen.

Uit bovenstaande gegevens zou de conclusie kunnen worden getrokken dat een groot deel van de mensen die momenteel met een indicatie verblijf intramuraal wonen en een lichtere zorgzwaarte hebben (ZZP 1 of ZZP 2) ook thuis zou kunnen verblijven (bijvoorbeeld met een VPT). Voor een deel van deze groep zal dat zeker gelden, hoewel niet duidelijk wordt voor welk deel dit geldt. Het is bovendien niet duidelijk onder welke voorwaarden de 16.000 cliënten de zorg thuis ontvangen (denk bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van mantelzorg).

¹ Deze cijfers zijn gebaseerd op de rapporten Resultaten landelijke ZZP-score, HHM, 2007, en op Analyse databestanden ten behoeve van verblijfszorg thuis, HHM, 2007. De hier weergegeven percentages wijken iets af van die in de publicaties omdat ze omwille van de vergelijkbaarheid zijn herberekend naar uitsluitend de groep geïndiceerden met een indicatie voor V&V 1 t/m 10.

² Om dit te kunnen concluderen zouden we rij- in plaats van kolompercentages moeten laten zien (de rijen in plaats van de kolommen zouden dan moeten optellen tot 100%). Hiervoor zouden we de aantallen per rij moeten optellen. Aangezien de cijfers uit beide kolommen echter afkomstig zijn uit verschillende bronnen en op verschillende wijzen zijn verzameld, is het niet verantwoord cijfers uit de ene kolom bij cijfers uit de andere kolom op te tellen.

Aan wie zullen zorgaanbieders het VPT leveren?

Als de aanbieder het niet verantwoord of doelmatig vindt om de zorg aan huis te leveren, kan deze daarvan afzien. Voor de zorgaanbieder zal het vooral van belang zijn dat de zorg efficiënt kan worden geleverd. Te verwachten is dat bij noodzaak is van 24-uurs oproepbare zorg, de zorgaanbieder alleen kan of wil leveren indien sprake is van geclusterde woningen, waar deze zorg ook aan andere bewoners geboden wordt. Zorgaanbieders zullen vaak niet in staat zijn om efficiënt intensieve zorg te leveren aan cliënten die verspreid wonen. Dit betekent dat het VPT aan mensen met een zware zorgvraag meestal alleen geleverd zal worden indien ze geclusterd wonen.

Verwachte effecten op het aanbod en de keuzemogelijkheden

Uit het voorgaande trekken we de onderstaande conclusies over de te verwachten effecten van het VPT. Hierbij dient te worden benadrukt dat beschikbaarheid en betaalbaarheid van het aanbod vanuit de woonmarkt, ook genoemd als knelpunt in paragraaf 4.4.1, belangrijke randvoorwaarden zijn bij de verwachte effecten. Gesignaleerd wordt dat dit aanbod toeneemt maar dat dit tijd kost. Eventuele effecten zullen dus pas op de langere termijn zichtbaar zijn.

Verwachte effecten op het aanbod

- Het VPT zal het meest aantrekkelijk zijn voor ouderen met somatische problematiek met een relatief lichte zorgvraag. De ouderen die hier voor in aanmerking (gaan) komen wonen nu meestal ook thuis.
- Mogelijk bevat het VPT prikkels voor zorgaanbieders om over te gaan tot scheiden van wonen en zorg en een hoger wooncomfort aan te bieden als hun klantenpopulatie draagkrachtig genoeg is om deze huur te betalen.
- Afhankelijk van de hoogte van het VPT kan deze regeling ook aantrekkelijk zijn voor mensen die minder te besteden hebben. Het zal vooral gaan om mensen voor wie het idee van scheiden van wonen en zorg een meerwaarde biedt: (lichtere) verstandelijk gehandicapten, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, lichtere GGZ-patiënten. Dit is de groep die nu veelal gebruik maakt van intramurale individuele woonvormen met zorg op afspraak.
- Voor mensen met een zwaardere zorgvraag (24-uurszorg op afroep) die zelfstandig willen wonen (naar verwachting vooral ouderen met somatische problematiek en lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten die enige regie over hun leven hebben) moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden wil het VPT haalbaar zijn: het moet financieel haalbaar zijn voor de zorgaanbieder, er moet een geschikt woonaanbod zijn en de zorgaanbieder moet het willen leveren. De laatste voorwaarde impliceert een geclusterde woonvorm. Er vanuit gaande dat het aanbod de vraag volgt en het VPT ook voor de zwaardere groepen financiële haalbaar is, is te verwachten dat het aanbod van geclusterde zelfstandige woonvormen zal toenemen als gevolg van het VPT.
- De verwachting is dat het VPT weinig meerwaarde biedt voor mensen met een zwaardere psychogeriatrische, psychiatrische of verstandelijke beperking en dat er voor die doelgroep dus ook geen effect op het aanbod zal zijn.
- Tenslotte, en ook dit is afhankelijk van de financiële haalbaarheid, kan het VPT leiden tot een toename van op eigen initiatief gerealiseerde woonvormen zoals de 'ouderinitiatieven'.

Verwachte effecten op keuzemogelijkheden

In het algemeen wordt het mogelijk om bij een indicatie voor verblijf te kiezen voor zelfstandig wonen of in een instelling verblijven. De daadwerkelijke keuze neemt echter substantieel toe naarmate het aanbod van een geschikte woonvorm op de woonmarkt aanwezig en betaalbaar is. Voor mensen voor wie meer aanbod is (die minder intensief aangepaste woningen behoeven) en die minder financieel risico lopen leidt het VPT tot een reële keuzemogelijkheid tussen thuis wonen en verblijf in een instelling. Dat impliceert ook de mogelijkheid te kiezen voor een hoger comfortniveau en voor een zorgaanbieder (voor zover meerdere zorgaanbieders in een bepaalde wijk leveren). Voor mensen voor wie er nauwelijks of geen aanbod op de woonmarkt is dat aantrekkelijker is dan intramuraal verblijf, is deze keuzemogelijkheid er niet. Dat laatste geldt in het meest duidelijke geval voor mensen met een zwaardere psychogeriatrische of verstandelijke beperking.

4.3.2 Integrale en transparante tarieven

Sinds 2006 regelt de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) de toelatingen en vergunningen voor het leveren van zorg en het bouwen door instellingen. Een doel van deze wet is de intramurale sector meer vrijheid en verantwoordelijkheid te geven bij de bouw van zorginstellingen. Deze vrijheid en verantwoordelijkheid wordt verder gestimuleerd door de invoering van integrale en transparante tarieven per 2009. Dit houdt in dat kapitaallasten (zoals rente en afschrijving van gebouwen) onderdeel zijn van de prestatiebekostiging (ZZP's). In het huidige systeem ontvangt de instelling een vergoeding van de kapitaallasten onafhankelijk van de bezetting. Dit geeft geen financiële prikkel om met het verblijfsaanbod aan te sluiten bij de vraag van de cliënt.

Met de invoering van transparante en integrale tarieven hebben de instellingen minder financiële zekerheid en moeten ze hun kapitaallasten terugverdienen met het leveren van zorg aan cliënten. Dat kan zowel intramurale als extramurale zorg (een VPT) zijn. Indien er minder vraag is naar het intramurale aanbod van de instelling loopt deze een financieel risico vanwege mogelijke leegstand.

Doel van de invoering van deze tarieven is dan ook om aanbieder bij hun intramurale aanbod meer rekening te laten houden met de verblijfwensen van cliënten, of deze nu (kleinschalig) intramuraal of thuis willen wonen. De overheid verwacht van deze maatregel dat deze leidt tot een meer vraaggestuurd en gevarieerd intramuraal aanbod en tot meer samenwerking tussen woningcorporaties en zorgaanbieders. In dit onderzoek gaan we, zoals reeds gemeld, uit van volledig doorgevoerde, functionerende en voldoende hoge ITT.

Onderstaande paragraaf gaat in op de verwachte effecten van deze maatregel. Hierbij trachten we eerst de vraag te beantwoorden hoe zorgaanbieders naar verwachting zullen reageren op deze maatregel. Vervolgens wordt de vraag beantwoord hoe welke effecten op het aanbod en de keuzemogelijkheden in de nabije toekomst te verwachten zijn.

Verwachte reactie van zorgaanbieders

In onderstaande paragraaf wordt ingegaan op de vraag hoe zorgaanbieders op deze maatregel zullen reageren.

Streven naar hoogwaardig aanbod

Door de invoering van integrale tarieven worden aanbieders financieel geprikkeld om leegstand te voorkomen. Koepels en zorgaanbieders verwachten dat dit zal leiden tot het streven naar een hoogwaardig woonaanbod en dat verouderde woningen zullen worden omgebouwd en nieuw aanbod zal worden gerealiseerd. Dit nieuwe aanbod moet kunnen concurreren met het aanbod op de woonmarkt. Dat betekent dat er voldoende financiële dekking moet zijn voor het voldoende ruim en comfortabel bouwen en het financieren van gemeenschappelijke ruimten.

Minimaliseren financieel risico: samenwerking met woningcorporaties

Ten eerste zal er meer samenwerking gezocht worden met woningcorporaties. Woningcorporaties kunnen, zoals nu ook al gebeurt, bijspringen in de kosten van de verbouwingen en de nieuwbouw. Zij zijn hier mogelijk toe bereid omdat dit voor hen ook gunstig kan zijn: veel intramurale voorzieningen zijn gelegen op mooie, aantrekkelijke locaties. De woningcorporaties kunnen, bijvoorbeeld door een fusie aan te gaan met een zorgaanbieder, dan de woningen in eigendom nemen en doorverhuren aan de zorgaanbieder, of rechtstreeks aan de bewoner. Afhankelijk van de keuzes die door de zorgaanbieder worden gemaakt zal dit in sommige gevallen leiden tot een toename van financieel scheiden van wonen en zorg.

Minimaliseren financieel risico: terughoudendheid

Veldpartijen zien kansen als gevolg van de integrale tarieven, maar ook risico's en belemmeringen. Sommigen verwachten dat zorgaanbieders juist terughoudend zullen reageren op de financiële risico's die de integrale tarieven met zich meebrengen. Vooral in de gehandicaptensector wordt terughoudendheid verwacht. In deze sector wordt al langer 'comfortabel' en kleinschalig gebouwd. De VGN ziet de mogelijkheid dat dit comfortniveau juist minder zal worden omdat instellingen geen financiële risico's willen nemen. De financiering moet voldoende zijn voor de realisatie van gemeenschappelijke voorzieningen en het leveren van zorg in de wijk.

Minimaliseren financieel risico: efficiënt, vraaggestuurd en flexibel aanbod

Een mogelijkheid om financiële risico's te beperken is het streven naar zo efficiënt, vraaggestuurd en flexibel mogelijk bouwen, waarbij de woningen geschikt zijn voor meerdere doelgroepen en eventueel kunnen worden afgestoten naar de woonmarkt. Hoe meer de woningen aansluiten op de (toekomstige) vraag, hoe gemakkelijker ze ombouwbaar zijn en naarmate ze voor meer verschillende groepen geschikt zijn, hoe kleiner het risico op leegstand. Een voordeel van het afschaffen van de oude bouwregels is dat verbouwen ook sneller en gemakkelijker wordt. Dit bevordert het flexibel en vraaggestuurd bouwen.

Conclusie

Alles overziend is te verwachten dat de integrale en transparante tarieven bij zorgaanbieders zullen leiden tot het streven naar meer hoogwaardig aanbod, flexibel, ombouwbaar en toekomstbestendig aanbod, een toenemende professionalisering, meer samenwerking met woningcorporaties en een toename van scheiden van wonen zorg.

Verwachte effecten op het aanbod en keuzemogelijkheden

In het voorgaande werd geconcludeerd hoe zorgaanbieders naar verwachting zullen reageren op de komst van de integrale en transparante tarieven. In onderstaande paragraaf willen we nader ingaan op de gevolgen voor het aanbod.

Ervaringen in het recente verleden

In het verleden zijn reeds effecten van de prestatiebekostiging zichtbaar geworden. Sinds 2000 geldt reeds voor kleinschalige woonvormen in de gehandicaptenzorg en de GGZ dat deze buiten het bouwregime om gebouwd kunnen worden waarbij ze per bezette plek financiering ontvangen, per 2006 geldt dit ook voor de verpleging en verzorging.

In de VG-sector is al langer sprake van een verschuiving van grootschalig naar kleinschalig (groeps)wonen en in mindere mate individueel wonen. Bij nieuw ingediende bouwplannen komt afdelingsverblijf niet meer voor. De toename van kleinschalig groepswoonvormen in de (verstandelijk) gehandicaptenzorg is sinds de jaren '80 zichtbaar en is vanaf 2000 verder toegenomen vanwege de mogelijkheid om buiten het bouwregime om kleinschalig te bouwen. In de V&V sector heeft de prestatiebekostiging eveneens geleid tot een extra impuls bovenop de al bestaande trend van een toename van kleinschalig wonen voor dementeren. Vanaf 2006 is een sterkere toename van deze woonvormen zichtbaar.

Verwachte effecten op het aanbod gezien de preferenties van de klant

Uit bovenstaande is te concluderen is dat de mogelijkheid kleinschalig te bouwen buiten het bouwregime om met prestatiebekostiging een extra impuls hebben gegeven aan het realiseren van kleinschalige voorzieningen door zorgaanbieders. De vraag is echter of dit verder doorzet in de nabije toekomst, als voor alle intramurale voorzieningen geldt dat ze met integrale tarieven worden gefinancierd. Dit zal vooral afhangen van de wensen van de klant in combinatie met economische motieven zoals toekomstbestendigheid en flexibiliteit van de woonvorm. Gezien de verwachting dat er meer vraaggestuurd zal worden gebouwd en de klantpreferenties zoals die zijn beschreven in hoofdstuk 3 kunnen we de volgende effecten op het aanbod verwachten:

- Voor ouderen met psychogeriatrische problematiek zal er een verdere toename zijn van het kleinschalig wonen. Als aangesloten wordt bij de voorkeur van de ouderen zelf zal dit vooral in de wijk zijn, vanwege bijvoorbeeld sociale contacten en om het mogelijk te maken in de buurt van de partner te blijven.
- Ouderen met somatische problematiek willen zolang mogelijk zo gewoon mogelijk blijven wonen. Als het niet anders kan liever verzorgd in een woonzorgcomplex of aanleunwoning dan in de instelling. Deze voorkeur zal instellingen prikkelen om een toename van comfortabele, individuele vormen van verzorgd wonen te realiseren, eventueel in samenwerking met een woningcorporatie.
- Voor verstandelijk gehandicapten lijkt te gelden dat hun voorkeur voor woonvorm relatief vaak al overeenkomt met hun huidige woonvorm. Een derde van de populatie wil gewoon thuis wonen en tegelijk is dit al de realiteit. Verder wil een derde graag in een kleinschalige groep wonen, in een instelling ofwel in de wijk. Uit de cijfers is niet op te maken of meer mensen in de wijk of juist op een instellingsterrein willen wonen dan nu het geval is. Wel wordt veelal al in kleine groepen gewoond. Verder zijn er signalen dat er meer individueel gewoond wil worden door deze groep. In het algemeen geldt dat te weinig bekend is over de woonwensen van deze groep om te concluderen of de huidige situatie voldoet aan alle wensen, bijvoorbeeld ten aanzien van wooncomfort. We verwachten echter al met al geen grote veranderingen in het aanbod voor verstandelijk gehandicapten als gevolg van deze maatregel.

- Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten willen, voor zover bekend, zoveel mogelijk individueel wonen en soms in kleinschalige groepen in de wijk. Naar verwachting zullen zorgaanbieders hun aanbod voor deze doelgroep steeds meer in de wijk lokaliseren in plaats van op een instellingsterrein. Hierbij zal een uitzondering gemaakt worden voor de groep voor wie vanwege een ernstige meervoudige beperking wonen in de wijk geen meerwaarde biedt maar die juist behoefte hebben aan een beschermde omgeving.
- Bij de GGZ-populatie lijkt er, in vergelijking met de gehandicaptensector, het meest sprake te zijn van een discrepantie tussen de vraag en het huidige aanbod. Het grootste deel wil individueel wonen of in een kleine groep met eigen ruimtes. De meerderheid van hen wil in de wijk wonen, een kwart op het instellingsterrein. Gezien deze voorkeuren zullen zorgaanbieders door de integrale tarieven geprikkeld worden in de toekomst meer individuele en kleinschalige groepsvoorzieningen in de wijk te realiseren dan nu het geval is.

Verwachte effecten op keuzemogelijkheden

In het algemeen verwachten koepels en zorgaanbieders dat de integrale en transparante tarieven tot meer divers aanbod zullen leiden. De huidige prestatie-eisen van het CBZ creëren uniformiteit. Zorgaanbieders zorgen ervoor dat ze aan die eisen voldoen maar meestal ook niet meer dan dat. Door het afschaffen van deze regels hebben instellingen meer vrijheid om diversiteit te creëren. Deze diversiteit leidt tot meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. Zo kunnen instellingen er bijvoorbeeld voor kiezen de mogelijkheid te bieden om samen met de partner te wonen als daar vraag naar is. Er zal daarbij een evenwicht gevonden moeten worden tussen enerzijds het creëren van een divers aanbod om tegemoet te komen aan de vraag en anderzijds rendabel bouwen.

4.3.3 Conclusie: verwachte effecten van optie 1

Gezien de effecten van het stimuleringsbeleid tot nu toe, de verwachte effecten van het Volledig Pakket Thuis en de invoering van de integrale en transparante tarieven, komen we tot de volgende conclusies over de verwachte effecten van optie 1 op de capaciteit van het aanbod en de keuzemogelijkheden voor cliënten:

Capaciteit en kenmerken van het aanbod

- Een toename van het zelfstandig wonen door (met name somatische) ouderen is een trend die zich in het geval van beleidsoptie 1 verder zal gaan doorzetten. De groep met een wat lichtere zorgvraag, en zeker degenen die wat meer te besteden hebben, zal door de komst van het VPT nog meer geprikkeld worden om thuis te blijven wonen.
- Verder zal de groep ouderen met somatische problematiek die 24-uurszorg op afroep nodig heeft in toenemende mate geclusterd maar zelfstandig kunnen wonen met een VPT, bijvoorbeeld in een aanleunwoning of woonzorgcomplex. De verwachting is dan ook dat het aanbod aan geclusterde woonvormen vanuit de woonmarkt nog zal toenemen. Een afname van intramurale capaciteit is dan ook te verwachten. Hoe groot deze afname zal zijn hangt af van de mate waarin woningcorporaties en zorgaanbieders die over gaan tot scheiden van wonen en zorg geschikt en betaalbaar woonaanbod zullen realiseren voor de diverse doelgroepen.
- Van het intramurale aanbod voor ouderen met somatische problematiek kan worden verwacht dat dit als gevolg van de integrale en transparante tarieven in toenemende mate zal aansluiten bij de wensen van de klant: zo gewoon mogelijk en een hoger comfortniveau.

- Voor de psychogeriatrische groep ouderen zal de trend van kleinschalig groepswonen, bij voorkeur in de wijk, zich verder doorzetten als gevolg van de integrale en transparante tarieven.
- In het algemeen zijn geen grote veranderingen in het huidige aanbod voor verstandelijk gehandicapten te verwachten. Het beeld overheerst dat de meesten al wonen conform hun wensen. Wellicht dat het individueel wonen op een instellingsterrein nog enigszins zal toenemen. Voor de (kleine) groep die nu intramuraal woont met zorg op afspraak zal zelfstandig wonen aantrekkelijker kunnen worden als gevolg van het VPT. Het VPT zal, afhankelijk van de hoogte van het bedrag, ook leiden tot een toename van ouderinitiatieven.
- Voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten is te verwachten dat zij in toenemende mate individueel maar wel geclusterd buiten de instelling zullen wonen. (Dit geldt voor de mensen met een zwaardere zorgvraag, voor mensen met een lichtere zorgvraag geldt al meestal dat zij individueel in de wijk wonen.) De vraag van deze doelgroep (wil men liever intra- of extramuraal wonen) zal van invloed zijn op de mate waarin er meer extra- of juist intramuraal aanbod zal ontstaan. Er is te weinig bekend over deze preferenties om hier conclusies over te trekken.
- Als gevolg van de integrale en transparante tarieven zullen ook de GGZ-aanbieders hun aanbod meer moeten toespitsen op de vraag. Dit betekent meer individueel of in kleine groepen wonen in de wijk ten koste van het afdelingswonen op een instellingsterrein, in ieder geval voor de groepen voor wie gezien de preferenties en de problematiek wenselijk is.
- De laatste jaren is de trend zichtbaar dat het comfortniveau dat instellingen bieden toeneemt. Als gevolg van de integrale en transparante tarieven kan een verdere toename hiervan worden verwacht, voor zover de tarieven dat toelaten. Gezien de huidige stand van zaken is de meeste meerwaarde hiervan te verwachten in de GGZ, en de minste in de gehandicaptenzorg.

Keuzemogelijkheden

Al met al leidt optie 1 tot toenemende keuzemogelijkheden op twee vlakken:

- Ten eerste is er een toenemende mogelijkheid om te kiezen tussen intramuraal verblijf en zelfstandig wonen vanwege het VPT (zie paragraaf 4.3.1 voor een nuancering hiervan), door een toename van geschikte woonvormen in de woonmarkt (die echter nog niet hard genoeg gaat) en door technische mogelijkheden (domotica). Deze keus impliceert de toenemende mogelijkheid om te kiezen voor een zorgaanbieder. Bij geclusterd wonen, hetgeen meestal samengaat met een zwaardere zorgbehoefte, is vrije keus in zorgaanbieder niet altijd mogelijk (in paragraaf 2.2.4 werd geconcludeerd dat er regelmatig sprake is van gedwongen wijkwoning).
- Ten tweede nemen de keuzemogelijkheden binnen het woonaanbod vanuit de intramurale markt toe. Van de integrale en transparante tarieven is te verwachten dat de diversiteit van het intramurale aanbod gaat toenemen. Keuzemogelijkheden voor een zorgaanbieder is er per definitie niet bij intramuraal verblijf.

4.4 Verwachte effecten optie 2: scheiden van wonen en zorg

Naast het bevorderen van scheiden van wonen en zorg met stimuleringsmaatregelen (optie 1) is optie 2 het daadwerkelijk (financieel) scheiden van wonen en zorg. De bekostiging van het verblijf (de huisvesting) wordt niet meer vanuit de AWBZ bekostigd maar de cliënt betaalt zelf huur en al het (nieuwe) aanbod wordt gerealiseerd op de woonmarkt. Hiermee wordt meer keuzemogelijkheden voor de klant beoogt: men verwacht meer vrijheid in de keuze voor locatie en type woonvorm, doordat wonen en zorg niet meer als één pakket worden aangeboden. Tegelijk wordt meer differentiatie in het aanbod van wonen en zorg verwacht. Ook creëert scheiden van wonen en zorg meer mogelijkheden voor een keuze voor de aanbieder van de geïndiceerde zorg.

De vraag die we in onderstaande paragraaf trachten te beantwoorden is de volgende: welke dynamiek in het aanbod van wonen en zorg is in de nabije toekomst te verwachten bij een wettelijke financiële scheiding van wonen en zorg, en wat betekent dit voor de keuzemogelijkheden van de cliënt?

In onderstaande paragraaf geven we eerst een overzicht van beïnvloedende factoren bij scheiden van wonen en zorg. Vervolgens beschrijven we de verschillen tussen het huidige intramurale aanbod en dat op de woonmarkt. Aan het eind van dit hoofdstuk trekken we conclusies over de verwachte effecten van optie 2 in relatie tot optie 1.

4.4.1 Beïnvloedende factoren

In de literatuur en tijdens interviews met experts zijn verschillende factoren naar voren gekomen die van invloed zijn op het succes van scheiden van wonen en zorg. Zicht hierop, en in hoeverre toekomstig beleid hier op inspeelt, is van belang bij het voorspellen van effecten van toekomstig beleid. Onderstaande factoren spelen een rol in de mate waarin scheiden van wonen en zorg succesvol kan zijn en waarin bijvoorbeeld onacceptabele risico's voor de (toekomstige) bewoners worden voorkomen.

Beschikbaarheid geschikte en betaalbare woningen op de woonmarkt

Volledig scheiden van wonen en zorg betekent niet dat alle intramurale capaciteit direct door nieuwe woningen op de woonmarkt worden vervangen. Dit zal op korte termijn wellicht voor het verouderde deel van deze capaciteit aan de orde zijn (hoewel ook hier sprake zal zijn van geleidelijkheid). Op de lange termijn zal alle huidige (intramurale) capaciteit vervangen worden door bouw vanuit de woonmarkt. Dat betekent dat er meer woningen voor sociale huur gerealiseerd dienen te worden en bij de toewijzing hiervan rekening gehouden moet worden met specifieke doelgroepen.

De woonmarkt zal meer dan nu het geval is ook moeten bouwen voor doelgroepen met zwaardere beperkingen en/of een intensieve zorgvraag. Het gaat hier bijvoorbeeld om woningen met rolstoeltoegankelijk sanitair of met gemeenschappelijke ruimten (beschermd wonen), en/of geclusterde woningen. Hiervan zijn momenteel te weinig woningen op de woonmarkt beschikbaar¹. Een woningcorporatie kan de extra investeren in dergelijke woningen niet in de huur doorverrekenen (de zogenaamde 'onrendabele top').

¹ CBZ: bevorderen scheiden van wonen en zorg, 2005.

De afspraken die in het onderhandelaarsakkoord (zie paragraaf 4.1, akkoord is overigens niet bekrachtigd door de leden van Aedes) zijn gemaakt tussen de Minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de Voorzitter van Aedes over het bouwen van woningen die geschikt zijn voor ouderen en andere doelgroepen zijn een eerste stap in de richting van het voldoen aan deze randvoorwaarden.

Beperken/voorkomen onacceptabele financiële consequenties voor burgers

Voor de financiële consequenties van scheiden van wonen en zorg voor burgers (bijvoorbeeld rond eigen bijdragen, dubbele huisvestingslasten, etc), verwijzen we naar deelonderzoek 3 (inkomensgevolgen voor burgers).

Beperken/voorkomen onacceptabele financiële consequenties voor zorginstellingen

Voor de financiële consequenties van scheiden van wonen en zorg voor zorgaanbieders (bijvoorbeeld rond boekwaarde, huurinkomsten etc.), verwijzen we naar deelonderzoek 2 (gevolgen van beleids optie 2 voor klanten, zorginstellingen, corporaties en overheid).

Beperken/voorkomen onzekerheid bedrijfseconomische gevolgen voor zorgaanbieders

Zorgaanbieders ervaren een drempel om wonen en zorg te scheiden omdat ze de bedrijfseconomische gevolgen niet kunnen overzien¹. Ze worden geconfronteerd met de vraag of diverse voorzieningen zoals de 24-uurszorg, de zorginfrastructuur, de gemeenschappelijke ruimten en de welzijnsvoorzieningen wel gefinancierd en gegarandeerd kunnen worden. De beleidsregel zorginfrastructuur (2006) die in paragraaf 4.1 is toegelicht lijkt de zorgaanbieders niet altijd het vertrouwen te bieden dat de kosten voor de zorginfrastructuur zijn afgedekt. Veldpartijen noemen als knelpunt dat er voorafgaand aan het ontvangen van de financiering (in het kader van de maatregel) al investeringen moeten worden gedaan, waarbij het niet duidelijk is wie hiervoor verantwoordelijk is: de zorgaanbieder, de woningcorporatie of de gemeente. Duidelijk is dat een deel van het veld ervaart dat de intramurale zorgverlening meer financiële zekerheid biedt dan scheiden van wonen en zorg. Dit leidt tot terughoudendheid.

Beschikbaarheid zorginfrastructuur

Een andere factor die het succes van scheiden van wonen en zorg beïnvloed is de beschikbaarheid van zorginfrastructuur: een gebouw van waaruit zorg wordt verleend en 24 uur oproepbare zorg. Het CBZ constateert opvallende regionale verschillen in de beschikbaarheid hiervan en dat 100 gemeenten geen zorgsteunpunt hebben².

Opbouwen van samenwerking

De nieuwe WTZi betekent minder overheidsbemoediging bij intramurale bouw. Dit betekent voor zorgaanbieders meer vrijheden, maar ook meer risico's. Deze risico's kunnen leiden tot meer samenwerking met woningcorporaties en meer scheiden van wonen en zorg. Het is echter nog onvoldoende duidelijk hoe zorgaanbieders zullen reageren.

¹ Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ, CVZ, 2004.

² Inventarisatie zorginfrastructuur, CBZ, 2006.

4.4.2 Verschillen tussen intramuraal wonen en het aanbod van de woonmarkt

In de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 hebben we al verschillen tussen het intramurale aanbod en dat van woonmarkt aangestipt, gebaseerd op de kenmerken van het huidige aanbod. Hieronder trekken we conclusies over de belangrijkste verschillen, waarbij we de gegevens uit hoofdstuk 2 kwalitatief invullen met de ervaringen van de geïnterviewde kopers, aanbieders en woningcorporaties.

Spreiding en ligging

Voor ouderen en verstandelijk gehandicapten is zowel het intramurale als het extramuraal woonaanbod redelijk tot goed gespreid over het land. Een uitzondering hierop vormen de nieuwe initiatieven voor ouderen vanuit de woonmarkt residenties en bijvoorbeeld de Herbergier die nog beperkt beschikbaar zijn. Vooral in de gehandicapten- en GGZ-sector geldt dat relatief veel intramurale woonvormen gelokaliseerd zijn op een instellingsterrein. Wonen via de woonmarkt betreft veel vaker wonen in de wijk.

Doelgroepen en benodigde zorg

Belangrijke criteria die bepalen of iemand intramuraal of op de woonmarkt verblijft zijn de noodzaak voor 24-uurs toezicht en de mate waarin iemand regie heeft over zijn leven. Vooral de combinatie van beide leidt vaak tot intramuraal verblijf. Dit geldt dus voor mensen die ernstige lichamelijke beperkingen hebben in combinatie met een cognitieve beperking. Zo zien we dat ernstig lichamelijk gehandicapten die wel regie over hun leven hebben toch buiten een instelling kunnen verblijven, bijvoorbeeld in een ADL-clusterwoning. Door bijvoorbeeld domotica wordt steeds meer mogelijkheden om te bouwen voor dergelijke doelgroepen en door de woonmarkt wordt dit steeds meer opgepakt (vergelijk bijvoorbeeld Amstelrade). En ook mensen met alleen een cognitieve beperking (verstandelijk gehandicapten, dementerenden) wonen geregeld in een woning waar wonen en zorg financieel gescheiden zijn. Ouderen met een zwaardere zorgvraag wonen ook steeds vaker zelfstandig in een woonzorgcomplex.

In het algemeen is het beeld echter dat naarmate de zorgzwaarte toeneemt en er meer intensieve zorg nodig is in een beschermde woonomgeving, mensen vaker intramuraal wonen dan in een woonvoorziening op de woonmarkt. Dit betekent niet persé dat het voor deze groepen niet mogelijk is op de woonmarkt te wonen, maar wel dat er minder geschikt aanbod voor hen is. Ook kan het betekenen dat het voor deze mensen minder wenselijk is om buiten een instelling te wonen. Hierop wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan.

Er zijn diverse verklaringen voor dit verschil in aanbod voor zwaardere doelgroepen:

- Het is voor de woonmarkt minder aantrekkelijk om bijzondere woningen te bouwen, zoals woningen met bijzondere aanpassingen van het sanitair of woningen met gemeenschappelijke voorzieningen. De woonmarkt is geneigd om 'zo gewoon mogelijk' te bouwen (liefst t.b.v. individueel wonen), zodat er een bredere doelgroep met homogene woonwensen gebruik van kan maken en er dus een ruimere markt voor is. Corporaties zijn vanzelfsprekend geprikkeld om woningen te bouwen met marktwaarde. Dat betekent woningen voor een doelgroep die niet al te klein is en wat te besteden heeft. Verder betekent dit dat woningen voldoende ruim moeten zijn en/of ombouwbaar tot een 'gewone' woning.

- Daarbij moeten gemeenschappelijke voorzieningen ook worden gefinancierd en is het vaak niet mogelijk deze door te berekenen in de huur of wordt de huur daardoor te hoog.
- Verder zijn doelgroepen zoals mensen met ernstige gedragsstoornissen niet aantrekkelijk voor de woonmarkt omdat het huisvesten van deze groepen vaak weerstand veroorzaakt bij buurtbewoners.

Dat het aanbod voor de bovengenoemde doelgroepen minder voorkomt op de woonmarkt, wil echter niet zeggen dat dit aanbod er ook niet kan of zal komen. Voor sommige zwaardere doelgroepen is dit aanbod er al, alleen in mindere mate.

Individueel wonen of groeps/afdelingswonen

Individueel wonen is met name voor ouderen met somatische problematiek met een lichtere zorgvraag en (met name lichamelijk en zintuiglijk, maar ook steeds meer verstandelijk) gehandicapten zowel intramuraal als op de woonmarkt mogelijk. Hoewel dit aanbod voor gehandicapten nog vooral intramuraal is, zijn er wel recente initiatieven op de woonmarkt. Kleinschalig groeps- of afdelingswonen komt zowel intramuraal als op de woonmarkt steeds vaker voor. Echter intramuraal komt afdelingswonen nog steeds in ruime mate voor, met name in verpleeghuizen en in de GGZ. Dit komt per definitie niet voor op de woonmarkt.

Setting: grootschalig, kleinschalig of geclusterd

Voor de ouderenzorg geldt dat er zowel intramuraal als op de woonmarkt voorbeelden zijn van grootschalige woonlocaties (verzorgingshuizen, verpleeghuizen en woonzorgcomplexen) en van kleinschalige locaties (kleinere clusters van woningen van een verzorgingshuis, verpleeghuis of woonzorgcomplex). Toch lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat zorgaanbieders, om op efficiënte wijze hun zorg te kunnen leveren, gemiddeld grootschaliger settings bouwen dan de woonmarkt. Zo blijkt uit de data van het Kenniscentrum dat indien de zorgaanbieder eigenaar is van kleinschalige woonvormen er gemiddeld 6 woningen per locatie worden gebouwd, terwijl als de woningcorporatie eigenaar is dit gemiddelde op 3 ligt. In de gehandicaptenzorg en in de GGZ geldt dat er nog relatief veel op instellingsterreinen (grootschalige setting) wordt gewoond. Dit betreft bijna altijd intramuraal wonen.

Differentiatie in wooncomfort

In hoofdstuk 2 werd geconcludeerd dat er sprake is van een toename van het wooncomfort van het intramurale aanbod. De gehandicaptensector (VG, LG en ZG) lijkt hierbij voorop te lopen. Het verschil in comfortniveau van het intramurale aanbod en het extramurale aanbod laat zich het best vergelijken bij de individuele woonvoorzieningen voor ouderen met somatische problematiek. Gemiddeld genomen is hier het aanbod bij scheiden met wonen en zorg duidelijk ruimer (dit is ook terug te vinden in tabel 2.4) en hierbij is ook een onderscheid naar 'normaal' en 'luxe' zichtbaar omdat de woonmarkt kan inspelen op inkomensverschillen. De diversiteit in het intramurale aanbod daarentegen laat zich het beste uitdrukken in 'normaal' en 'onder de maat'. Wat betreft het wooncomfort tussen intramuraal wonen en de woonmarkt voor ouderen met psychogeriatrische problematiek hebben we inzicht in enkele kenmerken van de woonvormen. Algemeen beeld is dat in bijna de helft van de locaties de bewoners de beschikking hebben over een eigen wastafel en dat dit bij ruim een derde van de locaties geldt voor douche en toilet. In veruit de meeste locaties heeft men een eigen kamer. Het blijkt dat bewoners van locaties die binnen de WZV/WTZI zijn gerealiseerd, ongeveer 10% vaker de beschikking hebben over eigen sanitair dan bij

scheiden van wonen en zorg. Locaties die met scheiden van wonen en zorg zijn gerealiseerd bieden echter wel wat vaker eigen kamers. Behalve de omvang van de woning zitten de verschillen in wooncomfort ook in de infrastructuur: woonvormen vanuit de woonmarkt bieden vaker de mogelijkheid tot extra service en zorg, maar minder vaak gemeenschappelijke voorzieningen.

Mogelijkheid om te wonen met partner

Of met de partner gewoond kan worden hangt er vooral van af of er individueel wordt gewoond. Ook intramuraal is het wonen met partner bij individueel wonen meestal wel mogelijk, bij het wonen in een groep is dit lastiger. Dit laatste geldt wellicht in dezelfde mate intramuraal als op de woonmarkt. Omdat individueel wonen echter meer voorkomt op de woonmarkt, en afdelingswonen (grote groepen) vrijwel niet, kunnen we concluderen dat, op dit moment, op de woonmarkt meer mogelijkheden zijn om te wonen met partner.

Mogelijkheid om te kiezen voor een zorgaanbieder

In geval van intramurale zorg kan er per definitie niet gekozen worden voor een zorgaanbieder. Bij het aanbod op de woonmarkt kan dit soms wel, maar ook zeker niet altijd. Waar 24-uurszorg wordt geboden is het doorgaans niet mogelijk om te kiezen voor een zorgaanbieder. Ook voor de luxere woonvormen (herbergier, residenties) en bij de ouderinitiatieven geldt dat er een vast team zorgverleners de zorg levert. Bij woonvormen voor mensen met een minder intensieve zorgvraag is de keuzemogelijkheid voor zorgaanbieder er meestal wel.

4.4.3 Overwegingen bij het bepalen van de effecten van optie 2 in vergelijking met optie 1

Zijn er verschillen tussen optie 1 en 2 te verwachten?

De conclusies over de verwachte effecten van optie 1 (zie 4.3.3), dat wil zeggen het VPT en de integrale en transparante tarieven in aanvulling op het bestaande stimuleringsbeleid, zijn kort samengevat als volgt: Meer en meer zullen mensen die zorg nodig hebben, thuis blijven wonen of zelfstandig (geclusterd) wonen en de zorg thuis ontvangen. Van optie 1 wordt verder een toename van realisatie van (geclusterd) woonaanbod met scheiden van wonen en zorg verwacht voor met name ouderen met somatische problematiek. Van het intramurale aanbod verwachten we dat het wooncomfort, zeker voor ouderen met somatische problematiek, verder zal toenemen, evenals het individueel wonen. Voor dementerenden is een verdere toename van kleinschalig wonen te verwachten. Afhankelijk van de klantpreferenties verwachten we een afname van het afdelingswonen (in een grootschalige setting) voor gehandicapten en mensen die langdurig in een GGZ-instelling wonen. Kortom, onder optie 1 zal, - gezien de huidige ontwikkeling rond het intramuraal wonen en uitgaande van de veronderstelling dat door onder andere de integrale transparante tarieven meer ingespeeld wordt op de voorkeuren van de cliënt - het aanbod op termijn vergelijkbaar worden met het huidige aanbod op de woonmarkt, zoals kleinschaligere settings, toename van wooncomfort en meer in de wijk. Voor bijvoorbeeld de groep ouderen zal het traditionele intramurale aanbod (zoals het verpleeghuis) op termijn verdwijnen, aangezien de voorkeur van het overgrote deel van deze ouderen uitgaat naar andere woonvormen.

Optie 2, het daadwerkelijke financieel scheiden van wonen en zorg, betekent dat het wonen - op een zeker moment - niet meer vanuit de AWBZ wordt gefinancierd. Dit betekent echter niet dat alle intramurale capaciteit op dat moment door nieuwe woningen op de woonmarkt zal worden vervangen. Dit zal op korte termijn wellicht voor het verouderde deel van deze capaciteit aan de orde zijn (hoewel ook hier sprake zal zijn van geleidelijkheid). Op de lange termijn zal alle huidige (intramurale) capaciteit vervangen worden door bouw vanuit de woonmarkt. Een belangrijk verschil tussen optie 1 en optie 2 is wel dat bij deze laatste optie geen mogelijkheid bestaat nieuwe intramurale capaciteit te realiseren. Bij optie 1 kan nog steeds intramurale (verpleeghuis)capaciteit met afdelingswonen worden gerealiseerd (hier blijken op dit moment ook nog plannen voor te worden ingediend). Bij optie 2 moet het aanbod geheel gerealiseerd worden op de woonmarkt. Bij het aanbod met scheiden van wonen en zorg worden op dit moment vaker woonvormen/woningen gerealiseerd in de wijk, wordt er minder gerealiseerd voor 'zware' doelgroepen, worden geen of in ieder geval veel minder grootschalige settings gerealiseerd, wordt er ruimer gebouwd en meer ingespeeld op inkomensverschillen, zijn er vaker mogelijkheden om extra diensten of service af te nemen, maar zijn er minder vaak gemeenschappelijke voorzieningen (zie 4.4.2). Gezien deze verschillen tussen het huidige intramurale wonen en het aanbod op de woonmarkt verwachten we dat bepaalde aspecten van het aanbod, zoals het realiseren van meer wooncomfort voor bepaalde (draagkrachtigere) groepen, meer differentiatie in wooncomfort en meer kleinschalige woonvormen in de wijk, onder optie 2 wellicht sneller gerealiseerd zullen worden.

Naast bovenstaande verschillen zijn voor het bepalen van de effecten op het aanbod de volgende twee vragen relevant:

1. Is er bepaald aanbod dat naar verwachting onder optie 1 niet en onder optie 2 wel vanuit de woonmarkt tot stand komt? Met andere woorden: welk aanbod zal onder optie 1 niet en onder optie 2 wel door de woonmarkt worden opgepikt?
2. En vervolgens: hoe verschilt dat dan van het (intramurale) aanbod dat onder optie 1 tot stand komt?

Op deze vragen trachten we hieronder een antwoord te geven door in te gaan op het aanbod zoals dat nu al op de woonmarkt ontstaan is (als indicatie voor de realisatie bij optie 2) en het verwachte aanbod bij optie 1.

Aanbod vanuit de woonmarkt voor lichtere doelgroepen onder optie 1 en 2

Voor lichtere doelgroepen, die de regie hebben over hun leven en daardoor veelal in staat zijn om individueel te wonen, zien we nu al ruim aanbod op de woonmarkt, dat naar verwachting - onder beide opties - nog verder zal toenemen. Van het intramurale aanbod verwachten we immers dat het wooncomfort, zeker voor ouderen met somatische problematiek, verder zal toenemen, evenals het individueel wonen. Vooral meer draagkrachtigen met een lichte zorgvraag wonen op dit moment veelal op de woonmarkt. Voor hen verandert er naar verwachting nauwelijks wat onder optie 1 of onder optie 2.

Minder draagkrachtigen met een lichte zorgvraag wonen relatief vaker intramuraal, in een individuele woonvorm. Het wooncomfort is vergelijkbaar met initiatieven vanuit de woonmarkt. Ook voor hen zijn weinig verschillen te verwachten wat betreft aanbod wat onder optie 1 of optie 2 tot stand komt, omdat het wooncomfort vergelijkbaar zal zijn.

Gezien de verschillende in 'bouwtradities' van intramurale aanbieders versus de woonmarkt kunnen wellicht kleine verschillen blijven bestaan, bijvoorbeeld bij optie 2 meer (geclusterd) wonen in de wijk en minder grootschalig geclusterd.

Aanbod vanuit de woonmarkt voor 'zware' doelgroepen onder optie 1 en 2

In de huidige situatie blijft het aanbod op de woonmarkt achter voor doelgroepen met zwaardere problematiek, met name die doelgroepen die niet de regie over hun eigen leven hebben en afhankelijk zijn van 24-uurszorg en gemeenschappelijke voorzieningen. Een belangrijke reden hiervoor lijkt te zijn dat woningcorporaties voor het realiseren van aanbod voor deze doelgroep zeer afhankelijk zijn van de zorgaanbieder voor het regelen van de zorg. De intramurale zorgaanbieders hechten echter aan het in eigen hand houden van hun intramurale woonaanbod. Ze ervaren veelal te veel financiële risico's van het scheiden van wonen en zorg (zie paragraaf 4.4.1.). Bij optie 2 hebben zorgaanbieders geen keus en moeten zij overgaan tot scheiden van wonen en zorg. Ze zullen dan moeten concurreren of samenwerken met woningcorporaties. Gezien bovenstaande lijkt het ons gerechtvaardigd te concluderen dat er onder optie 2 meer aanbod vanuit de woonmarkt wordt gerealiseerd voor zware doelgroepen dan onder optie 1¹.

Vervolgens is de vraag of dit aanbod voor zware doelgroepen vanuit de woonmarkt dan ook qua kenmerken zal verschillen van het intramurale aanbod. Dit zal vooral voor draagkrachtige groepen het geval zijn. De woonmarkt kan immers met meer comfortabel aanbod inspelen op inkomensverschillen. Voor minder draagkrachtigen echter is zeer de vraag of er meer comfortabel aanbod in de markt tot stand zal komen. Mogelijk zijn kleine verschillen te verwachten vanuit de verschillende 'bouwtradities' van intramurale aanbieders versus de woonmarkt. Het aanbod onder optie 2 zal wellicht kleinschaliger zijn en meer in de wijk gelokaliseerd.

Samenvattend

Hierboven zijn overwegingen beschreven bij het bepalen van de verwachte effecten op het aanbod onder optie 1 en optie 2, waarbij onderscheid is gemaakt tussen mensen met een zware en een lichte zorgvraag, en zij met hogere of lagere inkomens. Samenvattend verwachten we de volgende effecten:

- Voor mensen met lichte zorgvraag die draagkrachtig zijn zullen er nauwelijks verschillen in effecten op het aanbod zijn tussen optie 1 en 2, in beide gevallen zal het aanbod toenemen
- Voor mensen met een zware zorgvraag (geen regie over het eigen leven, afhankelijkheid van 24-uurszorg en gemeenschappelijke voorzieningen) die draagkrachtig zijn is onder optie 2 te verwachten dat het comfortniveau van het woonaanbod zal toenemen.
- Voor mensen met een zware of lichte zorgvraag die *niet* draagkrachtig zijn, zijn de verschillen in verwachte effecten van beide opties klein. Mogelijk zijn er verschillen te verwachten vanwege verschillende bouwtradities (onder optie 1 relatief meer grootschalige locaties, minder in de wijk en meer groepswonen dan onder optie 2).

¹ Aandachtspunt blijft wel dat ook binnen de zware doelgroep, er groepen te onderscheiden zijn voor wie het minder waarschijnlijk is dat dit aanbod tot stand komt. Hierover meer in hoofdstuk 5.

In de volgende paragraaf werken we deze conclusies uit per doelgroep ouderen met somatische problematiek, ouderen met psychogeriatrische problematiek, GGZ, verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten.

4.4.4 Conclusies: verwachte effecten van de twee opties op het aanbod per doelgroep

In onderstaande paragraaf beschrijven we de verwachte effecten van de twee opties op het aanbod per doelgroep. Hierbij bouwen we voort op de redenering die hierboven is beschreven, ten aanzien van de verwachte effecten voor zware versus lichte doelgroepen en draagkrachtige versus minder draagkrachtige doelgroepen.

Ouderen, somatisch

Het aanbod dat onder optie 1 gerealiseerd zal gaan worden, zal door het VPT en de ITT steeds meer gaan aansluiten op de klantpreferenties van de groep ouderen. Voor deze doelgroep betekent dit dat het traditionele intramurale aanbod (zoals het verpleeghuis) op termijn verdwijnt, aangezien de voorkeur van het overgrote deel van deze ouderen uitgaat naar andere woonvormen: met name individueel wonen in de wijk. Bij optie 2 kan de realisatie van een dergelijk aanbod, doordat het vanaf een zeker moment niet meer mogelijk is intramuraal aanbod te realiseren, wellicht sneller tot stand komen.

De ouderen met somatische problematiek en een lichtere zorgvraag die wat meer te besteden hebben, wonen veelal op de woonmarkt. Voor hen is er geen verschil te verwachten tussen optie 1 en 2 en zal het aanbod in beide gevallen toenemen.

Hoewel minder draagkrachtige ouderen met een lichte zorgvraag relatief vaker intramuraal wonen, verwachten we voor hen ook onder optie 1 een duidelijke toename van het wooncomfort, enerzijds vanwege de toenemende mogelijkheden om thuis te blijven wonen (bijvoorbeeld met een VPT) en vanwege het toenemende comfortniveau in intramurale instellingen. Dit zal echter naar verwachting wel, bijvoorbeeld wat betreft de gerealiseerde oppervlakte, begrensd blijven tot de huidige bouwnormen. Dus ook voor minder draagkrachtige ouderen met somatische problematiek met een lichte zorgvraag zijn weinig verschillen in wooncomfort tussen optie 1 en 2 te verwachten. Een mogelijk verschil kan zijn dat, gezien de verschillende 'bouwtradities' van intramurale aanbieders versus de woonmarkt, het aanbod onder optie 2 relatief meer in de wijk en minder grootschalig geclusterd wordt gerealiseerd.

Voor de 'zware' groep ouderen met somatische problematiek (waarbij sprake is van een meer ziekenhuisachtige setting met continue bedlegerigheid) is er nog weinig aanbod vanuit de woonmarkt. Onder optie 2 neemt dit toe. Aangezien de woonmarkt kan inspelen op inkomensverschillen kan dit voor draagkrachtigen in deze groep leiden tot meer comfort.

Ouderen, psychogeriatric

Onder zowel optie 1 als 2 is een toename van het wooncomfort voor ouderen met psychogeriatric problematiek te verwachten. Het aanbod voor ouderen met psychogeriatric problematiek komt op de woonmarkt nog maar beperkt tot stand. Naar verwachting zal dit aanbod op de woonmarkt voor deze doelgroep onder optie 2 toenemen, in sterkere mate

dan onder optie 1. Voor meer draagkrachtige ouderen betekent dit naar verwachting een hoger wooncomfort of meer differentiatie hierin onder optie 2. Voor minder draagkrachtige ouderen zijn weinig verschillen in wooncomfort te verwachten (wellicht meer m2 eigen ruimte), maar zal het aanbod onder optie 2 wellicht kleinschaliger geclusterd.

GGZ

Het comfortniveau van het huidige intramurale aanbod voor mensen met een psychiatrische stoornis is relatief laag. Onder optie 1 verwachten we een toenemend comfortniveau van het aanbod, meer kleinschalig wonen en meer wonen in de wijk, voor zover dit aansluit op de preferenties en mogelijkheden van de doelgroep. Het is niet duidelijk of het aanbod op de woonmarkt een hoger comfortniveau zal bieden. Deze doelgroep is echter in de regel weinig draagkrachtig, waardoor het inspelen op inkomensverschillen en het bieden van meer comfort, maar beperkt mogelijk is. Een aandachtspunt is verder dat het aanbod vanuit de woonmarkt voor deze doelgroep, zeker de 'zwaardere' groep wellicht onvoldoende tot stand komt. Omdat nog onduidelijk is in hoeverre woningcorporaties er voor zullen zorgen dat er aanbod tot stand komt, is het niet goed mogelijk om conclusies te trekken over verwachte verschillen tussen optie 1 en 2 voor deze doelgroep.

Verstandelijk gehandicapten

Voor de groep verstandelijk gehandicapten geldt dat de huidige woonvormen goed aan lijken te sluiten bij de voorkeuren van klanten. Er wordt veelal in kleinere groepen gewoond, op een instellingsterrein of in de wijk. Bij optie 2, waarbij het aanbod voor verstandelijk gehandicapten door de woonmarkt zal worden gerealiseerd, verwachten we, omdat het aanbod al goed aan lijkt te sluiten op de klantpreferenties, nauwelijks een afwijkend aanbod. Een mogelijk effect van optie 2 is wel dat het aanbod in meerdere mate in de wijk zal zijn gelokaliseerd dan bij optie 1, gezien de verschillende bouwtradities van intramurale aanbieder en de woonmarkt.

Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten

Voor deze beide doelgroepen zien we dat er op dit moment al relatief veel aanbod vanuit de woonmarkt wordt gerealiseerd. Ook het intramurale aanbod is in toenemende mate individueel en buiten het instellingsterrein. We verwachten dat deze trend zich onder optie 1 zal voortzetten. Bij optie 2, waarbij het aanbod voor gehandicapten door de woonmarkt zal worden gerealiseerd, verwachten we, omdat het aanbod al goed aan lijkt te sluiten op de klantpreferenties, nauwelijks een afwijkend aanbod. Er zijn dan ook geen grote verschillen in kenmerken van het aanbod onder beide opties te verwachten.

4.4.5 Conclusie: verwachte effecten van de twee opties op keuzemogelijkheden

We concluderen dat keuzemogelijkheden wat betreft wooncomfort onder optie 2 vooral zullen toenemen voor draagkrachtige psychogeriatrische en somatische ouderen met relatief zware problematiek. Voor hen blijft het aanbod op de woonmarkt momenteel achter, en bij scheiden van wonen en zorg is de verwachting dat de woonmarkt in toenemende mate aanbod voor hen zal realiseren, waarbij wordt ingespeeld op inkomensverschillen. Wat betreft de GGZ-doelgroep is het niet goed mogelijk om conclusies te trekken over verwachte verschillen in keuzemogelijkheden wat betreft wooncomfort onder optie 1 en optie 2. Voor de

gehandicaptensector, zowel VG, LG als ZG, verwachten we nauwelijks verschillen tussen optie 1 en optie 2 wat betreft de diversiteit die in wooncomfort zal worden gerealiseerd. Los van het wooncomfort betekent scheiden van wonen en zorg (optie 2) voor alle doelgroepen een toenemende mogelijkheid te kiezen voor een zorgaanbieder. Hoewel dit ook op de woonmarkt niet altijd mogelijk is (bijvoorbeeld bij geclusterd wonen soms niet), is dit bij intramuraal wonen per definitie niet mogelijk. Onder optie 2 verwachten we daarom, ook voor de zwaardere doelgroepen, relatief meer mogelijkheden om voor een zorgaanbieder te kiezen.

Optie 2 brengt echter ook een beperking van de keuzevrijheid met zich mee in relatie tot optie 1 omdat er niet meer gekozen kan worden tussen intramuraal en extramuraal wonen. Voor doelgroepen die niet of nauwelijks de regie over hun leven hebben, is intramuraal wonen wellicht soms te prefereren omdat er minder geregeld hoeft te worden, of omdat aanbod op de woonmarkt onvoldoende tot stand komt.

5 Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal voor welke klantgroepen het scheiden van wonen en zorg niet goed mogelijk of niet wenselijk is of op geen meerwaarde biedt en waarom. Tevens wordt beschreven van welke vormen van wonen en zorg deze klantgroepen nu gebruikmaken.

Centraal staan de volgende onderzoeksvragen:

- Bij welke klantgroepen is scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk of biedt het op voorhand geen meerwaarde en waarom niet?
- Van welke vormen van wonen en zorg maken deze groepen nu gebruik?
- Welke criteria zijn er te onderscheiden bij het bepalen of scheiden van wonen en zorg niet mogelijk of niet wenselijk is?

5.1 Uitgangspunten

Een mogelijk uitgangspunt bij deze onderzoeksvraag is dat scheiden van wonen en zorg voor iedereen mogelijk is. Zo is in sommige Scandinavische landen wonen en zorg vrijwel geheel gescheiden¹. De uitzonderingssituaties die daar gelden zijn 1) voor sterk gestoord en/of dwalend gedrag, waardoor de cliënt in feite een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving 2) voor ernstig meervoudige problematiek met een combinatie van niet-planbare 24 uren zorg met permanente bedlegerigheid en 3) verblijf voor beperkte periode (revalidatieperiode of terminale periode)².

Het scheiden van wonen en zorg kan derhalve voor bepaalde groepen geen enkele meerwaarde hebben. Dit kan om verschillende redenen aan de orde zijn:

- Wonen en zorg is onlosmakelijk (juridisch) met elkaar verbonden. Dit geldt voor mensen die met een rechterlijke machtiging op grond van de Wet BOPZ zijn opgenomen. Gezien de specifieke juridische status, laten wij deze groep in dit onderzoek verder buiten beschouwing.
- De kenmerken van de cliënt, van diens zorgvraag, omgeving, beperkingen etc. zijn dermate gecompliceerd of uniek dat op de woonmarkt - naar verwachting - geen aanbod, onvoldoende aanbod of geen variatie in aanbod en daarmee geen keuzen, tot stand zal komen.

Om criteria op te kunnen stellen waarmee deze laatste groep cliënten geïdentificeerd kan worden hebben we de volgende exercitie uitgevoerd:

- 1) Op grond van de resultaten van de geïnventariseerde woonvormen, beleidseffecten en de interviews met experts zijn stellingen geformuleerd rond de ontwikkeling van aanbod op de woonmarkt. Deze stellingen zijn vertaald naar factoren die van invloed zijn op het aanbod vanuit de woonmarkt.

¹ Singelenberg, J. De onweerstaanbare eenvoud van het Deense Model. IWZ. 2000.

² Singelenberg, J. Wonen en zorg: scheiden of integreren? 2002.

- 2) Vervolgens is een aantal groepen cliënten, waarvan we verwachten dat scheiden van wonen en zorg gecompliceerd is, beoordeeld aan de hand van deze factoren.
- 3) Tenslotte is een inschatting gemaakt of we verwachten dat de woonmarkt, gegeven een aantal kenmerken van de cliënten, geneigd zal zijn een aanbod te ontwikkelen of weten we dat op dit moment reeds voor de betreffende groep een aanbod gerealiseerd is. Aan de hand van deze inschatting is getracht een prioritering aan te geven in factoren die cruciaal zijn bij het *uitblijven* van een aanbod vanuit de woonmarkt.

5.2 Beïnvloedende factoren

Op grond van de resultaten zoals die in de eerdere hoofdstukken zijn beschreven, formuleren we voor deze exercitie de volgende veronderstellingen. Het gaat hierbij uitdrukkelijk om *veronderstellingen* op grond van interviews en inventarisatie van het aanbod - en niet om *bewezen stellingen*. In de volgende paragraaf wordt bezien of dit daadwerkelijk leidt of heeft geleid tot het uitblijven van aanbod op de woonmarkt.

- Hoe specifieker en ingrijpender de benodigde technische aanpassingen, hoe kleiner de kans dat de woonmarkt een aanbod ontwikkelt (*woningcorporaties willen zoveel mogelijk 'gewoon bouwen' en willen de mogelijkheid hebben een woning weer terug om te bouwen tot gewone woning*)
- Hoe groter de behoefte aan ongeplande zorg, hoe minder mogelijkheden voor de woonmarkt een passend, gecombineerd woon- en zorgaanbod te ontwikkelen (*om rendabel een zorgaanbod te realiseren, dienen zorgwoningen geclusterd te worden, is er wellicht meer risico op leegstand e.d.*)
- Hoe groter de hoeveelheid benodigde zorg, hoe minder mogelijkheden voor de woonmarkt een passend, gecombineerd woon- en zorgaanbod te ontwikkelen.
- Hoe groter de behoefte aan (24-uurs) toezicht (om een beperkt regievermogen van de klanten te ondervangen), hoe minder de mogelijkheden voor de woonmarkt een passend aanbod te ontwikkelen. (*idem*)
- Hoe minder behoefte aan gemeenschappelijke (in pandige) ruimten en faciliteiten, hoe groter de kans dat de woonmarkt een aanbod realiseert
- Hoe meer voorspelbaar en homogeen de woonwensen van de klantgroep, hoe meer kans dat de woonmarkt een aanbod ontwikkelt (*zo geldt voor de groep mensen met een beperking in het autistisch spectrum dat er geen sprake is van een homogene woonwens bijvoorbeeld wat betreft stimulerende versus een rustgevende omgeving*)
- Hoe kapitaalkrachtiger de populatie cliënten, hoe groter de kans dat de woonmarkt een aanbod ontwikkelt (*voor koopkrachtige ouderen zijn inmiddels relatief veel woonvormen ontwikkeld*)
- Hoe meer er sprake is van gedragsproblemen of onaangepast gedrag, hoe lastiger het is voor de woonmarkt een geschikt aanbod te creëren (*het kan bijvoorbeeld lastig zijn een geschikte locatie te vinden of voldoende veiligheid te bieden*)

5.3 Aanbod voor specifieke doelgroepen

De stellingen uit de vorige paragraaf zijn omgezet naar een aantal factoren. Elke factor kan leiden tot een verminderde kans op de ontwikkeling van aanbod op de woonmarkt. In de laatste rijen geven we weer of we bij de inventarisatie voor de betreffende doelgroep een aanbod zijn tegengekomen en waar deze groepen momenteel verblijven.

	Ernstig lichamelijk beperkten (incl. ouderen) met regievermogen	Ernstig dementerenden, verminderd regievermogen	Ernstige dementerend, gedragsproblematiek	Intensieve onplanbare zorg en 24-uurs toezicht (bv coma-patienten)	Zeer laag niveau VG	GGZ-problematiek i.c.m (drugs)verslaving	GGZ-problematiek met zeer wisselend beeld (b.v. ernstige schizofrenie)	Ernstige beperkingen autistisch spectrum
Ingrijpende technische aanpassingen nodig	+	-	-	-	-	-	?	-
Behoefte aan ongeplande zorg	+	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-
Grote hoeveelheid AWBZ-zorg	+	+	+	+	+	-	+/-	+/-
Behoefte aan 24-uurs toezicht i.v.m. beperkte regie	-	+	+	+	+	+/-	+/-	+/-
Gemeenschappelijke ruimten	-	+	+	-	?	?	?	?
Onvoorspelbare en niet homogene woonwensen	-	-	-	-	-	+	+	+
Weinig draagkracht	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+
Gedragsproblemen	-	-	+	-	?	+/-	+/-	+/-
Aanbod ontwikkeld op de woonmarkt?	+/-	beperkt	-	-	-	-	beperkt	beperkt
Cliënten maken nu gebruik van het volgende extramurale aanbod	Fokus/ ADL clusterwoningen/ wozoco/ thuis (met 24-uurs zorg op afroep)	Klein wonen voor dementerenden	-	-	-	-	Acomplex, Almere,	Woning met begeleiding op maat voor (jonge) mensen (Stichting Matthias)

+ factor is bij deze doelgroep van toepassing

- factor is voor deze doelgroep niet van toepassing

+/- factor is bij een deel van de doelgroep van toepassing en bij een ander deel niet

5.4 Criteria voor het uitblijven van aanbod

Op grond van deze exercitie kunnen we de volgende conclusies trekken:

■ Probleemgedrag

Onaangepast, storend gedrag lijkt op dit moment een belemmerende factor voor het realiseren van een aanbod op de woonmarkt. Een van de respondenten, werkzaam bij een (op de woonmarkt gerealiseerde) woonzorgvoorziening voor ouderen, noemde als enige reden om cliënten uiteindelijk door te verwijzen naar een intramurale instelling gedragsproblemen van ernstig dementerenden waar andere cliënten last van hebben. Ook voor andere groepen kan dit een rol spelen, zo is voor de groep GGZ-cliënten met gedragsproblemen, cliënten waar GGZ-problematiek samengaat met drugsverslaving en voor ernstig verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek en agressie geen aanbod vanuit de woonmarkt gevonden.

■ Onvoorspelbare en niet homogene woonwensen

Voor een aantal zeer specifieke cliëntgroepen, zoals cliënten met zeer wisselende GGZ-problematiek (bv ernstige schizofrenie) of cliënten met ernstige beperkingen in het autistisch spectrum, zijn geen of maar enkele woonvormen op de woonmarkt gevonden. Een factor die een rol kan spelen bij het beperkte aanbod op de woonmarkt zou kunnen liggen in het feit dat de woonwensen van een deel van deze cliëntgroepen onvoorspelbaar zijn of zeer sterk persoonsafhankelijk (als extreem voorbeeld kan genoemd worden een cliënt die geen rechte hoeken in een ruimte verdraagt).

■ Hoeveelheid (ongeplande) zorg en 24-uurs toezicht

Noch een grote hoeveelheid ongeplande zorg, noch de noodzaak voor 24-uurs toezicht blijken een principiële belemmering om thuis of in een specifieke woonvorm te verblijven. Zowel van specifieke woonvormen ontwikkeld vanuit de woonmarkt als van verblijf in de thuis-situatie met intensieve thuiszorg (bijvoorbeeld via het VPT) zijn voorbeelden gevonden. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten met een grote hoeveelheid ongeplande zorg (zoals bewoners van ADL-clusterwoningen) of om cliënten die 24-uurs toezicht nodig hebben (bijvoorbeeld dementerenden in een groepswoning). Voor bepaalde groepen is het aanbod echter wel afwezig of zeer beperkt in aantal en vorm, bijvoorbeeld voor cliënten in een meer ziekenhuis-achtige setting met intensieve niet-planbare 24-uurs zorg met permanente bedlegerigheid. Ook bij zeer ernstig verstandelijke gehandicapten waarbij een voortdurend toezicht nodig is, zijn geen voorbeelden van woonvormen op de woonmarkt gevonden.

■ Ingrijpende aanpassingen aan woningen

Technische of bouwkundige aanpassingen aan een woning, zoals bijvoorbeeld bij ADL-clusterwoningen aan de orde is (rolstoeltoegankelijkheid, domotica toepassingen, etc) betekenen niet in alle gevallen dat een dergelijk aanbod niet ontwikkeld wordt. Deze benodigde aanpassingen blijken tot op zekere hoogte geen principiële belemmering voor de realisatie van een aanbod op de woonmarkt, mits voldoende zekerheid is dat er vraag naar de woningen is en de benodigde zorginfrastructuur gefinancierd is. Overigens geldt wel dat in de meer specifieke gevallen, bijvoorbeeld daar waar voor ernstig dementerenden veilige loopruimtes moeten worden gerealiseerd of waar in verband met bedlegerigheid deurbreedtes van meer dan een meter moeten worden gerealiseerd, op dit moment geen aanbod op de woonmarkt tot stand komt.

- Gemeenschappelijke ruimten

De noodzaak voor (in pandige) gemeenschappelijke ruimten vormt geen principiële belemmering om aanbod op de woonmarkt te ontwikkelen, zoals blijkt uit de kleinschalige wooncomplexen voor dementerenden. Onduidelijk is in hoeverre dit ook voor andere sectoren geldt.

- Draagkracht

Ook voor cliënten met weinig draagkracht wordt een aanbod op de woonmarkt gerealiseerd, dit blijkt dus geen principiële belemmering. Dit is zowel van toepassing op ouderen met een klein of geen pensioen als op jonggehandicapten met Wajong-uitkering.

Bovengenoemde criteria kunnen aanwijzingen zijn voor groepen cliënten waarvoor scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk is. Naast deze criteria beschrijven we hier na enkele andere aspecten die volgens een aantal respondenten bij het scheiden van wonen en zorg van belang zijn.

- Dubbele huishoudens en minderjarigen

Bij dubbele huishoudens, dat wil zeggen echtparen waarvan een van de partners in een woonvorm wordt opgenomen en daarmee dubbele woonlasten heeft zonder daarvoor te worden gecompenseerd. Ook voor minderjarigen stuit scheiden van wonen en zorg op financiële bezwaren. Dit aspect komt bij andere deelonderzoeken van VWS aan de orde.

- Realisatie van betaalbare woningen

Een ander aspect dat een rol speelt bij het scheiden van wonen en zorg is of op de woonmarkt voldoende betaalbare woningen worden gerealiseerd voor en toegewezen aan bijvoorbeeld minder draagkrachtige groepen zoals GGZ-cliënten.

- Keuzemogelijkheid en een beperkte mogelijkheid om regie over het eigen leven te voeren

Voor cliënten die niet meer in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren, bijvoorbeeld ten gevolge van ernstige dementie, is de vraag in hoeverre het vergroten van keuzevrijheid nog relevant is. De keuze voor een grotere woning of voor een zorgaanbieder, hebben wellicht voor de persoon zelf een beperkte meerwaarde.

- Keuzevrijheid versus een geïntegreerd aanbod

Het grootste deel van de woonvormen die op de woonmarkt zijn gerealiseerd biedt een geïntegreerd pakket van wonen met zorg en eventueel diensten. Dit biedt de verschillende partijen de zekerheid dat het project organisatorisch en financieel kan blijven draaien. De cliënt lijkt, zo kan worden geconcludeerd uit de populariteit van deze projecten, het belangrijk te vinden om te kunnen kiezen uit een diversiteit aan integrale woon-, zorg- en welzijnsarrangementen, maar niet alle zorg en diensten zelf te hoeven inkopen. Het principe van vrije keuze van aanbieder is voor de meeste bewoners ondergeschikt aan het gevoel van zekerheid dat er een partij is die alles regelt.

Ook in de gehandicaptensector noemen respondenten voorbeelden van geïntegreerd aanbod wat wel te scheiden is, maar geen meerwaarde oplevert. Zo stelt een van de zorgaanbieders dat intensieve zorg intramuraal beter te organiseren is. De betreffende zorglocatie heeft veel voorzieningen zoals een zwembad en een eigen theater, hetgeen bij het scheiden van wonen en zorg wellicht niet meer te financieren is.

5.5 Samenvatting en conclusie scheiden wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

De centrale onderzoeksvraag in dit hoofdstuk is voor welke groepen zorgvragers scheiden van wonen en zorg in geen geval mogelijk dan wel niet wenselijk is of op voorhand geen meerwaarde biedt. Een mogelijk uitgangspunt bij deze onderzoeksvraag is dat scheiden van wonen en zorg, theoretisch gezien, voor iedereen mogelijk is. Zo is in sommige Scandinavische landen wonen en zorg vrijwel geheel gescheiden, met enkele uitzondering zoals sterk gestoord en/of dwalend gedrag en voor ernstig meervoudige problematiek met een combinatie van niet-planbare 24 uren zorg met permanente bedlegerigheid.

Scheiden van wonen en zorg kan dan theoretisch voor vrijwel alle groepen mogelijk zijn, voor bepaalde groepen kan echter gelden dat het geen enkele meerwaarde heeft. Dit kan om verschillende redenen aan de orde zijn bijvoorbeeld als wonen en zorg onlosmakelijk (juridisch) met elkaar verbonden is (op grond van de Wet BOPZ) of als de kenmerken van de cliënt, van diens zorgvraag, omgeving, beperkingen etc. dermate gecompliceerd of uniek zijn dat op de woonmarkt - naar verwachting - onvoldoende of geen aanbod of onvoldoende variatie in het aanbod en daarmee geen keuzen, tot stand zal komen. Voor deze laatste groep hebben we getracht een aantal criteria te formuleren.

Uit een vergelijking van een aantal groepen cliënten met de in de praktijk gevonden woonvormen komen de volgende factoren naar voren die geen principiële belemmering vormen voor de ontwikkeling van aanbod op de woonmarkt:

- noodzaak voor ingrijpende technische of bouwkundige aanpassingen
- de (grote) hoeveelheid benodigde zorg
- de planbaarheid van de zorg
- gemeenschappelijke ruimten
- draagkracht van cliënten

Voor cliëntgroepen waarvoor bovenstaande factoren relevant zijn, zijn voorbeelden gevonden van op de woonmarkt ontwikkeld aanbod. Opgemerkt wordt dat bovenstaande factoren weliswaar geen principiële belemmering zijn, maar wel een remmende werking zouden kunnen hebben voor het ontwikkelen van aanbod op de woonmarkt. Een woningcorporatie bouwt bij voorkeur woningen die voor zoveel mogelijk doelgroepen geschikt zijn (te maken) en zo min mogelijk specifieke, ingrijpende voorzieningen bevat.

Factoren die een grotere belemmering lijken te vormen voor het realiseren van een aanbod van woonvormen op de woonmarkt zijn:

- problematisch gedrag (overlast veroorzakend): onaangepast, storend gedrag lijkt op dit moment een belemmerende factor voor het realiseren van een aanbod op de woonmarkt. Dit kan voorkomen bij bijvoorbeeld ernstig, cliënten waar GGZ-problematiek samengaat met drugsverslaving of voor ernstig verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek en agressie.
- aanbod voor een beperkt aantal zeer specifieke groepen cliënten: voor bepaalde groepen blijkt het aanbod van woonvormen op de woonmarkt afwezig of zeer beperkt te zijn, bijvoorbeeld voor cliënten in een meer ziekenhuis-achtige setting met intensieve niet-planbare 24-uren zorg met permanente bedlegerigheid, bij zeer ernstig verstandelijke gehandicapten waarbij een voortdurend toezicht nodig is, bij een aantal groepen (GGZ-)cliënten met onvoorspelbare of niet homogene woonwensen en voor een aantal groepen waarbij zeer specifieke, ingrijpende technische aanpassingen nodig zijn (bedlegerigheid, omgevingsaanpassingen dementerenden)

Naast bovengenoemde factoren dient bij het daadwerkelijk scheiden van wonen en zorg aandacht besteed te worden aan mensen met een dubbel huishouden, minderjarigen, de relevantie van keuzevrijheid voor mensen die geen regie over het eigen leven meer kunnen voeren en, meer in het algemeen, de relevantie en noodzaak voor de keuzevrijheid van zorgaanbieder.

6 Conclusies

In dit hoofdstuk formuleren we een algemene conclusie over de verwachte effecten van de twee beleidsopties en de conclusies per doelgroep van de ontwikkelingen in het aanbod, de klantpreferenties, de effecten van de twee beleidsopties en of er binnen deze doelgroep cliënten zijn waarvoor scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk is aangezien er geen sprake is van meer of een gevarieerder aanbod. Uitdrukkelijk melden we hier dat de voorafgaande hoofdstukken de onderbouwing bieden voor de conclusies in dit hoofdstuk. De ontwikkelingen in het aanbod komen in hoofdstuk 2 aan de orde, de klantpreferenties in hoofdstuk 3, de verwachte effecten van het beleid in hoofdstuk 4 en de analyse wanneer scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk is, in hoofdstuk 5.

Aannames en uitgangspunten

Bij de uitvoering van dit onderzoek is een aantal aannames en uitgangspunten gehanteerd die van belang zijn voor een goede interpretatie van de onderzoeksresultaten en dit rapport. Zo wordt uitgegaan van een volledig doorgevoerd en goed functionerend Volledig Pakket Thuis (VPT). In tegenstelling tot de huidige situatie kunnen dan ook thuiszorgorganisaties het volledig pakket thuis leveren. We gaan er hierbij ook vanuit dat belemmeringen, zoals in de huidige situatie waarbij zorgaanbieders intramurale capaciteit moeten inleveren om een VPT te leveren, opgeheven zijn. Verder gaan we uit van een volledige doorvoering en goed functioneren van integrale transparante tarieven (ITT), waarbij de hoogte van deze tarieven voldoende is om volgens de huidige bouwnormen te bouwen. Wellicht dat bij de invoering van deze tarieven aanvankelijk of voor een bepaalde overgangperiode nog bepaalde budgetzekerheden gekoppeld zijn aan de exploitatie van intramuraal aanbod. In dit onderzoek gaan we uit van de situatie na volledige invoering. Een ander aspect is dat we uitgaan van een situatie waarbij geen schaarste is van zorgwerknemers en de arbeidsmarkt geen belemmerende factor is voor het leveren van zorg.

6.1 Verwachte effecten beleidsopties

In deze paragraaf worden de verwachte effecten van de twee beleidsopties beschreven (zie ook 4.4.3) onder de hierboven geformuleerde aannames. De twee beleidsopties die het ministerie onderscheidt zijn:

Optie 1 Een impuls op het bestaande stimuleringsbeleid voor scheiden van wonen en zorg. Deze impuls bestaat, naast bijvoorbeeld de jaarlijkse actieplannen wonen en zorg, uit drie belangrijke (deels al in gang gezette) maatregelen: het volledig pakket thuis, het PGB voor verblijf en de invoering van transparante en integrale tarieven.

Optie 2 Het AWBZ-breed invoeren van het scheiden van wonen en zorg. Deze optie bevat alle stimulerende maatregelen uit optie 1, inclusief het daadwerkelijke financiële scheiden van wonen en zorg. Het wonen wordt dan in alle gevallen (ook bij intramurale zorg) niet meer vanuit de AWBZ gefinancierd.

Effecten beleidsopties op het aanbod

Gezien de effecten van het stimuleringsbeleid tot nu toe, de verwachte effecten van het Volledig Pakket Thuis en de invoering van de integrale en transparante tarieven, komen we tot de volgende conclusies over de verwachte effecten van optie 1 op de capaciteit van het aanbod en de keuzemogelijkheden voor cliënten. Meer en meer zullen mensen die zorg nodig hebben, thuis blijven wonen of zelfstandig (geclusterd) wonen en de zorg thuis ontvangen. Van optie 1 wordt verder een toename van realisatie van (geclusterd) woonaanbod met scheiden van wonen en zorg verwacht voor met name ouderen met somatische problematiek. Van het intramuraal aanbod verwachten we dat het wooncomfort verder zal toenemen, evenals het individueel wonen. Afhankelijk van de klantpreferenties verwachten we een afname van het afdelingswonen (in een grootschalige setting) voor gehandicapten en mensen die langdurig in een GGZ-instelling wonen. Kortom, onder optie 1 zal, - gezien de huidige ontwikkeling rond het intramuraal wonen en uitgaande van de veronderstelling dat door onder andere de integrale transparante tarieven meer ingespeeld wordt op de voorkeuren van de cliënt - het aanbod op termijn vergelijkbaar worden met het huidige aanbod op de woonmarkt, zoals kleinschaligere settings, toename van wooncomfort en meer in de wijk.

Optie 2, het daadwerkelijke financieel scheiden van wonen en zorg, betekent dat het wonen - op een zeker moment - niet meer vanuit de AWBZ wordt gefinancierd. Op de lange termijn zal alle huidige (intramurale) capaciteit vervangen worden door bouw vanuit de woonmarkt. Een belangrijk verschil tussen optie 1 en optie 2 is wel dat bij deze laatste optie geen mogelijkheid bestaat nieuwe intramurale capaciteit te realiseren. Bij optie 1 kan nog steeds intramurale (verpleeghuis)capaciteit met afdelingswonen worden gerealiseerd. Bij optie 2 moet het aanbod geheel gerealiseerd worden op de woonmarkt. Bij het aanbod met scheiden van wonen en zorg worden op dit moment vaker woonvormen/woningen gerealiseerd in de wijk, wordt er minder gerealiseerd voor 'zware' doelgroepen, worden geen of in ieder geval veel minder grootschalige settings gerealiseerd, wordt er ruimer gebouwd en meer ingespeeld op inkomensverschillen, zijn er vaker mogelijkheden om extra diensten of service af te nemen, maar zijn er minder vaak gemeenschappelijke voorzieningen. Gezien deze verschillen tussen het huidige intramurale wonen en het aanbod op de woonmarkt verwachten we dat bepaalde aspecten van het aanbod, zoals het realiseren van meer wooncomfort voor bepaalde (draagkrachtigere) groepen, meer differentiatie in wooncomfort en meer kleinschalige woonvormen in de wijk, onder optie 2 wellicht sneller gerealiseerd zullen worden.

Effecten beleidsopties op keuzemogelijkheid van cliënten

We concluderen in hoofdstuk 4 dat de keuzemogelijkheden wat betreft wooncomfort onder optie 2 vooral zullen toenemen voor draagkrachtige psychogeriatrische en somatische ouderen met relatief zware problematiek. Voor hen blijft het aanbod op de woonmarkt momenteel achter en bij scheiden van wonen en zorg is de verwachting dat de woonmarkt in toenemende mate aanbod voor hen zal realiseren. Wat betreft de GGZ-doelgroep is het niet goed mogelijk conclusies te trekken over verwachte verschillen in keuzemogelijkheden wat betreft wooncomfort onder optie 1 en optie 2. Voor de gehandicaptensector, zowel VG, LG als ZG, verwachten we nauwelijks verschillen tussen optie 1 en optie 2 wat betreft de diversiteit die in wooncomfort zal worden gerealiseerd.

Scheiden van wonen en zorg (optie 2) betekent verder voor alle doelgroepen een toenemende mogelijkheid te kiezen voor een zorgaanbieder. Er is immers geen sprake meer van intramuraal wonen, waarbij zorg en wonen per definitie gekoppeld zijn. Bij geclusterd wonen zal echter toch ook vaak sprake zijn van een vaste zorgaanbieder. Optie 2 brengt echter ook een beperking van de keuzevrijheid met zich mee in relatie tot optie 1 omdat er niet meer gekozen kan worden tussen intramuraal (waar de zorgaanbieder alles voor de klant regelt, van wonen tot diensten) en op de woonmarkt wonen. Voor doelgroepen die niet of nauwelijks de regie over hun leven hebben, is intramuraal wonen wellicht soms te prefereren omdat er minder geregeld hoeft te worden of omdat aanbod op de woonmarkt onvoldoende tot stand komt.

In onderstaande paragrafen wordt meer expliciet ingegaan op de effecten op het aanbod voor de verschillende doelgroepen. De beschreven effecten op de keuzemogelijkheid verschillen niet wezenlijk per doelgroep. Om deze reden is dit niet steeds apart opgenomen in de volgende paragrafen.

6.2 Ouderen, somatische problematiek

Ontwikkelingen aanbod

Voor de ouderen geldt dat de intramurale capaciteit in 2007 vergelijkbaar is met die van 2002, ongeveer 170.000 bedden. Dit is een relatieve afname gezien de toename van het aantal 80-plussers, te weten 0,32 bedden per 80-plusser in 2002 en 0,29 in 2006.

De capaciteit die op de woonmarkt wordt gerealiseerd is toegenomen, zowel het aantal geschikte 'gewone' woningen (bijvoorbeeld nultredenwoningen) als het aantal woningen dat specifiek voor wonen met zorg is gerealiseerd, zoals kleinschalige woonvoorzieningen voor dementerenden of woonzorgcomplexen.

Bij het intramurale aanbod neemt het comfortniveau de afgelopen jaren toe en is enige diversiteit zichtbaar. De woonmarkt is in het algemeen geneigd 'zo gewoon mogelijk' te bouwen en realiseert daarnaast minder grootschalige settings voor deze doelgroep dan de intramurale markt. Het op de woonmarkt gerealiseerde aanbod is groter wat betreft oppervlakte en is meer differentiatie van 'normaal' en 'luxe' zichtbaar. Ook minder draagkrachtige ouderen wonen is de ruimere woonvormen zoals woonzorgcomplexen. Op de woonmarkt is het daarbij vaker mogelijk met partner te wonen, hoewel ook zorgaanbieders hier meer initiatieven voor lijken te ontwikkelen. Individueel wonen is zowel intramuraal als op de woonmarkt mogelijk. Bij de lichtere somatische groepen is individueel wonen altijd mogelijk, bij de zwaardere somatische groepen soms.

De toename van het aantal kleinschalige projecten leidt tot meer keuzemogelijkheid voor de locatie waar men zorg en wonen af wil nemen: op meer plaatsen, in meer wijken en dorpen, zijn woonvormen beschikbaar.

Daar waar sprake is van een 'zware' zorgbehoefte is vrijwel nergens, ook niet op de woonmarkt, keuzemogelijkheden wat betreft zorgaanbieder. Ook bij de woonzorgcomplexen is vaak sprake van een koppeling tussen woning en een zorgaanbieder, hoewel hiervan geen exacte cijfers bekend zijn. Zowel in het intramurale aanbod als in het aanbod gerealiseerd op de woonmarkt wordt een compleet pakket aan zorg, welzijns- en hoteldiensten geboden. Bij de luxere varianten op de woonmarkt is het serviceniveau vaak hoger.

Klantpreferenties

Voor ouderen is de algemene trend dat men zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Als dit niet meer mogelijk is prefereert een minderheid afdelingswonen en prefereert meer dan de helft individueel wonen met zorg (bijvoorbeeld in een aanleunwoning of serviceflat) driekwart heeft de voorkeur voor het wonen in de eigen buurt of woonplaats. Er is een grote voorkeur voor het (blijven) wonen met partner. Er blijken geen gegevens beschikbaar over voorkeuren voor differentiatie in woonconform, noch over de gewenste keuzevrijheid van zorgaanbieder. Wel wenst men afname van en compleet aanbod aan zorg, hotel- en welzijnsdiensten. De huidige woonpreferenties zullen naar verwachting niet veel veranderen in de periode tot 2015.

Verwachte effecten van beleid

Het aanbod dat onder optie 1 gerealiseerd zal gaan worden, zal door het VPT en de ITT steeds meer gaan aansluiten op de klantpreferenties van de groep ouderen. Voor deze doelgroep betekent dit dat het traditionele intramurale aanbod (zoals het verpleeghuis) op termijn verdwijnt, aangezien de voorkeur van het overgrote deel van deze ouderen uitgaat naar andere woonvormen: met name individueel wonen in de wijk. Bij optie 2 kan de realisatie van een dergelijk aanbod, doordat het vanaf een zeker moment niet meer mogelijk is intramuraal aanbod te realiseren, wellicht sneller tot stand komen.

De ouderen met somatische problematiek en een lichtere zorgvraag die wat meer te besteden hebben, wonen veelal op de woonmarkt. Voor hen is er geen verschil te verwachten tussen optie 1 en 2 en zal het aanbod in beide gevallen toenemen.

Hoewel minder draagkrachtige ouderen met een lichte zorgvraag relatief vaker intramuraal wonen, verwachten we voor hen ook onder optie 1 een duidelijke toename van het wooncomfort, enerzijds vanwege de toenemende mogelijkheden om thuis te blijven wonen (bijvoorbeeld met een VPT) en vanwege het toenemende comfortniveau in intramurale instellingen. Dit zal echter naar verwachting wel, bijvoorbeeld wat betreft de gerealiseerde oppervlakte, begrensd blijven tot de huidige bouwnormen. Dus ook voor minder draagkrachtige ouderen met somatische problematiek met een lichte zorgvraag zijn weinig verschillen in wooncomfort tussen optie 1 en 2 te verwachten. Een mogelijk verschil kan zijn dat, gezien de verschillende 'bouwtradities' van intramurale aanbieders versus de woonmarkt, het aanbod onder optie 2 relatief meer in de wijk en minder grootschalig geclusterd wordt gerealiseerd.

Voor de 'zware' groep ouderen met somatische problematiek (waarbij sprake is van een meer ziekenhuisachtige setting met continue bedlegerigheid) is er nog weinig aanbod vanuit de woonmarkt. Onder optie 2 neemt dit toe. Aangezien de woonmarkt kan inspelen op inkomensverschillen kan dit voor draagkrachtigen in deze groep leiden tot meer comfort.

Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

Op voorhand zijn er voor de groep ouderen met somatische problematiek geen principiële belemmeringen voor het scheiden van wonen en zorg. Mits een goede zorginfrastructuur in de nabijheid van de woning is, wordt aanbod ontwikkeld. Voorbeelden in de praktijk wijzen uit dat noch een grote hoeveelheid zorg, noch onplanbare zorg een doorslaggevende belemmering vormt bij het ontwikkelen van aanbod op de woonmarkt.

Dit kan echter wel het geval zijn indien de gezondheid van de cliënten leiden tot een meer ziekenhuisachtige setting met intensieve niet-planbare 24-uurs zorg met permanente bedlegerigheid. Er zijn geen voorbeelden gevonden van op de woonmarkt ontwikkeld aanbod voor deze groep. Het is dan ook de vraag of voor hen bij optie 2 voldoende capaciteit tot stand zal komen.

6.3 Ouderen, psychogeriatrische problematiek

Ontwikkelingen aanbod

Het aanbod voor de doelgroep dementerenden/psychogeriatrische problematiek waarbij wonen en zorg gescheiden zijn is klein maar aanwezig, soms gerealiseerd met scheiden van wonen en zorg, soms vanuit een intramurale setting. Er zijn recente nieuwe woonvormen voor de doelgroep dementerenden, zowel vanuit de woonmarkt als vanuit zorgaanbieder, waar meer comfort en zelfstandigheid, en de mogelijkheid te wonen met partner wordt geboden.

Klantpreferenties

Voor ouderen met psychogeriatrische problematiek gelden in grote lijnen dezelfde voorkeuren als ouderen met een somatische problematiek. Als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is prefereert men kleinschalige woonvormen. Voor een deel van de cliënten die gedragsproblematiek heeft kan afdelingswonen wenselijk zijn.

Verwachte effecten van beleid

Onder zowel optie 1 als 2 is een toename van het wooncomfort voor ouderen met psychogeriatrische problematiek te verwachten. Het aanbod voor ouderen met psychogeriatrische problematiek komt op de woonmarkt nog maar beperkt tot stand. Naar verwachting zal dit aanbod op de woonmarkt voor deze doelgroep onder optie 2 toenemen, in sterkere mate dan onder optie 1. Voor meer draagkrachtige ouderen betekent dit naar verwachting een hoger wooncomfort of meer differentiatie hierin onder optie 2. Voor minder draagkrachtige ouderen zijn weinig verschillen in wooncomfort te verwachten (wellicht meer m2 eigen ruimte), maar zal het aanbod onder optie 2 wellicht kleinschaliger geclusterd.

Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

Er is een groep ouderen waarbij de psychogeriatrische problematiek leidt tot onaangepast en storend gedrag. Dit blijkt een van de redenen te zijn om extramuraal verblijvende cliënten uiteindelijk toch door te verwijzen naar een intramurale instelling. Het op dit moment op de woonmarkt gerealiseerde aanbod voor deze groep cliënten is zeer beperkt. De vraag is of bij het scheiden van wonen en zorg voldoende, gevarieerd aanbod ontstaat voor deze groep. Ook daar waar bij deze groep sprake is van een machtiging in het kader van de Wet Bopz is scheiden van wonen en zorg niet mogelijk.

Ook in gevallen waarbij ingrijpende bouwkundige aanpassingen moeten worden gedaan, bijvoorbeeld daar waar voor ernstig dementerenden veilige loopruimtes moeten worden gerealiseerd komt op dit moment geen aanbod op de woonmarkt.

6.4 GGZ

Ontwikkelingen in aanbod

Over de intramurale capaciteit in de GGZ zijn geen eenduidige cijfers beschikbaar. Er lijkt sprake te zijn van een toename van de intramurale capaciteit en een toename van extra-murale zorg (bijvoorbeeld in de vorm van beschermd wonen, RIBW's). Ook over de capaciteit van het aanbod aan GGZ woonvormen waar wonen en zorg gescheiden zijn, zijn vrijwel geen gegevens gevonden. Binnen de intramurale GGZ-instellingen kan sprake zijn van zowel afdelingswonen als groepswonen als (op beperkte schaal) individueel wonen op het instellingsterrein of in de wijk. Er zijn geen cijfers beschikbaar over de verhouding tussen deze woonvormen. In RIBW's wordt standaard in kleine groepen gewoond. Er zijn geen gegevens gevonden over differentiatie in wooncomfort evenmin als gegevens over de mogelijkheid met partner te wonen.

Klantpreferenties

In de GGZ prefereert volgens de gevonden onderzoeken een klein deel afdelingswonen en heeft het resterende deel de voorkeur voor kleinschalig of individueel wonen en in mindere mate voor groepswonen.

Verwachte effecten van beleid

Het comfortniveau van het huidige intramurale aanbod voor mensen met een psychiatrische stoornis is relatief laag. Onder optie 1 verwachten we een toenemend comfortniveau van het aanbod, meer kleinschalig wonen en meer wonen in de wijk, voor zover dit aansluit op de preferenties en mogelijkheden van de doelgroep. Het is niet duidelijk of het aanbod op de woonmarkt een hoger comfortniveau zal bieden. Deze doelgroep is echter in de regel weinig draagkrachtig, waardoor het inspelen op inkomensverschillen en het bieden van meer comfort, maar beperkt mogelijk is. Een aandachtspunt is verder dat het aanbod vanuit de woonmarkt voor deze doelgroep, zeker de 'zwaardere' groep wellicht onvoldoende tot stand komt. Omdat nog onduidelijk is in hoeverre woningcorporaties er voor zullen zorgen dat er aanbod tot stand komt, is het niet goed mogelijk om conclusies te trekken over verwachte verschillen tussen optie 1 en 2 voor deze doelgroep.

Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

Voor GGZ-cliënten waar sprake is van problematisch, overlast veroorzakend gedrag wordt op dit moment vanuit de woonmarkt geen of zeer weinig aanbod ontwikkeld. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om cliënten waar GGZ-problematiek samengaat met (drugs)verslaving. Het scheiden van wonen en zorg kan er voor hen toe leiden dat geen of een (te) beperkt aanbod wordt gerealiseerd. Ditzelfde kan gelden voor een aantal groepen (GGZ-)cliënten met onvoorspelbare of niet homogene woonwensen, zoals ernstige vormen van schizofrenie. Uit de praktijk blijkt dat op dit moment voor hen geen of zeer beperkt aanbod vanuit de woonmarkt is gerealiseerd. Ook daar waar bij deze groep sprake is van een machtiging in het kader van de Wet Bopz is scheiden van wonen en zorg niet mogelijk.

6.5 Gehandicaptensector

6.5.1 VG-sector

Ontwikkelingen aanbod

Voor zover op grond van de beschikbare cijfers te zeggen is, stijgt de intramurale capaciteit in de VG-sector licht. Er wordt echter ook een lichte stijging van het aanbod op de woonmarkt geconstateerd. Met name bij initiatieven van ouders en bijvoorbeeld de Thomashuizen, waar zorg met een PGB wordt gefinancierd is een stijging te zien. De licht verstandelijk gehandicapten wonen vooral in afzonderlijke of geclusterde individuele woonvormen (ongeveer 15% individueel geclusterd in 2002), de zwaarder verstandelijk gehandicapten in projecten van geclusterd groepswonen.

Klantpreferenties

De VG-cliënten prefereren volgens de beschikbare bronnen voor een minderheid grootschalig, terreingeboden woonvormen en prefereert de rest een gewoon huis of geclusterd groepswonen.

Verwachte effecten van beleid

Voor de groep verstandelijk gehandicapten geldt dat de huidige woonvormen goed aan lijken te sluiten bij de voorkeuren van klanten. Er wordt veelal in kleinere groepen gewoond, op een instellingsterrein of in de wijk. Bij optie 2, waarbij het aanbod voor verstandelijk gehandicapten door de woonmarkt zal worden gerealiseerd, verwachten we, omdat het aanbod al goed aan lijkt te sluiten op de klantpreferenties, nauwelijks een afwijkend aanbod. Een mogelijk effect van optie 2 is wel dat het aanbod in meerdere mate in de wijk zal zijn gelokaliseerd dan bij optie 1, gezien de verschillende bouwtradities van intramurale aanbieder en de woonmarkt.

Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

Voor een kleine groep mensen met een verstandelijke handicap zal het scheiden van wonen en zorg naar verwachting geen meerwaarde hebben. Het gaat daarbij om een groep ernstig verstandelijk gehandicapten die continu toezicht nodig hebben en om de groep ernstig verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek en agressie. Voor deze groepen zijn geen of zeer weinig voorbeelden gevonden van woonvormen ontwikkeld op de woonmarkt. Het is dan ook de vraag of voor hen bij optie 2 voldoende capaciteit tot stand zal komen.

6.5.2 LG- en ZG-sector

Ontwikkelingen aanbod

In de LG-sector blijft de intramurale capaciteit redelijk stabiel. Ook hier neemt het aanbod vanuit de woonsector toe, bijvoorbeeld Amstelrade (voorheen intramurale instelling nu volledig geëxtramuraliseerd op basis van scheiden wonen en zorg) de capaciteit van de zogenaamde Fokuswoningen. Voor zintuiglijk gehandicapten geldt dat het overgrote deel van deze doelgroep thuis woont. De intramurale capaciteit blijft min of meer stabiel. De capaciteit van de gezinsvervangende tehuizen neemt af, hetgeen lijkt te duiden op een toenemende extramuralisering. Intramuraal wonende lichamelijk of zintuiglijk gehandicapten

hebben meestal een beperkt regievermogen en behoefte aan 24-uurs zorg. Bij lichtere zorgzwaarten wordt veelal (begeleid) zelfstandig gewoond.

Individueel en kleinschalig groepswonen is vanuit de intramurale sector op ruime schaal ontwikkeld en in de woonmarkt op beperktere schaal. De in 2005 en 2006 ingediende nieuw- of verbouwplannen van de instellingen laten een afname zien van het grootschalige (intramurale) aanbod. Bij de LG-sector worden alleen nog plannen voor individueel wonen ingediend, bij de ZG-sector voorzien de plannen in het realiseren van kleinschalig groepsverblijf en individueel verblijf. Het meer recent gerealiseerde intramurale aanbod heeft een hoger comfortniveau, waarbij tevens sprake is van een differentiatie in wooncomfort. Het is op grond van de beschikbare gegevens niet mogelijk een vergelijking te trekken met de gerealiseerde woonvormen op de woonmarkt. De keuze voor een zorgaanbieder is bij het intramurale aanbod niet aanwezig. Ook bij bijvoorbeeld de op de woonmarkt gerealiseerde Fo-kuswoningen moet gebruik worden gemaakt van de hierbij betrokken zorgaanbieder.

Klantpreferenties

Over de woonvoorkeuren van lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zijn te weinig gegevens beschikbaar om uitspraken te doen.

Verwachte effecten van beleid

Voor deze beide doelgroepen zien we dat er op dit moment al relatief veel aanbod vanuit de woonmarkt wordt gerealiseerd. Ook het intramurale aanbod is in toenemende mate individueel en buiten het instellingsterrein. We verwachten dat deze trend zich onder optie 1 zal voortzetten. Bij optie 2, waarbij het aanbod voor gehandicapten door de woonmarkt zal worden gerealiseerd, verwachten we, omdat het aanbod al goed aan lijkt te sluiten op de klantpreferenties, nauwelijks een afwijkend aanbod. Er zijn dan ook geen grote verschillen in kenmerken van het aanbod onder beide opties te verwachten.

Scheiden van wonen en zorg niet mogelijk/niet wenselijk

Op voorhand zijn er voor de groep lichamelijk gehandicapten geen principiële belemmeringen voor het scheiden van wonen en zorg. Mits een goede zorginfrastructuur in de nabijheid van de woning is, wordt aanbod ontwikkeld. Voorbeelden in de praktijk wijzen uit dat noch een grote hoeveelheid (onplanbare) zorg, noch de noodzaak voor veel technische (ingrijpende) aanpassingen een doorslaggevende belemmering vormt bij het ontwikkelen van aanbod op de woonmarkt.

6.6 Vraag en aanbod bij verschillende beleidsopties

De opzet van de laatste paragraaf van dit hoofdstuk is de behoefteramingen, zoals die opgesteld zijn aan de hand van de beschikbare gegevens over de klantpreferenties, te confronteren met de verwachte effecten van de tweebeleidsopties.

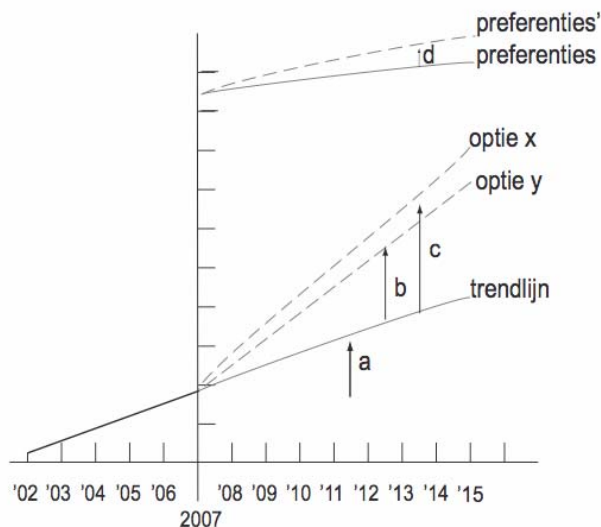
Theoretisch gezien kan uit de confrontatie tussen de behoefteraming en de beleidseffecten een conclusie worden getrokken over welke van de beleidsopties leidt tot de beste aansluiting van de vraag van cliënten (bij maximale keuzemogelijkheden) en het aanbod aan woonvormen in 2015. Uit de vorige hoofdstukken blijkt dat het niet mogelijk is een beargumenteerde confrontatie te presenteren.

Complicerende factoren bij deze confrontatie zijn de volgende:

- De ontwikkelingen in het aanbod zijn voor een deel van de woonvormen redelijk in kaart gebracht. Er blijven echter witte vlekken in de ontwikkelingen in het aanbod van woonvormen. Dit beperkt de mogelijkheden voor het uitzetten van een 'trendlijn'.
- Gegevens over klantpreferenties zijn zeer beperkt beschikbaar. Met name over de groep ouderen en verstandelijk gehandicapten zijn wel enige gegevens gevonden en is de lijn door te trekken naar 2015. Preferenties van andere doelgroepen zijn echter niet op grote schaal in kaart gebracht of beschikbaar.
- Van de maatregelen die genomen zijn ter stimulering van het scheiden van wonen en zorg is niet tot in detail bekend wat de resultaten en effecten zijn. Voor het voorspellen van de effecten van het voortzetten en intensiveren van het stimuleringsbeleid kan niet zonder meer volstaan worden met het doortrekken van de ontwikkelingslijn in het aanbod.
- De verwachte effecten van de twee geschetste beleidsopties en de verschillen tussen de effecten van beide opties zijn, in het algemeen, zeer lastig te voorspellen en zullen verschillen per doelgroep. Het is niet eenduidig vast te stellen welke optie leidt tot een groter en gevarieerder aanbod en hoeveel het aanbod door 'optie x' of 'optie y' zal toenemen. De effecten van het financieel scheiden van wonen en zorg zijn daarnaast afhankelijk van tal van factoren die op dit moment ook in kaart worden gebracht, zoals de financiële gevolgen voor alle betrokken partijen.

Een visuele weergave van de beoogde confrontatie tussen ontwikkelingen in het aanbod, toekomstige klantpreferenties en verwachte effecten van het beleid is weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 1 Verwachte beleidseffecten, aanbod en klantpreferenties 'woonvorm Q'



Deze figuur geeft de mogelijke effecten en de richting van de effecten weer bij de verschillende beleidsopties. Uitgangspunt in deze figuur is dat de huidige klantpreferenties voor 'woonvorm Q' van een bepaalde groep cliënten (veel) hoger liggen dan het aanbod (bijvoorbeeld een grote groep dementerenden die een kleinschalige woonvorm prefereert in de eigen buurt). Op grond van demografische gegevens kan ingeschat worden hoeveel personen uit de doelgroep in 2015 de betreffende woonvorm prefereert.

In dit voorbeeld gaat het om woonvorm Q waar de afgelopen 5 jaar, wellicht mede door verschillende beleidsmaatregelen, een toename te zien is van het aantal plaatsen. Bij ongewijzigd beleid zou deze trend door kunnen zetten (*trendlijn, a*: factoren die de stijging van het aanbod beïnvloeden bij ongewijzigd beleid).

De stijgende 'optie'-lijnen geven de effecten weer van twee beleidsopties; voortzetting stimuleringsbeleid en scheiden van wonen en zorg. Door de invoering van beleidsmaatregelen zoals integrale en volledig transparante tarieven zullen aanbieders van wonen en zorg een meer vraaggericht aanbod willen creëren en groeit het aanbod naar verwachting, meer. Ook bij het volledig (financieel) scheiden van wonen en zorg zal de wens van klanten meer centraal staan bij de realisatie van woonvormen en zal de capaciteit – in dit voorbeeld – verder toenemen.

Hoe steil de verschillende lijnen lopen, welke lijn welke beleidsoptie weergeeft (met andere woorden welke beleidsoptie 'betere' resultaten oplevert), hoe ver de lijnen uit elkaar liggen en waar de lijnen uiteindelijk uitkomen, is op grond van de beschikbare gegevens niet te zeggen. Overigens verwachten we dat de vraag, als er meer aanbod van deze woonvormen ontstaat, nog verder dan verwacht zal toenemen (*d*: factoren die samenhangen met een toename van de vraag door de realisatie van meer aanbod).

In de vorige paragrafen is per doelgroep een kwalitatief oordeel gepresenteerd van de effecten van de twee beleidsopties. De beperkingen in zowel gegevens over aanbod, klantpreferenties als verwachte effecten heeft ertoe geleid dat we bovenstaande figuur, een daadwerkelijke confrontatie van behoefte en aanbod in 2015, voor geen enkele woonvorm of doelgroep kunnen kwantificeren.

7 Literatuurlijst

ABF Research, *Nationale analyse van zorg, wonen en welzijn*, 2002.

ABF Research, *Monitor investeren in de toekomst 2006*, november 2007.

Actiz, *De branche in cijfers*, 2006.

Borgesius, E. & W. Brunenberg, *Behoeftte aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achter blijvers' inde psychiatrie*. Trimbos-instituut, Utrecht, 1999.

Braam, Coolen, Naafs, 1981.

CBZ *Monitoring gebouwenkwaliteit V&V 2005*.

CBZ, *Typologie lichamelijk gehandicapten – wonen, zorg of assistentie*, 2002.

CBZ, *Uitvoeringstoets voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten*, 2002.

CBZ, *Monitoring gebouwenkwaliteit gehandicaptenzorg*, 2003.

CBZ, *Monitoring gebouwenkwaliteit GGZ*, 2004.

CBZ, *Monitor gebouwenkwaliteit in de Verpleging en Verzorging*, 2005.

CBZ: *Bevorderen scheiden van wonen en zorg*, 2005.

CBZ, *Inventarisatie zorginfrastructuur*, 2006.

Coudenys, 1998

Cvz 2007, *Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ*, juli 2006 – juli 2007. Uitgebracht 22 oktober 2007.

Cvz, *Kleinschalige zorginitiatieven, financieel bekeken*, 2006.

Cvz, *Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ*, 2004.

Daal, P. van, C. Verheijen en A. Dorrestein, *Wens en werkelijkheid: de ondersteuningswensen van mensen met een verstandelijk handicap*. PON, Tilburg, 1998.

Depla, M.F.I.A. en Smits, C.H.M.) *Wonen Zorg Welzijn: wat willen ouderen zelf? Een behoeftepeiling onder Noord-Hollandse ouderen*, 2003

Dirkzwager advocaten en notarissen, *Notitie Woonzorgcomplexen*, 2006.

Doelman-van Geest, H.A. & M.C.M. den Os, *De hulpvraag van mensen met een verstandelijke handicap. Een kwantitatief onderzoek naar de hulpvraag van thuiswonende verstandelijk gehandicapten in Zuid-Holland, die op de wachtlijst staan voor een woonvorm*. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Den Haag, 1997.

Erasmus Universiteit Rotterdam, *Het subsidie-instrument kritisch bekeken*, Rotterdam, september 2004.

Gemiva-SVG Groep *Woonwensenonderzoek GVT's Regio Noord, Algemeen verslag en managementadvies*; Gouda; 2002

GGZ-Nederland, *Sectorrapport GGZ 2003-2005*

HHM, *Analyse databestanden ten behoeve van verblijfszorg thuis*'. 2007.

HHM, *Resultaten landelijke ZZP-score*, 2007.

HHM, *Zorgzwaartepakketten sector V&V*, Enschede, 2006.

Houben, et al, 1994

Hurenkamp, van en Kremer, *Vrijheid verplicht*, Van Gennip, 2005.

IWZ, *Verkokerd of gemeenschappelijk*, 2002

KCWZ *Databank KCWZ*.

KCWZ, *De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie*, 2006

KCWZ, *Veranderingen in bouwregelgeving zorg en de invloed op projecten kleinschalig wonen*, 2005.

KCWZ, *Kleinschalige woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap of een somatische verpleeghuisindicatie*, 2004.

KPMG, *Kleinschalige wooninitiatieven: financieel bekeken*. 2006.

Lieshout, H. van. & W. Calis, *Inhoud van de zorgvraag; samenvatting*. NIZW, Utrecht, 1998.

Lieshout, H. van, S. Schouten & W. Calis, *Zorgvraag van mensen met een verstandelijke beperking; samenvatting*. NIZW, Utrecht, 2000.

Ministerie van Vrom, *Actieplan Investeren voor de toekomst*, 5 juli 2004.

Ministerie van Vrom, *Cijfers over wonen 2004 en 2006*.

Ministerie van Vrom, *Met zorg gekozen*, 2004.

Ministerie van Vrom, *Ouderen onder dak* 2006

Ministerie van Vrom *Woononderzoek Nederland (WoOn)* 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): brancherapport,
<http://www.minvws.nl/dossiers/verpleeg--en-verzorgingshuizen/feiten-en-cijfers/>

Ministerie van VWS. *Brancherapporten care 2000-2003* (Min VWS)

Ministerie van VWS. *Kamerbrief voortgang scheiden van wonen en zorg*, Kamerstuk, 20 juni 2006.

Nederlandse Woonbond. *Woonzorgarrangementen, kwaliteit, betrokkenheid en kosten*, 2006.

NZa, *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten, De ZZP's op waarde geschat*, 2007.

Reinking, D. & H. Kroon, *Vraaggerichte zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten in de GGZregio Oost-veluwe*. Provincie Gelderland (uitvoering Trimbos-instituut), PsyGe-reeks nr. 12, Arnhem, 2000.

Reinoud Adviesgroep, *Woonwensen van bewoners van het Sinai-Centrum te Amersfoort*. Arnhem, 2000.

RGOz, *UTOPIA*, 2007.

Rigo *Actualisatie nationaal bestand woonzorgcomplexen*, 2004.

Rigo, *Evaluatie van de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg*. November 2005.

Rigo, *Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen*, 2006.

Rigo, *Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen*, 2006.

Rigo, *Innovaties in wonen en zorg. Evaluatie van de Tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling*. juni 2007.

RIVM, *Nationale Atlas Volksgezondheid* 2004.

SCP, *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*, 2004.

SCP, *Ouderen in instellingen*, 2005.

SCP, *Rapportage ouderen*, 2006.

SCP, *Juist beschermd*, 2006.

SCP, *Een eigen huis*, Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving; 2006.

SCP, *Meedoen met beperkingen, rapportage gehandicapten* 2007.

Smets, J. & A. Dorrestein, *Ongekende wensen: onderzoek naar de hulpvraag van mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige handicap*. PON, Tilburg, 2000.

Steenbergen, T. *Apart en toch samen*, 2005.

Smets, J. & A. Dorrestein, *Ongekende wensen: onderzoek naar de hulpvraag van mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of meervoudige handicap*. PON, Tilburg, 2000.

Singelenberg, J. *De onweerstaanbare eenvoud van het Deense Model*. IWZ. 2000.

Singelenberg, J. *Van verpleeghuis naar tweedelijns zorgcentrum: Functies en capaciteiten Utrecht*, Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, mei 2003.

Singelenberg, J. *Woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap of een somatische verpleeghuisindicatie*, 2004.

Singelenberg, J. *Wonen en zorg: scheiden of integreren?*, 2002

Turksma, 1981.

Trimbosch-NPS, SCP, *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*, 2004.

Zorgverzekeraars Nederland, *Chronische zorg verzekerd: bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging*, 2005.

websites:

www.fokuswonen.nl

www.iwz.nl

www.kangoeroewoning.nl

www.nevep.nl

www.rivm.nl

www.thomashuizen.nl

www.woonzelf.nl

www.zorgboeren.nl

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus 602
2700 MG ZOETERMEER
tel: 079 3 222 222
fax: 079 3 222 212
e-mail: info@research.nl
www.research.nl