

A photograph of an elderly woman with short, curly, light-colored hair and glasses, sitting in a chair. She is wearing a sleeveless, patterned top and a necklace. The room has wood-paneled walls and a window with white curtains. A small framed picture sits on a ledge to the left. The lighting is soft and natural, coming from the window.

VERBLIJVEN OF WONEN;
ZORG VOOR EENIEDER

STAGG

Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg

Colofon

Dit is een bewerking van het rapport 'Verblijven of wonen' uit 1995.

Die uitgave kwam tot stand mede dank zij een subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1995)

Deze herziene uitgave kwam mede tot stand in het kader van het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ).

© Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg \ STAGG \ 2000

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking, zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende op het auteursrecht.

Uitgave

Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG)

(onder auspiciën van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Bouwkunst Bond van Nederlandse Architecten BNA)

Keizersgracht 321

1016 EE Amsterdam

telefoon 020-5553666

email stagg@bna.nl

internet www.stagg.nl

Eindredactie

ir. J.J.W. Heuvelink

Tekstredactie

Jan Willem Veenman, Den Haag

Ontwerp

2D3D, Den Haag

Drukwerk

Drukkerij Twigt b.v., Waddinxveen

Fotografie

R. Ponsen, Rotterdam

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Verblijven of wonen; zorg voor een ieder: herziene uitgave 2000.

Eindredactie: ir. J.J.W. Heuvelink

Amsterdam: STAGG, Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg

ISBN 90-802171-4-X

Trefw.: Zorg/levensloopwonen/woonzorgzone/wonen/levenloopbestendig

VERBLIJVEN OF WONEN; ZORG VOOR EENIEDER

Tweede geheel herziene druk
november 2000

STAGG

Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg

DE HERZIENING IN 2000 KWAM TOT STAND DOOR

Werkgroepleden

ir. J. J. W. Heuvelink

Architecten aan de Maas, Rotterdam

ir. W.M. Parent

Architectenburo Cannegieter Kan Panis Parent, Rotterdam

M.G.C. Pieters AvB

Clevis-Kleinjans Architecten, Venlo

Redactionele bijdragen

drs. J.P.J. Singelenberg

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Hoofd Expertise Centrum
Wonen en Zorg, Utrecht (2000)

drs. E.K. Hoekstra en drs. H.M.J.A. van Liempd

AKTA, onderzoeks- adviesbureau voor gebruikskwaliteit van leef- en
werkruimte, Utrecht. (1995)

STAGG Secretariaat

M. Helsdingen

In 1995 hebben de volgende bureaus aan de werkgroep deelgenomen

Architecten aan de Maas, Rotterdam

Architectenburo Cannegieter Kan Panis Parent, Rotterdam

Architektengroep Naarding, Straesser, van der Linden, Amsterdam

Clevis-Kleinjans Architecten, Venlo

Duërmeijer, Verweij, Messnig, Soest

Elemans Architecten, Oss

INBO Gjalt de Jong Architecten, Drachten

Ingenieurs / Architecten Associatie, Enschede

Jorissen Simonetti Architecten, Rijssen

Kruisheer Elffers architecten / adviseurs bv, Rotterdam

Magis en Partners Architecten bv, Helmond

Onno Greiner Martien van Goor Architecten bv, Amsterdam

ir. Rothuizen Van Doorn 't Hooft, Middelburg

Smook Architecten, Dordrecht

Van Duijvenboden Borkent, Apeldoorn

Van Teeffelen & Timmers, Eindhoven

Vos-Ten Broeke-Van Wely, Velp

Wentink Architecten, Baarn

Wiegerinck Architecten, Arnhem

VOORWOORD

BIJ DE TWEEDE HERZIENE DRUK

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging en de veranderingen die daarin optreden hebben consequenties voor de gebouwen van waaruit de zorg wordt geleverd.

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) stelt zich ten doel studies te verrichten op het snijvlak van ontwikkelingen in de zorg en in de architectuur, die mede onder invloed staan van verschuivingen van maatschappelijke opvattingen. De STAGG wil daarmee een bijdrage leveren aan de discussie over de eisen die aan gebouwen in de zorgsector kunnen worden gesteld.

In de studie 'Verblijven of wonen: zorg voor eenieder' wordt vanuit een bouwkundig perspectief een toekomstvisie gepresenteerd voor wonen, zorg en welzijn van mensen die op basis van hun hulpvraag niet meer in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Daarbij hebben begrippen als privacy, zelfstandigheid en een goed leefklimaat een belangrijke rol gespeeld.

De STAGG hoopt met deze herziene studie bouwstenen aan te dragen voor de discussie over wonen, zorg en dienstverlening voor mensen met een hulpvraag.

Het oorspronkelijke rapport uit 1995 heeft in het zorg/welzijnsveld veel weerklank gevonden. Eind 1999 was de uitgave niet meer beschikbaar. In overleg met de leden van de werkgroep en met de inbreng van het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (NIZW/SEV) is deze geactualiseerde tweede druk opgesteld. De oorspronkelijke kern van de scenario's is gehandhaafd, de inleidende hoofdstukken zijn aangepast alsmede de hoofdstukken over de toekomstvisies en uitgangspunten voor scenario's. De transformatiemodellen uit het oorspronkelijke rapport zijn in deze uitgave achterwege gebleven. Zij zijn op verzoek in kopie beschikbaar.

Prof. dr. A.F. Casparie

STAGG-voorzitter

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3	
1	Introductie	6
2	Ontwikkelingen in wonen en zorg	10
	2.1 Scheiding van wonen en zorg	11
	2.2 AWBZ: van modernisering naar ontvoogding	14
3	Relatie wonen en zorg breder bekeken	16
	3.1 Inleiding	17
	3.2 Aspecten van wonen of zorg	17
	3.3 De relatie breder	20
	3.4 Duitsland	23
	3.5 Engeland	23
	3.6 Denemarken	24
	3.7 Nederland	24
	3.8 Het Deense model verder verkend	25
4	Toekomstvisies voor de 21ste eeuw	26
	4.1 Inleiding	27
	4.2 Derde en vierde levensfase	27
	4.3 Expansie en compressie	28
	4.4 De groeiende middengroep	29
	4.5 Zorgnood: straks volksvijand nummer één?	29
	4.6 Allochtone ouderen	30
	4.7 Extramuralisering of normalisering	30
	4.8 Modernisering van de AWBZ	32
	4.9 Woonzorgzones in wijken en dorpen	32
	4.10 Nieuwe vormen van dienstverlening	33
	4.11 Domotica	35

5	Uitgangspunten voor de toekomstscenario's	36
5.1	Inleiding	37
5.2	Kengetallen omvang van raakvlak wonen en zorg	37
5.3	Onderscheid in dienstverlenings-, zorg- en woonfuncties	39
5.4	Organisatie van dienstverlenings- en zorgfuncties	40
5.5	Zorg- en dienstverlening in de toekomst	42
5.6	Organisatie van wonen en woonomgeving	43
5.7	Bijzondere woonvormen met zorg in de toekomst	45
5.8	Aangepaste woningen in woonzorgzones	47
5.9	Aanpasbare woningen	48
5.10	Levensloopbestendige woningen	48
5.11	Buitengewoon wonen: woonvormen voor zorgintensieve groepen	48
5.12	Woonprogramma's	49
5.13	Inpassing programma's in wijk of dorp	52
5.14	Levensloop van een wijk	53
6	Toekomstscenario's	54
6.1	Plattelandsscenario	55
6.2	Stedelijk scenario	59
7	Slotbeschouwing	62

1



1

INTRODUCTIE

De discussie over de relatie tussen wonen en zorg wordt de laatste jaren breed gevoerd. Zij strekt zich uit over het hele gebied van geïnstitutionaliseerde zorgvoorzieningen. Veranderingen in visies op wonen, zorg en welzijn leiden met name in de ouderenzorg tot een veelvoud aan experimenten en tot discussies op hoog politiek niveau. Behoeften en wensen van ouderen staan steeds meer centraal in het debat over de richting waarin ontwikkelingen zouden moeten gaan.

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) heeft in 1995 door middel van een studie een bijdrage willen leveren aan de discussie. Doel van de studie was en is het ontwikkelen van vernieuwende concepten voor de huisvesting van vooral ouderen die op basis van hun hulpvraag niet meer in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Concepten die moeten voldoen aan behoeften aan privacy, zelfstandigheid en een goed leefklimaat maar tegelijkertijd aan de behoeften aan zorg.

Er zijn toekomstscenario's op hoofdlijnen ontwikkeld, die per situatie verschillend kunnen worden uitgewerkt. Uitgangspunt van de studie is wél geweest de toekomstvisie een zodanig realiteitsgehalte te geven dat de resultaten kunnen dienen als basis voor het uitwerken van ideeën en plannen voor toekomstige projecten.

Deze herziene uitgave is een bewerking van de studie naar huisvestingsvormen voor alle mensen die zorg nodig hebben. De ontwikkeling van het principe 'scheiden van wonen en zorg' heeft in Nederland in de afgelopen jaren meer vorm gekregen. De huisvesting moet afgestemd zijn op de zorgvraag. Dit betekent dat er woonvormen beschikbaar dienen te zijn voor de zorgintensieve groepen en individuen, in een veilige en beschutte omgeving. De zorg wordt aan huis gebracht of is 24 uur per dag bereikbaar.

Deze uitgave geeft inzicht in die relatie tussen wonen en zorg, de ontwikkeling van 'Verblijven of Wonen' in Nederland en in omringende landen. De toekomstscenario's geven de resultaten van de studie weer.

De scheiding van wonen en zorg geldt overigens niet alleen voor ouderen met zorgvragen. Ook voor andere doelgroepen – waaronder mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap en psychiatrische cliënten – kan de scheiding van wonen en zorg een meerwaarde betekenen, uiteraard op de voorwaarde dat er ook een zorggarantie bestaat.



Parnassia, Bloemendaal

De STAGG-werkgroep heeft bij de start van haar studie in 1995 twee onderzoeksvragen geformuleerd:

- welke wenselijke scenario's kunnen er worden ontwikkeld op wijk of dorpsniveau voor wonen, zorg en welzijn voor ouderen?
- welke specifieke eisen zijn er te stellen aan de huisvesting van ouderen die, gezien hun hulpvraag, niet meer in hun eigen woning kunnen blijven wonen?

De onderzoeksvraag die bij de start van deze herziene uitgave in 2000 is geformuleerd luidt:

welke specifieke eisen worden er gesteld aan de woonvormen voor alle mensen met een hulpvraag, zodat zij zelfstandig kunnen blijven wonen, uitgaande van het principe van 'scheiden van wonen en zorg'?

Uitgangspunten bij deze onderzoeksvraag waren:

- de hulpvraag staat centraal en niet het aanbod van de bestaande voorzieningen;
- mensen zouden bij het verlaten van hun eigen woning zo min mogelijk verplicht moeten hoeven doorverhuizen;
- zorgvragenden moeten in de maatschappij geïntegreerd kunnen blijven en niet in grote groepen geconcentreerd en geïsoleerd worden;
- ontwikkelingen in zorg en beleid gaan zo snel dat niet het politiek haalbare de leidraad is, maar het vanuit de gebruikers wenselijke;
- het resultaat van de studie moet voor degenen die betrokken zijn bij huisvesting en zorg voor ouderen (directies, beleidsmedewerkers, ouderenorganisaties en architecten) bruikbaar zijn bij de ideevorming over en planontwikkeling van projecten.

LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 geeft een korte schets van recente ontwikkelingen op het terrein van wonen en zorg, waarna hoofdstuk 3 nader ingaat op de relatie tussen wonen en zorg. Enkele ontwikkelingen in andere landen zijn hierin opgenomen. Hoofdstuk 4 schetst de toekomst van de groeiende zorgvraag en het antwoord van de overheid daarop. Nieuwe woonvormen en vormen van dienstverlening worden ondersteund door de ontwikkelingen op het gebied van domotica-faciliteiten. In hoofdstuk 5 zijn de uitgangspunten voor de toekomstscenario's beschreven. De woonprogramma's voor buitengewoon wonen zijn vertaald in een doelgroepenmatrix en de daarmee samenhangende woonvormen. De uitwerking van het plattelandsscenario en het stedelijk scenario zijn opgenomen in hoofdstuk 6. De studie eindigt met een slotbeschouwing in hoofdstuk 7.

2



ONTWIKKELINGEN IN WONEN EN ZORG

2.1

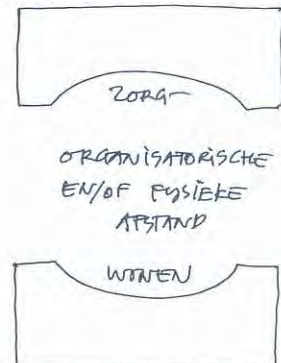
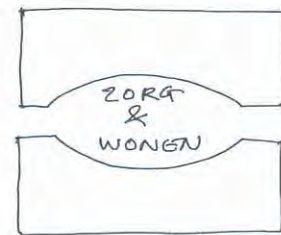
SCHEIDING VAN WONEN EN ZORG

In het midden van de jaren tachtig komt een internationale en intersectorale beweging op gang, die in Nederland in de jaren negentig wordt aangeduid als 'scheiden van wonen en zorg'. De beweging is een gevolg van de toenemende kritiek op institutionele verblijfsinrichtingen, waar de functies zorg (verzorging, verpleging, behandeling) en verblijf (woon- en pensionfunctie) onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het verblijf in instituten zou leiden tot een afhankelijke positie van de patiënt/cliënt, tot oververzorging, tot afbreuk van het eigen sociale netwerk en zou de ontwikkeling van lichamelijke en geestelijke beperkingen stimuleren. Bovendien, zo stelde men, is een dergelijke aanpak voor de maatschappij een relatief kostbare.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld in de Scandinavische landen, waar een grote mate van consensus bestaat over dit onderwerp, is scheiding van wonen en zorg in Nederland voortdurend het onderwerp geweest van verhitte debatten en moeizame politieke touwtrekkerijen.

Aan het eind van de jaren tachtig begon het substitutiebeleid van het ministerie van WVC. Het debat speelde zich vooral af op het terrein van de ouderenzorg, niet alleen de grootste maar ook de snelst groeiende sector binnen de zorg. De gedachte was dat op elk niveau in de voorzieningenhierarchie een gedeeltelijke verschuiving van de populatie naar het naastliggende lichtere niveau mogelijk zou zijn. WVC hoopte dat de verzorgingshuizen een deel van de functies van de (duurdere) verpleeghuizen zouden kunnen overnemen, dat de thuiszorg vervolgens de teruglopende capaciteit van de verzorgingshuizen zou kunnen opvangen en dat de groei van de informele (mantel)zorg ten slotte het tekort aan thuiszorg zou compenseren. Door op deze manier duurdere voorzieningen te vervangen door goedkopere zou de toename van de zorgvraag als gevolg van de vergrijzing van de bevolking zonder verhoging van de nationale (macro-)budgetten kunnen worden opgevangen.

Andere ministeries, met name VROM, vreesden sluipende afwenteling van kosten op hun begroting en kwamen in verzet. In de periode 1990-1993 bereikte de politieke strijd haar hoogtepunt. De wenselijkheid van het langer zelfstandig wonen van ouderen en van scheiding van wonen en zorg werd breed onderschreven, maar er ontbrandde een strijd zowel over de kostenconsequenties als over de nieuwe scheidslijnen tussen zelfstandig wonen en intramuraal verblijf. De discussie werd nog complexer doordat de geplande stelselhervorming in de volksgezondheid (Plan-Simons) op datzelfde moment vastliep, terwijl die in de volkshuisvesting wel met succes werd doorgezet (Nota-Heerma).



Na het werk van de Commissie-Welschen volgt een volle kabinetsperiode (1994-1998) met tamelijk harmonische verhoudingen rond het dossier wonen en zorg. Echter: belangrijke hervormingen van het zorgstelsel blijven uit.

Eensgezind lichten staatssecretarissen Terpstra en Tommel de Kamer in over de onmogelijkheid van scheiding van wonen en zorg in het verzorgingshuis. De Kamer benoemt de modernisering van de ouderenzorg tot 'groot project', wat inhoudt dat bewindslieden regelmatig dienen te rapporteren over de voortgang. De overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ – te voltooien in 2001 – wordt inderdaad wettelijk geregeld, maar de wens van de Kamer om de capaciteit van de verzorgingshuizen in stand te houden blijkt niet te kunnen worden gehonoreerd. De kosten van modernisering van de tehuizen worden opgebracht door het verder inleveren van capaciteit.

VROM verruimt de Huursubsidiewet voor het eerst na vele jaren van bezuinigingen, met name ten gunste van ouderen en gehandicapten. Er komt een aparte verhoogde bovengrens voor deze groepen, waarbij men expliciet verwijst naar hogere huren en servicekosten in woonzorgcomplexen. Ten tijde van Heerma zou dit ondenkbaar zijn geweest.



De Trommelwoningen, Amsterdam

Ook komt er een aparte regeling waarbij projecten voor groepswonen met begeleiding en zorg onder bepaalde voorwaarden in aanmerking kunnen komen voor huursubsidie. De regeling stimuleert op die manier het kleinschalig genormaliseerd wonen van verstandelijk gehandicapten, dementerende ouderen en cliënten van de psychiatrie en maakt ook daar scheiding van wonen en zorg mogelijk. Tezelfdertijd gaan de gemeentelijke budgetten en verantwoordelijkheden in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) omhoog, ten behoeve van zwaardere voorzieningen met hetzelfde doel. Hiertoe worden middelen naar de gemeenten overgeheveld die tot dan toe door de Ziekenfondsraad werden beheerd.

Toch neemt met de uitstroom van bewoners van AWBZ-instellingen naar de samenleving de druk op gemeentelijke voorzieningen zoals de WVG merkbaar toe. Ook wordt duidelijk dat in de streekplannen geen rekening is gehouden met deze nieuwe groep woningzoekenden. Dit doet zich vooral in kleine kernen met strak omlijnende bouw mogelijkheden voelen. Veel cliënten komen te wonen in de dorpen rond (voornamelijk) de hoofdlocaties van de instellingen, voornamelijk in bosrijke gebieden met beperkte planologische contingenten.

Het sluitstuk om scheiding van wonen en zorg mogelijk te maken is de uitbreiding van de regelingen voor persoonsgebonden budgetten voor chronisch zorgbehoevenden. Hoewel staatssecretaris Terpstra een warm voorstander is, gebeurt dit tijdens haar bewind en vlak daarna nog maar mondjesmaat. Het door het kabinet overgenomen advies 'De ontvoogding van de AWBZ' (juni 2000) kondigt pas een radicale vestiging van het algemene recht op een persoonsgebonden budget aan, te realiseren in een periode van acht jaar. De volumes van persoonsgebonden budgetten in de thuiszorg en gehandicaptenzorg vertegenwoordigen anno 2000 echter nog maar enkele procenten van de totale macro-budgetten die in die sectoren omgaan. In de ouderenzorg en psychiatrische zorg moet de experimentele invoering zelfs nog beginnen. Zowel beleidmakers als onderzoekers zetten nog steeds vraagtekens bij de stelling dat iedereen, inclusief de meest zorgintensieven, gebaat zou zijn bij scheiding van wonen en zorg. Sommigen spreken wel over een bepaald 'omslagpunt', maar er zijn nog weinig pogingen gedaan om helder te maken waar dat precies ligt. Anderen wijzen erop dat het onzinnig is om naar een omslagpunt te gaan zoeken, terwijl er nog zo velen in Nederland zijn die intramuraal verblijven terwijl zij ook zelfstandig zouden kunnen wonen.

2.2

AWBZ: VAN MODERNISERING NAAR ONTVOOGDING

In de tweede helft van de jaren negentig groeit toch weer de behoefte aan 'modernisering' van de AWBZ. Het woord 'stelselherziening' is voorlopig nog taboe, na de pijnlijke ervaringen met het Plan-Simons. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de VROM-raad adviseren in 1997 en 1998 over scheiden van wonen en zorg en de toekomst van de AWBZ. Gepleit wordt voor een gefaseerd plan dat uiteindelijk moet leiden tot volledige scheiding van wonen en zorg in het jaar 2010. De AWBZ moet worden ontdaan van oneigenlijke elementen en weer een pure zorgverzekering worden. Het wonen kan op termijn helemaal over naar de volkshuisvesting, waarbij de toegang tot de woningmarkt voor kwetsbare doelgroepen dient te worden gegarandeerd.

Voor dienstverlening die tussen wonen en zorg in valt, adviseren de beide raden een apart wettelijk kader, waarbij de gemeente (die de WVG al beheert) de uitvoerder zou zijn.

Slechts een kleine groep zou volgens het advies blijvend behoefte hebben aan 'beschermzorg', waarbij wonen, zorg en dienstverlening slechts administratief gescheiden zijn, maar in feite als één product binnen één contract geleverd kunnen blijven worden. Een grotere groep zou slechts behoefte hebben aan een gecoördineerd aanbod, maar met gescheiden rekeningen en contracten. Dit betekent voor de gebruiker: meer keuzevrijheid, meer differentiatie maar ook meer eigen risico. Om aansluitingsproblemen tussen de drie regimes te repareren pleit het advies voor de tijdelijke instelling van een 'woonzorg-stimuleringsfonds'.

In het jaar 2000 komt de stelselhervorming opnieuw in een stroomversnelling. Het rapport 'De ontvoogding van de AWBZ', waar ook de ministeries van Economische Zaken en Financiën de hand in hebben, pleit voor marktwerking en deregulering in de AWBZ. Het rapport wordt door het kabinet grotendeels omarmd. In het rapport krijgen cliënten veel meer keuzevrijheid, AWBZ-budgetten zijn niet meer aan instellingen gekoppeld maar persoonsvolgend of persoonsgebonden en de schotten tussen de vaste domeinen van instellingen worden opgeheven. De vraag is alleen nog in welk tempo dit alles zal gebeuren. Het rapport rekent voor dat hiervoor acht jaar nodig zal zijn.

Zorginstellingen en woningcorporaties kunnen nu alle mogelijke nieuwe allianties aangaan en nieuwe woonzorgproducten ontwikkelen. De dynamiek is hierdoor wel al enorm toegenomen. Vernieuwingen die inspelen op wensen van cliënten krijgen nu meer kansen. Instellingen leveren echter niet alleen strijd om de klant maar ook om het personeel. In een steeds krappere wordende arbeidsmarkt – waarschijnlijk een structureel gegeven – moeten instellingen zowel personeel als klanten tevreden stellen. Uit evaluatie van kleinschalige woonvormen in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg is gebleken dat ook het personeel liever opereert in kleine teams met veel eigen verantwoordelijkheden. Doelmatige organisatie van 24-uurs zorg vereist echter wel clusteringen van minimaal 24 cliënten. Zo lijkt de ontwikkeling naar kleinschaligheid ergens rond dit evenwichtspunt tot stilstand te komen.

3



RELATIE WONEN EN ZORG

BREDER BEKEKEN

3.1

INLEIDING

De breedte van de relatie tussen wonen en zorg kan vanuit een aantal gezichtspunten worden bekeken. Bij de relatie tussen wonen en zorg wordt al snel de vraag gesteld voor welke doelgroep dit bezien dient te worden. Naast de primaire 'zorgdoelgroepen' kan ook gekeken worden naar andere maatschappelijke groepen welke wonen en zorg vragen. Bijvoorbeeld allochtonen en meer-generatiegroepen. Ook de schaal van het organiseren van wonen en zorg kan een gezichtspunt zijn. Immers, huisvesting thuis heeft andere aspecten dan huisvesting op buurtniveau. Tenslotte kan de breedte van de relatie tussen wonen en zorg worden bekeken vanuit de vergelijking met verschillende andere landen zoals, later in dit hoofdstuk, met Duitsland, Engeland en Denemarken. In de marge van dit hoofdstuk zijn een drietal deense voorbeelden opgenomen. (Aarhus, Viborg en Rosenholm)

Voordat we echter de breedte van de relatie bekijken, is het van belang de aspecten die met wonen of zorg te maken hebben kort aan te stippen. Het gaat hierbij om de aard van de zorg, de organisatie van de zorg, de bereikbaarheid van de zorg en de organisatie van het wonen.

3.2

ASPECTEN VAN WONEN OF ZORG

Bij de 'aard van de zorg' dient de gedachte van 'zorg op maat' bepleit te worden. Een vorm van zorg die op de cliënt is toegesneden is een belangrijk uitgangspunt. Zorg kan men in vijf categorieën onderscheiden: dienstverlening, verzorging, verpleging, medische behandeling en revalidatie (IVA Tilburg 1994). Deze functionele benadering heeft de voorkeur, omdat hiermee duidelijke eisen gesteld kunnen worden aan de woonomgeving waarin zorg wordt verleend. Deze functionele benadering is sterk gericht op de vraagzijde en past zo het best bij de gedachte van 'zorg op maat'.

De vraag naar de 'organisatie van de zorg' kan al snel worden vertaald in de vraag waar je met een bepaalde hulpvraag het beste uit bent. De zorg- en dienstverlening is sterk verkokerd en versnipperd. Door het grote aantal instellingen en regelingen strijden gevoelens van onzekerheid en onveiligheid om voorrang bij de cliënt. De wens van de cliënt om dicht bij de zorg te wonen zal toenemen. Maar die wens wordt minder gehoord door de zorg-aanbieders. Het instellen van een loket waar men terecht kan met hulpvragen op verschillende functionele velden van zorg, kan ertoe bijdragen dat de cliënt langer in een beschutte omgeving kan blijven wonen.

In structurering van toekomstige zorgvragen is preventief beleid, door bijvoorbeeld huisbezoeken, een belangrijk middel. Een ideaal scenario voor de organisatie van zorg dient erop gericht te zijn de negatieve aspecten van grootschalige complexen te vermijden en tegelijkertijd de positieve kanten van grote organisaties te handhaven.

In de 'bereikbaarheid van de zorg' is de eerste gedachte om cliënten met de grootste zorgbehoefte voorrang te geven. 'Zorg onder handbereik' is daar een abstracte verbeelding van.

De woonplek zal bij voorkeur dicht bij een zorgvoorziening gelegen dienen te zijn. Bereikbaarheid voor de cliënt speelt hier een hoofdrol. Voor cliënten met een minder frequente vorm van zorg is de bereikbaarheid van de cliënt door de zorgverlener van belang. 'Onder handbereik' wordt hier vertaald naar 'onder fietsbereik'.

Overigens, bereikbaarheid van zorg heeft in stedelijke zin geen vaste, statische, maat maar is een dynamisch gegeven. Over het algemeen is er immers sprake van een glijdende toename in de zorgvraag. Voor bepaalde zorgvragen zijn wel gefixeerde gebieden aan te geven, maar deze kennen niet steeds hetzelfde patroon en hebben niet steeds dezelfde afmetingen.

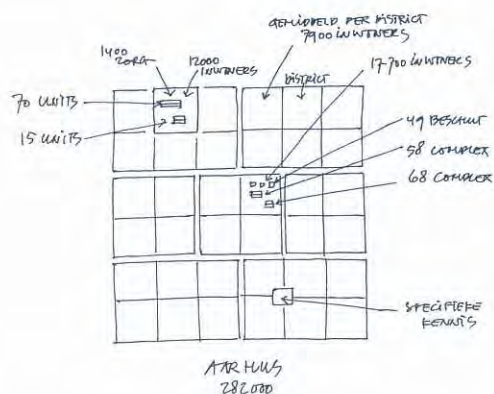
Bij de 'organisatie van het wonen' moet men er rekening mee houden dat verreweg het grootste gedeelte van mensen met een zorgvraag ouder is dan 65 jaar, zo'n 75 procent. Van dit aantal mensen woont een groot deel nog zelfstandig, maar binnen de Europese verhoudingen blijft Nederland daarin echter ver achter. Het aantal mensen dat in een intramurale setting woont is in Nederland relatief verreweg het grootst.

Naarmate meer zelfstandige complexen met zorg aan het bestaande areaal zijn toegevoegd, is de vraag naar grootschalige voorzieningen voor de verschillende zorgsectoren afgenomen. Er is echter nog een lange weg te gaan voordat de verhoudingen meer een gemiddeld Europees niveau krijgen. Uit onderzoek naar de woonbehoefte onder cliënten, blijkt ook de gehechtheid aan eigen buurt of wijk groot te zijn. Een bekende, vertrouwde omgeving is een belangrijke factor in het handhaven van de eigen zelfstandigheid (Lawton 1985). En vanzelfsprekend blijven sociale contacten beter intact in de bekende wijk (Wiewel c.s. 1993).

AARHUS – EEN GROTE STAD MET 282.000 INWONERS

Van het grote aantal inwoners in Aarhus zijn er ongeveer 11.500 die zorg of welzijnshulp vragen. Dit aantal is even groot als een derde van het aantal 60-plussers. Degenen die zorg of dienstverlening vragen zijn echter niet gebonden aan deze leeftijdsgroep. Ruim 7500 bewoners ontvangen thuiszorg, circa 2000 wonen in een appartementencomplex en nog eens 2000 wonen in een in de nabijheid van de complexen. Bij deze laatste 4000 die er in 1999 waren, voorziet de stad een groei tot 5300 eenheden in 2005. Dat komt overeen met 14,7 procent van de groep zorgvragenden. Op dit moment wordt de zorg voor deze groep door 5400 fte bemand.

Aarhus staat in Denemarken bekend om het relatief hoge bedrag dat de stad uitgeeft per zorgvragende: 18.000 gulden. Het gemiddelde voor Denemarken is 14.000 gulden.



Het systeem in Aarhus is in hoge mate gedecentraliseerd. De 36 districten tellen ieder gemiddeld 7900 inwoners. In dit grote aantal heeft men een onderverdeling gemaakt met zeven kerndistricten. Deze kerndistricten sturen de overige districten aan op de zorgfuncties. In één van deze zeven districten is bijzondere kennis over dementie aanwezig.

Twee voorbeelden van gebouwde voorzieningen geven een goed beeld van het karakter van de zorgvoorzieningen in Aarhus.

In het centrum van Aarhus ligt een district met 17.700 inwoners. Hiervan zijn er 1630 ouder dan 67 jaar. Degenen die veel zorg vragen zijn gehuisvest in twee complexen, één met 58 inwoners (waarvan de helft dementerend) en een ander met 68 inwoners. 49 Zorgvragende inwoners zijn op een andere wijze gehuisvest waarbij 10 tot 12 van hen 24-uurs zorg thuis ontvangen. In het grootste complex worden dagelijks maaltijden verstrekt aan 100 inwoners uit de omgeving. De keuken verzorgt echter 2400 maaltijden, waarvan het grootste deel voor activiteitscentra van andere districten is. In het complex is een warmwater zwembad opgenomen. Het is een complex met voorzieningen die bij elkaar 45.000 bezoeken per jaar opleveren. Een levendig beeld op de begane grond van dit complex is het resultaat.

Het tweede voorbeeld ligt in de buitenwijken van Aarhus. In dit district wonen 12.000 inwoners. In de categorie 67-plus ontvangen 750 inwoners zorg, in de categorie 67-min zijn dit er 650. Bij elkaar 1400 inwoners die door 100 medewerkers verzorgd worden. Het complex heeft 70 units aan gebouwde voorzieningen. Op één kilometer afstand staat een tweede complex van 18 units. Opvallend is dat er in deze beide complexen geen verpleeghuisarts is. Dit komt overigens in heel Denemarken voor. Iedere bewoner heeft het recht zijn eigen arts te blijven consulteren, maar dit systeem staat overigens wel ter discussie.

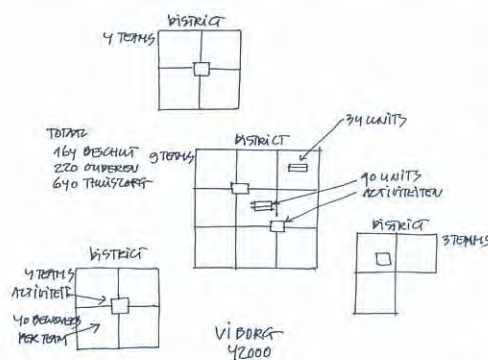
De nadruk op preventieve bezoeken aan toekomstige cliënten is in Aarhus opvallend. Tijdens deze bezoeken wordt aan de hand van vragenlijsten vastgesteld aan welke mate van zorg of dienstverlening iemand op het moment of in de toekomst toe is. De vragen richten zich op Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Bij de vaststelling van de zorgvraag wordt er alleen rekening gehouden met mantelzorg indien sprake is van inwoning.

3.3 DE RELATIE BREDER

Nu aard van de wooncomponent en de zorgcomponent inhoudelijk verkend zijn, kan de relatie tussen beide componenten worden uitgediept, om vervolgens vast te stellen waar de wooncomponent aan moet voldoen. Hoewel de meesten van degenen die zorg vragen de leeftijd van 65 jaar zijn gepasseerd, zijn de ouderen uiteraard niet de enige doelgroep. Gehandicapten en bewoners met een psychiatrische achtergrond zijn andere. Het laatste deel van de cliënten heeft vaak een dubbele indicatie. Iedere doelgroep stelt specifieke eisen aan vorm, omvang en uitrusting van de woonvoorziening. Ook hierin kan het dynamische aspect van de zorgvraag zichtbaar worden. Buiten het feit dat de ouderen de grootste groep vormen, hebben zij ook de meest snel veranderende zorgvraag. Toch blijkt dat tweederde van de groep ouderen in een vorm van zelfstandig wonen ondergebracht kan worden, indien garantie op 24-uurs zorg kan worden geboden (STAGG 1995).

VIBORG – EEN MIDDELGROTE STAD MET 42.000 INWONERS

In Viborg zijn er 5400 ouderen in de categorie 67-plus. In het geheel zijn er 1200 wooneenheden voor zorgvragenden. Deze zijn onderverdeeld in 34 eenheden voor inwoners met dementieproblemen, 90 eenheden in de categorie verzorghuis/verpleeghuis, 164 eenheden in beschut wonen, 220 eenheden voor ouderen. De overige 640 eenheden ontvangen thuiszorg.



Vroeger gaf Viborg per inwoner minder uit aan zorg en dienstverlening dan het landelijk gemiddelde, maar daar is de laatste jaren door drie oorzaken verandering in gekomen. In de eerste plaats is een groot psychiatrisch ziekenhuis van 1200 eenheden naar 150 eenheden gekrompen. De bewoners die niet opgenomen konden blijven, zijn in de stad opgenomen. Verder is Viborg een provinciehoofdstad en trekt daarom een belangrijk deel van de zorg-

vragenden uit de regio. Tenslotte loopt er in de stad een discussie over de inzet van particuliere dienstverleners om met name op het gebied van het schoonmaken van woningen buiten het gemeentelijke budget meer te kunnen bereiken. Landelijke wetgeving staat de uitvoering nog in de weg. Viborg is ingedeeld in vier districten, één centraal gelegen, omringd door de drie andere. Zo'n 900 medewerkers zijn in de gemeente belast met het verlenen van zorg en dienstverlening. In de vier districten zijn in totaal 20 teams actief voor de verzorging van ieder ongeveer 40 bewoners. De vier districten hebben elk hun eigen activiteitscentrum, inclusief keuken. Van daaruit krijgen per district ongeveer 100 speciale wooneenheden en 200 woningen hun zorg aangeboden. Via een werklozenprogramma verzorgt de gemeente zogenaamde groene en witte hulp (grasmaaien en sneeuwruimen). In het verlenen of toekennen van zorg of dienstverlening speelt de huisarts, in tegenstelling tot in Nederland, geen rol.

Nieuw Groenhoven, Leiden



Andere maatschappelijke (woon)groepen hebben vaak meer uitgangspunten dan het bieden van alleen zorg. Zo is het van allochtonen bekend dat hun culturele of religieuze achtergrond aanleiding is tot het geven van informele zorg indien daartoe de noodzaak ontstaat. Onder invloed van de westerse cultuur kunnen er evenwel initiatieven ontstaan zijn tot het stichten van woonzorgcomplexen voor specifieke groepen van allochtonen.

Meer vanuit de autochtone bevolking zijn ook initiatieven waar te nemen op het gebied van meergeneratie wonen. In feite, op dezelfde wijze als hiervoor beschreven, het bieden van mogelijkheden voor informele zorg. In Duitsland en België zijn enkele voorbeeldprojecten gerealiseerd waaraan echter nog geen tendens ontleend kan worden.

De schaal van de woonsituatie is ook van belang voor de relatie met zorgcomponenten. De relatie met de zorg wordt per woonsituatie immers verschillend ingevuld. Een zelfstandige woning dient weliswaar aan een aantal basiseisen te voldoen ten aanzien van de huisvesting en ruimte voor zorgverleners, maar deze zijn veelal gericht op ondersteuning in de algemene en dagelijks voorkomende activiteiten van bewoners. Enig gewicht krijgen deze basiseisen pas wanneer ze voor een nieuwbouwwijk van toepassing worden verklaard. Maar ook in bestaande wijken kan, door middel van het zogenaamde 'oplussen', een dergelijke schaal worden bereikt.

Wanneer de omvang van zorg vormen aanneemt dat naast 24-uurs zorg ook 24-uurs toezicht noodzakelijk is, wint het afstandscriterium voor de zorgverlener het aan belangrijkheid. Alleen aan de hand van dit criterium is geen uitspraak te doen over de omvang van de bouwkundige voorzieningen.

Immers een eisenprogramma voor ouderen kent andere dimensies dan een eisenprogramma voor meervoudig gehandicapten die deze zware vorm van zorg en toezicht nodig hebben. Verder moet men in het oog houden dat ouderen en lichamelijk of verstandelijk gehandicapten verschillende eisen stellen aan de zorgverleners, zowel kwantitatief als kwalitatief.

Bedrijfseconomisch gezien zal de omvang van de bouwkundige voorzieningen veelal in de vorm van clusters opgelost worden. Het aantal woon-eenheden in het cluster ligt tussen de vier en acht woningen. Bovendien kunnen de clusters worden geschakeld in een aantal tussen de vier en acht units. In landen om ons heen ziet men deels andere uitwerkingen van de relatie van wonen en zorg. De situatie in Nederland is het best te vergelijken met die van landen in Noordwest-Europa als Duitsland, Engeland en Denemarken. Ook in deze landen is sprake van een naoorlogse verzorgingsstaat, waarbij een sterke verantwoordelijkheid van de overheid samengaat met een krachtig maatschappelijk veld. In de volgende paragrafen worden een aantal karakteristieke verschillen in de relatie van wonen en zorg belicht.

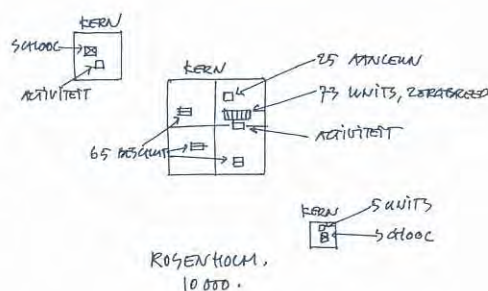
ROSENHOLM – EEN KLEINE GEMEENSCHAP MET 10.000 INWONERS

De gemeenschap Rosenholm beschikt over een onlangs opgeleverd complex voor zorgvragenden. De invloed daarvan op structurering van zorg en de bewoning van eenheden is hierbij goed waarneembaar. De gemeenschap bestaat uit drie kernen, waarvan de grootste met ruim 5000 inwoners.

Het nieuwe complex, met 73 eenheden en een ruim activiteitencentrum, staat in de grootste kern. De tweede dorpskern heeft een klein activiteitencentrum, elf geclusterde wooneenheden en een school. De kleinste dorpskern beschikt over vijf geclusterde woningen en een school.

In de grootste kern staan ook 25 aanleunwoningen (het oude complex) en 65 in clusters voorkomende aangepaste woningen. Het grote activiteitencentrum verzorgt ongeveer 200 maaltijden, ook voor overige wijkbewoners (afhalen en bezorgen). Van de 73 eenheden in het nieuwe complex zijn er 55 eenheden voor verzorging en verpleging in alle leeftijdscategorieën, 6 eenheden in de categorie gezinsvervangend wonen, 13 eenheden voor bewoners met een dementie-indicatie en 5 eenheden voor bewoners die uit het regionale ziekenhuis komen als 'tussenstation' naar zelfstandig wonen.

Opvallend in Rosenholm is dat de zorg een verantwoordelijkheid is van de gemeenschap en niet van de inwoner of zijn directe relaties. Inwoners worden zoveel mogelijk binnen de gemeenschap van zorg en diensten voorzien. Jaarlijks worden er maar een of twee bewoners doorgestuurd naar regionale voorzieningen.



Ook hier komt het preventieve karakter van informeren van cliënten en vragen stellen over de zorg- en dienstverleningssituatie naar voren. De taken binnen de gemeente of binnen een district, zoals in grotere plaatsen, laten zich als volgt schetsen:

- de integrale aandacht voor de zorg aan ouderen, gehandicapten en cliënten na ziekenhuisopname;
- het verzorgen van transportdiensten, maaltijden en het geven van technische ondersteuning;
- het beheer van het toegewezen budget in de zorg/dienstverlening;
- de inzet en planning van zorg door wijkzusters en zorgteams;
- het vaststellen van de mate van zorg/dienstverlening bij cliënten;
- het toewijzen van aangepaste woningen en
- speciale taken voor etnische groeperingen.

3.4

DUITSLAND

Duitsland kent een hoger vergrijzingspercentage dan Nederland. Toch ligt het aantal intramuraal gehuisveste ouderen op de helft van het in Nederland gebruikelijke percentage. Hierdoor en door het feit dat vele Duitse ouderen in een huurwoning wonen is de vraag naar woonaanpassingen er zeer groot. De vraag is geconcentreerd op individuele aanpassingen.

Het individuele karakter van verstrekkingen is in Duitsland meer gemeengoed dan in Nederland. Persoonsgebonden budgetten – lager dan de vergelijkbare kosten in intramurale voorzieningen – zijn bij onze oosterburen al langer bekend. Net als in Nederland zijn collectieve voorzieningen premiegefinancierd, maar in Duitsland is de zorgstructuur minder coherent. Instellingen met winstoogmerk bepalen een groot deel van de markt.

3.5

ENGELAND

Vergeleken met de andere landen is het eigenwoningbezit in Engeland zeer hoog. Door de zeer sterke positie van instellingen met winstoogmerk en van gemeenten, is het zorgstelsel in het aanbod sterk individueel gericht. Er worden vele adviezen gegeven voor woningonderhoud en woningaanpassingen, echter de bereidheid om te investeren ligt bij ouderen – zoals in vele landen – op een te laag niveau. Preventieve programma's zijn wel succesvol. In het verlengde daarvan is de strategie van 'moving in time' (op tijd verhuizen) goed te verklaren. Daarnaast worden vele appartementen gesticht in de sector 'serviced and sheltered housing', een soms coöperatieve vorm van wonen met aanvullende dienstverlening.

3.6

DENEMARKEN

In Denemarken worden alle collectieve voorzieningen alleen gefinancierd uit belastingopbrengsten. Er zijn geen premieafdrachten. Net als in Engeland zijn de gemeenten een belangrijke – misschien wel de belangrijkste – speler in het veld van zorg en dienstverlening. Uitgangspunt van het stelsel is het verlenen van thuiszorg. Via preventieve huisbezoeken wordt het moment van zorgverlening zo ver mogelijk uitgesteld. Hierdoor wordt ook bij zware zorg in zeer beperkte mate een beroep gedaan op regionale voorzieningen. Ook in Denemarken speelt de strategie van 'moving in time' een belangrijke rol.

De coöperatieve vorm van wonen is in Denemarken sterk geworteld, mede door de wettelijke bepaling dat gestapelde bouw op deze wijze gestructureerd dient te zijn. Daarnaast is de sterke participatie van bewoners, zorg of geen zorg ontvangend, een belangrijk gegeven in Denemarken. Een sterke invloed op de servicekosten is hiermee mogelijk.

3.7

NEDERLAND

Het 'middenveld' – de verzekeringskantoren – beheersen in belangrijke mate de complexe netwerkstructuur voor zorg en dienstverlening in Nederland. Daarnaast is er sprake van 'sociale ondernemers', bijvoorbeeld in de huursector, die sectorverbredende initiatieven ontwikkelen. Door het grote aandeel van 40 procent in de huursector zijn er op het gebied van woningaanpassingen collectieve maatregelen te adviseren en uit te voeren.



Stichting Onder één dak, Maassluis

In geen van de andere landen is een dermate hoog verblijf in intramurale voorzieningen te vinden. Hoewel er enige verschuiving tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen te zien is geweest, is het aandeel thuiszorg nog laag te noemen in vergelijking met de omringende landen. Verder is het persoonsgebonden budget nog nauwelijks ontwikkeld en met de huidige krapte op de arbeidsmarkt zal de invoering hiervan nog moeizaam blijken.

3.8

HET DEENSE MODEL VERDER VERKEND

Vernieuwing van ouderenzorg, en eigenlijk zorg in het algemeen, is sinds 1987 duidelijk waarneembaar in Denemarken. Het is een gevolg van gerichte sturing door de overheid, coördinatie tussen betrokken ministeries, uitvoerende rol voor gemeenten en sterke participatie door bewoners.

In het kort is hiermee aangegeven waardoor het 'Deense model' bekend is geworden. Macroeconomisch gezien zijn de kosten voor zorg in Denemarken en Nederland van een zelfde niveau (circa 2%).

Vanuit de maatschappelijk-culturele traditie is de zorg en dienstverlening altijd een taak van de gemeenschap geweest, in dit geval de gemeente. Maar met name economische motieven en de sterke vergrijzing sinds de jaren tachtig vormden de aanleiding voor de ontwikkelingen in Denemarken. In een tijdperk van recessie en werkloosheid, begon men circa twintig jaar geleden met de afbouw van de intramurale voorzieningen. In korte tijd heeft men de capaciteit met 25 procent verminderd. Daarnaast groeide de thuiszorg, met meer arbeidsuren, uit tot de centrale spil waaromheen de zorg en dienstverlening is gestructureerd. Destijds was een van de doelstellingen de intramurale capaciteit in 2010 tot nul te reduceren, maar in de jaren daarna heeft men zich gerealiseerd dat niet iedere zorgvragende in staat is zelfstandig te blijven wonen. Er kwam meer aandacht voor gestructureerde wooncomplexen en vaak voorzien van individueel gericht 24-uurs toezicht. En sinds 2000 is een discussie waarneembaar naar vormen van grotere voorzieningen.

4



TOEKOMSTVISIES VOOR DE 21STE EEUW

4.1

INLEIDING

Dit hoofdstuk beschrijft een toekomstverkenning naar wonen, zorg en dienstverlening tot ongeveer het jaar 2030. Weliswaar zijn allen die dan tot de doelgroepen zullen behoren nu al geboren, maar het is nog onbekend wat de wensen en behoeften van die groepen tegen die tijd zullen zijn.

Aanbieders van wonen, zorg en diensten staan op dit moment middenin een zeer dynamisch krachtenveld en bovendien zijn ook zij al in de positie om ver vooruit te kijken.

De kwalitatieve toekomstverkenning in dit hoofdstuk gaat uit van ontwikkelingen die op dit moment volop of beginnend aanwezig zijn. Aan de basis van de studie ligt een beredeneerde selectie van ontwikkelingen die nog lang zullen doorlopen en bovendien relevant zijn voor het beleid inzake volkshuisvesting en ruimtelijke ordening. De toekomstverkenning volgt een route die begint aan de vraagzijde, daarna langs de aanbodzijde loopt om uiteindelijk aan te landen bij de voornaamste thema's in relatie tot wonen en ruimtelijke ordening.

In de marge van de pagina's staan beelden afgedrukt die onderdeel uit kunnen maken van een toekomstscenario: de aspecten planologie, structuur van zorgvoorzieningen, complexiteit in gebouwde vormen, woningen met zorg en woningen met zorg en toezicht.

4.2

DERDE EN VIERDE LEVENSFASE

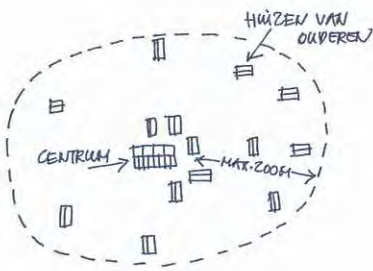
Het is voor deze toekomstverkenning nuttig allereerst een onderscheid te maken tussen wat de Fransen de 'derde en de vierde levensfase' noemen. Na de eerste en tweede levensfase (jeugd en volwassenheid) volgt vanaf ongeveer 55 jaar de derde fase waarin kinderen het huis uit zijn, uittreding uit het arbeidsproces zich voltrekt en – hoewel de betekenis van gezondheidsproblemen begint toe te nemen – de meeste mensen nog vitaal zijn. In de vierde levensfase – vanaf ongeveer 75 jaar – beginnen voor velen gezondheidsproblemen en functiestoornissen het leven te domineren en ziet men dat een van de partners, meestal de vrouw, alleen achterblijft.

In de derde fase domineert het gegeven van de toegenomen vrije tijd en het zoeken naar een nieuwe sociale inbedding, na de uittreding uit de arbeidsmarkt. In de vierde fase staan het ontstaan van de behoefte aan zorg en dienstverlening en het voorkómen van sociaal isolement voorop.



1 Levenscyclus

Een evenwichtige bevolkingsopbouw maakt een wijk aantrekkelijk om te wonen. De levenscyclus, van baby tot oudere, moet terug te vinden zijn.



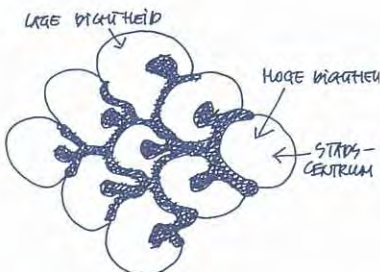
2 Ouderen overal

Hoewel de verhuismobiliteit in Nederland is toegenomen, kiezen ouderen er dikwijls voor op latere leeftijd in hun eigen wijk/omgeving te blijven wonen.



3 Herkenbare buurten

In dit voorbeeld bedraagt het aantal inwoners van een herkenbare buurt ongeveer 600. De buurt heeft een diameter van 300 meter. De wijk van 10.000 inwoners bestaat uit 16 buurten.



4 Concentratie voorzieningen

De dichtheid van bebouwing neemt naar het centrum van de stad toe. In de zones die de afbakening vormen tussen buurten komen concentraties van voorzieningen voor.

Tot nu toe is in de derde levensfase de neiging tot verhuizen buitengewoon laag: slechts weinigen verhuizen preventief om zich voor te bereiden op de vierde fase. Pas als de partner wegvalt of de gezondheid sterk achteruitgaat komen ouderen in beweging.

4.3

EXPANSIE EN COMPRESSIE

In de komende decennia zal de naoorlogse geboortegolf het aantal ouderen sterk doen toenemen. Bij de start van het nieuwe millennium bereikt het begin van de golf de derde levensfase, twintig jaar later de vierde. Net als bij een echte golf op het strand neemt de hoogte tijdens het voortrollen af door de met de leeftijd oplopende sterfte. Vooral jongere ouderen zullen daardoor de periode van 2000 tot 2020 gaan bepalen. De vergrijzing die onze samenleving tot nu toe heeft meegemaakt is nog niet bepaald door het ouder worden van de groep uit de geboortegolf. De toegenomen levensduur is de oorzaak, maar deze lijkt echter tot staan te zijn gekomen. De toegenomen levensduur heeft twee mogelijke gevolgen voor de ouderdom, vertaald in twee theorieën:

- de 'expansietheorie', die uitgaat van een toename van het aantal levensjaren dat in slechtere gezondheid wordt doorgebracht en
- de 'compressietheorie', die verwacht dat als gevolg van gunstiger omstandigheden (inkomen, opleiding, leefstijl) en betere behandelingsmethoden en hulpmiddelen, het aantal levensjaren dat men 'zorgafhankelijk' is juist zal afnemen. Men zal zich in deze theorie tot op hogere leeftijd zelf kunnen redden.

Een veel geopperd toekomstbeeld is een combinatie van expansie en compressie. Dit impliceert dat er weliswaar een lichte expansie zal zijn van het aantal ongezonde levensjaren in de vierde levensfase, maar dat er eveneens meer gezonde jaren bijkomen in de derde en vierde fase.

Uiteraard zal de zorgbehoefte toenemen als gevolg van de demografische ontwikkeling. Maar in de komende twee decennia zullen we nog wat respijt hebben doordat met name de aantallen in de derde levensfase toenemen, terwijl de verlenging van de vierde levensfase stagneert.

4.4 DE GROEIENDE MIDDENGROEP

De ouderen van nu weerspiegelen in zekere zin nog de maatschappij van de jaren zestig, met een relatief kleine groep welgestelden en eigen woningbezitters tegenover een grotere groep met lagere inkomens in huurwoningen. Hier tussenin positioneert zich een uitdijend maatschappelijke midden, met een redelijk succesvolle woon- en beroeps carrière achter zich. Echter Hooimeijer heeft er al op gewezen dat men zich geen overdreven gunstige voorstelling moeten maken van de pensioenopbouw. Pensioenen zijn weliswaar waarde vast maar niet welvaartsvast is. Gevolg daarvan is, dat het tegen de tijd dat het en masse tot uitkeren komt, de pensioenen toch achter zullen blijven bij de inkomens uit arbeid. Mogelijk zal dit verschil nog worden versterkt door demografische krapte op de arbeidsmarkt. De toegenomen vermogensvorming, opgeslagen in het eigen huis, kan deze beweging wat verzachten, maar de vraag is, of dat vermogen meer dan nu te gelde zal worden gemaakt – als inkomensuppletie – zoals in de Angelsaksische landen te zien is.

In ieder geval is van belang te memoreren dat de groep ouderen met een laag inkomen en vermogen (alleen AOW aangevuld met een klein pensioen) weliswaar procentueel zal afnemen, maar in absolute aantallen zal toenemen. Daarbij komt in de toekomst een procentueel groeiende middengroep die meer te besteden heeft dan de modale oudere nu, maar minder dan de modale werkende straks. Deze groep zal geen genoeg meer nemen met sobere collectieve basisvoorzieningen maar zal meer kwaliteit en maatwerk vragen, zowel wat betreft wonen als wat betreft dienstverlening.

4.5 ZORGNOD: STRAKS VOLKSVIJAND NUMMER ÉÉN?

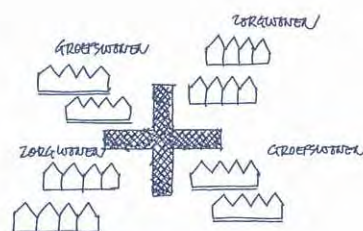
Dan is er nog een zorgelijke ontwikkeling: de afname van vrijwillige, informele zorgverleners als gevolg van de toegenomen arbeidsparticipatie onder vrouwen, het toenemende opleidingsniveau onder de bevolking en de demografische krimp vanaf eind jaren zestig. Ook de voortgaande urbanisatiegraad zou hierbij nog een rol kunnen spelen. In de Scandinavische landen is deze ontwikkeling in feite nu al te zien; de arbeidsparticipatie van mannen en vrouwen tot 65 jaar is daar veel hoger dan in Nederland, met als logisch complement een veel groter volume van de professionele thuiszorg.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau signaleert in haar rapport over informele zorg deze ontwikkelingen ook, maar is minder stellig over de uitkomsten. In de komende decennia zal nog niet eens zozeer de demografische ontwikkeling, als wel de sociaal-culturele ontwikkeling kunnen leiden tot het ontstaan van 'zorgnood als volksvijand nummer een' (vgl. de woningnood na de oorlog).



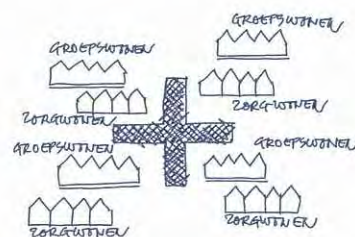
5 Buurtgrenzen

Een wijk van 10.000 inwoners kan onderverdeeld worden in buurten. Buurtgrenzen zijn bijvoorbeeld drukke wegen, spoorlijnen, open land en sportterreinen.



6 Horizontaal structureren

Het zorgwonen en het groepswonen kunnen worden ondergebracht op plaatsen gelegen tussen zorgkruispunt en activiteitencentrum in twee clusters, het zorgwonen eveneens in twee clusters.



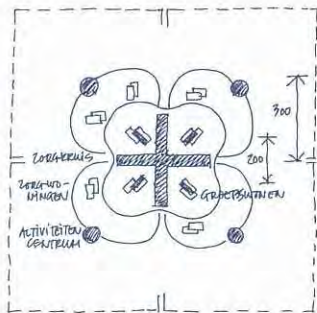
7 Verticaal structureren

Zowel het groepswonen als het zorgwonen zijn evenredig verdeeld over de vier buurtclusters.



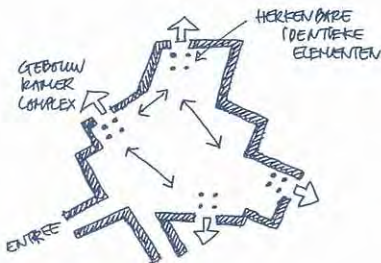
8 Leitmotiv

Midden in de wijk komt het zorgkruispunt, voor zorg en dienstverlening voor iedereen in de wijk, met een coördinatiepunt. Midden in de vier clusters ligt een activiteitscentrum voor sociale en recreatieve activiteiten, van bejaarde tot baby.



9 Concentratie voorzieningen

Activiteitscentra en zorgkruispunt liggen op loopafstand van elkaar. Het zorg- en groepswonen ertussen of eraan gekoppeld. Voor zelfstandig wonende ouderen zijn de vestigingsvoorwaarden eveneens gunstig.



10 Overzichtelijke ingangen

Een gebouw voor zorg, activiteiten of wonen kenmerkt zich door herkenbare ingangen en een overzichtelijk binnengebied.

In eerste instantie zullen de collectief gefinancierde thuiszorgbudgetten de toenemende vraag niet kunnen bijhouden. De toenemende vraag, die het gevolg zal zijn van het proces van 'omgekeerde substitutie', dat wil zeggen, de vervanging van informele zorg door professionele zorg. Deze ontwikkeling zal leiden tot een groei van aanvullende thuiszorgpolissen en overheveling van huishoudelijke hulp naar de particuliere dienstenmarkt.

In tweede instantie is het niet meer een kwestie van geld maar van arbeidsmarkt. De particuliere dienstverleners en de publieke thuiszorgaanbieders gaan concurreren om schaarse arbeid. En in het meest ongunstige scenario zal er een tweedeling in de thuiszorg ontstaan langs de lijn van de portemonnee.

Of een dergelijke ontwikkeling onvermijdelijk is, wordt mede bepaald door internationale migratiestromen. Ontstaat er straks een open Europese arbeidsmarkt met inbegrip van de Oost-Europese landen? Wordt Nederland op een gegeven moment weer (selectief) immigratieland, waarbij beroepskwalificaties de boventoon gaan voeren ten opzichte van het asielbeleid? Deze en dergelijke vragen spelen daarbij een rol.

4.6

ALLOCHTONE OUDEREN

De aantallen allochtone ouderen zijn nu nog klein, maar zullen de komende decennia gaan groeien. Hoewel de kennis van de wensen en behoeften van allochtone ouderen nog tamelijk bescheiden is, klinkt de prognose van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut plausibel: zij zullen steeds meer het patroon gaan volgen van de autochtone lagere inkomensgroepen. De tweede en derde generatie verklaren nog wel dat zij later zelf hun ouders in huis zullen nemen, maar als het zover is zal dit meestal niet gebeuren. De meeste mediterrane ouderen zullen het zo lang mogelijk willen uitzingen in de huidige goedkope huurwoning, waarbij men delen van het jaar in het vaderland logeert. Welzijnswerk en thuiszorg zullen in sommige wijken te maken krijgen met allochtone preferenties. Van Caribische en Aziatische ouderen is bekend dat een deel van hen in de derde levensfase voor etnisch-homogeen groepswonen kiest.

In de vierde levensfase is het verzorgingshuis de meest betaalbare oplossing voor ouderen met lagere inkomens. Maar ook onder allochtonen zal op een gegeven moment een middenklasse haar aspiraties kenbaar maken.

4.7

EXTRAMURALISERING OF NORMALISERING

Nederland staat nog steeds bekend om het hoge percentage ouderen in intramurale voorzieningen: ongeveer 9 procent van de bevolking boven de 65 jaar woont in verzorgings- en verpleeghuizen. Sinds het midden van de jaren

tachtig daalt de capaciteit van de verzorgingshuizen en neemt de zorgzwaarte in de huizen toe. Verzorgingshuizen groeien steeds meer naar verpleeghuizen toe, een ontwikkeling die in 2001 wordt bezegeld met integratie in de AWBZ.

De capaciteit van verpleeghuizen is de laatste tien jaar nog wel licht toegenomen, vooral wat betreft de zorg voor dementerende ouderen (psychogeriatric). Deze groep ouderen – waarvan er op dit moment zo'n 55.000 in tehuizen verblijven – groeit, zowel in de levensverlenging als in samenhang met de belasting van de zorgende partner.

De krimp in capaciteit van de verzorgingshuizen wordt ruimschoots gecompenseerd door de groei van woonzorgcomplexen, waarin in principe dezelfde zorg geboden kan worden, maar dan in combinatie met zelfstandig wonen. Maar het woonzorgcomplex is niet zonder meer het substituut van het verzorgingshuis: de meerderheid van de bewoners is licht of niet zorgbehoevend en zoekt vooral veiligheid en gezelligheid. Wat dat betreft lijkt het woonzorgcomplex meer op het verzorgingshuis van dertig jaar geleden. Uit onderzoek blijkt dat bewoners van woonzorgcomplexen over het algemeen hoger zijn opgeleid en een hoger inkomen hebben dan bewoners van verzorgingshuizen. Het lijkt er dus op dat het woonzorgcomplex – in zijn diverse verschijningsvormen, met huur- en koopwoningen – de voorkeur weerspiegelt van een nieuwe generatie ouderen.

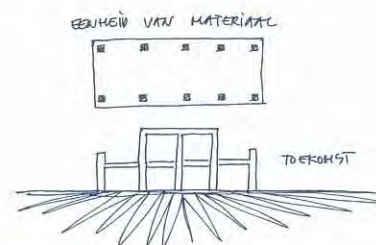
Ook de verzorgings- en verpleeghuizen worden gemoderniseerd. Er is meer ruimte voor privacy en zorg op maat, maar, kijkend naar het buitenland, lijkt het onvermijdelijk dat de capaciteitsreductie in de komende twee decennia door zal gaan. Daarna, als de geboortegolf de 75+ bereikt, is een verdere krimp niet meer te verwachten. Gezien genoemde krapte in de zorg zal vanuit het oogpunt van doelmatigheid een geconcentreerde woonvorm voor 24-uurs zorg onvermijdelijk blijven, ook al zijn tegen die tijd wellicht alle 'kamertjes' vervangen door 'zorgappartementen' en zijn de gebouwen kleinschaliger geworden.

Soortgelijke ontwikkelingen, maar dan op kleinere schaal, zijn te zien in de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In het eerste stadium sloten de semi-murale woonvormen (gezinsvervangende tehuizen, beschermende woonvormen) hun deuren en werden tehuisplaatsen omgezet in zelfstandig wonen met ambulante begeleiding. In het tweede stadium, dat rond de eeuwwisseling is ingezet, gaan ook de intramurale instellingen en psychiatrische ziekenhuizen hun 'bedden' omzetten in decentrale kleinschalige wooneenheden (vergelijkbaar met de semi-murale huizen) of – radicaler – vervangen door wonen in wijken en dorpen met zorg en begeleiding vanuit decentrale zorgposten.



11 Bushalte

Het zorgkruispunt maakt evenals de 24-uurs woningen en de groepswoonings gebruik van de ligging en de situering van bushaltes. Overige openbare voorzieningen als winkels en kiosken maken deel uit van het bouwvolume.



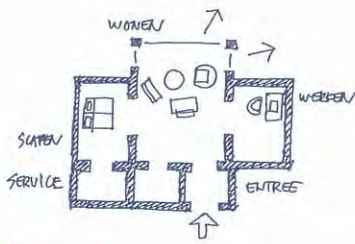
12 Efficiënte structuur

Eenheid van duurzame materialen voor de hoofdconstructie, een verwijderbare invulling, een maatvoering die zodanig gestandaardiseerd is dat multi-functioneel gebruik goed mogelijk is.



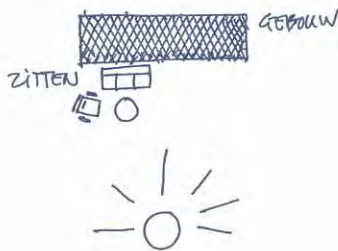
13 Zorgwonen

Een cluster is een onderdeel van een woongebouw, ontsloten door een gemeenschappelijke entree.



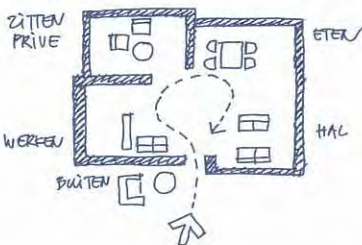
14 Zorgwonen

Evenals bij een zelfstandige woning sprake van een aantal privéruimten, waarvan de invulling per concrete situatie kan variëren.



15 Buitenruimte

Behalve de invulling van de woning is de buitenruimte van belang. Men moet hier ook met rolstoel of bed gebruik van kunnen maken.



16 Ring van zitruimten

Een onderdeel van de ring kan een buitenruimte zijn. Het karakterverschil tussen openbare en privé- zitruimten vormt een onderdeel van de opzet.

4.8

MODERNISERING VAN DE AWBZ

De ontwikkelingen hier geschetst, kunnen niet zonder meer vraaggestuurd verlopen, zolang de zorgmarkt nog een collectief gefinancierde arbeidsmarkt is. In de AWBZ zal steeds het spanningsveld blijven heersen tussen het volgen van de vraag en het beheersen van de kosten. En dat beheersen van de kosten gebeurt tot nu toe vooral door het beperken van het aanbod, zodat wachtlijsten en kwaliteitstekorten blijven bestaan, net als destijds in de volkshuisvesting. Het is wel te verwachten dat de stelsels van wonen en zorg wat meer naar elkaar toe groeien, maar in de zorg blijft het principe van de collectieve basisvoorziening toch voorlopig overheersen.

In de eerste plaats zal het aanbod in de AWBZ-zorg flexibel en individueler worden, waardoor er meer keuze ontstaat tussen bijvoorbeeld thuiszorg of tehuiszorg. Bij intensieve zorgbehoefte zal deze keuzevrijheid echter weer worden ingeperkt vanuit doelmatigheidsoverwegingen. Weliswaar zal de arbeidsproductiviteit in de zorg enigszins kunnen toenemen door toepassing van nieuwe thuiszorgtechnologie (zie: domotica in § 4.11), maar de zorgsector zal altijd een arbeidsintensieve bedrijfstak blijven, waardoor een zekere clustering geboden is bij intensieve zorg.

In de tweede plaats zal de zorg steeds meer worden gereduceerd tot haar kern en zullen service- en hotelfuncties steeds meer worden losgekoppeld van de welzijnsfuncties en worden afgestoten naar de sector dienstverlening, waar wel meer marktwerking aan het ontstaan is.

4.9

WOONZORGZONES IN WIJKEN EN DORPEN

In een aantal (nieuwe) stadswijken en plattelandskernen worden momenteel modellen en scenario's ontwikkeld die laten zien hoe de basiszorg AWBZ in de toekomst ruimtelijk zou kunnen zijn georganiseerd. Het verzorgingshuis heeft plaatsgemaakt voor een zorgkruispunt dat de wijkbevolking bedient. Dit centrum huisvest de zorgcoördinatie-functie voor de wijk en het integrale thuiszorgteam. Het bedient alle zorgbehoevende doelgroepen, over de huidige sectorgrenzen heen, dus niet alleen ouderen. Het zorgkruispunt kan een ziekenboeg of huisartsenkliniek en een dagopvang bevatten.

In een beschutte woonzorgzone rond het zorgkruispunt vinden we een aantal geclusterde woonvormen waar intensieve zorg kan worden geboden.

De clusters zijn opgenomen in de gewone woonbebouwing. In dit toekomst-scenario, dat in de volgende hoofdstukken zal worden uitgewerkt, is uitgegaan van flexibele woonzorgstructuren van zes of acht wooneenheden, met een voordeur aan de straatzijde en een achterdeur aan een serviceruimte, gekoppeld via een interne gang. Woningen voor zorgvragende groepen zouden 6 tot 8 procent van de woningvoorraad in de wijk beslaan.

Een veelvoud hiervan zou echter aanpasbaar moeten zijn gebouwd, zodat woningen ook uitwisselbaar zijn.

In deze toekomstvisie is geen plaats voor concurrerende zorgvoorzieningen in een wijk. Wel zitten achter de kleinschalige voorzieningen grootschalige zorgconcerns die concurreren om het contractuele recht om gedurende een bepaalde periode de integrale basiszorg in de wijk te mogen leveren.

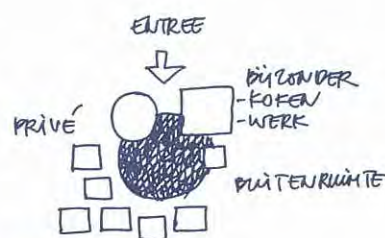
4.10

NIEUWE VORMEN VAN DIENSTVERLENING

Grotere veranderingen worden verwacht op de markt voor dienstverlening. Deze zal zich steeds meer als derde markt tussen wonen en zorg in positioneren en in toenemende mate marktwerking kennen. Het NIZW en de SEV hebben een groot aantal voorbeelden geïnventariseerd: huishoudelijke diensten, maaltijdservice, bezorgdiensten, vervoersdiensten en veiligheidsdiensten.

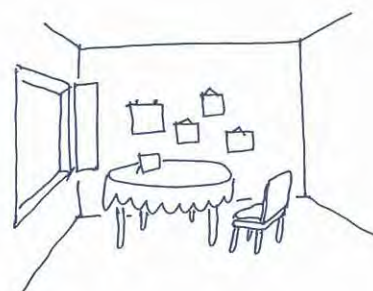
Aan de ene kant ontstaat een toenemend gedifferentieerd aanbod van complexgebonden diensten in woonzorgcomplexen en voormalige servicecomplexen. Deze diensten worden ontsloten door lid te worden van een serviceorganisatie en worden vervolgens op maat en tegen afgesproken tarief geleverd. De serviceorganisatie ziet namens klanten toe op prijs en kwaliteit. Aan de hand van Brabantse voorbeelden kan worden gedemonstreerd hoe bestaande wooncomplexen waar veel ouderen zich in de tijd kunnen ontwikkelen tot woonzorgcomplexen, met 'opgepluste' woningen en serviceplus-pakketten.

Naast complexgebonden servicearrangementen ontstaan er ook wijkgebonden dienstwinkels en regionaal of landelijk werkende brengdiensten met inbelpunten. Te verwachten is dat er wel een zekere zonering ontstaat wat betreft leverbaarheid en prijs van diensten. In de nabijheid van dienstencentra en zorgkruispunten is het aanbod breder en de prijs lager.



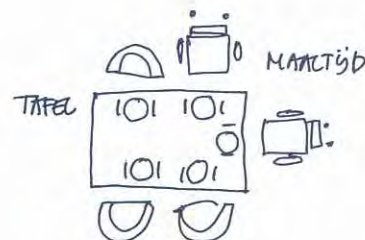
17 Groepswonen

Aan groepswonen worden andere eisen gesteld: er is sprake van privé- en gemeenschappelijke ruimten.



18 Een kamer voor jezelf

Het is belangrijk een eigen kamer te hebben, om te slapen, te zitten en bezoek te ontvangen.



19 Samen eten

Het samen eten wordt in menige zorgvisie belangrijk gevonden, ook indien sprake is van bedgebonden bewoners.

Woonzorgzones of beschutte woonzones kunnen spontaan ontstaan of worden ontwikkeld in het kader van de Vinexbouw of de stedelijke vernieuwing. Buiten deze zones zijn diensten ook leverbaar, maar zal men meer zijn eigen hulpbronnen – informele zorg, eigen bijdragen of aanvullende verzekeringen – moeten inzetten.

Toegankelijkheid van de dienstenmarkt voor mensen met lagere inkomens zal analoog aan de huursubsidie tot stand komen: een inkomens-onafhankelijk vangnet om de koopkracht op peil te brengen, zodat men in staat is om zelf diensten in te kopen (dienstencheques). Van gemeenten of speciaal door gemeenten aangestelde ouderenadviseurs kan hierbij bemiddeling worden verwacht.

Op de dienstenmarkt zullen zowel zorgaanbieders (verzorgingshuizen, thuiszorg) als woningaanbieders opereren. Waarschijnlijk besteden zij de uitvoering vaak weer uit bij gespecialiseerde dienstverlenende bedrijven, die doelmatiger kunnen werken. Aan de onderkant van de markt wordt het zwartwerken deels verdrongen door dienstenwinkels die met gesubsidieerde laaggeschoolde arbeid werken.



Parnassia, Bloemendaal

4. 11 DOMOTICA

Over de betekenis van nieuwe (informatie)technologie voor het wonen van met name ouderen in de toekomst lopen de verwachtingen van deskundigen uiteen. De domotica-profeten verwachten dat woonhuisautomatisering op grote schaal een toenemende vraag zal genereren naar 'diensten aan huis'. De techniek is er, het gaat alleen nog om het ontwikkelen van de logistiek, waarvoor een nog onbekende klantendichtheid vereist is.

Meer terughoudende wetenschappers stellen dat het en masse toepassen van technologie in de woonomgeving momenteel nog wordt gehinderd doordat de behoefte bij de eindgebruiker nog niet in kaart is gebracht, doordat het aanbod nog niet exact bij de vraag aansluit, door een nog te kleine vraag voor financieel haalbare oplossingen en door te weinig productontwikkeling gericht op bestaande woningbouw.

De vraag is natuurlijk, in hoeverre deze belemmeringen tijdelijk of blijvend van aard zijn. Het meest populair bij ouderen zijn tot nu toe domotica-functies rond sociale veiligheid, ingangsbewaking en alarmering. Voor de echte comfortfuncties heeft nog slechts een enkeling geld over.

Het wachten is op de nieuwe generatie ouderen en op een vorm van woonhuisautomatisering die voordelig kan meeliften met de markt van consumentenelektronica. De enige manier om deze ontwikkeling te stimuleren is het tot stand brengen van een pilot-project van flinke schaal in een nieuwbouwwijk, een soort Ecolonia. In de nieuwbouw zijn de voorinvesteringen relatief gering en in de bouwstroom is de schaal aanwezig om een serviceorganisatie te laten draaien.

Als de ontwikkeling van domotica doorzet, heeft dit zeker consequenties voor het wonen en zorg. De zorg kan worden ondersteund door de nieuwe technologie en het wordt op die manier mogelijk om langer verspreid zelfstandig te wonen, buiten zorgcomplexen en beschutte woonzones. Of hiermee het arbeidsmarktprobleem in de zorg gecompenseerd kan worden, mag worden betwijfeld. Wel zullen betere en meer gebruiksvriendelijke communicatiemogelijkheden en betere veiligheidssystemen het minder snel noodzakelijk maken om op sociale gronden te verhuizen naar een geconcentreerde woonvorm.

5



UITGANGSPUNTEN VOOR DE TOEKOMSTSCENARIO'S

5.1 INLEIDING

Het scenario heeft betrekking op een gebied van 10.000 inwoners, waarbij voor heel Nederland is uitgegaan van 15,5 miljoen inwoners. Achtergrond hiervan is dat de STAGG het scenario wil beschouwen als een logisch vervolg op het STAGG Model van een wijksteunpunt voor 10.000 inwoners ('Een architectenbijdrage voor integrale zorg', STAGG,1985). Dit model uit 1985 is op veel onderdelen nog steeds actueel.

Het jaar 2015 is als scenario-datum gekozen. Voldoende ver in de toekomst om zich niet al te zeer afgeleid te voelen door de huidige stand van zaken in de ouderenhuisvesting. Doel van een dergelijk scenario voor de langere termijn is om op basis daarvan plannen uit te werken voor de kortere termijn.

De STAGG-werkgroep heeft in het eerste rapport in 1995 getracht een ideaalscenario te schetsen op basis van gegevens en inschattingen met betrekking tot woon- en zorgbehoeften van ouderen in de nabije toekomst. Bij de herziening in 2000 hebben aspecten van zorg en wonen zoals beschreven in hoofdstuk 3 en de toekomstvisies uit hoofdstuk 4 een belangrijke wijziging ondergaan. Het ideaalscenario wordt in hoofdstuk 6 uitgewerkt naar respectievelijk een plattelands- en een stedelijk scenario.

5.2. KENGETALLEN OMVANG RAAKVLAKE WONEN EN ZORG

Voor de ontwikkeling van nieuwe woonzorgstructuren in nieuwe en bestaande woongebieden is een brede benadering gekozen. Niet zozeer het aantal ouderen is van belang, als wel het aantal mensen – van welke leeftijd dan ook – dat daadwerkelijk zorg nodig heeft als gevolg van een fysieke of psychische handicap of chronische ziekte. Hierbij vervalt het traditionele onderscheid tussen wonen in woningen en verblijven in intramurale of semi-murale voorzieningen. Uitgangspunt is dat iedereen behoefte heeft aan wonen en sommigen aan wonen in combinatie met zorg.

Als elke wijk en elk dorp een evenredig aandeel zou nemen in wonen met zorg, over welk percentage van de bevolking hebben we het dan eigenlijk? En welke aantallen zijn dit per 10.000 inwoners?

Bevolking per 10.000 inwoners in intramurale en semi-murale
verblijfsvoorzieningen, Nederland 1995

ouderen in verzorgingshuizen	82
voornamelijk ouderen in verpleeghuizen	35
instellingen voor verstandelijk gehandicapten en gezinsvervangerende tehuizen	32
chronici in psychiatrische ziekenhuizen en in beschermende woonvormen	18
ernstig lichamelijk gehandicapten in grote of kleine woonvormen	3
Totaal aantal mensen (1,7 procent van de bevolking)	170

bron: CBS, VWS

In andere landen in Noordwest-Europa leven naar verhouding minder mensen in instellingen. In Nederland ontwikkelde de naoorlogse verzorgingsstaat zich sterk en is de de-institutionalisering relatief laat begonnen. In de afgelopen twintig jaar is daarnaast een 'tussengebied' ontstaan met beschermde en beschutte woonvormen, waarin op complexniveau afspraken zijn gemaakt over zorg en dienstverlening:

Woonvormen per 10.000 inwoners in het 'tussengebied wonen/zorg', Nederland 1995

in hof- en aanleunwoningen voor ouderen	28
in woonzorgcomplexen en woontussenvoorzieningen	19
appartementen in serviceflats (particuliere sector)	15
in 'Fokusprojecten' voor ernstig lichamelijk gehandicapten	1
in kleinschalige woonvormen voor gehandicapten	7
Totaal woonvormen (met naar schatting 85 bewoners)	70

bron: CBS, SEV

'Deze tabel toont aan dat een equivalent van 40% van de intramurale populatie in beschutte woonvormen woonde doch belangrijker is dat dit aantal sinds 1995 nog verder gegroeid is.

Optelling van de totalen in beide tabellen laten per 10.000 inwoners 240 inwoners zien in intramurale en beschutte woonvormen ('special needs housing'). Tellen we daarbij nog degenen op die in gewone woningen wonen maar chronisch thuiszorg ontvangen, dan komen we op een getal van om en nabij de 340 Nederlanders per 10.000 inwoners (3,4 procent van de bevolking). Dit was in 1995 de omvang van het raakvlak tussen wonen en zorg.

Daarbij is een demografische groei te verwachten van de vraag naar combinaties van wonen en zorg. Deze groei zal vooral sterk zijn na het jaar 2020, als het begin van de naoorlogse geboortegolf de leeftijd van 75 jaar zal bereiken. Rond 2040 zal de vergrijzing haar hoogtepunt bereiken. Nederland zal dan twee maal zoveel 80-plussers tellen als in het jaar 2000.

De meningen van deskundigen zijn verdeeld over het antwoord op de vraag hoeveel gezonde dan wel chronisch zieke levensjaren aan ons leven zullen worden toegevoegd in de komende decennia. Toch is alleen al op grond van de demografische ontwikkeling een toenemende consumptie van combi-

naties van wonen en zorg te verwachten. We moeten rekening houden met een stijging van de genoemde 3,4 procent aandeel in wonen en zorg naar circa 5 procent van de nationale bevolking (500 mensen per 10.000 inwoners).

5.3

ONDERSCHIED IN DIENSTVERLENINGS-, ZORG- EN WOONFUNCTIES

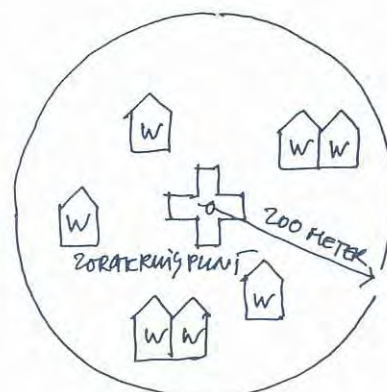
Het rapport 'Tussen Cure en Care' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft een rol gespeeld bij de functionele indeling in deze paragraaf. Met behulp van deze functieverdeling kan het onderscheid tussen wonen, welzijn en zorg – binnen sommige voorzieningen vervaagd – worden verduidelijkt. Een ont koppeling van de verschillende functies maakt het mogelijk de essentie van elke hoofdfunctie te omschrijven en daarmee de randvoorwaarden die aan elke functie moeten worden gesteld. Aan de hand hiervan kan vervolgens de onderlinge relatie van deze hoofdfuncties worden benoemd. Deze ont koppeling geeft elke afzonderlijke functie zo voldoende aandacht. Op die manier kan worden voorkomen dat bijvoorbeeld 'de zorg' een te zwaar stempel gaat drukken op 'het wonen'.

Omdat het begrip 'welzijn' nogal eens tot verwarring leidt – ook goed wonen valt onder welzijn – heeft de STAGG-werkgroep ervoor gekozen deze term te vervangen door 'dienstverlening'. Hieronder vallen alle diensten die door derden aan ouderen kunnen worden geboden, met uitzondering van (para)medische diensten. Deze laatste vallen onder het begrip 'zorg'.

Het overzicht van de verschillende functies ziet er als volgt uit:

DIENSTVERLENINGSFUNCTIES

- ondersteuning bij het onderhouden en eventueel uitbreiden van sociale contacten;
- zorg voor sociale en fysieke veiligheid in en buiten de woning;
- zorg voor bereikbaarheid van diensten;
- preventieve huisbezoeken;
- aanbod van recreatieve en culturele activiteiten;
- dagstructurering en dagbesteding;
- geestelijke verzorging;
- hulp in de huishouding (schoonmaken);
- maaltijdverzorging;
- klussen aan huis (onderhoud, aanpassingen);
- boodschappendienst;
- lichamelijke verzorging;
- alarmering.



ZORGFUNCTIES

- kortdurende incidentele verpleging/begeleiding;
- langdurige incidentele verpleging/begeleiding;
- permanente verpleging/begeleiding;
- tijdelijke intensieve verpleging/begeleiding;
- reactivering;
- revalidatie;
- behandeling;
- alarmopvolging.

WOONFUNCTIES

- aanbod van beschutting en bescherming;
- aanbod van mogelijkheden voor privacy;
- aanbod van mogelijkheden voor communicatie;
- aanbod van gelegenheid om te voorzien in eerste levensbehoefte (eten, drinken, slapen, persoonlijke verzorging);
- aanbod van mogelijkheden voor eigen identiteit.

5.4**ORGANISATIE VAN DIENSTVERLENINGS- EN ZORGFUNCTIES**

Binnen de dienstverlenings- en zorgfuncties kan onderscheid gemaakt worden in de wijze waarop deze functies geboden worden:

- functies worden gehaald door de gebruiker;
- functies worden gebracht door de aanbieder;
- functies worden intern geleverd.

De **haalfuncties** worden beïnvloed door het criterium bereikbaarheid.

Dit is een individueel criterium: kan de zorgvragende de gewenste functie goed bereiken? Voorwaarden hiervoor zijn: de functie moet voldoende dicht bij de woning worden aangeboden of bereikbaar zijn met goede vervoersmogelijkheden en hij moet toegankelijk zijn. Bovendien moet de betreffende zorgvragende voldoende mobiel zijn.

De **brenghandelingen** worden eveneens bepaald door het criterium bereikbaarheid. In dit geval betreft het een organisatiecriterium: kan de functie de zorgvragende goed bereiken? Een voorwaarde is hier een korte afstand tot de woning (afhankelijk van het soort functie en de frequentie waarmee de functie gebracht moet worden). Een tweede voorwaarde: de woning moet voldoen aan ruimtelijke eisen die voor de desbetreffende functie nodig zijn (bijvoorbeeld in geval van lichaamsgebonden zorg).

De **interne levering** van functies wordt bepaald door het criterium 'niveau van zorg'. Ook dit is een organisatiecriterium: de kwaliteit en de mate van zorg kan een interne levering noodzakelijk maken, bijvoorbeeld in geval van langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht. Wonen, zorg en dienstverlening moeten dan op dezelfde locatie worden ondergebracht.

De aard van de functies is eveneens bepalend voor het feit of er van een haal- of een brengsituatie gesproken kan worden. Zeker naar de toekomst kijkend, waarin verwacht kan worden dat telematica een steeds belangrijker rol zal spelen, kan een aantal functies gezien worden als typische 'brengfuncties'. Zo kan er van uit worden gegaan dat de volgende zorg- en dienstverleningsfuncties vanuit huis kunnen worden besteld, waarna ze naar de klant gebracht worden:

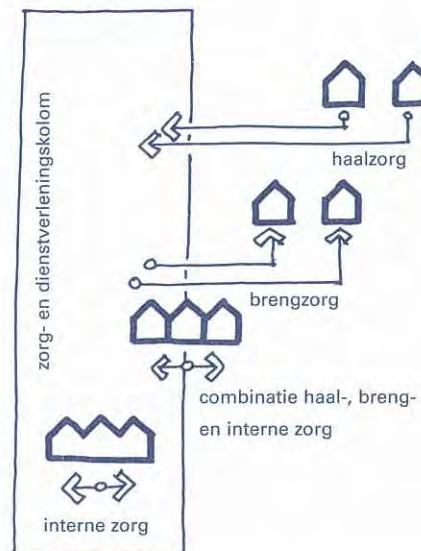
- maaltijdverzorging;
- boodschappendienst;
- klussen aan huis;
- levering van hulpmiddelen;
- vervoer;
- zorg voor sociale en fysieke veiligheid in en buiten de woning;
- vormen van kortdurende incidentele verpleging;
- vormen van langdurige incidentele verpleging.

Daarnaast zal binnen enkele jaren alarmering via de kabel gangbaar zijn. Experimenten daarmee lopen al.

Bij functies die meer tijd kosten, zoals hulp in de huishouding, hulp bij lichamelijke verzorging en bij algemene dagelijkse levensverrichtingen zal er ofwel sprake zijn van brengfuncties ofwel, indien ze een bepaald aantal uren per dag overschrijden, van interne functies. Dat geldt ook voor functies als permanente verpleging en tijdelijke intensieve verpleging.

De volgende functies kunnen worden getypeerd als 'haalfuncties', omdat de klant er meestal voor buiten het eigen woonareaal moet zijn:

- ondersteuning in het onderhouden en eventueel uitbreiden van sociale contacten;
- aanbod van recreatieve en culturele activiteiten;
- dagstructurering en dagbesteding;
- reactivering;
- revalidatie.



Organisatie dienstverlenings- en zorgfuncties

5.5 ZORG- EN DIENSTVERLENING IN DE TOEKOMST

De ontrefling van functies leidt tot de conclusie dat in het toekomstscenario buiten het eigen zelfstandige woonareaal in elk geval sprake moet zijn van:

- een of meer voorzieningen waar haalfuncties ondergebracht zijn;
- een centraal loket waar ook via telematicaverzoeken om brenghunctes geregistreerd en gecoorlineerd worden;
- (voor een beperkte groep) een voorziening waar zorg- en dienstverlening intern worden geleverd.

De haalfuncties kunnen worden ondergebracht in een **activiteitencentrum** met recreatieve, culturele en hobby-activiteiten, dagopvang, fysiotherapie en gymnastiek. Daarnaast kan het ook een restaurant of cafe omvatten, een cateringbedrijf of een werkplaats voor de klussendienst. De schaalgrootte en diversiteit aan activiteiten zal afhankelijk zijn van de locatie (stad, platteland) en daarmee van de doelgroep. Het is goed denkbaar dat een dergelijk centrum niet alleen voor ouderen zal dienen, maar ook voor andere doelgroepen. Bij de uitwerking van de scenario's komen we hierop terug.

Het centraal loket wordt daarna gedefinieerd als het **coördinatiepunt**. Vanuit dit coördinatiepunt wordt gezorgd dat een breed scala aan functies naar de bewoner toegebracht kan worden of dat een bewoner naar een functie wordt gebracht; het gaat hier in principe om alle eerdere genoemde haal- en brenghunctes. Het coördinatiepunt coördineert het aanbod van zorg- en dienstverlening. Hier komen alle meldingen binnen van vragen naar zorg- en dienstverleningsfuncties. Doordat het coördinatiepunt een registratie bijhoudt van vragen, kan het een goed beeld krijgen van de behoefte op termijn.

De uitvoerenden van zorg- en dienstverlening zijn zeer mobiele mensen die waar nodig en mogelijk diensten aan huis leveren. Zij kunnen ook diensten leveren die niet intern beschikbaar zijn in de voorziening waar zorg- en dienstverlening intern geleverd wordt. Het coördinatiepunt kan de plek zijn waar zorg- en dienstverleners elkaar ontmoeten, overleg voeren, pauzeren.

Naast het activiteitencentrum en coördinatiepunt is er een **zorgkruispunt** waar 24-uurs zorg wordt geleverd. Dit zorgkruispunt kan een klein medisch centrum bevatten, een ziektenboeg voor kortdurende opname van thuiswonende ouderen en dagopvang. Vanuit het zorgkruispunt kan 24 uur per dag zorg worden geleverd aan wijkbewoners of aan bewoners met 24-uurs zorg. Het zorgkruispunt hoeft niet alleen een functie te hebben specifiek voor ouderen, maar kan als medisch en consultatief centrum voor iedereen functioneren. De eerder door STAGG in 1985 ontwikkelde modellen voor een wijksteunpunt voor 10.000 inwoners sluiten hierbij goed aan.



Activiteitencentrum



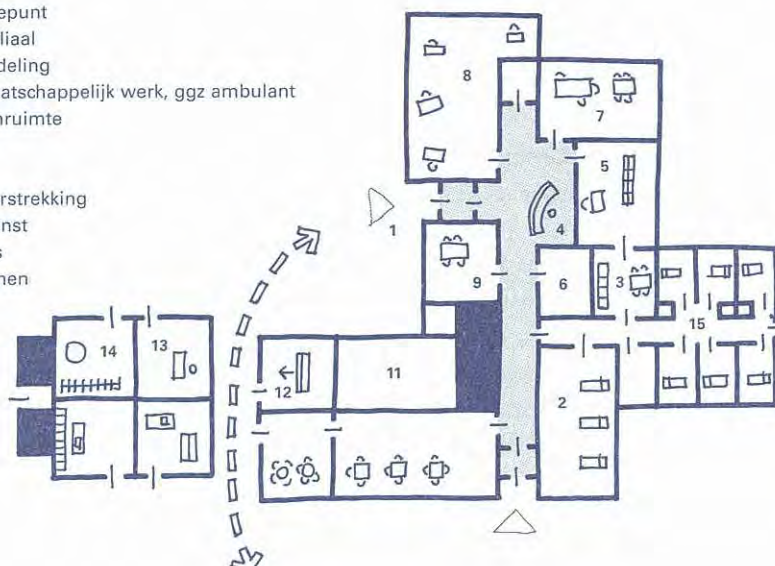
Coördinatiepunt



Zorgkruispunt

- 1 entree zorgkruispunt
- 2 ziekenboeg/logeerruimte
- 3 verpleegpost
- 4 balie
- 5 coördinatiepunt
- 6 apotheekfiliaal
- 7 dagbehandeling
- 8 artsen, maatschappelijk werk, ggz ambulant
- 9 activiteitenruimte
- 10 trap/liften
- 11 keuken
- 12 maaltijdverstrekking
- 13 klusdienst
- 14 werkplaats
- 15 groepswonen

Het zorgkruispunt ingevuld



Activiteitencentrum, coördinatiepunt en zorgkruispunt zijn zeker geen statische concepten. Welke functies zij bieden, hangt nauw samen met de stedenbouwkundige situatie en de mate waarin integratie met andere functies mogelijk of gewenst is. Zo zal in een plattelandssituatie een activiteitencentrum wellicht onderdeel zijn van een dorps huis of school en een andere schaal hebben als in een grootstedelijke situatie. Ook zijn combinaties van bijvoorbeeld coördinatiepunt en zorgkruispunt, coördinatiepunt en activiteitencentrum denkbaar.

Uiteraard stelt de wijze van organisatie van zorg- en dienstverlening eisen aan het woonareaal. Hieraan wordt in de volgende paragraaf aandacht besteed. Die eisen zijn deels algemeen geldend, deels kunnen ze afhangen van de situatie: het stedelijke of landelijke niveau van voorzieningen en bereikbaarheid.

5.6

ORGANISATIE VAN WONEN EN WOONOMGEVING

Bij het uitwerken van ideeën met betrekking tot woonvormen heeft de eerder genoemde nota 'Tussen Cure en Care' eveneens een rol gespeeld. De nota pleit ervoor patiënten- en cliëntengroepen op een andere dan op de tot nu toe gebruikelijke wijze te definiëren. In plaats van een indeling in bijzondere groepen (ouderen, mensen met een verstandelijke handicap of chronisch zieken) te hanteren, zou een onderscheid moeten worden gemaakt naar de aard van de beperkingen, stoornissen of handicaps die zich voordoen.

Deze benadering kan er op het gebied van de huisvesting toe leiden dat niet langer specifiek voor bijvoorbeeld 'ouderen' wordt gebouwd, maar dat een woning die voor een gehandicapte oudere geschikt is, tevens geschikt moet zijn voor een gehandicapte jongere. Dit kan in de praktijk leiden tot andere keuzes op huisvestingsgebied. Zo zal een grootschalige voorziening, specifiek bedoeld voor ouderen, moeilijk bruikbaar te maken zijn voor een andere doelgroep. Een kleinschalige aangepaste woonvoorziening voor bijvoorbeeld acht ouderen kan veel eenvoudiger geschikt gemaakt worden voor een groep jongeren met een lichamelijke handicap en andersom.

De tendens die signaleerd wordt in huisvesting voor bijzondere groepen, zoals beschermende woonvormen en gezinsvervangende tehuizen, waar steeds meer gekozen wordt voor genormaliseerd wonen in kleinschalige woonvormen, kan op deze wijze doorgetrokken worden naar woonvormen voor ouderen. Daarmee kan men eenvoudig inspelen op een wijziging in doelgroepen. Bovendien kan met dergelijke kleinschalige woonvormen de integratiegedachte beter gestalte krijgen, zeker wanneer ze gerealiseerd worden in de nabijheid van de oorspronkelijke woonplek.



DE Wijk, Tilburg (2000)

De volgende algemene eisen kunnen worden gehanteerd voor de woon-omgeving en voor het wonen van alle zorgvragenden:

- het openbaar vervoer moet goed bereikbaar zijn én toegankelijk, met beschutte rustpunten onderweg ernaartoe met een afstand tot een halte voor vervoer van maximaal 300 meter;
- voor immobiele mensen dient er de mogelijkheid te zijn van aanvullend specifiek vervoer vanaf de woonplek. Dit kan georganiseerd worden in combinatie met het vervoer van anderen die behoefte hebben aan specifiek vervoer (gehandicapten, schoolgaande jeugd);

- voorzieningen als winkels, recreatieve en culturele voorzieningen, huisarts, fysiotherapeut dienen goed bereikbaar te zijn (dus nabij de woning of een halte van het openbaar vervoer);
- veilige en goed begaanbare looproutes met goede verlichting zijn nodig;
- woningen moeten voldoen aan eisen voor aanpasbaar bouwen dus toegankelijk en bruikbaar (kunnen worden) gemaakt voor mensen met specifieke handicaps;
- woningen moeten zijn voorzien van een alarmeringssysteem en/of communicatiecircuit;
- woningen moeten voldoen aan eisen gesteld in het Seniorenlabel (uitgangspunt is dat elke woning voldoet aan de behoefte aan privacy, zelfstandigheid en een goed leefklimaat en daarom bij voorkeur beschikt over: een eigen voordeur, een slaapkamer, sanitair en een berging).

Wanneer de woningen zodanig worden vormgegeven dat ze ook bruikbaar zijn voor andere mensen mét of zonder beperkingen en er daarmee een groter aantal van deze woningen gerealiseerd kan worden, is een grotere variatie mogelijk. Daarmee kan ingespeeld worden op verschillende woonbehoeften en is flexibiliteit in gebruik gegarandeerd.

5.7

BIJZONDERE WOONVORMEN MET ZORG IN DE TOEKOMST

Voor bepaalde groepen dienen aanvullende eisen te worden gesteld aan het wonen en de woonomgeving. Het betreft de groep die in paragraaf 5.2 is omschreven als de groep in intramurale en semi-murale voorzieningen. Voor hen moet een aantal voorzieningen niet zozeer 'nabij' als wel 'onder handbereik' zijn. Het betreft hier bepaalde vormen van zorg- en dienstverlening, maar ook voorzieningen voor dagbesteding en recreatie. Het wonen voor deze groep zou volgens de STAGG-werkgroep kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën:

- A een woonvorm voor degenen die intensieve zorg behoeven;
- B een woonvorm voor degenen die zorg én toezicht behoeven.

A EEN WOONVORM VOOR DEGENEN DIE INTENSIEVE ZORG BEHOEVEN

De grootste groep in 2015 wordt gevormd door degenen die intensieve zorg nodig hebben: ongeveer 60 personen per 10.000 inwoners. Naast hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) zullen zij met name hulp nodig hebben bij huishoudelijke activiteiten. In principe gaat het om activiteiten die ook in een normale (aangepaste) woning kunnen plaatsvinden. Echter, de hoeveelheid ADL-functies waarbij moet worden geholpen, bepaalt mede dat de zorg onder handbereik moet zijn, met name voor alleenstaanden. Daarnaast zal er een groep zijn die ook om sociale redenen zal verhuizen naar een dergelijke woonvorm.



Beschut wonen

Duidelijk is dat het hier niet om spectaculair ingewikkelde zorg gaat. Veel specifieke zorgvoorzieningen zijn niet nodig. Maar mensen die een dergelijke hoeveelheid zorg nodig hebben, zullen in ieder geval weinig mobiel meer zijn. Voor de psychosociale begeleiding en ontmoetings- en recreatiefuncties zijn zij aangewezen op de directe omgeving. Het gaat dan om de volgende functies:

- ondersteuning in het onderhouden en eventueel uitbreiden van sociale contacten;
- aanbod van recreatieve en culturele activiteiten;
- dagstructurering en dagbesteding;
- reactivering en revalidatie (in beperkte mate).

Zoals blijkt uit de omschrijving van het type dienstverlening en zorg dat deze groep behoeft, is er geen inhoudelijke reden om voor een andere woonvorm te kiezen dan de in paragraaf 5.6 omschreven levensloopbestendige woning. Het feit dat men intensieve zorg behoeft stelt wél eisen aan de nabijheid en beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening. Aan die eisen kan tegemoet worden gekomen door middel van het clusteren van dergelijke woningen en het situeren van bepaalde functies 'onder handbereik' (50-150 meter). We noemen deze vorm van wonen daarom beschut wonen.

De woningen moeten geschikt zijn om er met twee mensen te kunnen wonen. Daarmee wordt voorkomen dat mensen met een partner minder keuzevrijheid hebben. Bovendien zijn dergelijke woningen bij een veranderende bevolkingssamenstelling flexibeler te gebruiken. De oppervlakte van de woning is ten minste 55 vierkante meter.

B EEN WOONVORM VOOR DEGENEN DIE ZORG ÉN TOEZICHT BEHOEVEN

Voor degenen (circa 40 personen) die zorg én toezicht nodig hebben – met name een deel van de psychogeriatrische patiënten – is een volwaardige eigen woning om verschillende redenen niet gewenst. Toezicht houden is lastig, somatische patiënten kunnen niet of nauwelijks mobiel zijn, er is meer behoefte aan gemeenschappelijk woonareaal. Voor deze categorie wordt een clusterwoning aangewezen.



Clusterwonen

Een cluster zal voor iedere bewoner een privé-gebied bevatten bestaande uit een zitslaapkamer, een pantry en eigen sanitair. Dit privé-domein is niet alleen voor de bewoner zelf belangrijk, maar ook voor bezoekers. Eigen sanitair is nodig omdat bewoners soms moeite hebben met het gebruiken van gemeenschappelijk sanitair. De zitslaapkamer inclusief pantry en eigen sanitair heeft een oppervlak van 25 à 30 vierkante meter. Naast het privé-gebied zijn er aanvullende gemeenschappelijke voorzieningen zoals een huiskamer, keuken, bergruimte, badkamer en een besloten tuin. Ook zal bij de clusterwoningen een zorgpost nodig zijn.

Een clusterwoning voor psychogeriatrische patiënten zou volgens deskundigen aan ongeveer 6 personen huisvesting moeten bieden. Met een dergelijke schaalgrootte kan de thuissituatie worden benaderd, voor de chronische zorg een belangrijk kwaliteitskenmerk. De schaalgrootte van dergelijke woningen komt bovendien tegemoet aan het gebrek aan oriëntatievermogen dat bij dementerende ouderen kan optreden.

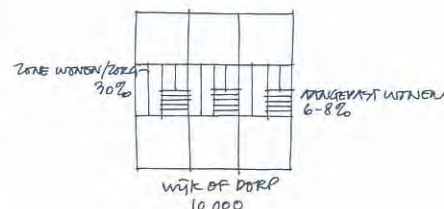
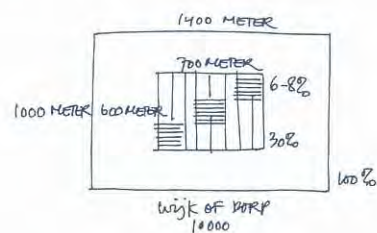
Om redenen van flexibiliteit is denkbaar dat ook voor de somatische patiënten clusterwoonprojecten van gelijke grootte ontwikkeld worden. Omdat bij een clusterwoning dag- en nachttoezicht nodig is, is het om personeelstechnische redenen gewenst tenminste twee van deze clusterwoningen samen te voegen. Het is ook mogelijk dat een clusterwoning gekoppeld wordt aan een andere voorziening waar 24-uurs zorg geboden wordt.

5.8

AANGEPASTE WONINGEN IN WOONZORGZONES

Op dit moment verblijft ruim de helft van de zorgvragende inwoners in tehuizen en instituten. In de toekomst zal dit veranderen. Een helemaal niet onwaarschijnlijk scenario leert dat van de huidige 170 intramurale populatie twintig jaar later slechts een aantal in de orde van 100 over zal blijven. Voor de aanwas van zorgcliënten als gevolg van de veroudering, zal plaats worden gezocht in woonwijken; vaak zal dit inhouden dat zij blijven wonen waar zij al woonden. Vandaar dat in de nieuwste stadswijken, zoals IJburg in Amsterdam, alvast is uitgegaan van 400 tot 500 aangepaste woningen die geschikt moeten zijn voor wonen in combinatie met zorg. Conform het scenario van een daling naar 100 inwoners met 24-uurs zorg zou sprake moeten zijn van 600 tot 800 woningen (6 tot 8 procent). Naarmate het gemiddeld aantal bewoners per woning toeneemt wordt ook het aantal aangepaste woningen hoger.

De woningen zouden moeten zijn gelegen in een woonzorgzone: een gebied binnen een straal van maximaal 200 meter van een 24 uur per dag bereikbare zorgpost en binnen een straal van circa 300 meter van levensmiddelenwinkels en openbaar vervoer. Woningen met en zonder zorg staan in het gebied door elkaar. Om een voldoende menging met gewone woonvormen te verkrijgen zou in een woonzorgzone tenminste 30 procent van alle woningen daarin gelegen moeten zijn (zônewoningen). Een woonzorgzone onderscheidt zich door een veilige, beschutte woonomgeving en integrale toegankelijkheid van woningen en gebouwen. Niet alleen voor ouderen en mensen met een handicap, maar ook voor gezinnen met jonge kinderen en alleenstaanden van middelbare leeftijd biedt de woonzorgzone een optimaal woonmilieu.



5.9

AANPASBARE WONINGEN

Een veel groter deel van de bevolking zal behoefte hebben aan een aanpasbare woning. Een woning waar op het eerste gezicht niets bijzonders aan te zien is, maar die betrekkelijk eenvoudig kan worden aangepast aan de gevolgen van een lichamelijke handicap. Volgens de principes van 'design for all' heeft potentieel iedereen behoefte aan een aanpasbare woning. Immers: iedereen kan een ongeluk krijgen en tijdelijk gehandicapt zijn en ook als je een baby krijgt is een barrièrevrij toegankelijke woning erg handig.

In de praktijk lukt het nog niet om 100 procent van de woningen aanpasbaar te bouwen, ondanks het streven van gemeenten om dit te realiseren. Niet alle bouwers en architecten – maar ook kopers – zijn van deze noodzaak doordrongen.

5.10

LEVENSLOOPBESTENDIGE WONINGEN

Een stapje verder gaat het Seniorenlabel, onlangs opgevolgd door het bredere consumentenkeurmerk Woonkeur. Dit programma van eisen omvat het aanpasbaar bouwen, maar stelt daarnaast eisen aan veiligheid en woon-gemak. Een woning die aan deze eisen voldoet wordt wel aangeduid als 'levensloopbestendig'. In de ideale woonwijk zou iedereen boven 55 jaar over zo'n woning moeten kunnen beschikken. Straks is dat immers zeker een derde van de bevolking.

Het toekomstbeeld dat in de vorige drie paragrafen grof is geschetst, levert het volgende planologische wijkmodel op:

Woontype	Percentage bevolking
Gewone aanpasbare woningen	100 %
Levensloopbestendige woningen	35 %
Aangepaste woningen in woonzorgzone	6 tot 8 %

5.11

BUITENGEWOON WONEN; WOONVORMEN VOOR ZORGINTENSIEVE GROEPEN

Van de genoemde 500 inwoners per 10.000 die in de toekomst wonen in relatie met zorg, zal het merendeel (zo'n 300) in gewone zelfstandige woningen zijn gehuisvest. Meestal zal het om individuele levensloopbestendige woningen gaan, soms geclusterd tot woonzorgcomplexen. Naast woonzorgcomplexen op basis van gewone, zelfstandige woningen zal er ook behoefte zijn aan buitengewone woonprogramma's voor degenen die intensievere zorg nodig hebben. Deze zijn bestemd voor mensen met – in oude termen – intramurale indicaties, al of niet met 24-uurs zorg. In termen

van de AWBZ zijn deze nieuwe woonvormen echter in de toekomst extra-muraal, omdat wordt uitgegaan van scheiding van wonen en zorg en de AWBZ alleen de zorg levert, terwijl de woningen binnen de volkshuisvesting tot stand komen. Binnen dit 24-uurs criterium is sprake van twee buitengewone woonprogramma's; Woonprogramma 4, beschut wonen (60 inwoners) en woonprogramma 1, clusterwonen (40 inwoners).

Woonzorgcomplexen (zónewoningen) zijn wooncomplexen van gemiddeld 70 woningen met een vorm van zorggarantie en zorginfrastructuur. Deze complexen zijn ontworpen om doelmatig zorg te kunnen verlenen, maar vooral ook om in een veilige en beschutte sfeer samen te kunnen wonen. Het aangewezen zijn op zorg is in het algemeen geen voorwaarde om er te mogen wonen; voorop staat de behoefte aan veiligheid, sociale contacten en service. Uitgaande van de situatie in 2000 zou er in een wijk van 10.000 inwoners behoefte zijn aan een groot woonzorgcomplex van circa 100 woningen of aan twee kleinere complexen voor ongeveer 1 procent van de bevolking.

Meer vanuit het zorgperspectief zijn deze woonvormen al in hoofdstuk 5.7 beschreven, de woonprogramma's worden verder beschreven in 5.12. Indien we veronderstellen dat van de 1,7 procent van de bevolking die thans in intramurale voorzieningen verblijft, iets meer dan de helft de voorkeur zou geven aan kleinschalig wonen in de wijk, dan zou de behoefte uitkomen op 100 inwoners op de wijkbevolking van 10.000 inwoners. Van deze 100 zijn er 70 voor inwoners ouder dan 65 jaar.

5.12 WOONPROGRAMMA'S

Onder woonprogramma's worden verstaan: programma's van eisen en wensen die betrekking hebben op de bouwwijze, plattegrond en uitrusting van woningen. De basis voor de aangereikte woonprogramma's wordt gevormd door een doelgroepenmatrix. Anders dan bij de traditionele indeling in zorgsectoren (somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg, lichamelijk en verstandelijk gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg), is bij de indeling in doelgroepen niet gekeken naar leeftijd of diagnostische achtergrond, maar uitsluitend naar actuele functiebeperkingen.

De matrix in deze paragraaf is tot stand gekomen door op de ene as de mate van lichamelijke handicap te plaatsen en op de andere as de mate van verstandelijke handicap.

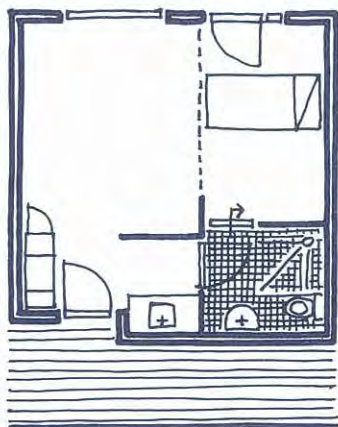
	Ernstig verstandelijk gehandicapt	Licht tot matig verstandelijk gehandicapt	Geen verstandelijke of psychiatrische problematiek
Ernstige lichamelijke handicap	1. clusterwonen met zorginfrastructuur	4. beschut wonen met zorginfrastructuur	6. zelfstandig wonen met zorginfrastructuur
Lichte tot matige lichamelijke handicap	2. clusterwonen in aangepaste bouw	5. beschut wonen in aangepaste bouw	* zelfstandig wonen in aangepaste bouw
Geen lichamelijke handicap	3. clusterwonen in reguliere bouw	* beschut wonen in reguliere bouw	* zelfstandig wonen in reguliere bouw
Woonprogramma's			

Bij het opstellen van de doelgroepenmatrix zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de lichamelijke handicap is bepalend voor de behoefte aan aanpassingen in de woning in verband met hulpmiddelen en aan zorginfrastructuur die verbonden is met de woning;
- de verstandelijke of psychische handicap is bepalend voor de behoefte aan begeleiding en – eventueel – aan 24-uurs toezicht, met als consequentie een zekere mate van clustering of schakeling van wooneenheden.

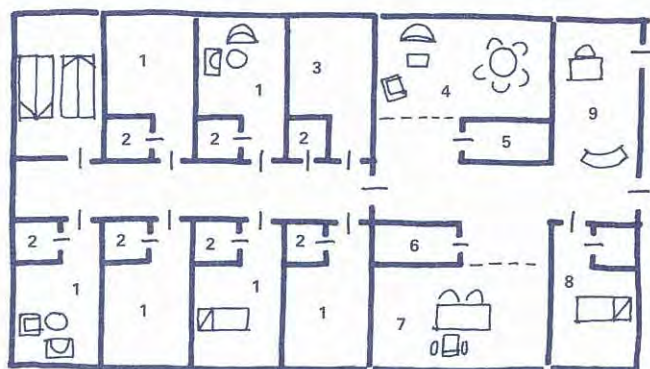
De woonprogramma's in het kader van buitengewoon wonen zijn aangeduid met de nummers 1 tot en met 6. De drie met een * aangeduide vakjes omvatten een veelheid aan gewone woonprogramma's.

Bij 'buitengewoon wonen' gaat het om woonvormen die weliswaar 'ingeweven' kunnen zijn in gewone wooncomplexen, maar die zich onderscheiden door afwijkende plattegronden, clustering/schakeling en specifieke zorginfrastructuur.



Principeschets zitslaapkamer clusterwoning

'Clusterwonen' is een vorm van wonen waarbij binnen woningen naast privé-woonruimten ook gemeenschappelijke ruimten beschikbaar zijn voor 24-uurs begeleiding en nachtelijk toezicht. In het algemeen zal het programma naast woonslaapkamers, bij voorkeur met eigen sanitair, ook een gemeenschappelijke woonkamer met keuken omvatten, een ruimte voor de nachtwacht, zo nodig een grotere gemeenschappelijke badkamer en eventueel dienst- of berg ruimten. Clusterwonen kan de vorm aannemen van groeps-wonen, waarbij men overdag in groepen leeft. Maar er zullen ook meer individuele vormen worden ontwikkeld. Daarin verblijven bewoners in de regel in individuele wooneenheden, die slechts om reden van doelmatige 24-uurs zorgverlening in clusters van bijvoorbeeld zes of twaalf zijn gegroepeerd en intern verbonden zijn met zorgruimten. Clustering kan de vorm aannemen van een hofje of van een etage in een flatgebouw.



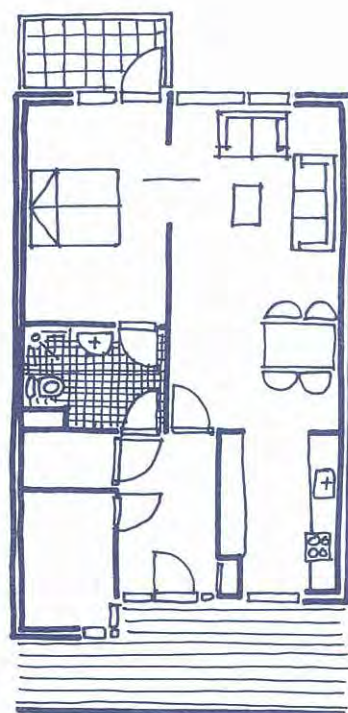
Clusterwoningen

- 1 eenpersoons zitkamer
- 2 sanitair
- 3 badvoorzieningen
- 4 huiskamer
- 5 keuken
- 6 service
- 7 activiteitenruimte
- 8 ziekenkamer/opvang
- 9 zorgpost

'Beschut wonen' is een woonvorm waarbij een aantal zelfstandige woon-eenheden (één- of tweepersoons) in een woongebouw is ondergebracht of binnen een bepaalde straal van een gemeenschappelijke huiskamer of hulp-post. In principe wordt bij begeleid wonen geen 24-uurs zorg geboden. De onderlinge ruimtelijke nabijheid maakt doelmatige begeleiding mogelijk, geeft een enigszins beschut en beheersbaar woonklimaat en bevordert de onderlinge sociale contacten. Een combinatie met woningen zonder begeleiding is zeer goed mogelijk. Een voorbeeld van beschut wonen is opgenomen in het plan voor IJburg (Amsterdam): een 'puntenwolk' van beschut wonen binnen 200 meter van een zorgsteunpunt voor maximaal 20 procent van alle woningen in het cirkelgebied.

Bij 'zelfstandig wonen' kan een bepaalde minimumafstand tot een hulp- of zorgpost ook gewenst zijn, maar dan alleen in verband met het invoeren van praktische assistentie of verpleegkundige hulp, niet in verband met behoefte aan begeleiding of toezicht. De woningen omvatten in principe een compleet woonprogramma en het programma is afgestemd op bewoning door een huishouden van twee of meer personen. Behalve door genoemde afstand – die afhankelijk van de frequentie van de hulp kan variëren van 50 tot 200 meter – wordt de spreiding van deze woningen beperkt door de mate van aanpasbaarheid van de omliggende woningen.

Bij 'wonen met zorginfrastructuur' is bij de bouw van de woning van tevoren al rekening gehouden met zware mobiliteitshulpmiddelen als elektrische rolstoelen, ligbakken of bedden en tilliften en bovendien met de benodigde ruimte voor het personeel dat assistentie verleent. Aanpasbare en integraal toegankelijke woningbouw is een noodzakelijke randvoorwaarde.



Principeschets beschut wonen

Met 'aangepaste bouw' wordt bedoeld een woning die voldoet aan de eisen van integrale toegankelijkheid uit het Handboek voor Toegankelijkheid en NEN 1814: toegankelijk en bezoekbaar zonder hak- en breekwerk, tot en met het niveau van de handbewogen rolstoel.

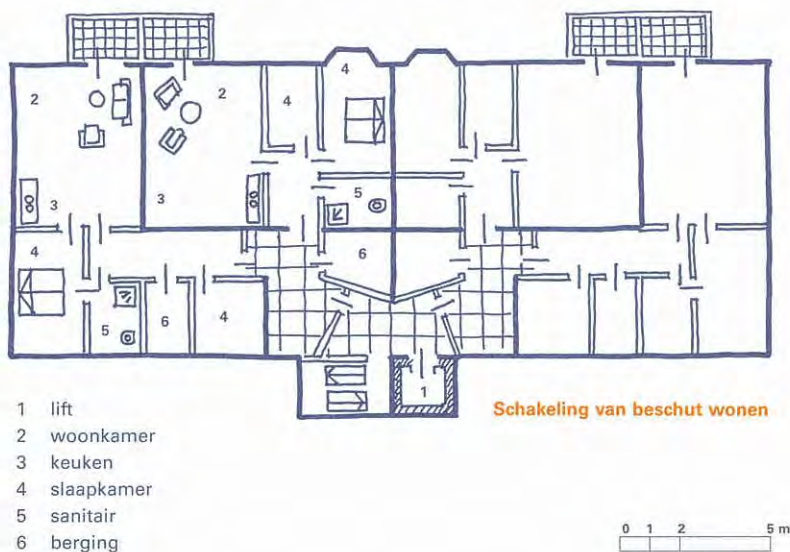
In de 'reguliere bouw' zal vaak niet aan de eis van 'aangepaste bouw' kunnen worden voldaan. Regulier gebouwde woningen zijn in het gunstigste geval aanpasbaar gebouwd, maar niet integraal toegankelijk.

5.13

INPASSING PROGRAMMA'S IN WIJK OF DORP

De woonprogramma's uit de vorige paragraaf, kunnen door onderlinge schakeling worden vertaald in modulen.. In de zorg werkt men overdag meestal in groepen van zes cliënten, in de nachtdienst in groepen van twaalf tot vierentwintig.

Beschut wonen gaat op die manier in de richting van individueel wonen binnen een bepaalde straal rond een gemeenschappelijke huiskamer.



Combinatie van een 24-uurs zorgpost voor clusterwonen en een huiskamer voor beschut wonen tot één buurtsteunpunt, levert een model op van minimaal 24 wooneenheden van diverse woonprogramma's binnen loopafstand van 50-150 meter van een buurtsteunpunt.

In laagbouw kunnen bepaalde hofjes of stukjes bouwblok die via de tuinzijde verbonden zijn, worden aangewezen voor buitengewoon wonen; in etagebouw kunnen bepaalde verdiepingen worden aangegeven. Op deze manier wordt het buitengewoon wonen zo onopvallend mogelijk ingeweven in het gewoon wonen.

Door het aangeven van veilige, barrièrevrije voetgangersroutes die de kleinschalige woonvormen en buurtsteunpunten verbinden met het winkelcentrum en zorg- en dienstencentrum in de wijk, ontstaat een samenhangende structuur. Die structuur zal op den duur ook aangeven waar de groeiassen voor uitbreiding van de woonzorgzone lopen. Langs deze assen gelden dezelfde eisen voor de woningbouw zoals in de woonprogramma's beschreven.

5.14

LEVENSLLOOP VAN EEN WIJK

De in de vorige paragrafen geschetste aspecten suggereren een statisch beeld dat natuurlijk nooit stand kan houden. In werkelijkheid benadert de wijkbevolking maar heel kort het nationaal gemiddelde. Nieuwe wijken starten met een jonge, vitale bevolking. De groeikernen uit de jaren tachtig beginnen nu al te vergrijzen, de naoorlogse tuinsteden uit de jaren vijftig en zestig zijn al sterk vergrijsd. In sommige van deze wijken is de cyclus opnieuw gestart met een instroom van nieuwe jonge huishoudens, vaak migrantengezinnen.

Tot op zekere hoogte kan een nieuwe wijk anticyclisch ontwikkeld worden door, in tegenstelling tot vroeger, van het begin af aan ook kleine woonzorgcomplexen mee te bouwen. Verder kan men, beter dan vroeger, op de vergrijzing anticiperen door algemeen aanpasbaar te bouwen en door direct al een contingent levensloopbestendige woningen te bouwen die in de aanvang deels door mensen van middelbare leeftijd worden bewoond en die op volgorde van leeftijd worden aangeboden.

In de koopsector is deze vorm van anticiperen moeilijker te realiseren en zal men zich in het algemeen moeten beperken tot het stellen van de basiseisen van aanpasbaar bouwen, waardoor woningen tegen relatief geringe kosten zonodig kunnen worden aangepast.

Naarmate een wijk 'ouder' wordt, zal er behoefte ontstaan om de woonzorgzones uit te breiden. Kan aanvankelijk worden volstaan met een cirkelgebied rond het centraal gelegen zorg- en dienstencentrum plus enkele losse clusters in de wijk, later zullen deze aan elkaar groeien tot een bandvormige of ster-vormige structuur, doordat ook in de tussengelegen woongebieden kleine zorgposten ontstaan. Aan de woningen in deze 'ingroeizones' zouden extra eisen kunnen worden gesteld wat betreft aanpasbaarheid. Deze eisen zullen betrekking hebben op levensloopbestendigheid (bijvoorbeeld de mogelijkheid om later makkelijk liften toe te voegen), op schakelbaarheid (voor geclusterd wonen) of uitbreidbaarheid (in verband met mobiliteits-hulpmiddelen).



TOEKOMSTSCENARIO'S

6.1

PLATTELANDSSCENARIO

Onder 'platteland' wordt in dit hoofdstuk verstaan het buiten de steden gelegen gebied. De onderlinge verschillen in het landelijk gebied zijn groot. Soms is er sprake van grotere dorpskernen, soms van 'buitenaf' wonen in verspreid liggende woningen. Dit scenario gaat uit van een landelijk gebied dat een conglomeraat van kleine dorpskernen bevat met een aantal daarbuiten verspreid liggende woningen. Het betreft een gebied met in totaal 10.000 inwoners, bestaande uit twee kleine kernen van circa 2500 inwoners en een grotere kern van 5000 inwoners.

Specifieke kenmerken van het wonen op het platteland zijn:

- kleinschalige woon/werkomgeving met vaak horizontale bebouwing;
- lage bebouwingsdichtheid;
- beperkt openbaar vervoer (men is vaak aangewezen op eigen vervoer);
- goede bereikbaarheid van voorzieningen in de kernen;
- beperkte aanwezigheid van voorzieningen als winkels, ziekenhuis, bibliotheek.

Over het sociale leven in 2015 is moeilijk iets te voorspellen. Naarmate gezinnen kleiner worden en familieverbanden lossen, valt te verwachten dat de sociale afstand, die op het platteland nu vaak korter is dan in de stad, ook op het platteland groter wordt. Er zal dan wellicht in mindere mate een beroep kunnen worden gedaan op mantelzorg door familie en burens.

Aan de uitgangspunten uit paragraaf 5.4 ten aanzien van haal- en brengfuncties kunnen enkele randvoorwaarden voor het plattelandsscenario worden ontleend. Zo zal in elke kern een voorziening moeten zijn waar de haalfuncties zijn ondergebracht. Deze moeten immers voor een deel van de zorgvragenden onder handbereik zijn. In elke dorpskern zijn dus ruimten nodig voor recreatieve en culturele activiteiten en voor dagopvang.

Deze worden zo veel mogelijk ondergebracht in openbare, voor iedereen toegankelijke, voorzieningen zoals een dorps- of gemeenschapshuis. Bij gebrek daaraan kan een activiteitencentrum ontwikkeld worden. Daarbij is bijvoorbeeld een combinatie met een school, een bibliotheek, een crèche of een café denkbaar. Voordeel daarvan is dat contact met dorpsgenoten goed in stand gehouden kan worden en dat zo'n gebouw een multifunctioneel karakter krijgt.

In de grootste kern is het coördinatiepunt gesitueerd, dat tevens voor de kleine kernen functioneert. Dit coördinatiepunt kan verbonden zijn met een zorgkruispunt.

In de kleine kernen worden soms spreekuren gehouden en is 24-uurs zorg beschikbaar. De zorg is ondergebracht bij de zorgwoningen of groeps-woningen. De samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders is hier van groot belang, mede om continuïteit van zorg te kunnen garanderen.

Specialistische zorg is te vinden in het zorgkruispunt in de grootste kern of wordt betrokken van een andere voorziening in de regio (ziekenhuis, revalidatiecentrum, specialistisch verpleeghuis). Het zorgkruispunt bevat een ziekenboeg voor tijdelijke intensieve verpleging of terminale zorg. Maaltijden kunnen betrokken worden van een cateringbedrijf of van een centrale keukenvoorziening. Van daaruit worden ze gedistribueerd naar de woningen en naar activiteitencentrum of dorps huis wanneer daar gezamenlijk gegeten wordt.

ORGANISATIE VAN HET WONEN

Verreweg het grootste deel van de zorgvragenden blijft wonen in het eigen huis, met of zonder kleine aanpassingen. Voor een deel van hen zal aangepaste huisvesting gewenst zijn vanwege een ernstige mate van validiteitsbeperkingen. Zelfstandige huisvesting in aanpasbare woningen bijvoorbeeld. Naar schatting gaat het in dit scenario om ongeveer 100 woningen. Voor degenen die volgens de demografische gegevens in aanmerking komen voor intensieve zorg, 96 personen ingeval van maximale extramuralisatie, zijn er meerdere varianten denkbaar. In totaal zal het gaan om 48 beschutwoningen en clusterwoningen voor 48 personen.

Een belangrijk uitgangspunt is dat zorgvragenden in hun eigen omgeving moeten kunnen blijven en – wanneer dit niet mogelijk blijkt – toch zo veel mogelijk in hun eigen dorpskern.

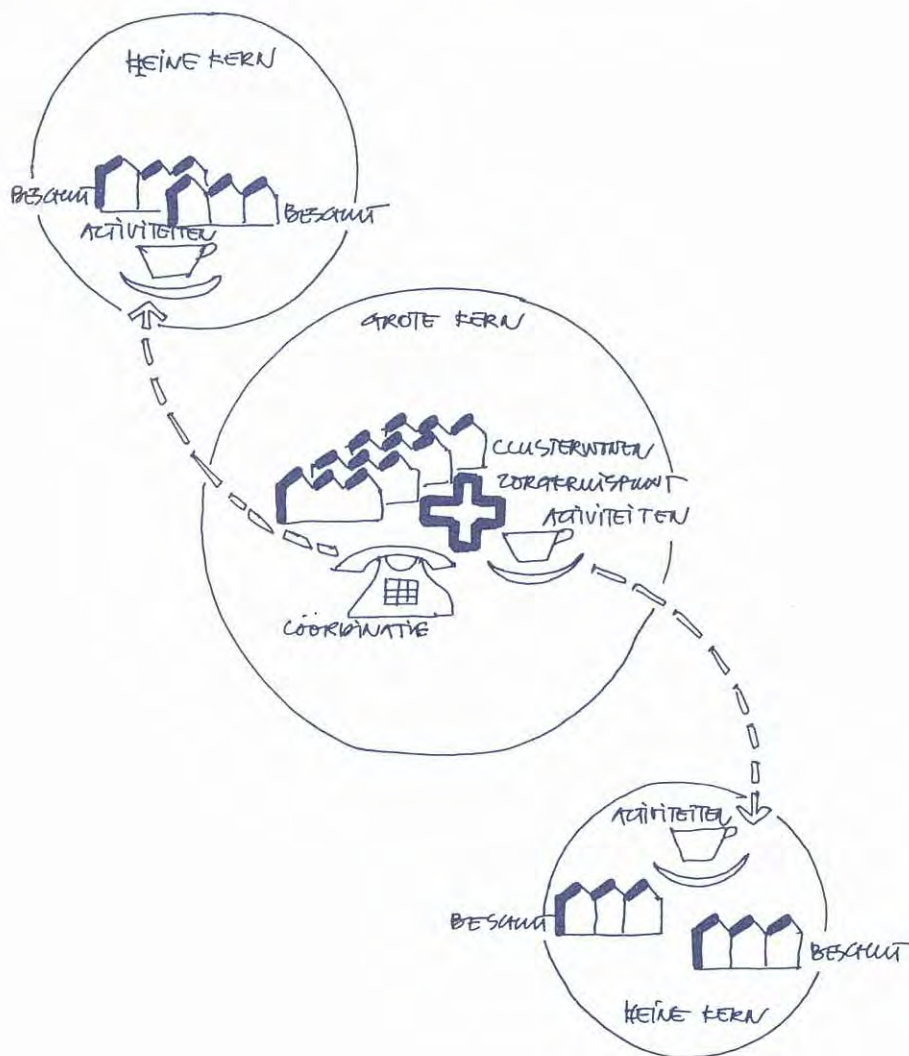
De volgende varianten zijn denkbaar:

VARIANT 1 HORIZONTAAL CLUSTEREN

In de twee kleine kernen kan beschut wonen ontwikkeld worden voor 24 mensen. Deze woningen liggen in clusters van twaalf bij elkaar, met een gemeenschappelijke ontsluiting. Eén zo'n cluster ligt bijvoorbeeld bij het activiteitencentrum of dorps huis, met een kantoor voor de 24-uurs zorg. Deze combinatie heeft ook een functie voor alle andere dorpsbewoners. Het beschut wonen is multifunctioneel, dus geschikt voor huisvesting mensen met lichamelijke beperkingen.

In de grotere kern komen de clusterwoningen, bijvoorbeeld gekoppeld aan het zorgkruispunt. Deze woonvoorziening kan bestaan uit vier clusterwoningen die gezamenlijk huisvesting bieden aan ongeveer 48 personen. In deze clusters kan, meer dan in de kleine kernen, differentiatie worden aangebracht. Daarbij valt te denken aan differentiatie naar de aard van de beperkingen, zodat bijvoorbeeld voor psychogeriatricie of voor mensen met ernstige somatische problematiek eigen clusters beschikbaar zijn.

Voordeel is dat beter rekening gehouden kan worden met individuele wensen of behoeften.

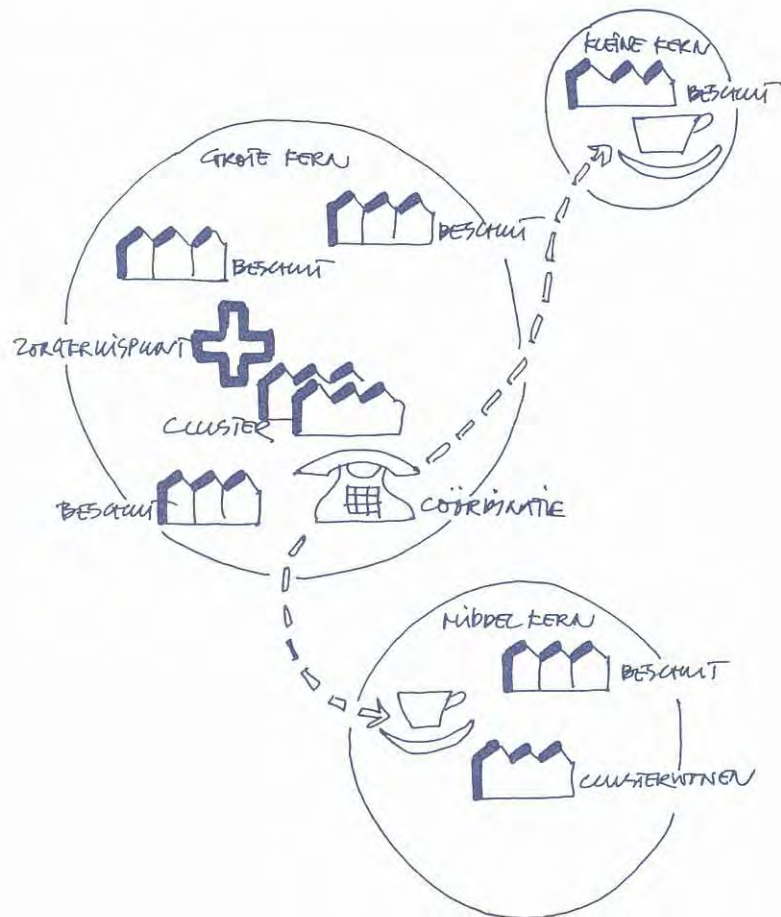


Afhankelijk van de situering van deze clusters zijn aanvullende ruimten nodig. Wanneer ze er iets verder vandaan liggen, zal een kantoor- en onderzoeksruimte aan de clusters moeten worden toegevoegd. De woningen liggen aan of vlakbij een activiteitscentrum waar zich de 'haalfuncties' bevinden.

VARIANT 2 VERTICAAL CLUSTEREN

Nadeel van één soort woning per kern is dat er geen keuzemogelijkheid is voor degenen die toe zijn aan een zwaardere woonvorm. Dit kan met name problemen geven bij een menging van psychogeriatrische en niet-psychogeriatrische bewoners. Men zou daarom het groepswonen wat meer kunnen spreiden, door het bijvoorbeeld onder te brengen in een of twee van de drie kernen. Een tweede overweging daarbij is, dat het in personeels-technisch opzicht voordelen heeft ten minste twee woonprojecten bij elkaar te situeren. Een mogelijkheid is om in de grote kern vier clusterwoningen

van 6 bewoners te situeren en in de kleine kernen steeds twee clusterwoningen van 6 bewoners. Verder wordt het beschut wonen in de kleine kernen verdeeld over de middelste kern met twee groepen van zes bewoners en over de grootste kern met zes groepen van zes bewoners. Deze worden dan dicht bij het activiteitencentrum gesitueerd, of eraan gekoppeld.



6.2

STEDELIJK SCENARIO

Er zijn verschillende definities te geven voor een stedelijk gebied en er zijn grote verschillen tussen steden onderling qua ruimtelijke structuur. Dit scenario heeft betrekking op een zogenaamd grootstedelijk gebied: een stad waar een veelvoud van 10.000 inwoners gevestigd is.

Specifieke kenmerken van het wonen in deze stad zijn:

- hoge bebouwingsdichtheid met veel woningbouw in meerdere lagen (flats, bovenwoningen);
- goed en uitgebreid openbaar vervoersnetwerk;
- grote diversiteit aan voorzieningen als winkels, horeca, medische verzorging, culturele voorzieningen in een centrum met daarnaast kleinschalige voorzieningen op wijkniveau;
- beperkt gevoel van sociale veiligheid.

Ook hier zijn over het sociale leven in 2015 moeilijk voorspellingen te doen. Veranderingen in samenstelling van de populatie gaan in de stad in het algemeen sneller en zijn grilliger dan op het platteland. Dat betekent dat een scenario voor een stedelijk gebied veel flexibiliteit in zich zal moeten hebben. In het algemeen is de sociale afstand in de stad groter dan op het platteland.



De Naber, Rotterdam

Uitgaande van een stadswijk met 10.000 inwoners is er één coördinatiepunt nodig. Het coördinatiepunt organiseert de functies die binnen de wijk kunnen worden geregeld, maar ook zaken die wijkoverstijgend zijn, bijvoorbeeld het doorgeven van gewenste verbetering in het openbaar vervoer.

In de wijk zijn, afhankelijk van de bebouwingsdichtheid en loopafstanden, drie of meer activiteitencentra. Deze zijn bedoeld als ontmoetingspunt voor zorgvragenden. Er vinden recreatieve activiteiten en dagopvang activiteiten plaats. Het zijn multifunctioneel te gebruiken centra, die bij een veranderende bevolkingssamenstelling ook voor gebruik door anderen geschikt te maken zijn (consultatiebureau, jongerenwerk, peuterspeelzaal).

Er is bij elk centrum een kleine zorgpost ten behoeve van de zorg- en groepswoningen die bij de centra gesitueerd zijn.

In de wijk is ook een zorgkruispunt gevestigd. Van daaruit worden zorg en diensten aan huis en aan de zorg- en groepswoningen geleverd, aangestuurd vanuit het coördinatiepunt. Bestaande ziekenhuizen en verpleeghuizen leveren specialistische hulp. Verpleeghuizen zullen daarbij met name de functie hebben van revalidatie en zorg voor bijzondere groepen. Het is goed mogelijk dat wanneer in de wijk een ziekenhuis- of verpleeghuis aanwezig is, het zorgkruispunt hieraan te koppelen.

ORGANISATIE VAN HET WONEN.

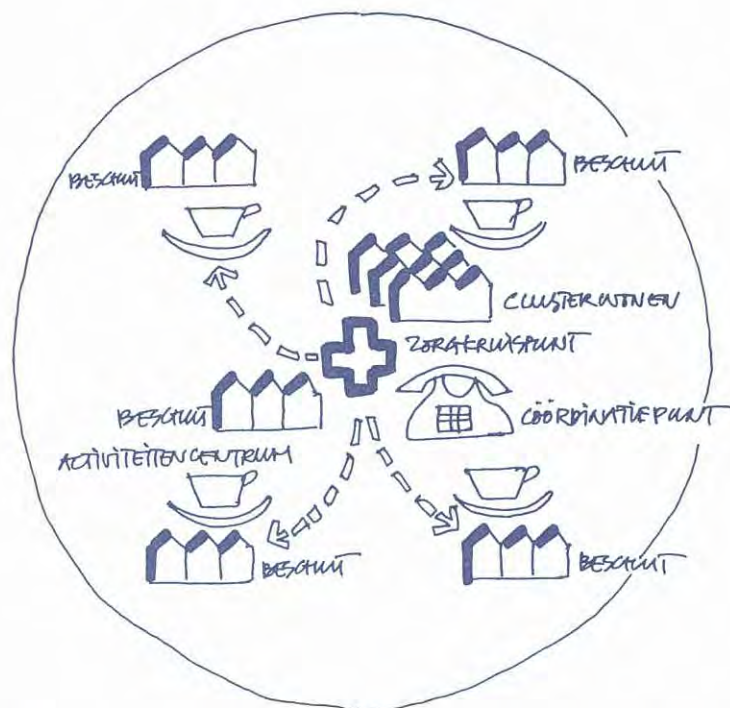
Verreweg het grootste deel van de zorgvragenden blijft wonen in het eigen huis. Voor een deel van hen zal aangepaste huisvesting gewenst zijn, vanwege een ernstige mate van validiteitbeperkingen. Het kan hier zelfstandige huisvesting betreffen in aanpasbare woningen. Geschat wordt dat het om ongeveer 100 woningen gaat. Met name in stadswijken met veel flats en bovenwoningen zal veel aandacht moeten worden besteed aan het aanpassen van de bestaande woningvoorraad. Ook zal hier een preventief beleid moeten worden opgezet door bij toewijzing van woningen rekening te houden met leeftijd en validiteitbeperkingen.

Voor degenen die volgens de demografische gegevens in aanmerking komen voor intensieve zorg, 96 personen ingeval van maximale extramuralisatie, kan het wonen als volgt worden georganiseerd: In totaal zal het in dit scenario gaan om 60 clusterwoningen en 36 beschutte woningen. In het stedelijk scenario is het accent iets meer gelegd op beschut wonen.

De zorgvragenden in de beschutte woonvormen kunnen een zwaardere categorie vertegenwoordigen. De beschutte woningen liggen bij voorkeur direct gekoppeld aan het activiteitencentrum (of –centra), zodat bewoners voor hun dagbesteding gebruik kunnen maken van deze voorziening.

Wanneer het zorgkruispunt niet 'onder handbereik' ligt, moet aan de woningen een beperkte zorgpost voor 24-uurs zorg worden gekoppeld.

Deze kan bestaan uit een kantoor- en onderzoeksruimte.



Wanneer het beschut wonen niet aan het activiteitscentrum kan worden gekoppeld, is een gemeenschappelijke ruimte nodig: een multifunctionele recreatie- en eetruimte. Bij het situeren van de woningen moet rekening worden gehouden met de toenemende behoefte aan veiligheid bij het ouder worden. Om deze reden, en ook om reden van efficiency (het gaat om de categorie zwaar zorgbehoevenden) worden deze woningen bij voorkeur in clusters van zes tot acht gebouwd, met een gezamenlijke ontsluiting. De clusters kunnen bij elkaar in de buurt liggen.

Woningen hoeven niet op de begane grond gesitueerd te zijn, maar kunnen bijvoorbeeld ook in een flatgebouw worden ondergebracht (enkele woningen samen aan één portiek). Veel mensen voelen zich namelijk veiliger als ze niet op de begane grond wonen.

Uitgaande van een clusterwoning voor zes personen zijn er in totaal zes clusterwoningen nodig. Hierdoor is 24-uurs zorg te garanderen. De clusterwoningen kunnen worden onderverdeeld in verschillende woonvormen voor specifieke doelgroepen. Omdat activiteiten in en om de woningen zelf zullen plaatsvinden, lijkt een koppeling aan een activiteitscentrum noodzakelijk. Koppeling aan een zorgkruispunt is niet nodig, maar kan wel voordelen opleveren. In het zorgkruispunt aanwezige zorg kan worden ingezet ten behoeve van de clusterwoningen, terwijl ook extra ondersteuning desgewenst snel ter plekke kan zijn. Het beschut wonen, in groepen van 5 units met 12 bewoners worden over de wijk verdeeld, en één zo mogelijk aan een activiteitscentrum gekoppeld.

7



SLOTBESCHOUWING

De scenario's en woonprogramma's uit de voorgaande hoofdstukken vormen de weerslag van een studie die zich met name heeft gericht op de ontwikkelingen op het raakvlak van wonen en zorg. De dagelijkse praktijk is echter weerbarstiger dan de voorbeelden en ideeën die hiervoor geschetst zijn doen vermoeden. De STAGG-werkgroep is zich hiervan terdege bewust. Politieke ontwikkelingen en financiële mogelijkheden kunnen tot andere uitkomsten leiden. Een voorzichtige stelling is dat, macro-economisch gezien, dit scenario hetzelfde kost als in het huidige systeem.

De ontwikkelingen in de praktijk van de laatste jaren – toenemende behoefte aan zelfstandigheid, privacy, een goed leefklimaat én goede zorg, vertaald in de bouw van woonzorgcomplexen en serviceflats – zijn de belangrijkste leidraad geweest voor de werkgroep.

De werkgroep is verder gegaan dan alleen te kijken naar woonzorgcomplexen, die vaak nog alle functies onder één dak hebben. De werkgroep beschouwt het wonen als de kernfunctie, die zo lang mogelijk in stand gehouden moet worden en de zorg- en dienstverlening als vooral een organisatorische en logistieke opgave. In die visie kan het wonen een zo gewoon mogelijke vorm van wonen zijn. Ook voor mensen met intensieve zorgbehoefte. Kleinschalig, in de eigen omgeving en niet noodzakelijk aan allerlei voorzieningen gekoppeld. Het onderscheid van zorg en dienstverlening in haal-, breng- en interne functies heeft daarbij zeer verhelderend gewerkt.

In deze herziene versie van het rapport is de nadruk meer komen te liggen op het planologische aspect van zorg, dienstverlening en wonen en de uitwerking naar woonprogramma's.

