



# Inventarisatie wonen en zorg

Literatuurstudie naar woonzorgcombinaties

drs. L. Leber





> Inhoud

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal in de komende decennia een grote vlucht nemen. Deze demografische ontwikkeling kan verregaande gevolgen hebben voor de aansluiting van de woningvoorraad op de woningbehoefte. Professionele woningverhuurders staan voor de opgave hun vastgoed aan de wijzigende vraag aan te passen. In het verleden is al veel ontwikkeld aan vormen van huisvesting voor ouderen. Deze publicatie behandelt deze vormen en geeft een actueel beeld van de stand van zaken. Uiteraard wordt niet alleen ingegaan op de fysieke aanpassingen in en aan de woning, maar ook op de zorgdiensten die huurders ter beschikking kunnen staan. Tevens komen veranderingen op het beleidsterrein van wonen en zorg aan de orde.

> Colofon

Dit onderzoek kwam tot stand in het kader van het onderzoeksprogramma Corpovenista, waarin wordt samengewerkt door een achttal grote woningcorporaties (de Alliantie, de Key, Kristal, Staedion, Vestia, Woonbron, de Woonplaats en Ymere), Aedes (de vereniging van woningcorporaties), Onderzoeksinstituut OTB Technische Universiteit Delft en onderzoeksgroepen van de Universiteiten van Utrecht en Amsterdam (zie: [www.corpovenista.nl](http://www.corpovenista.nl)). Corpovenista is onderdeel van het wetenschappelijk programma binnen het Habiforum-kennisontwikkelingsprogramma 'Vernieuwend Ruimtegebruik'. Dit rapport is digitaal verkrijgbaar via [www.corpovenista.nl](http://www.corpovenista.nl)

> Habiforum

Dit is een publicatie van Habiforum in het kader van het programma Vernieuwend Ruimtegebruik. Habiforum is een kennisnetwerk dat ruim 2.000 experts verbindt, die samen nieuwe vormen van duurzaam ruimtegebruik ontwikkelen én in de praktijk brengen. Het programma omvat praktijkprojecten (proeftuinen) en wetenschappelijk onderzoek. Het wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met het InnovatieNetwerk Groene Ruimte en Agrocluster en de universiteiten van Delft, Rotterdam, Amsterdam (VU en UvA), Utrecht en Wageningen. Door deze samenwerking ontstaat er synergie tussen wetenschap, praktijk en beleid. Habiforum wordt gefinancierd vanuit Bsik, het kennis-economieprogramma van de Rijksoverheid, en uit bijdragen van publieke en private partijen. Zie ook: [www.habiforum.nl](http://www.habiforum.nl)





# Inventarisatie wonen en zorg

## Literatuurstudie naar woonzorgcombinaties

Linda Leber

Gouda, november 2005

Dit is een publicatie van Habiforum in het kader van het programma Vernieuwend Ruimtegebruik.

Habiforum  
Büchnerweg 1, 2803 GR Gouda  
Postbus 420, 2800 AK Gouda  
Telefoon (0182) 540 655  
Fax (0182) 540 656  
Email: [info@habiforum.nl](mailto:info@habiforum.nl)

### Auteursinformatie

Linda Leber was tijdens het schrijven van de literatuurstudie werkzaam bij:  
Contactpersoon literatuurstudie is Nico Nieboer en is werkzaam bij:

Onderzoeksinstituut OTB  
Technische Universiteit Delft  
Jaffalaan 9, 2628 BX Delft  
Postbus 5030, 2600 GA Delft  
tel. (015) 278 30 05  
fax (015) 278 44 22  
e-mail: [nieboer@otb.tudelft.nl](mailto:nieboer@otb.tudelft.nl)

©Copyright 2005 by Onderzoeksinstituut OTB

No part of this report may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the copyright holder.



# Inhoud

## Voorwoord

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1	Aanleiding	8
1.2	Vraagstelling	8
1.3	Opbouw	11
<b>2</b>	<b>Maatschappelijke context</b>	<b>12</b>
2.1	Vergrijzing in Nederland	12
2.2	Eigen woningsector, sociale huursector en particuliere huursector	13
2.3	Woningvraag	14
2.4	Woningaanbod	16
2.5	Ontwikkelingen in het type woningen en het beleid in vogelvlucht	17
2.6	Ontwikkelingen in de volkshuisvesting	18
<b>3</b>	<b>Nadere categorisatie van woonzorgcombinaties</b>	<b>21</b>
3.1	Inleiding	21
3.2	Categorisatie woonzorgcombinaties	21
<b>4</b>	<b>Vormen van woonzorgcombinaties toegelicht</b>	<b>25</b>
4.1	Inleiding	25
4.1.1	Seniorenwoning	25
4.1.2	Aanleunwoningen	26
4.1.3	Levensloopbestendige woning	26
4.1.4	Groepswonen	26
4.1.5	Serviceflat	27
4.1.6	Woonzorgcomplexen voor ouderen	27
4.1.7	Verzorgings en -verpleeghuizen	28
4.1.8	Specifieke woningen voor allochtone ouderen	28
4.1.9	Complex overstijgende concepten	30
4.1.10	Woonzorgzone gebaseerd op het STAGGmodel	30
4.2	Domotica	33
	<b>Bijlage A</b> Literatuur	<b>38</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De Nederlandse bevolking is met een langzame start aan het vergrijzen. Op dit moment zijn er ongeveer 2,2 miljoen 65-plussers in Nederland. Na 2010, wanneer de naorlogse geboortegolf de vijftenzestigjarige leeftijd bereikt, zal het aantal ouderen fors toenemen. Over dertig jaar zijn dat er ongeveer vier miljoen (CBS, 2004). Bovendien is er sprake van een *dubbele* vergrijzing want niet alleen de Nederlandse bevolking vergrijst, ook de oudere bevolking zelf vergrijst (Filius, 1993). De verwachting is dat de woningvoorraad tekort zal schieten, de zorg niet zal voldoen en het regelwerk voor diensten te ingewikkeld zal zijn voor ouderen. Dit betekent dat het aanbod en de vraag steeds minder goed op elkaar zullen aansluiten. Niet alleen de omvang, maar ook de aard van de vraag zal veranderen. De verwachting is dat ouderen in de toekomst gemiddeld grotere en luxere woningen wensen dan nu het geval is. Dit komt doordat een groot gedeelte van de toekomstige ouderen over meer geld zal beschikken dan de ouderen van nu en in het verleden (ABF Research, 2004, Nesselhaar, 2001, Puylaert, 2001). Het merendeel van de ouderen zoekt naar een gelijkvloerse woning in een veilige woonomgeving. Bovendien willen ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Diverse studies geven aan dat zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve afstemming op de toekomstige ouderenhuisvestingvraag nu nog onvoldoende is (SCP, 2001, Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2004). Die afstemming kan bereikt worden door middel van nieuwbouw en aanpassing van de bestaande woningvoorraad. De herstructurering neemt daarbinnen een bijzondere plaats in, omdat het daar immers gaat om gebiedsontwikkeling en de transformatie van grote aantallen woningen. Het aanbieden van combinaties van wonen en zorg is niet eenvoudig. De opgave door nieuwbouw is relatief beperkt en aanpassing van de bestaande woningvoorraad is duur. Daar komen belemmeringen bij zoals het afwachtende gedrag van spelers, regelgeving en verkokering (zie bijvoorbeeld Bijsterveld, 2004). Niettemin bundelen verhuurders, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de laatste jaren steeds vaker hun krachten om tot nieuwe woonzorgcombinaties te komen. Dit rapport geeft een overzicht van deze combinaties.

De verzelfstandiging van de woningcorporaties en de veranderende marktverhoudingen is een andere belangrijke ontwikkeling (Van der Broeke, 1998). Dit houdt in dat er in de Nederlandse corporatiesector meer een tendens gaande is van meer markt en minder overheid. Het belang om in te spelen op de woningvraag van ouderen is voor verhuurders gestegen en maakt de relevantie voor dit onderzoek groter.

## 1.2 Vraagstelling

De kern van dit onderzoek richt zich op hoe verhuurders ouderenhuisvesting vorm geven binnen hun woningvoorraadbeleid en hoe dat uitpakt in woon-zorgcombinaties. Binnen deze woon-zorgcombinaties kunnen bijvoorbeeld levensbestendige woningen gebouwd zijn, domoticaoplossingen aangewend zijn, de mogelijkheid van zorg aanwezig zijn. Daarnaast zijn de belemmeringen en stimulansen die zij tegen komen bij het opzetten, realiseren en beheren van woon-zorgcombinaties een belangrijke onderzoeksvraag binnen dit onderzoek. Het is zinvol om te onderzoeken wat verhuurders kunnen leren van organisaties of verhuurders in Nederland die interessante woon-zorgcombinaties hebben opgezet. Hierdoor kan er mogelijk verbetering in bijvoorbeeld beheervorm en samenwerking op projectniveau met verschillende partijen gerealiseerd worden.



De centrale vraagstelling in dit onderzoek als volgt:

*Hoe spelen Nederlandse verhuurders vanuit hun voorraadbeleid in op de vergrijzing en de woon- en zorgbehoeften die daaruit zou kunnen voortkomen?*

Allereerst zullen er een aantal vragen beantwoord moeten worden over de algemene en landelijke situatie omtrent ouderenhuisvesting om dit onderzoek in haar context te kunnen plaatsen.

Voor bovenstaande hoofdvraag worden allereerst volgende onderzoeksvragen kort beantwoord:

1 *Welke woon- en zorgontwikkelingen hebben zich afgespeeld vanaf 1980 in Nederland?*

Een korte beschrijving over verschillende huisvestingsvormen zoals verzorgingshuizen, aanleunwoningen, serviceflats, levensloopbestendige woningen, woongroepen voor ouderen en concepten zoals woonzorgzones en dergelijke. Tevens ontwikkelingen in de domotica.

2 *Wat is de huidige maatschappelijke en institutionele context van wonen en zorg?*

3 *Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen in de woningvraag van ouderen?*

Daarna wordt er ingezoomd op het niveau van de verhuurders:

4 *Wat is de rol van huisvesting voor ouderen in het voorraadbeleid van verhuurders?*

5 *Welke typen combinaties van wonen en zorg zijn er momenteel door verhuurders opgezet? Deze beschrijvingen zullen gekoppeld worden aan ouderenhuisvestingsprojecten in de praktijk die door verhuurders zijn opgezet.*

6 *Wat voor samenwerkingsvormen en afspraken zijn er in dit verband gemaakt in Nederland voor ouderenhuisvesting tussen verhuurders en andere partijen zoals overheden, ontwikkelaars en zorginstellingen?*

7 *Wat zijn de interne en externe belemmeringen en stimulansen voor de verhuurder om de in vraag 5 genoemde combinaties van wonen en zorg te realiseren?*

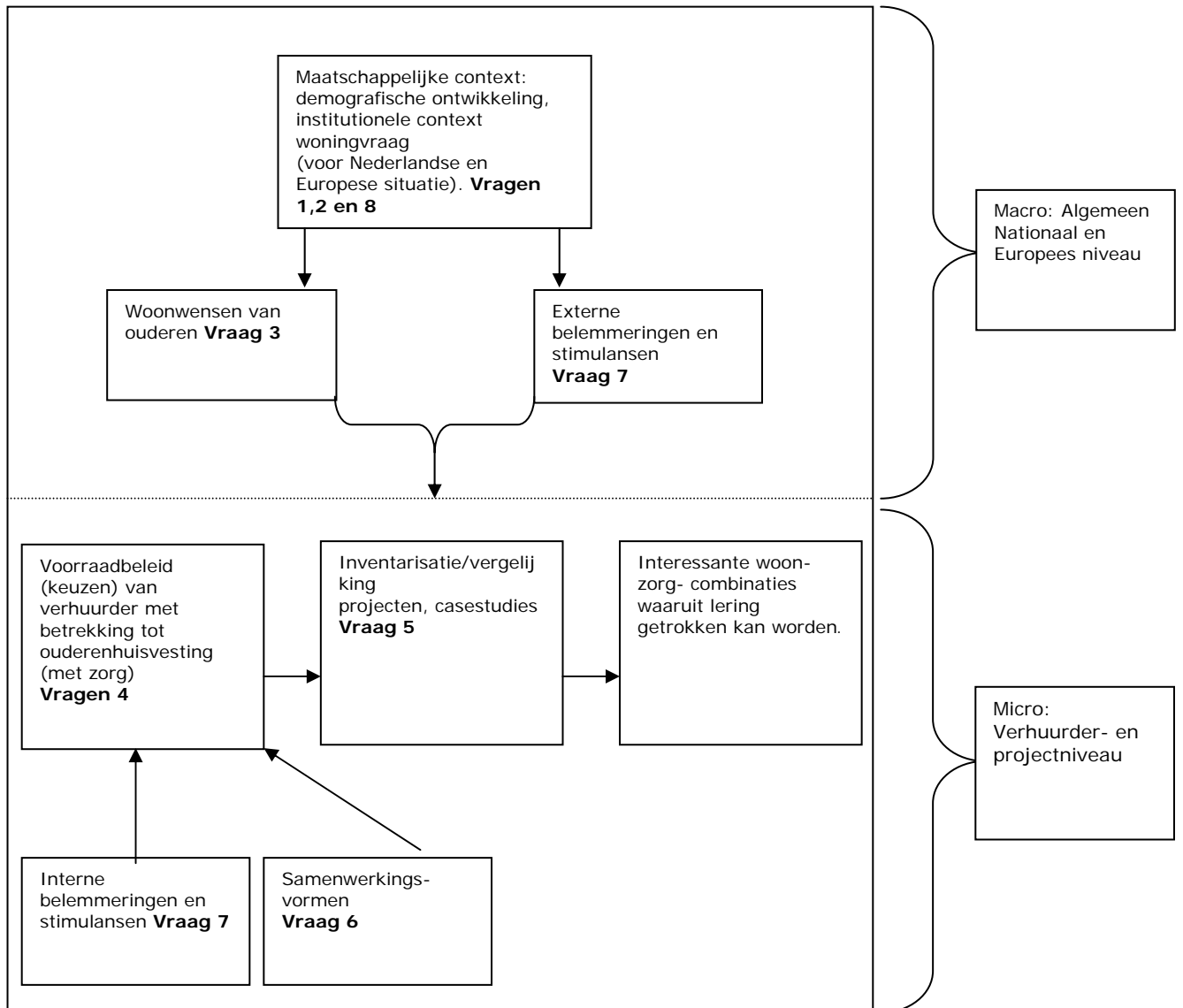
Gedacht kan worden aan belemmerende regelgeving van de overheid, slechte financiële situatie van de verhuurder of subsidies die het inspringen op de vergrijzing juist stimuleren).

Deze onderzoeksvragen kunnen vertaald worden in het onderstaande conceptueel schema (figuur 1.1). Relaties en invloeden tussen de verschillende onderdelen worden in dit schema weergegeven.

De maatschappelijke en institutionele context, externe belemmeringen en stimulansen en de woonwensen van de ouderen (macrogedeelte van dit schema) heeft invloed op hoe verhuurders inspelen op de vergrijzing.

Onder de maatschappelijke en institutionele context vallen in dit onderzoek kwalitatieve en kwantitatieve ontwikkelingen zoals demografische ontwikkelingen en beleid en regelgeving.

Figuur 1.1 conceptueel schema



Deze rapportage beperkt zich tot een literatuurstudie, waarin op de volgende vragen wordt ingegaan:

- 1 *Welke woon- en zorgontwikkelingen hebben zich afgespeeld vanaf 1980 in Nederland?*
- 2 *Wat is de huidige maatschappelijke en institutionele context van wonen en zorg ?*
- 3 *Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen in de woningvraag van ouderen?*
- 4 *Welke typen combinaties van wonen en zorg zijn er momenteel door verhuurders opgezet?*

Deze onderzoeksvragen dienen als achtergrond om het gehele onderzoek in zijn context te kunnen plaatsen, voordat overgegaan wordt tot het afnemen van interviews met sociale verhuurders en zorginstellingen in de volgende fase van het onderzoek. Een overzicht van de geraadpleegde schriftelijke bronnen is opgenomen in bijlage A.

### **1.3 Opbouw**

In de volgende hoofdstukken zullen verschillende onderwerpen beschreven worden die met wonen en zorg te maken hebben. Allereerst wordt de maatschappelijke context geschetst. Dit vertaalt zich in de volgende (sub)paragrafen: vergrijzing in Nederland, eigen woningsector, sociale huursector en particuliere huursector, woningvraag, woningaanbod, ontwikkelingen in het type woningen en het beleid in vogelvlucht, ontwikkelingen in de volkshuisvesting, benodigde partijen voor realisatie woonzorgcombinatie en samenwerking. Daarna zal in hoofdstuk drie de categorisatie van woonzorgcombinaties als denkkader beschreven worden. Verschillende ouderenhuisvestingsvormen met huidige gerelateerde voorbeeldprojecten op het gebied van woonzorgcombinaties zal uitgebreid in hoofdstuk vier aanbod komen, wat de volgende (sub)paragrafen bevat: inleiding, seniorenwoning, aanleunwoningen, levensloopbestendige woningen, groepswonen, serviceflat, woonzorgcomplexen voor ouderen, verzorgins- en verpleeghuizen, specifieke woningen voor allochtonen, complex overstijgende concepten, woonzorgzone gebaseerd op het STAGG-model en domotica.

## 2 Maatschappelijke context

### 2.1 Vergrijzing in Nederland

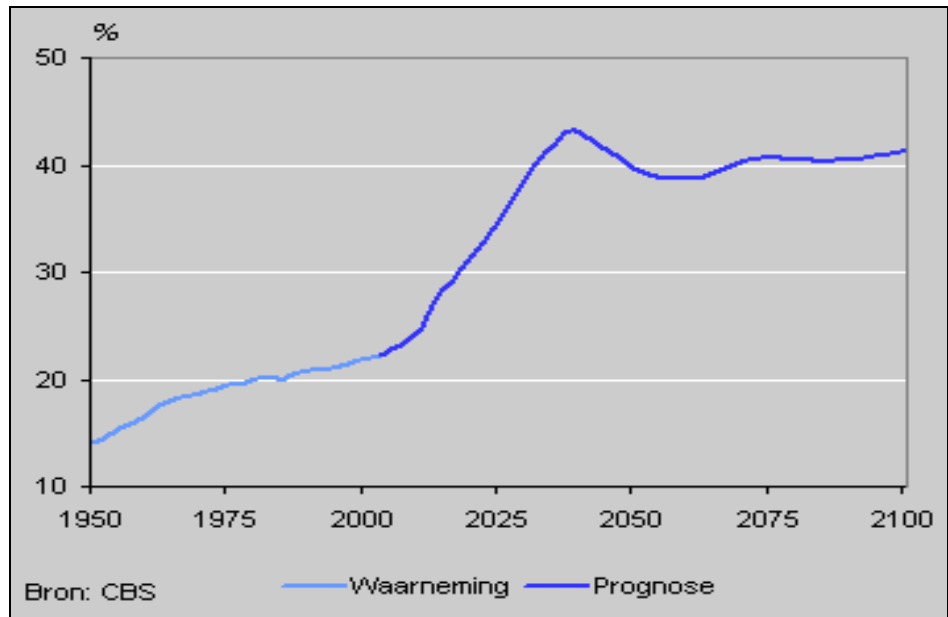
De Nederlandse bevolking is na een langzame start, snel aan het vergrijzen (Fokkema, 1996). Dit is zeker geen nieuw gegeven maar het is wel een verschijnsel waar belangrijke consequenties aan verbonden zijn. De laatste jaren is daarom meer aandacht geschonken aan deze ontwikkeling. Ouderen staan steeds meer in de schijnwerpers.

De aandacht voor ouderen wordt mede veroorzaakt door bezuinigingsbeleid van de Nederlandse rijksoverheid in de zorg voor ouderen. Dit beleid is erop gericht het aantal plaatsen in verzorgingshuizen gelijk te houden, door het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen te bevorderen. Het streven om mensen die behoefte hebben aan zorg als ouderen, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten en (ex)psychiatrische patiënten, zo lang mogelijk of zo snel mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen wordt ook wel 'extramuralisering' in de gezondheidszorg genoemd (VROM, 2000). Door de verschuiving in beleid worden automatisch aan institutionele zorg gerelateerde zaken zoals een goede huisvesting en adequate dienstverlening op de politieke agenda geplaatst.

Op dit moment zijn er ongeveer 2,2 miljoen 65-plussers in Nederland. Na 2010, wanneer de naoorlogse geboortegolf de vijfenzestigjarige leeftijd bereikt, zal het aantal ouderen fors toenemen. Over dertig jaar zijn dat er ongeveer vier miljoen (CBS, 2004). De naoorlogse 'babyboom' heeft nu ongeveer de leeftijd van 55 jaar bereikt en zij gaat nu tot de ouderen behoren. Het aantal oudere huishoudens neemt daardoor toe, en dat heeft grote gevolgen voor de woningmarkt. Er komen steeds meer mensen in de hogere leeftijdscategorieën. Onder ouderen zijn vrouwen oververtegenwoordigd en dat blijkt des te sterker te gelden naarmate men in een oudere leeftijdsgroep beziet. Echter pas ná 2010, wanneer de naoorlogse geboortegolf de vijfenzestigjarige leeftijd bereikt, zal het aantal ouderen fors toenemen. Bovendien is er sprake van een 'dubbele' vergrijzing want niet alleen de Nederlandse bevolking als geheel vergrijst, ook de oudere bevolking zelf vergrijst (Filius, 1993).

Door het toenemende aantal ouderen zal de zogeheten 'grijze druk' ook stijgen. (De grijze druk is het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20-64-jarigen.) De groep 20-64-jarigen valt voor een groot deel samen met de (potentiële) beroepsbevolking, die de lasten van de vergrijzing moet opvangen. Volgens het CBS (2004) en het RIVM (2004) is de grijze druk op dit moment 22 procent (zie figuur 2.1). Dit betekent dat op elke honderd potentiële arbeidskrachten tweeëntwintig 65-plussers zijn. Vijftig jaar geleden waren dit er nog veertien. Rond 2040 bereikt de vergrijzing haar hoogtepunt en zal zich daarna stabiliseren. De grijze druk zal dan 43 procent zijn, bijna het dubbele van nu. Na 2040 neemt de grijze druk af omdat de naoorlogse generatie dan overleden zal zijn. De daling zal echter niet sterk zijn. Voorlopig zal de Nederlandse samenleving rekening moeten houden met een blijvend hoog percentage ouderen in de bevolking met een steeds stijgende levensverwachting bij de geboorte.

Figuur 2.1 Grijsdruk



Bron: RIVM, 2004

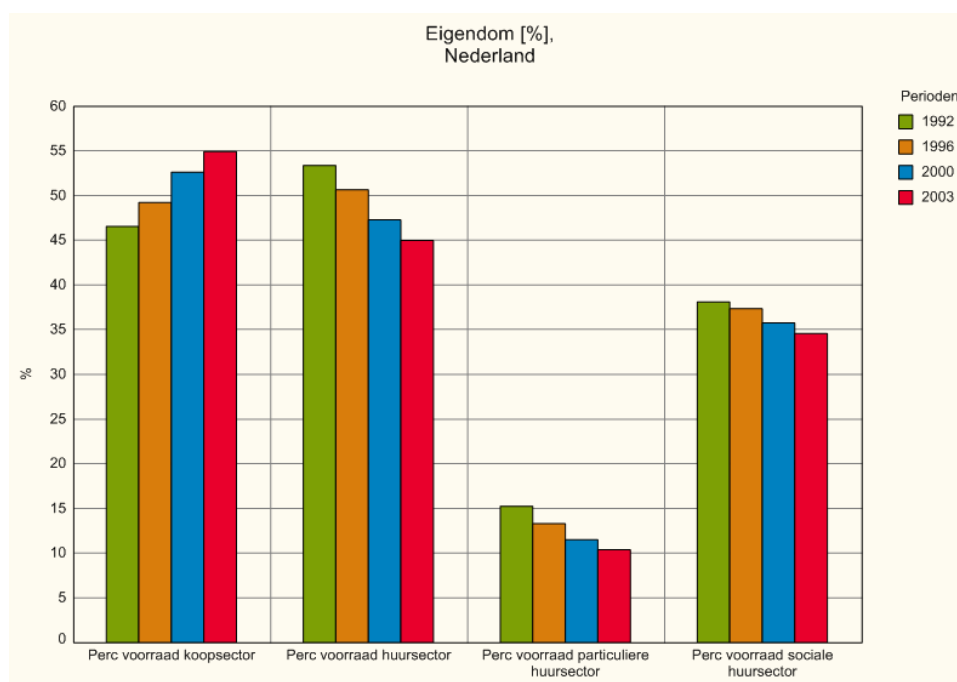
De toename van het aantal ouderen verschilt per regio in Nederland. Het vergrijzingspatroon is aan verandering onderhevig. De vergrijzing heeft zich als eerste geopenbaard in de grote steden. Nu doet zich binnen de grootstedelijke gebieden een interessante verschuiving voor. Vooral in grote steden zoals Amsterdam en Rotterdam is er juist de komende 10 tot 15 jaar een 'ontgrijzing te zien' (RIGO Research en Advies BV, 2003). Dit zal zich naar verwachting de eerstkomende jaren voortzetten. Zoals blijkt uit de drie van de grootstedelijke gebieden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag zullen niet langer de grote steden, maar de randgemeenten relatief veel ouderen herbergen (Fokkema & Van Solingée, 1998). Dit betekent dat er meer (zorg)voorzieningen voor ouderen in de randgemeenten zullen moeten komen. Mede hierdoor zijn er in het verleden relatief veel zorgvoorzieningen voor ouderen in de steden gebouwd.

Niet alleen het aantal ouderen neemt toe maar ook het aantal mensen dat zorg nodig heeft. Of het aanbod aan geschikte en gewenste woningen de groei kan bijbenen, is twijfelachtig. De kans is dus groot dat op de woningmarkt een steeds grotere concurrentie ontstaat tussen ouderen (ANBO, 2001).

## 2.2 Eigen woningsector, sociale huursector en particuliere huursector

Het eigenwoningbezit in Nederland is flink toegenomen de laatste decennia. In 2004 is het aandeel koopwoningen en huurwoningen respectievelijk 54,2% en 45,8% (VROM, 2004). De onderstaande figuur 2.2 laat zien dat de koopsector tussen 1992 en 2003 gegroeid is met ongeveer 9 procentpunt. Het aandeel woningen in de particuliere en sociale huursector is daarentegen juist afgenomen.

Figuur 2.2 Woningvoorraad naar eigendom in Nederland (%)



Bron: VastgoedMonitor ABF, 2004

Als er specifiek naar de groep ouderen wordt gekeken dan heeft een steeds groter percentage ouderen (38% in 1990 tot 48% in 2002) een koopwoning (SCP, 2004). Door de economische neergang zijn mensen tijdelijk minder bereid om een woning te kopen. De huursector is weer even in de lift (ABF Research, 2004). In 1998 wilde ruim 45 procent van de huurders verhuizen naar een koopwoning. In 2002 is dat percentage teruggezakt naar 30%, wat ongetwijfeld weer zal stijgen.

Zowel in de koop- als in de huursector zal aandacht moeten worden besteed aan de woonwens van de (toekomstige) ouderen. Voor woningcorporaties is ouderenhuisvesting interessant aangezien meer dan 60% van hun huurders mensen van boven de 55 jaar zijn, waarvan een derde deel lichamelijke beperkingen heeft (Jansen & Singelenberg, 2002). Daarnaast is er een groep huishoudens die hun vermogen in een koopwoning te gelde maken en naar de huursector overstappen.

### 2.3 Woningvraag

Het woningmarktgedrag van ouderen is de afgelopen jaren sterk veranderd. Ouderen zijn tegenwoordig mondiger, geëmancipeerd en koopkrachtiger. Het beleid is mede als gevolg daarvan aan verandering onderhevig. In de jaren '60 en '70 was het normaal om als oudere naar een verzorgingshuis te gaan (Nesselaar, 2001).

Tegenwoordig is er de trend dat ouderen zolang mogelijk zelfstandig willen en blijven wonen. Dat is een wens die ouderen zelf uiten en die eveneens door de rijksoverheid en verhuurders worden ondersteund.

Het scheiden van wonen en zorg wordt ook wel 'extramuralisering' genoemd. Het houdt in dat hulpbehoevende ouderen thuis intensieve zorg genieten in plaats van hen op te nemen in een tehuis. Er is mede hierdoor een grote behoefte aan volledig toegankelijke woningen. Deze vraag komt van huishoudens die 55 jaar of ouder zijn en beperkt van mensen met een handicap. In 2002 hadden 970.000 mensen behoefte aan volledig toegankelijke woningen. In 2002 bedroeg het tekort 41.000 aan, privacy, onzichtbaarheid van de aanwezigheid van zorg/mogelijkheid dergelijke woningen. Door de demografische ontwikkelingen en de extramuralisering

(bevordering van zelfstandig wonen) in de gezondheidszorg zal deze behoefte stijgen.

Enkele kwalitatieve woonwensen van ouderen zijn volgens Arcares (2004): veiligheid, gezelligheid van zorg, keuzevrijheid en maatwerk op het gebied van wonen en zorg en behoud van zelfstandigheid.

De maatregelen om zelfstandigheid te behouden, zijn aanvullingen op of verbeteringen in de bestaande woonsituatie (Woningraad extra, 1994). Gedacht kan worden aan domoticoepassingen of de woning toegankelijker maken zoals deuren verbreden en drempels verwijderen.

Met het stijgen van de leeftijd en de ernst van lichamelijke beperkingen, neemt de interesses voor woonvormen met diensten en zorg toe. Ongeveer negentig procent van de ouderen zijn tevreden tot zeer tevreden met hun woningen en verhuizen liever niet. Gezondheidsklachten of de angst om deze te krijgen doet hen willen verhuizen (SCP, 2004).

Van ouderen die een speciaal voor ouderen geschikte woning wensen, wil meer dan de helft een woning in een wooncomplex. De overige ouderen wensen een op zichzelf staande ouderenwoning. In een wooncomplex wensen zij vooral een huismeester, een recreatiezaal en bedden of kamers waar verzorging mogelijk is. Iets minder belangrijk zijn de receptie en gezamenlijke maaltijdvoorziening (SCP, 2004).

De 'nieuwe' senioren hebben gemiddeld een hoger inkomen dan de 'oude' senioren. Dit komt vooral doordat er nieuwe huishoudengroepen tot de senioren zijn gaan behoren en de nieuwe senioren hebben doorgaans een beter pensioen. In tabel 2.1 komt naar voren dat ouderen die een huis willen kopen gemiddeld een hogere gewenste koopprijs hebben dan mensen onder de 65 jaar (18-65 jaar). Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze 65-plussers vaker een hypotheekvrije woning hebben dan de groep van 18 t/m 65 jaar. Na verkoop hebben zij dan een hoger bedrag te besteden voor een nieuw koophuis.

Tabel 2.1 Wensen van ouderen

	Tot 65 jaar	65 +
verhuisgeneigd	29%	13%
Beslist kopen	67%	23%
Gemiddeld gewenste koopprijs	256.000	282.000
Gewenste koopprijsklasse in euro's:		
< 250.000	45%	32%
250.000- 350.000	30%	49%
>350.000	25%	19%
Meergezinswoning gewenst	10%	51%
Gewenst aantal kamers:		
< 4	11%	46%
4	33%	32%
> 4	56%	22%
Voorkeur:		
Centrum stad	15%	10%
Rand stad	36%	49%
Kleine gemeente	20%	19%
Buiten bebouwde kom	22%	21%
Geen voorkeur	8%	1%

Bron: Maassen, 2004

Een generatie allochtone ouderen dient zich aan. Momenteel zijn er nog relatief weinig allochtone ouderen in Nederland, maar hun aantal gaat na 2005 snel groeien. Er zijn nu naar schatting 100.000 allochtone 55-plussers en in 2015 zal dat aantal verdrievoudigd zijn. Na 2010 gaat ook de allochtone 75-plussers snel toenemen. Deze groeiende groep allochtonen heeft gevolgen voor de toekomst van wonen, zorg en welzijn (NIZW, 2004). Dit geldt vooral voor de steden, omdat daar veel allochtonen ouderen wonen.

De sterkste stijging van het aantal ouderen is momenteel te zien onder Turken en Marokkanen (NIZW, 2004). In verhouding is er een mindere hoge stijging van ouderen bij Surinamers en Antillianen maar ten opzichte van het aantal autochtone ouderen is dit nog altijd een forse stijging (NIZW, 2004). Met name neemt het percentage van allochtonen ouderen met lage inkomens toe. Onder deze groep allochtonen bevinden zich veel oude gastarbeiders die vaak te maken hebben met vroege slijtage van het lichaam waardoor de behoefte aan zorg toe kan nemen. Voor allochtone ouderen speelt vaak de familie een grotere rol. De kinderen van deze ouderen beschikken vaak niet over een aangepaste woning. Verschillende woonvormen voor allochtone ouderen worden beschreven in paragraaf 4.1.8.

## 2.4 Woningaanbod

Het aantal ouderenwoningen in Nederland is in de jaren '90 sterk toegenomen. Toch moeten er in de periode tot 2015 bijna 400.000 voor ouderen geschikte woningen door nieuwbouw en verbouw in de voorraad bijkomen om aan de stijgende behoefte te voldoen (SCP, 2004).

Tabel 2.2 laat zien dat de kenmerken van ouderenwoningen aan verandering onderhevig is. Opvallend is dat er steeds meer ouderenwoningen in de koopsector gebouwd zijn. Van de nieuwe ouderenwoningen werd bijna 30% als koopwoning opgeleverd, terwijl dit begin jaren '90 nog maar 16% was. Ook zijn het aantal kamers en de oppervlakte toegenomen van de woonkamer (SCP, 2004).

Tabel 2.2 Kenmerken van ouderenwoningen, 1990-2002 (in procenten)

	1990	1994	1998	2002
aantal ouderenwoningen	175.000	251.000	451.000	498.000
waarvan	70	78	72	78
nultredenwoningen				
eengezinswoning	42	38	32	34
flat/etagewoning	58	62	68	66
1- of 2-kamerwoning	65	60	40	31
3-kamerwoning	33	37	45	49
4- of meerkamerwoning	2	4	15	20
oppervlakte woonkamer	28	25	15	14
< 20m <sup>2</sup>				
20-29 m <sup>2</sup>	61	56	56	49
30 m <sup>2</sup> of meer	11	18	29	37
koopwoning	2	4	11	16
huurwoning	98	96	89	84

Bron: SCP, 2004

De toename van ouderenwoningen is toe te schrijven aan nieuw gebouwde woningen, aanpassingen van bestaande woningen en ook door een andere labeling van de woningen. Veel verhuurders hebben woningen die eerst in de reguliere voorraad vielen, die redelijk tot goed toegankelijk of op de begane grond waren, in



de jaren '90 het label 'geschikt voor ouderen' gegeven (SCP, 2004). Dit laatste betreft dus een administratieve kwestie.

Het blijkt dat 81% van de ouderenwoningen waar (een vorm van) diensten of zorg geboden wordt, deel uit maakt van een complex met woningen (dus een complexgebonden bouwwijze heeft). Ongeveer 50% tot 65% van deze complexen heeft een recreatieruimte, huismeester of receptie en een minderheid van de complexen heeft bedden of kamers waar verzorging of verpleging geboden kan worden (SCP, 2004).

## **2.5 Ontwikkelingen in het type woningen en het beleid in vogelvlucht**

Door de jaren heen zijn er al vele termen gebruikt voor ouderen. In de jaren '80 sprak men van 'bejaarden', dit ging over in de jaren '90 in 'senioren' en vandaag de dag spreekt men meer van 'ouderen'. Dit geeft al aan dat het denken over oudere sterk aan verandering onderhevig is.

In de jaren '70 waren er voornamelijk bejaarden-, verzorgings- en verpleegtehuizen voor ouderen. De woonruimte voor de oudere was klein en een keuken ontbrak (Sep, 1993). Zeker in de tijd dat de vraag het aanbod overtrof sliepen ouderen ook wel met meer op een kamer. In de jaren tachtig wordt er voor het eerst serieus werk gemaakt van de zelfstandige huisvesting van ouderen. De ontzuiling, individualisering en differentiatie van woonwensen onder ouderen voegen flexibiliteit en aanpasbaarheid toe aan het pakket van overwegingen dat het ontwerpen, bouwen en verhuren van woningen stuurt. Allerlei nieuwe woonvormen doen hun intrede (Sep, 1993).

In de jaren '70 en '80 ontstonden er verschillende woongroepen. De ideeën over beschut wonen en onderlinge zorg die in de woongroepen voor het eerst werden ontwikkeld, hebben hun doorwerking gehad op de overige ouderenhuisvesting. In de jaren negentig is het onderscheid tussen groepswonen en zelfstandig wonen in een seniorencomplex vervaagd. Gemeenschappelijke voorzieningen zijn dan veelal in complexen voor ouderen aanwezig.

Het principe aanpasbaar bouwen ontstond in de jaren '80 binnen de Nationale Woningvoorraad (koepel van woningcorporaties). Later ging dit over levensloopbestendig bouwen.

De ouderen stonden in de jaren '90 hoog op de huisvestingsagenda (SCP, 2004). Veel ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen willen zelfstandig blijven wonen. Deze wens is recent nog steeds aanwezig. Het past ook goed bij de wens van de overheid om het aantal plaatsen in verzorgingshuizen te beperken. Ook wel 'vermaatschappelijking van de zorg' genoemd. Het is de tendens om thuis intensieve zorg te geven in plaats van mensen op te nemen in tehuizen (SCP, 2004).

In de loop van de jaren '90 is het aanbod verruimd door aanpasbaar en levensloopbestendig bouwen en renoveren doormiddel van het aanbrengen van liften en aanpassingen binnen bestaande woningen. De individuele huursubsidie maakte de ouderenwoningen toegankelijk voor vele ouderen.

In de nota Mensen Wensen Wonen wordt eind jaren '90 'wonen en zorg' benoemd als een van de vijf opgaven voor het woonbeleid in de jaren 2000. Al snel ontstaat het concept de Woonzorgzone (ook wel Woonservicezone genoemd). Een Woonzorgzone

is gewoner en maatschappelijk geïntegreerder dan een woonzorgcomplex (Singelenberg, 2001).

## **2.6 Ontwikkelingen in de volkshuisvesting**

De laatste jaren is er wat betreft de volkshuisvesting veel veranderd. Vroeger werden er algemene regels die moesten gelden in zowel een gemeente in Groningen als in de stad Amsterdam. Hierdoor kon onvoldoende ingespeeld worden op de verschillende omstandigheden die zich in deze gemeenten voordoen. Forse wijzigingen van het beleid verschenen in de nota 'Volkshuisvesting in de jaren negentig' (ook wel de nota Heerma genoemd). Met VVD minister Remkes, werd vooral de liberalisering doorgevoerd.

De nota Volkshuisvesting in de jaren '90 gaf aan dat het stelsel van de volkshuisvesting veranderd wordt. Het komt er op neer dat de (rijks)overheid zich terug trekt uit de volkshuisvesting. Deze wijzigingen zijn al enkele jaren doorgevoerd. Op de eerste plaats laat het Rijk steeds meer over aan de partijen op het lokaal niveau zoals gemeenten, verhuurders en huurderorganisaties. Dit betekent dat het Rijk alleen de hoofdlijnen nog bepaalt. Op lokaal niveau moet de invulling ervan geregeld worden. Dit proces wordt decentralisatie genoemd. Er worden globale richtlijnen opgesteld in plaats van gedetailleerde regelgeving die tot dan toe plaats vond. Achteraf controleert het Rijk steekproefsgewijs. Hierdoor is er veel regelgeving verdwenen: de zogenaamde deregulering. Tevens is er sprake van bezuiniging op de volkshuisvesting.

De gemeenten krijgen hun subsidies van het Rijk nu in de vorm van tevoren vastgestelde budgetten. De risico's zijn nu naar het lokale niveau verplaatst. Op lokaal niveau moet het beleid in eerste instantie tot stand komen door corporaties. Zij zijn verplicht om hierbij de huurderorganisatie te betrekken. De gemeente is meer een overlegpartner van de corporaties. Ze sluiten samenwerkingsovereenkomsten (convenanten) af waarin de te leveren prestaties worden afgesproken. Voorheen controleerde de gemeente of corporaties de afspraken na waren gekomen. Het toezicht op de woningcorporaties ligt nu weer meer bij de Rijksoverheid. Het volkshuisvestingsbeleid sluit nu meer aan bij de behoeften en wensen die er in een gemeente zijn aangezien de keuzen in het beleid nu lokaal worden gemaakt. Tevens wordt de woonconsument meer in het proces betrokken. Zij fungeert meer als een gesprekspartner van gemeenten en verhuurders (Stade, 2003). Het kabinet gaat met woningcorporaties en gemeenten harde en concrete prestatieafspraken maken over het aandeel van de productie van volledig toegankelijke woningen voor ouderen en gehandicapten.

### **> Scheiden van wonen en zorg**

Behalve veranderingen in de volkshuisvesting zijn er ook veranderingen in de zorg aan de orde. Het scheiden van wonen en zorg is een internationale trend, begonnen in het midden van de jaren tachtig (Singelenberg, 2005). Op verschillende manieren is het scheiden van wonen en zorg te onderscheiden, namelijk: financieel, ruimtelijk en organisatorisch (Verbeek & Duine, 2004). Bij het financieel scheiden van wonen en zorg zal de cliënt zelf voor de betaling van zijn woonlasten zorg dragen. Het organisatorisch scheiden van wonen en zorg wil zeggen dat de cliënt wat wonen betreft niets meer met de zorgaanbieder te maken heeft. Het wonen is uitbesteed aan bijvoorbeeld een woningcorporatie. Onder de ruimtelijke scheiding wordt de scheiding van functies als wonen, begeleiding en behandeling in ruimtelijke zin zodanig verstaan dat deze niet onder één dak geplaatst zijn (Verbeek & Duine, 2004).

Volgens de rijksoverheid is de doelstelling van het scheiden van wonen en zorg dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven wonen en functioneren. Met het scheiden van wonen en zorg wordt ook meer keuzevrijheid voor de consument beoogd. De 'all-in pakketten' worden vervangen door verschillende woon-zorg-arrangementen en er wordt gestreefd naar 'maatwerk'. Een bijkomend voordeel voor de overheid is dat de wooncomponent losgeweekt wordt van de zorg, zodat de financiering van het wonen uit de ziektekostenverzekering gehaald kan worden. De overgebleven kosten van de gezondheidszorg zijn dan (verder) terug te brengen tot de 'werkelijke' zorgkosten (Verbeek & Duine, 2004).

#### > AWBZ en WMO

Actuele zorgontwikkelingen betreft de verandering van de AWBZ en de WMO. De AWBZ is van belang voor verhuurders om zich te realiseren dat bepaalde zorg niet zomaar geleverd kan worden en dat bewoners te maken hebben met de indicatiestelling.

De overheid is bezig om een ander stelsel voor langdurige zorg te ontwikkelen. Het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen wil de overheid bereiken met oplossingen voor de sterk groeiende uitgaven in de zorg en een druk op de arbeidsmarkt in de zorgsector (VWS, 2005).

Het plan van de overheid is als volgt: de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) zal veranderen en vanaf 2006 zal er een nieuwe wet worden ingevoerd: de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wet maakt een strikt onderscheid tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'. Zorg zal na invoering van de WMO onder de AWBZ vallen en zal alleen nog de langdurige zorg voor chronisch zieken en psychiatrische patiënten, gehandicapten en ouderen bevatten (GGZ, 2005). Delen van de AWBZ zoals de huishoudelijke zorg en extramurale begeleiding worden ondergebracht bij de WMO. De AWBZ was bij de totstandkoming in 1967 vooral bedoeld voor de zogenoemde onverzekerbare risico's. Met name verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten vielen hieronder. Aangezien de uitgaven in de AWBZ de laatste jaren sterk zijn gegroeid wil de overheid deze groei beheersen door de AWBZ terug te brengen tot de kern. Dit houdt in dat alleen de onverzekerbare zorg (zoals langdurige opname in een instelling) en een aantal 'echte' zorgfuncties die bij mensen thuis geboden worden, nog worden vergoed uit de AWBZ. De overheid wil dat alle AWBZ-functies die niet direct met zorg te maken hebben uit de volksverzekering verdwijnen (GGZ, 2005). Maatschappelijke ondersteuning zal straks vallen onder de nieuwe WMO en gaat over de ondersteuning en begeleiding die het mensen mogelijk moet maken om volwaardig aan de maatschappij deel te nemen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO komt bij de gemeenten te liggen (VWS, 2005).

Daarnaast zal de indicatiestelling aangescherpt en gecentraliseerd worden en de contracteerplicht van zorgkantoren wordt afgeschaft.

Door veranderingen in de AWBZ gaan aanbieders van zorg en ondersteuning onderling concurreren, wat volgens de overheid goedkopere zorg oplevert maar wel met genoeg kwaliteit. Aanbieders moeten flexibeler inspelen op de wensen van cliënten zodat zij zorg op maat krijgen (VWS, 2005). De WMO moet het mensen mogelijk maken om zo lang mogelijk zelfstandig in de maatschappij te functioneren. Daarbij kan bijvoorbeeld meer vrijwilligerswerk, mantelzorg, opvoedingsondersteuning, huishoudelijke hulp en betere informatie en adviesvoorziening ingezet worden.

Voorheen mochten woningcorporaties zich niet in het tussengebied van wonen-zorg begeven, terwijl ze nu juist aangespoord worden door de overheid om zoveel

mogelijk te investeren in wonen met zorg. Daartoe behoort ook de opgave om een groter deel van hun woningbezit 'levensloopbestendig' te maken. Investeren in wonen en zorg door corporaties brengt wel risico's volgens het ministerie VWS met zich mee, die mede verband houden met de nog niet voltooide verbouwing van het AWBZ-stelsel en de nieuwe WMO (VWS, 2005). Via het ruimtelijk beleid worden provincies en gemeenten aangemoedigd om meer ruimte toe te staan voor de bouw van woonzorgcombinaties.

Om het scheiden van wonen en zorg te kunnen realiseren hebben de ministeries VWS en VROM samen een het Actieplan Wonen & Zorg opgesteld. Jaarlijks zal dit actieplan geactualiseerd worden in overleg met betrokken partijen en organisaties zoals gemeenten, provincie, woningcorporaties, commerciële verhuurders, zorgaanbieders, zorgkantoren, en consumentenorganisaties (VWS, 2005). De belangrijkste punten uit het actieplan zijn:

Door verbouw en bouw van woningen moeten er 255.000 woningen voor mensen met lichamelijke beperkingen bijkomen (tussen 2002 en 2009). Door een woningtoewijzingsysteem worden deze woningen dan gereserveerd voor kwetsbare doelgroepen. De woonomgeving moet geheel toegankelijk zijn voor mindervalide mensen (drempelloos). Er moet meer aandacht besteed worden aan veiligheid door een alarmeringssysteem (zowel sociale alarmering als een alarmeringssysteem tegen inbraak). Het aanbod van zorg en diensten in de directe omgeving moet vergroot worden. Zorginstellingen, corporaties en gemeenten richten een zorgsteunpunt in van waaruit bijvoorbeeld thuiszorg en dagactiviteiten georganiseerd worden.

## 3 Nadere categorisatie van woonzorgcombinaties

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen eerst enkele categorisaties van verschillende ouderenhuisvestingsvormen aanbod komen. Daarna komen de verschillende huisvestingsvormen, die binnen de gekozen categorisatie vallen, aan de orde. Enkele projecten die als voorbeeld dienen per huisvestingsvorm worden in een kader geplaatst.

### 3.2 Categorisatie woonzorgcombinaties

Wat voor woonzorgcombinaties bieden verhuurders aan? Op welke schaalniveaus? Het begrip ouderenhuisvesting kent in de praktijk veelvormige uitwerkingen. Uit de bestaande literatuur komen verschillende categorisaties naar voren die overigens op elkaar lijken. De eerste categorisatie van ouderenhuisvesting die in dit rapport besproken wordt, is die van Bijsterveld (2004). Deze is als volgt:

- 1 *Verzorgd wonen met de mogelijkheid van verpleging en verzorging vanuit een dichtbij gelegen zorgsteunpunt met 24-uurs-zorg.*
- 2 *Wonen met de mogelijkheid van diensten die niet vallen onder verpleging of verzorging (zoals de aanwezigheid van een huismeester of de aanwezigheid van een recreatieruimte).*
- 3 *Woningen zonder zorginfrastructuur.*

'Verzorgd wonen' (nummer 1) heeft een uitgebreid zorgaanbod voor ouderen. Het tweede type richt zich op diensten die niet met verpleging of zorg te maken hebben maar bijvoorbeeld met gemak of veiligheid. Type drie heeft geen diensten, maar is wel toegankelijk voor ouderen. Een uitgebreidere categorisatie hanteert het Sociaal Cultureel Planbureau (2004) die overigens is opgesteld door Sogelée en Brouwer:

- 1 *Ouderenwoningen met verzorgd wonen. Hiervan is sprake als een bewoner van een ouderenwoning gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum.*
- 2 *Ouderenwoning met diensten (wonen met diensten). Dit betreft ouderenwoningen waar bewoners gebruik kunnen maken van diensten uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt (maar niet verzorging of verpleging). Ook wooncomplexen met een huismeester, receptie of sociaal alarmeringssysteem worden hiertoe gerekend.*
- 3 *Overige ouderenwoningen: woningen die wel speciaal bestemd zijn voor ouderen, maar waar geen zorg of diensten worden geboden.*
- 4 *Woningen met ingrijpbare aanpassingen, die niet onder 1 of 3 vallen.*
- 5 *Overige nultrede woningen. Woningen zonder binnen- of buitentrap die niet tot bovenstaande categorieën behoren.*
- 6 *Overige woningen.*
- 7 *Woningen die op geen enkele manier geschikt zijn voor ouderen.*

Deze categorisatie gaat van de meest 'verzorgde' ouderenhuisvestingssoort (ouderenwoningen met zorg) via de wat eenvoudigere ouderenhuisvestingsvormen (de overige ouderenwoningen) naar woningen die helemaal niet geschikt zijn voor ouderen. Sogelée en Brouwer kijken dus naar de gehele woningvoorraad. Bij type 4 (woningen met ingrijpbare aanpassingen) zijn ten behoeve van personen met

bepalingen speciale voorzieningen aangebracht zoals beugels in de badkamer of een traplift. Dit betreft alleen niet speciaal voor oudere bestemde woningen, maar ook woningen voor bijvoorbeeld gehandicapten. Bij type 5 (overige nultrede woningen) betreft het woningen die niet ingrijpend aangepast zijn, maar die wel zonder trap intern en extern toegankelijk zijn. Bij de overige woningen (6) betreft het alle andere woningen die noch speciaal geschikt voor ouderen zijn, noch een nultredenwoning zijn, noch ingrijpbare aanpassingen hebben.

Een globale indeling (zie figuur 3.1) van verschillende ouderenhuisvestingsvormen in de tijd met de mate van zorg komt naar voren in het boek van Houben en Mulder (1999). In de jaren '60 en '70 werden vooral de traditionele woonvormen voor ouderen gebouwd. Later de meer innovatieve woonvormen voor ouderen in de late jaren '70 tot midden jaren '90. Alternatieven voor traditionele woonvormen leidt tot (ver)nieuwbouw: het levensloopbestendig thuis-wonen (midden jaren '90 tot eind jaren '90) met verbetering van thuiszorg en aanpassing van de woning.

In dit figuur is ook te zien hoe vaak een oudere zou moeten verhuizen in zijn leven. Hoe lager in het schema hoe minder vaak een oudere zou moeten verhuizen volgens deze categorisatie. Door de jaren heen zijn er meer woonvormen gecreëerd waar ouderen van het begin tot het eind kunnen blijven wonen als de mogelijkheid van zorg en de toegankelijk goed geregeld zijn. Tevens is de mate van zorg aangegeven.

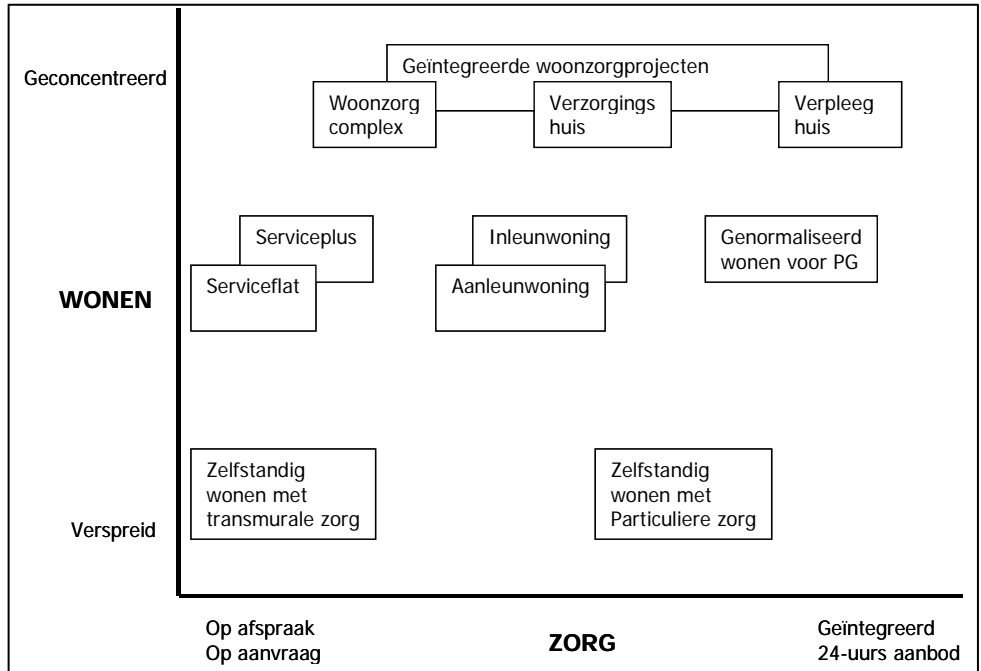
De categorisatie van Van der Voordt (1998) in figuur 3.2 maakt een onderscheid in geconcentreerd en verspreid wonen en of de zorg op afspraak is of dat het 24-uurs aanbod van zorg betreft. De verzorgingshuizen en verpleeghuizen en grote woonzorgcomplexen vallen onder geconcentreerd wonen. Hoe hoger in het figuur, hoe geconcentreerder wonen en hoe meer naar rechts, hoe meer 24-uurs-zorg er aanwezig is. Individuele zelfstandige woningen met transmurale zorg vallen onder verspreid wonen en hebben zorg op afspraak. Deze categorisaties geven een beeld van de gedifferentieerdheid van het aanbod en van de verscheidene categorisaties die er gemaakt zijn van de ouderenhuisvestingsvormen.

Figuur 3.1 Traditionele en innovatieve vormen van ouderenhuisvesting

Aantal malen	Mate van zorgbehoefte			
verhuizen	Niet/zwak	matig	ernstig	Zeer ernstig
<b>Traditionele woonvormen voor ouderen</b>				
3x	Thuis wonen beperkte thuiszorg	Woontussen- voorziening serviceflat	verzorgingstehuis	verpleeghuis
<b>Innovatieve woonvormen voor ouderen</b>				
2x	Beschermd wonen Serviceflats woongroepen			
2x		Woonzorgcomplex Aanleunwoning Begeleid wonen		
2x			Woonzorgcomplex Verpleegunit Begeleid wonen	
1x		Levensloopbestendig woonzorgcomplex		
<b>Levensloopbestendig thuis-wonen</b>				
1x	Combinatie: Woningaanpassing en aanpasbaar bouwen Uitbreiding en intensivering thuiszorg			
0x	Combinatie: Woningaanpassing en aanpasbaar bouwen Intensivering thuiszorg uitbreiding thuisverpleging			

Bron: Houben en Mulder, 1999

Figuur 3.2 Aanbod van wonen en zorg-combinaties door van der Voordt



Bron: Van der Voordt, 1998

Het is duidelijk hoe gedifferentieerd het woonzorgaanbod momenteel in Nederland is. In de jaren '60 en '70 waren er vier basisvormen waarin ouderen hun zorg konden ontvangen, namelijk in het verpleeghuis, het verzorgingshuis, de woontussenvoorziening en in hun zelfstandige woning. Voor veel ouderen betekende een grotere zorgbehoefte doorschuiven naar een andere woonvorm. Tegenwoordig zijn er woonvormen die alle woon-zorgdiensten aanbieden die een oudere nodig zou kunnen hebben. De woonzorgcombinaties die verhuurders aanbieden kunnen dan ook erg variëren.

Al deze categorisaties zijn voor dit onderzoek te vertalen naar de volgende categorisatie (figuur 3.3) die in het gehele onderzoek als leidraad zal dienen. In dit schema is er bewust voor gekozen om de verschillende woonvormen niet aan te geven aangezien de woonvormen van tegenwoordig zo verschillend zijn en veel overlappen waardoor het er alleen maar onduidelijker op zou worden. Deze categorisatie is opgedeeld in 'fysieke aanpassingen', 'diensten' en 'voorzieningen buiten de individuele woning'. In woonzorgcomplexen worden vaak de 'bezorgdiensten' door een huismeester gedaan. Of het nu geclusterde bouw of individuele woningen zijn er kunnen fysieke ingrepen worden uitgevoerd door de verhuurders om de woningen geschikt te maken voor ouderen. Deze ingrepen kunnen domotica-toepassingen zijn of bouwtechnische aanpassingen van de woning zoals het maken van een slaapkamer of badkamer op de begane grond. Er kan ook gedacht worden om een draaicirkel bijvoorbeeld bij het toilet zodat er met een rolstoel of rollator gebruik gemaakt kan worden van het toilet. Daarnaast zijn er ook voorzieningen die buiten de individuele woning vallen, maar wel in het wooncomplex aanwezig kunnen zijn zoals een schoonheidssalon, kapper of een gemeenschappelijke ruimte.

Figuur 3.3 Categorisatie van fysieke aanpassingen, diensten, voorzieningen voor woonzorgcombinaties

<b>Fysieke aanpassingen in de woning</b>	<b>Diensten in/aan de woning</b>
<p><b>Domotica/ict</b> Zoals alarmering, telemedicine, plasroute, beveiligingsapparatuur</p>	<p><b>Huishoudelijke en verzorgende diensten</b> Zoals schoonmaken, aankleden, bed opmaken, wassen, eten klaar maken</p>
<p><b>Bouwtechnisch</b> Zoals verbreden van de deuren, aanpassingen van de woningplattegrond</p>	<p><b>Bezorgingsdiensten</b> Zoals het bezorgen van boodschappen, maaltijden, medicijnen</p>
<p><b>Overige:</b> Alle losse fysieke aanpassingen zoals het plaatsen van een traplift, beugels in de douche</p>	<p><b>Medische zorg-diensten</b> Zoals: op afroep of 24 uren aanbod, telemedicine</p>
<p><b>Voorzieningen buiten de individuele woning</b> In het complex aanwezig: zoals fysiotherapie, kapper, manicure, schoonheids-salon, winkel, gemeenschappelijke ruimte</p>	

In het volgende hoofdstuk worden verschillende woonzorgcombinaties beschreven die (enkele) bovenstaande fysieke aanpassingen, diensten of voorzieningen hebben.



## 4 Vormen van woonzorgcombinaties toegelicht

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden verschillende ouderenhuisvestingvormen besproken. Enkele ervan worden toegelicht met interessante recente praktijkvoorbeelden. Daarna zal ingegaan worden op geografisch complex overstijgende concepten zoals de woonzorgzone. Tenslotte komen domotica-ontwikkelingen aanbod.

#### 4.1.1 Seniorenwoning

Een van de belangrijkste kenmerken van een seniorenwoning (een woning die uitsluitend bestemd is voor 'senioren') is dat het woongedeelte, de slaapkamers, het toilet en de douche-/badruimte en een bergruimte op dezelfde verdieping liggen. Dit kan zijn op de begane grond of op een verdieping in een flatgebouw die met een lift te bereiken is. Behalve de eis dat alle vertrekken op dezelfde verdieping zijn, hebben alle nieuwbouwwoningen en in een klein aantal ook de wat oudere woningen, de volgende kenmerken (SBO, 2003):

- de woning is gemakkelijk te onderhouden
- de woning is drempelvrij en voorzien van brede deuren, waardoor ook rolstoelgebruikers zich goed kunnen verplaatsen
- er is centrale verwarming
- speciale voorzieningen (zoals handgrepen, beugels etc.) kunnen op een makkelijke wijze worden aangebracht of zijn al aanwezig
- de woning is gunstig gelegen ten opzichte van openbare voorzieningen
- ramen en ventilatioosters zijn gemakkelijk te bedienen

Als er naar de categorisatie in figuur 3.3 wordt gekeken heeft de 'seniorenwoning' vooral bouwtechnische en overige fysieke aanpassingen en wordt er niet gerefereerd naar 'diensten' (behalve dat het dan gunstig gelegen is ten opzichte van openbare voorzieningen). Natuurlijk is het mogelijk om als individuele oudere in een seniorenwoning gebruik te maken van de diensten van de Thuiszorg of een andere zorginstelling, maar dat deze diensten aanwezig moeten zijn, behoort dus niet tot de kenmerken van een seniorenwoning.

Bijna 10 jaar geleden hebben de ouderenbonden samen met de SEV een consumentenkeurmerk gemaakt voor ouderenwoningen, het zogenaamde 'Seniorenlabel' (ANBO 1998). Dit label wordt toegekend aan nieuwbouwwoningen die voldoen aan een groot aantal basiseisen. Ze zijn daardoor levensloopbestendig wat wil zeggen dat de bewoner er tot op hoge leeftijd in kan blijven wonen. Het seniorenlabel wordt inmiddels met WoonKeur aangegeven. WoonKeur is een speciaal certificaat dat wordt gegeven aan nieuwbouwwoningen die aan de bewoner veel veiligheid, gebruiksgemak en vrijheid bieden. Een WoonKeurwoning heeft geen ontwerpfouten die de consument nu of in de toekomst ongemakken opleveren. De woning kan makkelijk worden aangepast wanneer de bewoner een andere indeling of ander gebruik wil of wanneer hij of zij moeilijker ter been wordt. In vaktermen heet dit een 'aanpasbare' woning (Woonkeurwijzer 2002). Tegenwoordig is het WoonKeur verplicht gesteld in het BBSH.

Voor de bestaande bouw is er enkele jaren geleden het 'Oppluslabel' ontwikkeld. Dit werd toegekend aan woningen die zodanig zijn opgeknapt dat ouderen er langer kunnen blijven wonen (ANBO 1998). Inmiddels is de afgifte gestopt. Vanaf 2006 zal

het mogelijk zijn voor het opplussen van bestaande woningen het certificaat WoonKeur bestaande woningen aan te vragen.

#### 4.1.2 Aanleunwoningen

Aanleunwoningen zijn zelfstandige woningen voldoen ook aan alle kenmerken die hierboven genoemd staan. Een verschil is echter dat een aanleunwoning een woning is met de mogelijkheid tot het ontvangen van zorg. Ze zijn direct gelegen nabij een verzorgings- of verpleeghuis van waaruit zorg geleverd kan worden en ze zijn aangesloten op hun alarmeringssysteem. Maar men kan in een aanleunwoning ook zorg ontvangen van de Thuiszorg. De bewoners kunnen tevens gebruik maken van voorzieningen en diensten van het verzorgingshuis. De woningen (en ook de openbare ruimte) zijn rolstoeltoegankelijk en beschikken vaak over een alarmsysteem voor hulp in noodgevallen. Ook kan de bewoner van een aanleunwoning naast zorg meestal (tegen betaling) gebruik maken van voorzieningen in het verzorgings- of verpleeghuis, zoals deelname aan activiteiten, maaltijdservice, kapsalon, etc.

Als de aanleunwoning in verband gebracht wordt met de categorisatie van figuur 3.3 dan wordt duidelijk dat het hier niet alleen om extra 'bouwtechnische of overige fysieke aanpassingen' gaat zoals bij de seniorenwoning het geval is. Naast alarmering, wat in de categorisatie van figuur 3.3 onder 'domotica/ict' valt, is er hier ook sprake van diensten zoals huishoudelijke en verzorgende diensten' en medische zorgdiensten op afroep.

#### 4.1.3 Levensloopbestendige woning

Bij een levensloopbestendige woning is bij de bouw of verbouwing van de woning voorbereidingen getroffen om de woning later gemakkelijk voor senioren aan te passen. Pas op het moment dat technologie of diensten wenselijk of noodzakelijk zijn, kunnen ze worden aangesloten, geïnstalleerd of geactualiseerd (Van Lieshout, 2001). Een levensloopbestendige woning is een gewone zelfstandige woning die geschikt is voor bewoning tot en met de laatste levensfase met minimale fysieke inspanningen en minimale kans op ongevallen. Een flexibele inrichting van de woning en aanwending van domotica kan de levensloopbestendigheid stimuleren. De woning is zo ontworpen dat zowel jongeren, gezinnen als ouderen er goed kunnen wonen. Levensloopbestendige woningen worden gekenmerkt door een ruim oppervlak, flexibele plattegrond en goede toegankelijkheid. De eisen die aan een levensloopbestendige woning gesteld hebben betrekking op: toegankelijkheid (voor gebruikers, van rolstoel, rollator of andere loophulpmiddelen), veiligheid (ongevallenpreventie, inbraak- en brandpreventie), gebruikersgemak (comfort-aspecten die verband houden met ouderdom), zorgverlening (aanpasbaarheid in verband met zorgverlening thuis) en wijk- en woonomgeving (essentiële voorzieningen, sociale veiligheid, barrière vrijheid).

Dit betekent dat vrijwel alles wat onder 'fysieke aanpassingen en diensten' in de woning wordt aangeboden of kan aangeboden worden (zie de categorisatie van figuur 3.3).

#### 4.1.4 Groepswonen

Een andere vorm van zelfstandig wonen voor ouderen is het wonen in een groep (woongroep). Ouderen wonen samen in een gebouw, maar ieder heeft een eigen appartement van normale grootte. Door het wonen in een groep is het makkelijker samen activiteiten te ondernemen. Ook in geval van nood is er altijd iemand die eerste hulp kan verzorgen. Dit gemeenschappelijke karakter gaat echter niet ten koste van de privacy van de groepsleden.

Tegenwoordig heb je ook woongroepen bestemd voor allochtone ouderen of homoseksuele ouderen. Zo zijn er groepen met Turken, Chinezen en Surinaamse,

Creoolse en Hindoestaanse ouderen (zie subparagraaf 4.1.9). In deze groepen leven ouderen samen met mensen die de taal, cultuur en geschiedenis delen.

Woongroepen kunnen vaak alleen fysieke aanpassingen in de woning bieden zodat de woning toegankelijk is voor ouderen. Diensten (bijvoorbeeld eerste hulp bij nood, eten klaar maken) kan men van medebewoners vragen als dit nodig is. Uit de categorisatie van figuur 3.3 kunnen bijvoorbeeld 'bouwtechnische of overige fysieke aanpassingen' in woongroepen van toepassing zijn.

#### 4.1.5 Serviceflat

De meeste serviceflats dateren uit de periode 1960-1975. Een serviceflat is een doorgaans luxe huur- of koopflat in een appartementencomplex, waarin veel service wordt geboden (ANBO, 1998). Vaak is er een eetzaal, bezorging van warme maaltijden mogelijk in eigen appartement, een winkel, hobbyruimten, wasserette, bibliotheek, tuin, park, manicure, kapper, huismeester en dergelijke. De dienstverlening en voorzieningen staan in een serviceflat voorop, heel soms wordt er zorg geboden. De zorg wordt dan vaak geregeld door de Thuiszorg. Wel is het vaak mogelijk om een abonnement te nemen op sociale alarmering. Als de serviceflat gerelateerd wordt aan de categorisatie van figuur 3.3 dan zijn er vaak bouwtechnische en overige fysieke aanpassingen en voorzieningen buiten de individuele woning aanwezig. De alarmering valt in deze categorisatie onder domotica. Bezorgdiensten en huishoudelijke en verzorgende diensten worden vaak door een huismeester, slaapwacht of de Thuiszorg geboden.

#### 4.1.6 Woonzorgcomplexen voor ouderen

Woonzorgcomplexen (ook wel wozoco's genoemd) voorzien in de behoefte van ouderen om zelfstandig te wonen met een zekere mate van beschutting en de garantie dat zorg indien nodig voorhanden is. Een woonzorgcomplex bestaat dus uit zelfstandige woningen die in de regel zijn gebouwd volgens de principes van het aanpasbaar bouwen. In woonzorgcomplexen zijn vaak verschillende fysieke aanpassingen en diensten in de woning en voorzieningen buiten de woning aanwezig. De variatie is vaak erg groot waardoor vrijwel alle fysieke aanpassingen, diensten en voorzieningen uit de categorisatie van figuur 3.3 in woonzorgcomplexen kunnen voorkomen.

De eerste woonzorgcomplexen voor ouderen ontstonden rond 1987 als uitvloeisel van het substitutiebeleid van het toenmalige ministerie van WVC. Dit beleid hield in dat zwaardere, intramurale voorzieningen deels gesubstitueerd zouden worden door lichtere semi- of extramurale voorzieningen (Aedes Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, 2004). Opvallend was de splitsing van wonen en zorg. Een zelfstandige woning wordt gehuurd door bewoners die verschillende niveaus van zorg kunnen krijgen. Het woonzorgcomplex is vanaf de jaren negentig hard gegroeid. Het is een meer op de wensen van de moderne oudere toegesneden versie van de al bestaande woontussenvoorzieningen als aanleunwoning en serviceflat.

Hoewel de verwachting is dat met name de lichtere woonzorgcomplexen achterhaald zullen worden door de uitbreiding van woonzorgarrangementen aan huis, is hier in de huidige praktijk nog niets van te merken (Aedes Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, 2004). De productiecijfers van woonzorgcomplexen vertonen in de jaren 1995 tot 1997 een piek met 5000 woningen per jaar. In de jaren er na lopen de cijfers steeds meer terug. In 2000 is de productie 2500 woningen en voor 2001 is de verwachting zelfs nog lager. Als oorzaken voor deze terugloop worden onder andere de onzekerheid over de financiering van de extramurale zorg door de overgang van de WBO naar de AWBZ en de moeizame financiering in woonzorgcomplexen van de zorginfrastructuur genoemd (Aedes Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, 2004).

In de afgelopen tien jaar zijn meer woonzorgcomplexen 24-uurszorggarantie gaan bieden en wonen er steeds vaker ouderen met een intramurale indicatie. Woonzorgcomplexen schuiven op de plek van verzorgingshuizen.

De meeste woonzorgcomplexen worden in de sociale huursector ontwikkeld maar nu lijkt er ook meer ruimte om complexen in het middensegment van de markt te ontwikkelen. Er zijn enkele complexen met een combinatie van koop of dure huur (Aedes Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, 2004).

#### *Het woonzorgcomplex 't Maandhoes in Drenthe*

Dit woonzorgcomplex (opgeleverd in 2001) bestaat uit 35 woningen en wordt beheerd door Woningstichting de Volmacht. Door nieuwbouw en door transformatie van een verzorgingstehuis is dit complex tot stand gekomen. De volgende diensten en voorzieningen zijn aanwezig: zorgsteunpunt, slaapwacht, receptie, recreatieruimten, huiskamer, huisarts, overbruggingshulp, 24 uren beschikbaar zorg, maaltijden, alarmering, huishoudelijke hulp, groepsverzorging/dagopvang, verpleging en begeleiding (Beeldarchief Wonen en Zorg, 2005).

#### 4.1.7 Verzorgings en -verpleeghuizen

In een verzorgingshuis wonen ouderen die een grote behoefte hebben aan sociale en medische verzorging. In een verpleeghuis wonen mensen die 24 uur per dag moeten worden verpleegd, en dat waarschijnlijk voor de rest van hun leven. Beide woonvormen worden tegenwoordig gezien als verouderd (ANBO, 1998). De bedoeling is dat ze de komende jaren meer en meer te verbouwen tot woonzorgcomplexen met zorg op maat en wonen en zorg gescheiden. Hier ligt een grote kans voor verhuurders om de bestaande voorraad van deze beide woonvormen om te bouwen tot bijvoorbeeld woonzorgcomplexen (ANBO, 1998, Brouwer en Sogelée, 2004). Volgens Brouwer en Sogelée (2004) is het bouwen van verpleeg- en verzorgingshuizen typisch een oplossing uit het industriële tijdperk: grootschalig en eenvormig. Tegenwoordig kiest men veel eerder voor kleinschalig en divers en daarmee hopelijk ook vraaggeoriënteerd.

Zowel fysieke aanpassingen, diensten als voorzieningen uit de categorisatie van figuur 3.3 kunnen aanwezig zijn in verzorgings- en verpleeghuizen.

#### 4.1.8 Specifieke woningen voor allochtone ouderen

Er bestaan zogenaamde *kangoeroewoningen* die het mogelijk maakt dat kinderen voor hun ouders kunnen zorgen. Een kangoeroewoning bestaat uit twee zelfstandige woningen naast elkaar met of zonder interne toegang. Ook een tandemwoning bestaat uit twee zelfstandige woningen gelegen in elkaar nabijheid. Allochtone ouderen wonen, net als autochtone ouderen, het liefst zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen (aangepaste) woning. Gemeenschappelijkheid, het delen van herinneringen en de eigen cultuur zijn belangrijk en vormen hun woonwensen. Een voorbeeld kan zijn dat ouderen met een islamitische achtergrond een andere indeling en/of inrichting van de woning wensen, zoals een afgesloten keuken. Een ander voorbeeld is een woonzorgcomplex of een woongroep specifiek voor een bepaalde groep allochtonen of ouderen met een zelfde culturele achtergrond.

### *Het Indische dorp van Stichting Rumah Senang in Almere*



Stichting Rumah Senang is een particulier initiatief met de ambitie om een project te realiseren voor ouderen met een Indisch-Nederlandse achtergrond waarbij gebruik gemaakt kan worden van een integraal aanbod van wonen, zorg, welzijn en commerciële voorzieningen. Bijvoorbeeld een medisch centrum, centrale keuken, tafeltje dekje, toko, een Indisch restaurant en overige voorzieningen (Stichting Rumah Senang, 2005)

### *Woongroepen voor Surinaamse en Hindoestaanse ouderen*

In Amsterdam biedt AWW (Algemene Woningbouw Vereniging) hun huurders woongroepen aan voor Surinaamse en Hindoestaanse ouderen. De namen van deze woongroepen zijn 'Anand Joti' (voor Surinaamse ouderen) en 'Wi Kontren' (voor Hindoestaanse ouderen). Om in een woongroep te mogen wonen is er toestemming nodig van de andere leden van de woongroep. Deze woning worden via Woningnet aangeboden (AWZ, 2005).

#### 4.1.9 Complex overstijgende concepten

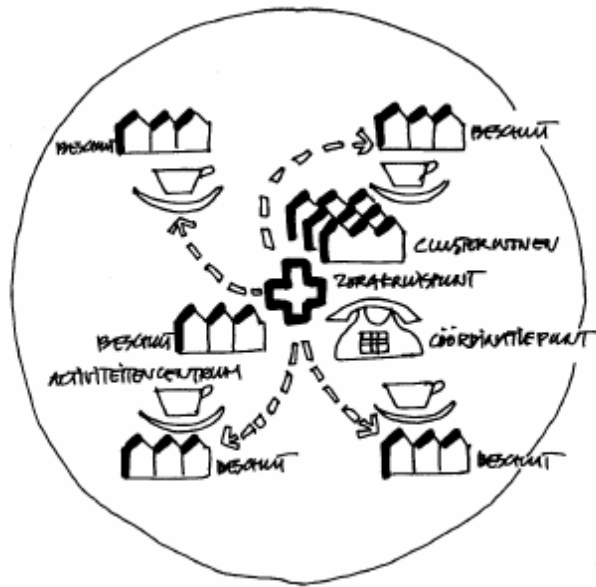
Er zijn tevens grootschalige projecten, concepten waarin verschillende huisvestingsvormen participeren. Binnen een woonzorgzone kan voorbeeld aanleunwoningen, serviceflats of woningen met domotica-toepassingen worden gebouwd. Het zijn dan complex-overstijgende kenmerken in een afgebakend geografisch gebied die wonen en zorg integreert. Het STAGG-model is een concept wat net als de woonzorgzone een groter geografisch gebied in beslag neemt en die verschillende ouderenhuisvestingsvormen kan bevatten.

#### 4.1.10 Woonzorgzone gebaseerd op het STAGG-model

Het STAGG-model is onderdeel van een in 1995 verschenen rapport 'Verblijven of wonen; zorg voor Ouderen' van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg. Het is gebaseerd op het Scandinavische model en vormt de planologische onderlegger voor de woonzorgzone. Er wordt op basis van ruimtelijke begrippen een scenario geschetst voor de ouderenzorg in 2015 (Harkes, 2001). Dat heeft geresulteerd in een verbreding van de doelgroep van alleen ouderen naar alle mensen die zorg behoeven, zoals gehandicapten, cliënten van de psychiatrie en maatschappelijke opvang.

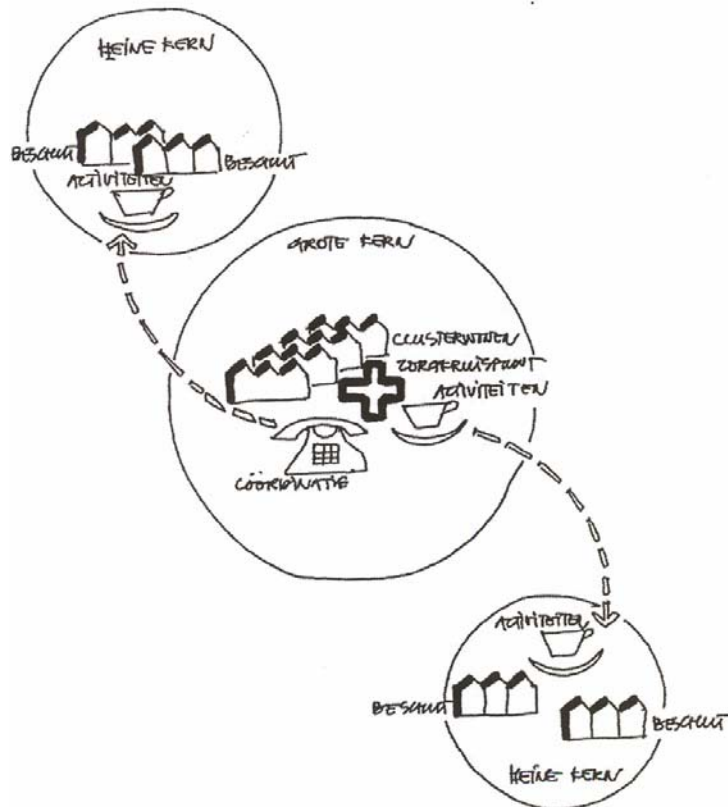
Het model voor een theoretische wijk van 10.000 inwoners omvat een zorgkruispunt en coördinatiepunt voor haal- en brengdiensten, decentrale steunpunten voor dagactiviteiten, geclusterde en beschutte woonvormen en cirkelgebieden. Zo'n wijk kan vervolgens uit 16 herkenbare buurten met een diameter van 300 meter en een inwonertal van 600 mensen bestaan. In het STAGG-scenario wordt gerekend met ongeveer 500 mensen per 10.000 inwoners die een combinatie van wonen en zorg nodig hebben. Er is gekozen voor een wijk van 10.000 inwoners, omdat daarmee voldoende draagvlak voor het organiseren van wonen en (intensievere) zorg kan worden geboden. Er is naast een model voor stedelijk gebied (figuur.4.1) ook een variant voor landelijk gebied (figuur 4.2). Er wordt ervan uitgegaan dat de meeste zorgvragende wijkbewoners thuis blijven wonen, wat voor een deel van de bewoners betekent dat er aanpassingen in de woning nodig zijn. Bij de toepassing moeten levensloopbestendige woningen primair voor senioren en mensen met fysieke beperkingen worden bestemd.

Figuur 4.1 STAGG-model voor stedelijk gebied



Bron: Harkes, 2001

Figuur 4.2 STAGG-model voor landelijk gebied



Bron: Harkes, 2001

In het STAGG-model is het integrale pakket van wonen, zorg en welzijn van de intramurale gezondheidszorg gesplitst in drie hoofdgroepen waarbinnen weer drie functies worden onderscheiden. Voor iedere hoofdgroep zijn speciale voorzieningen nodig in de wijk. Een schematische weergave is te zien in figuur 4.3.

Figuur 4.3 Schematische weergave STAGG-model



Bron: Poorter, 2004

De voorzieningen van waaruit zorg en welzijn geregeld worden, zijn volgens het STAGG-model geplaatst in een activiteitencentrum, een coördinatiepunt en een zorgkruispunt. In een activiteitencentrum of servicecentrum komen, zoals de naam doet vermoeden, allerlei (service)activiteiten samen. Naast activiteiten met een zorgkarakter, zoals onder andere een bezoek aan de fysiotherapeut of het verblijf in de dagopvang, kunnen daar ook recreatieve activiteiten worden ondernomen. De schaalgrootte en de breedte van het aanbod is afhankelijk van de locatie en de doelgroep.

Per wijk is er behoefte aan minimaal 3 activiteitencentra. Het precieze aantal is afhankelijk van de bebouwingsdichtheid en de loopafstand van de bebouwing tot de centra. Door een multifunctionele instelling van de activiteitencentra kan de integratie bevorderd worden, doordat diverse doelgroepen bereikt worden. Ook kan hierdoor worden ingespeeld op veranderingen in de bevolkingssamenstelling. Elk centrum heeft een kleine zorgpost van waaruit de zorg voor de beschutte- en de clusterwoningen in de onmiddellijke nabijheid van het centrum geleverd wordt.

Een coördinatiepunt dient als centraal loket. Hier kunnen mensen informatie en advies inwinnen en de zorg wordt vanaf dit punt gecoördineerd. Per wijk is er behoefte aan een coördinatiepunt. Een zorgkruispunt levert 24-uurs zorg, zowel intern als aan wijkbewoners.

Wanneer naar het eerder afgebeelde schema (figuur 4.3) wordt gekeken, valt op dat de voorzieningen voor zorg en dienstverlening/welzijn vrijwel hetzelfde zijn. Hieruit valt op te maken dat welzijn en zorg heel erg met elkaar verweven zijn en feitelijk zelfs niet los van elkaar gezien kunnen worden.

De woonzorgzone is dus een uitvloeisel van het STAGG-model. Momenteel zijn er ongeveer 40 woonzorgzones in oprichting of gerealiseerd in Nederland. Een definitie van een woonzorgzone is een (deel van een) wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet-



planbare 24 uren zorg. Het is een geografisch afgebakend gebied waar aanbieders hulp, zorg en wonen voor ouderen en andere zorgvragers organiseren op basis van behoefte. De bedoeling van een woonzorgzone is dat bewoners daar desgewenst tot in lengte van dagen zelfstandig kunnen blijven wonen, ook als ze bijvoorbeeld minder mobiel worden en meer zorg nodig hebben. Een woonzorgzone wordt ook wel als woonservicezone, levensloopbestendige wijk of als dienstzone aangeduid (Laagland'advies, 2003). Enkele kenmerken van een woonzorgzone zijn:

- Integrale zorg- en dienstverlening, georganiseerd in multifunctionele wijkcentra
- Levensloopbestendige woningen en woonomgeving met goed voorzieningenniveau
- Gewoon woongebied waarin de zorg beslist niet domineert

Het concept woonzorgzone duikt voor het eerst op in de plannen voor het nieuwe stadsdeel IJburg in Amsterdam, aan het begin van 1999 (Aedes Arcades Kenniscentrum Wonen en Zorg, 2004). Steeds meer verhuurders, gemeenten en zorgpartijen zijn betrokken bij het opzetten van een woonzorgzone in het woongebied van hun bezit.

#### *Woonzorgzone: IJburg in Amsterdam*

Vanuit het streven naar een stadswijk zonder scheidslijnen ontwikkelden stadsdeel Zeeburg, zorgverzekeraar Agis en de gemeente Amsterdam een uniek uitgangspunt voor de zorgvoorzieningen: IJburg, wijk zonder Scheidslijnen: een woonzorgzone. Dit wil zeggen dat wonen, zorg en dienstverlening in samenhang worden gerealiseerd waardoor mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen. Hiermee staat IJburg werkelijk open voor woon(werk)locatie voor iedereen.

Op heel IJburg zijn dergelijke punten altijd binnen een straal van 200 meter te vinden. Hier wordt de meest directe vorm van zorg- en dienstverlening geboden. Of het nu gaat om thuiszorg, medische zorg, een boodschappendienst, klushulp, of wat anders: alle voorzieningen kunnen worden verkregen via één loket. Op loopafstand van huis of werk.

Tussen de in totaal 13 buurtsteunpunten en de 4 overkoepelende zorgcentra op IJburg bestaat dagelijks contact. In de zorgcentra werken huisarts, tandarts en verloskundige samen met praktijkverpleegkundigen en hulpverleners op sociaal-maatschappelijk gebied. De centra komen op het Haveneiland, Middeneiland en Strandeiland. IJburg's polikliniek en de 24-uurs opvang zijn ondergebracht in het grootste zorgcentrum op het Centrumeiland.

Van de huurwoningen op IJburg is 5% bij oplevering al geschikt voor mensen die vanwege een ziekte of handicap niet in een standaardhuis kunnen wonen.

Daarnaast kan nog eens 60% van de woningen met eenvoudige ingrepen en tegen beperkte kosten op specifieke behoeften worden afgestemd (IJburg, 2004).

## **4.2 Domotica**

De afgelopen jaren hebben veel technische ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van wonen en zorg voor ouderen, waarvan domotica een belangrijke is. Domotica is een samenvoeging van 'domus' en 'informatica'. Het gaat hierbij om technologie waarmee woonfuncties communiceerbaar en beheersbaar gemaakt kunnen worden. Enerzijds betreft het toepassingen in de woning die, bijvoorbeeld, energiebesparing, veiligheid en comfort verhogen. Anderzijds omvat het toepassingen die de informatievoorziening en communicatie tussen de betrokken partijen vergemakkelijken, waaronder bewoners, de gemeente, woningcorporaties, zorginstellingen, welzijnsorganisaties en andere dienstverlenende instellingen in de wijk of buurt. Er zijn nog niet veel wijken waar domoticavoorzieningen een prominente rol spelen in het woonzorgaanbod. Opvallend is dat de keuze voor

domoticoepassingen vaak wordt bepaald door de technische mogelijkheden en financiële haalbaarheid, dus door het aanbod. Bij steeds meer domoticaprojecten wordt duidelijk dat het verstandig is om meer rekening te houden met de behoeften en wensen van de vragers naar wonen, welzijn en zorg. In het complex Berkenstede in Diemen is bijvoorbeeld wel nadrukkelijk rekening gehouden met de wens van de bewoners. Het doel van het traject was het beheer van de toegepaste domotica te vereenvoudigen en de gebruiksvriendelijkheid voor de toekomstige bewoners te vergroten (ILSE, 2005).

Er is onder ouderen een toenemende behoefte om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen wat tevens wordt gestimuleerd door de overheid. Domoticavoorzieningen kunnen hierbij een ondersteunende rol vervullen, ook als ouderen bijvoorbeeld minder mobiel worden en meer zorg nodig hebben. Uit onderzoek is gebleken dat vaak de domoticoepassingen naar het oordeel van de bewoners in het dagelijks gebruik ingewikkeld zijn complex en te moeilijk bleken in het dagelijks gebruik. Verder blijkt, dat de geboden informatie over de toegepaste functies en over de bediening in veel gevallen niet toereikend is (NIDO, 2002). Op zich zijn de domoticaproducten die gebruikt worden voor ouderen niet meer revolutionair. De innovatie betreft vooral de afstemming van de verschillende domoticoepassingen op elkaar. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk meerdere functies via dezelfde afstandsbediening aan te sturen of functies via tijdsschakelingen uit te voeren (IRV, 2004).

In de nota Wonen (2000) wordt een grote verantwoordelijkheid bij de woningcorporaties neergelegd. Er wordt verwacht dat zij voor ouderen als een bijzondere doelgroep huurwoningen aanbieden die bij hen passen met meer keuzevrijheid, maatwerk en kwaliteit. Ook veel diversiteit in het aanbod van zorg in combinatie met wonen wordt belangrijker.

De belangstelling voor domotica is de laatste jaren erg toegenomen wat zich vertaalt in concrete projecten. In Nederland zijn er veelal domoticaprojecten opgezet met een woningcorporatie als initiatiefnemer. Een deel van de projecten zijn nu bewoond en kenmerken zich door een standaard opname van een uitgebreid domoticaproject in de woning, waarvan de kosten niet of voor slechts een klein deel in de huur zijn doorberekend. Verschillende domoticaprojecten zijn in de kaders aangegeven.

### *Domoticaprojecten voor ouderen*

De volgende zeven domoticaprojecten die achtereenvolgens aan bod komen zijn door Van der Leeuw uitgebreid beschreven in het rapport 'Inventarisatie 1<sup>e</sup> tranche Domoticaprojecten voor ouderen in Noord-Brabant' (2002), maar ook in de handreiking personenalarmering en domotica voor ouderen (Van der Leeuw, 2003). De informatie over de projecten die hieronder beschreven worden, is dan ook uit deze twee rapporten gehaald. Het betreffen allemaal nieuwbouwprojecten die financieel zijn ondersteund door Provincie Noord-Brabant en/of door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV). De meeste projecten zijn in de startfase ondersteund door Stichting Smart Homes. Het gaat om de volgende projecten die variëren van 6 tot 74 woningen:

Wonen voor Ouderen Maasland (in Oss), Stichting Zorgcentra Land van Cuijk/woningcorporatie Cevalum (in Cuijk), woningcorporatie Helpt Elkander Best, woningcorporatie Somein (in Nuenen), woningcorporatie Soomland (in Eindhoven), woningcorporatie Hertog Hendrik van Lotheringen (in Roosendaal) en woningcorporatie SGB (in Werkendam)

Er zijn verschillende domoticatoepassingen in deze projecten gerealiseerd. De volgende toegepaste domoticafuncties zijn te onderscheiden (Van der Leeuw, 2002):

- 1 camera bij centrale toegangsdeur met beeld op TV
- 2 lamp in hal gaat automatisch aan bij binnenkomen
- 3 schakelaar voor aan/uitzetten van de woning in de hal
- 4 schakelaar voor dag/nachtstand van de woning in de hoofdslaapkamer
- 5 aan/uitzetten van de keuken
- 6 verlichting automatisch aan bij binnenkomen badkamer
- 7 actieve sociaal-medische alarmering
- 8 alarmkoord of knop in de badkamer
- 9 passieve sociaal-medische alarmering door middel van activiteitsmeting
- 10 inbraakalarmering
- 11 brandalarmering
- 12 automatische verlichting en uitzetten inbraakalarmering bij het naar
- 13 's nachts uit bed opstaan.

### *Voorbeeldproject Moerwijk*

Een voorbeeldproject in Moerwijk is in 2002 opgezet door de Stichting Kennis- en Adviescentrum Ilse, samen met woningcorporatie Vestia Den Haag Zuid-Oost en zorgaanbieder GDVVgroep onderdeel van de Meavita groep in Den Haag (NIDO, 2004).

Het toegepaste domoticapakket in het project Moerwijk bestaat uit de volgende functies:

- Een elektronisch voordeurslot: De voordeur is voorzien van een elektronisch voordeurslot. Het slot is te openen met behulp van een sleutelhanger tag (de sleutel). Extra mogelijkheden zijn: zelf een nieuwe gebruiker toevoegen en de nachtstand (toegang wordt geweigerd aan alle tags).
- Een personenalarmeringsapparaat
- Een huisautomatiseringssysteem
- Aan/afwezigheidsschakelaar  
In de entree van de woning bevindt zich een aan/afwezigheidsschakelaar. Zet men deze schakelaar op 'aan' dan wordt de inbraakalarmering uitgezet, de wandcontactdoos waar de tv op aangesloten zit wordt van spanning voorzien, het fornuis en de wandcontactdozen boven het aanrecht worden van spanning voorzien. Zet men de schakelaar op 'uit' dan gebeurt het volgende: de inbraakalarmering wordt aangezet, de spanning wordt van de wandcontactdoos waar de tv op aangesloten zit afgehaald, elk verlichtingspunt wordt uitgeschakeld, de spanning wordt van het fornuis en de wandcontactdoos boven het aanrecht afgehaald.
- Lichtscenario's  
Middels vier schakelaars kan men diverse combinaties verlichtingspunten en wandcontactdozen aan- of uitschakelen.
- Alarmering  
Bij alarm (inbraakalarm/brandalarm/indrukken halszender) wordt een spreek-luisterverbinding gemaakt met de alarmcentrale, alle verlichtingspunten worden aangeschakeld, de geluidsbronnen zoals TV en radio worden uitgeschakeld, de spanning wordt van het fornuis en de wandcontactdoos boven het aanrecht afgehaald. Na 'reset' alarm wordt de spreek-luisterverbinding afgebroken, overdag wordt de verlichting uitgeschakeld, 's nachts kan de verlichting handmatig uitgeschakeld worden, de stroomvoorziening naar TV en radio wordt aangeschakeld, de stroomvoorziening naar apparatuur in keuken wordt aangeschakeld. De meldingen kunnen bij diverse instanties gemeld worden afhankelijk van de situatie. Dit zijn echter afspraken die met de service/zorg organisatie (beheerder meldbank) gemaakt moeten worden.
- Nachtschakelaar  
In de slaapkamer is een schakelaar geplaatst waarmee de gehele woning in de 'nachtstand' kan worden gezet. Drukt men deze schakelaar in dan wordt de spanning van de wandcontactdoos waar de tv op aangesloten zit afgehaald, elk verlichtingspunt wordt uitgeschakeld, de spanning wordt van het fornuis en de wandcontactdoos boven het aanrecht afgehaald, bij het uit bed stappen gaat automatisch een bedlampje branden. Tevens wordt de nachtstand opgeheven: de wandcontactdoos waar de tv op aangesloten zit wordt van spanning voorzien, het fornuis en de wandcontactdoos boven het aanrecht worden van spanning voorzien.

### *Viedome*

Het woon- en zorgconcept 'VieDome' is een woonconcept met extra functies en is dus een speciaal domoticaproject. VieDome is ontwikkeld in samenwerking met Thuiszorg Eindhoven-Kempenstreek, een aantal apparatuuraanbieders en financieel gesteund wordt door de Europese Unie via Innovatieve Acties Brabant. Het bestaat uit persoonlijke communicatie via breedbandtechnologie gecombineerd met vergaande zorgfuncties in de eigen leefomgeving, resulteren in het virtuele verzorgings- en verpleeghuis. Zorg, comfort en veiligheid zijn de belangrijkste aspecten in dit concept (Ministerie van Economische zaken, 2004). Het is bijvoorbeeld mogelijk om onmiddellijk contact te krijgen met een verpleegkundige als dat nodig is (VieDome, 2004). Naast de elf domoticatoepassingen (zie hierboven) is bij het woonconcept VieDome naast deze toepassingen ook de volgende functies bijgevoegd wat dit project bijzonder maakt (VieDome, 2004):

1. Oogcontact mogelijk tussen zorgcentrale en bewoner door het uitwisselen van bewegende beelden van televisie beelden van televisiekwaliteit
2. Elektronische cliëntenkaart met gegevens van de cliënt
3. Telemedicine
4. Alle domotica-toepassing in de woning zijn van buitenaf te monitoren en te bedienen.

## Bijlage A Literatuur

- ABF Research** (2004), Kwartaalbericht 2004, nummer 1: Ouderen hebben een steeds hoger inkomen.  
<online> <http://www.abfresearch.nl/pdf/ABFkb2004nr1.pdf>
- ANBO de bond voor 55-plussers Nederlandse woonbond** (2001), Wonen op leeftijd ouderenhuisvesting anno 2001. Amsterdam/Utrecht: ANBO.
- Arcares (2004), Investeringsplan wonen en zorg: bouwen voor wonen, zorg en welzijn 2004-2015.
- AWZ** (2005), Woongroepen. Online beschikbaar: <http://www.awv.nl/html/woongroepen.html>
- Becker**, H.A. (1993), Generaties en hun kansen. Amsterdam: J.M. Meulenhoff bv
- Beeldarchief Wonen en Zorg** (2005), Online beschikbaar:  
<http://www.beeldarchief.net/cgi-in/beeldarchief.cgi?alle=1&sector=ouderenzorg&submitted=zoeken>
- Bijsterveld**, K. (2004), De weerbarstige praktijk van wonen en zorg. In het tijdschrift: Buildingbusiness, nummer 5, mei 2004.
- Boer de**, A.H. (1999), Housing and care for older people: a macro-micro perspective, Nederlands Geografie studies 253. Utrecht: KNAG/ Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen Universiteit Utrecht.
- Broeke**, R.A. van den (1998), Strategisch voorraadbeleid van woningcorporaties: informatievoorziening en instrumenten, Delft: Delftse Universitaire Pers.
- Brouwers**, J. & G. Sogelée (2004), De toekomst van wonen en zorg. In Tijdschrift van de Volkshuisvesting, nr. 3, 2004. NIROV, 2004.
- CBS** (2004), Nederland langs de Europese meetlat <online>  
<http://www.cbs.nl/nl/publicaties/publicaties/algemeen/europese-meetlat/europesemeetlat-2004.pdf>
- Filius**, F. (1993), Huishoudensopheffing en woningverlating in een vergrijzende samenleving, Nederlandse Geografische studies 169. Utrecht: Koninklijk Nederlands Aardrijkskundig Genootschap/ Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen Universiteit Utrecht.
- Fokkema**, C.M. (1996), Residential moving behaviour of the elderly. Amsterdam: Thesis Publishers.
- GGZ**, (2005), Beleid AWBZ.  
Beschikbaar online: <http://www.ggzbeleid.nl/index.html>
- Harkes**, D. (2001), Aedes-Arcaris, Kenniscentrum Wonen- Zorg. Het ATAGG-model. Utrecht.
- Houben**, P.P.J. & A. Mulder (1999), Ouderenhuisvesting in Europees perspectief. Leermomenten voor afstemming wonen, zorg en welzijn in de Nederlandse ouderenhuisvesting. Delft, DGVH/NETHUR Partnership 7.
- ILSE**, (2005), ILSE projecten, online beschikbaar: <http://www.stichting-ilse.nl/projecten/projecten.htm>
- Inbo**, (2004), Seniorenstad, ik ben al heel lang bij de tijd. Beschikbaar online: <http://www.seniorenstad.nl/>
- IJburg** (2004), Online beschikbaar: <http://www.ijburg.nl/>
- IWZ** (2003), Over wegen en wensen. Organisatorische en juridische kanten van samenwerking wonen, zorg en welzijn.
- Jansen**, P. & J. Singelenberg (2002), Wonen welzijn en zorg: de lange weg van scheiden naar combineren. In themanummer wonen en zorg van het Tijdschrift van de Volkshuisvesting. Utrecht, april 2002.
- Kenniscentrum Wonen-Zorg** (2004), Aedes Arcaris Kenniscentrum, Trends aan de aanbodzijde en vraagzijde, buitenlandse voorbeelden.  
<online> <http://www.kenniscentrumwonezorg.nl/thema.asp?id=22&sub=4>

- Laagland'advies**, (2003), Aan de slag met woonzorgzones. Instrumenten voor initiatiefnemers. Amersfoort.
- Lieshout**, G. Van (2001), hoofdstuk 15: Levensloopbestendige woningen in theorie en praktijk. In: Senioren & Wonen. Met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers. Senmar consultancy BV, Rotterdam.
- Maassen**, C. (2004), Wooninnovatie, Wonen op maat, wensen van ouderen. In b+u, september/oktober 2004.
- Nesselaar**, R. (2001), hoofdstuk 2: Senioren, een zeer heterogene en interessante doelgroep: kenmerken van de huidige en toekomstige 50+ markt. Hoofdstuk 4: Woningmarktgedrag van senioren: woonbehoeften, verhuizingen, aanbod en vraag van geschikte woningen. In: Senioren & Wonen. Met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers. Senmar consultancy BV, Rotterdam.
- NIZW** (2004), Allochtone ouderen en wonen. Beschikbaar online: <http://www.nizw.nl/docs/download/AllochtoneOuderenEnWonenNw.pdf>
- Poorter**, K. (2004), Woonzorgzone: het maatschappelijke en juridische kader. Delft
- Puylaert**, H.J.M. (2001), hoofdstuk 3: Senioren en ruimtelijke ordening. In: Senioren & Wonen. Met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers. TNO Inro, Delft.
- RIGO** Research en Advies BV (2003), Tweedelijnszorg-centrum. Van concept naar praktijk
- SBO** (2003), Woningen voor ouderen. Resultaat van een onderzoek naar woonmogelijkheden voor ouderen in Zuid-Holland.
- SCP** (2001), De sociale staat van Nederland, 2001. Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.
- SCP** (2004), Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen.
- Sengers**, J. (2005), Verplichte zorgafname. In Aedes-magazine 1/2005
- Sep**, P. (1993), Tot in lengte van dagen. Zelfstandige ouderenhuisvesting en architectuur. SEV. De Balie, Amsterdam.
- Singelenberg**, J.P.J. (2001), Levensloopbestendig wonen. Gepubliceerd in Handboek Lokaal ouderen Werk. Utrecht, Aedes Arcaris Kenniscentrum, 2001.
- Singelenberg**, J.P.J. (2005), wonen en zorg, scheiden of integreren, twintig jaar worstelen met een weerbaar dossier. Utrecht, Aedes Arcaris Kenniscentrum, 2005.
- Stade** (2003), Adviesgroep Wonen en Leefbaarheid, cursus wonen. Utrecht.
- Stichting Rumah Senang** (2005), Wonen in een wijk, waar levensloopbestendige woningen worden ontwikkeld. Online beschikbaar: <http://www.rumahsenang-almere.nl/>
- VastgoedMonitor ABF** (2004), Woningvoorraad naar eigendom in Nederland (%).
- Verbeek**, A.H. & T.J. Duine (2004), Scheiden wonen en zorg in de AWBZ. Diemen: College voor zorgverzekeringen
- Voordt**, Theo, van der, Ron van Eck, Aart Geurtsen, Annemiek Janzen en Jos Visser (1998). Praktijkhandboek bouw en beheer, Wonen met zorg voor ouderen. Bohn, Stafleu Van Lochem, Houten/Diegem
- VROM**, (2000), Nota Wonen (ontwerp), Mensen, wensen, wonen (samenvatting). Den Haag: Ministerie van VROM.
- VROM**, (2004), cijfers over wonen. Feiten over mensen, wensen, wonen Den Haag: Ministerie van VROM.
- VWS**, (2005), WMO, online beschikbaar: <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/nieuwsberichten/implementatie-wmo-weloverwogen-van-start.asp>
- Woningraad extra** (1994), Wonen en zorg voor ouderen, met een blik over de landsgrens. Almere: Nationale Woningraad, deel 3.
- Woonkeurwijzer** (2002), nummer 4. Oproepbaar op [www.woonkeur.nl](http://www.woonkeur.nl)





## Inhoud

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal in de komende decennia een grote vlucht nemen. Deze demografische ontwikkeling kan verregaande gevolgen hebben voor de aansluiting van de woningvoorraad op de woningbehoefte. Professionele woningverhuurders staan voor de opgave hun vastgoed aan de wijzigende vraag aan te passen. In het verleden is al veel ontwikkeld aan vormen van huisvesting voor ouderen. Deze publicatie behandelt deze vormen en geeft een actueel beeld van de stand van zaken. Uiteraard wordt niet alleen ingegaan op de fysieke aanpassingen in en aan de woning, maar ook op de zorgdiensten die huurders ter beschikking kunnen staan. Tevens komen veranderingen op het beleidsterrein van wonen en zorg aan de orde.

## Colofon

Dit onderzoek kwam tot stand in het kader van het onderzoeksprogramma Corpovenista, waarin wordt samengewerkt door een achttal grote woningcorporaties (de Alliantie, de Key, Kristal, Staedion, Vestia, Woonbron, de Woonplaats en Ymere), Aedes (de vereniging van woningcorporaties), Onderzoeksinstituut OTB Technische Universiteit Delft en onderzoeksgroepen van de Universiteiten van Utrecht en Amsterdam (zie: [www.corpovenista.nl](http://www.corpovenista.nl)). Corpovenista is onderdeel van het wetenschappelijk programma binnen het Habiforum-kennisontwikkelingsprogramma 'Vernieuwend Ruimtegebruik'. Dit rapport is digitaal verkrijgbaar via [www.corpovenista.nl](http://www.corpovenista.nl)

## Habiforum

Dit is een publicatie van Habiforum in het kader van het programma Vernieuwend Ruimtegebruik. Habiforum is een kennisnetwerk dat ruim 2.000 experts verbindt, die samen nieuwe vormen van duurzaam ruimtegebruik ontwikkelen én in de praktijk brengen. Het programma omvat praktijkprojecten (proeftuinen) en wetenschappelijk onderzoek. Het wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met het InnovatieNetwerk Groene Ruimte en Agrocluster en de universiteiten van Delft, Rotterdam, Amsterdam (VU en UvA), Utrecht en Wageningen. Door deze samenwerking ontstaat er synergie tussen wetenschap, praktijk en beleid. Habiforum wordt gefinancierd vanuit Bsik, het kenniseconomieprogramma van de Rijksoverheid, en uit bijdragen van publieke en private partijen. Zie ook: [www.habiforum.nl](http://www.habiforum.nl)

