

Provincie Utrecht

**Wonen-welzijn-zorg: behoefteontwikkeling en  
aanbod in gemeenten, 2003-2020**

16 juni 2003

Projectnr. 3400.72

Boulevard Heuvelink 104  
6828 KT Arnhem  
Postbus 1174  
6801 BD Arnhem

Telefoon (026) 3512532  
Telefax (026) 4458702

E-mail [info@companen.nl](mailto:info@companen.nl)  
Internet [www.companen.nl](http://www.companen.nl)

Provincie Utrecht

**Wonen-welzijn-zorg: behoefteontwikkeling en  
aanbod in gemeenten, 2003-2020**

16 juni 2003

## INHOUD

1. WAAROM DIT ONDERZOEK?	1
1.1. Achtergrond en doel	1
1.2. Opzet en uitvoering	4
1.3. Uitgangspunten	6
1.4. Leeswijzer	6
2. SAMENVATTING, CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN HANDREIKING AAN DE GEBRUIKER	9
3. BEGRIPPEN- EN NORMENKADER	17
3.1. Uitwerking baseren op toekomstgerichte integrale benadering van wonen-welzijn-zorg	17
3.2. Begrippen en normen met betrekking tot Wonen	20
3.3. Begrippen en normen met betrekking tot Welzijnsdiensten	23
3.4. Begrippen en normen met betrekking tot Zorg	26
4. BEHOEFTE-ONTWIKKELING WONEN-WELZIJN-ZORG	29
4.1. De gevolgde werkwijze	29
4.2. Wonen	30
4.3. Welzijnsdiensten	36
4.4. Zorg	39
5. HUIDIG AANBOD WONEN-WELZIJN-ZORG	41
5.1. Wonen	41
5.2. Welzijnsdiensten	42
5.3. Zorg	43



# 1. WAAROM DIT ONDERZOEK?

## 1.1. Achtergrond en doel

### Achtergrond

#### *Vermaatschappelijking van de zorg en extramuralisering*

De vermaatschappelijking van de zorg is één van de grote thema's van deze tijd. Het betekent dat de 'mensen met een zorgvraag' weer een volwaardige plaats in de samenleving willen innemen<sup>1</sup>. Decennia terug werd in Nederland een beleid ingezet dat erop gericht was mensen met een bijzondere problematiek en ook ouderen te concentreren in grootschalige voorzieningen om hen aldaar betere zorg en opvang te kunnen bieden dan in de samenleving mogelijk werd geacht. Dat leidde tot een groot aantal intramurale voorzieningen.

De opvattingen in de samenleving, maar ook de wensen en behoeften van deze mensen zelf zijn intussen grondig gewijzigd. Niet de beperkingen, maar de mogelijkheden van mensen met een handicap en ouderen worden steeds meer benadrukt. Hierdoor is in de afgelopen jaren een proces van extramuralisering (de afbouw van grootschalige voorzieningen) ingezet en komt het accent steeds meer te liggen op hulp- en zorgverlening aan huishoudens en personen in een thuissituatie: 'zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen' en als het niet anders kan in de wijk in kleinschalige voorzieningen. Dit sluit aan bij een behoefte van een groot aantal bewoners van zorginstellingen (met name instellingen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten, (ex-)psychiatrische patiënten, maar ook bewoners van verzorgingshuizen).

Doel is sterker te integreren in de samenleving. Intramurale verblijfsvoorzieningen worden door steeds meer cliënten en aanbieders ontoereikend bevonden wat betreft kwaliteit van het wonen en dagelijks leven. De gedachten gaan uit naar kleinschalige clusters van wonen in de wijk, waarin zorg en welzijn op maat wordt geboden, ook wel deconcentratie genoemd. Het verder doorvoeren van extramuralisering vereist aanmerkelijk meer kleinschaliger extramurale oplossingen, hetgeen ook vraagt om (ver)nieuw(d)e organisatievormen van dienstverlening en een toenemend gebruik van technologische hulpmiddelen. Deze kleinschalige oplossingen leggen een fors beslag op de ruimte in wijken en kernen.

Niettemin zal er intramurale zorg noodzakelijk blijven. Enerzijds omdat cliënten hiervoor blijven kiezen (in het kader van de keuzevrijheid die zij hebben), anderzijds voor cliënten die op geen enkele manier zelfstandig kunnen wonen en functioneren.

#### *Vergrijzing*

Naast de vermaatschappelijking van de zorg en de extramuralisering is hier de ontwikkeling van de vergrijzing een wezenlijke factor.

Zoals op veel plaatsen in Nederland zet in Utrecht de komende jaren de vergrijzing door. Er komen steeds meer oudere mensen en mensen worden gemiddeld nog steeds ouder.

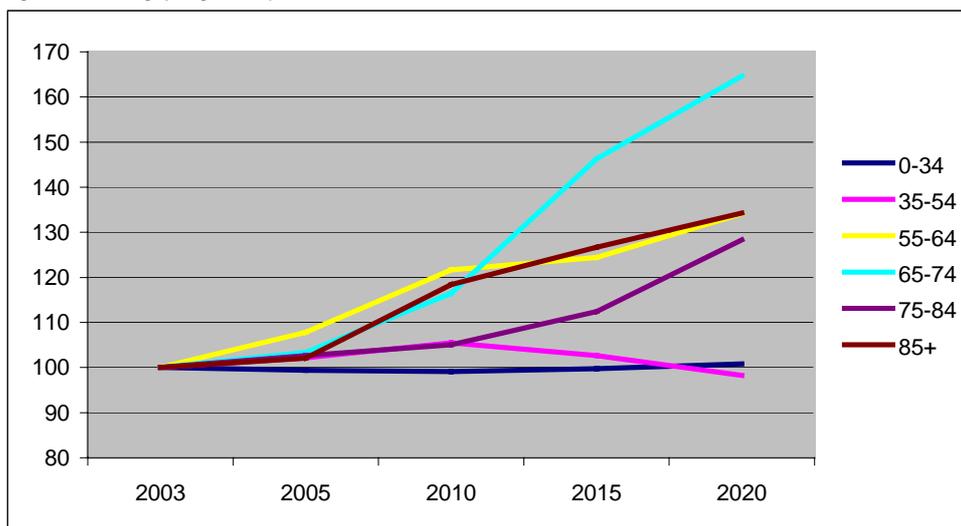
Prov. bev.prognose 2002:	2003	2010	2020	toename 2003-->2020
Aandeel (aantal) 55+	23% (262.447)	→ 26% (306.487)	→ 30% (372.670)	+42%
Aandeel (aantal) 75+	6% (65.432)	→ 6% (70.844)	→ 6% (84.916)	+30%

<sup>1</sup> Zie ook: Wel thuis! Programma Wonen Zorg Welzijn van de provincie Utrecht, 2003.

De vergrijzing is daarmee overigens minder groot dan in Nederland totaal. Daar neemt het aantal 55+-ers toe van 25% in 2003 naar 28% in 2010 en 32% in 2020 en het aantal 75+-ers met respectievelijk 6%, 7% en 8% (bron: CBS Statline).

Door de vergrijzing zal er de komende jaren een steeds groter beroep worden gedaan op geschikte woningen voor ouderen, op zorgvoorzieningen en op dienstverlening (welzijnsvoorzieningen).

Figuur 1.1. Vergrijzing in de provincie Utrecht tussen 2003 en 2020



Bron: Provincie Utrecht, provinciale bevolkingsprognose, 2002

#### Vier zorgdoelgroepen

De vermaatschappelijking van de zorg raakt vier zorgdoelgroepen: ouderen, mensen met een verstandelijke handicap, mensen met een lichamelijke handicap en (ex-) psychiatrische patiënten. In de provincie Utrecht blijkt 77,5% van de zorgvragers in woonvormen met zorg te bestaan uit ouderen, 7,5% uit lichamelijk gehandicapten, 8,5% uit mensen met een verstandelijke handicap en 6,5% uit (ex)psychiatrische patiënten.

Tabel 1.1: Provincie Utrecht. Zorgvragers in woonvormen met zorg

	wonen + zorg / ondersteuning	
ouderen	42.300	(77,5%)
lichamelijk gehandicapten	4.100	(7,5%)
verstandelijk gehandicapten	4.600	(8,5%)
(ex-) psychiatrische patiënten	3.475	(6,5%)
<b>totaal</b>	<b>54.475</b>	<b>(100%)</b>

Bron: Provincie Utrecht.

#### Allochtone zorgvragers

De komende jaren valt een toename te verwachten van de allochtone zorgvragers. Niet alleen treedt ook bij deze groep meer en meer vergrijzing op, soms hebben zij ook afwijkende behoeften en wensen op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

Gemeenten met een verhoudingsgewijs hoog aandeel allochtone 65+-ers zijn Utrecht (3,1%), Maarssen (2,0%), Nieuwegein en IJsselstein (beide 1,7%). Het gemiddelde in de provincie ligt op 1,3%.

### *Integrale benadering*

Voor het welbevinden van de mens zijn de drie aspecten wonen, welzijn<sup>2</sup> en zorg belangrijk. Ze staan bewust in deze volgorde: door primair passende huisvesting te bieden en daarop aansluitend welzijnsdiensten, zal een in beginsel niet noodzakelijk beroep op zorg vaak kunnen worden voorkomen. De producten of diensten van aanbieders van wonen, welzijn en zorg moeten een antwoord zijn of worden op het door de zorgvragers (hier: ouderen, mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap en (ex-)psychiatrische patiënten) gewenste welbevinden. Steeds vaker gaat het daarbij om combinaties van wonen-welzijn-zorg. De in dit verband gewenste integrale benadering moet dan ook uitgangspunt zijn bij het inventariseren van de behoefte en ook bij het creëren van het gewenste aanbod. Die integrale benadering heeft ook betrekking op de categorieën zorgvragers die wij onderscheiden.

### **Doel**

#### *Toelichting*

Er lopen op dit moment verschillende beleidstrajecten in de provincie waarvoor het noodzakelijk is dat er inzicht komt in de vraag naar en het aanbod van zorgwoningen en welzijns- en zorgvoorzieningen: denk aan het streekplan, de Visie Wonen 'Oog voor Wonen', de uitwerking van de intentiedocumenten uit de verstedelijkingsronde. Vanuit de verschillende regiovisies wordt reeds samen met diverse partijen gewerkt aan de realisatie van een voldoende gevarieerd aanbod van wonen-welzijn-zorgvoorzieningen. Met het project 'Wel Thuis!' beoogt de provincie in relatie tot deze trajecten een versnelling in gang te zetten met het oog op een (nog) groter en gevarieerder aanbod van (aangepaste) woningen met zorg en van aanvullende activiteiten en voorzieningen op lokaal niveau. Vier pijlers vormen de basis van het programma 'Wel Thuis!':

- het opstellen van bestuurlijke overeenkomsten met gemeenten;
- het stimuleren en ondersteunen van gemeenten;
- het uitvoeren van de Woonzorgstimuleringsregeling;
- het realiseren van twee levensloopbestendige wijken.

Het is belangrijk dat de uitkomsten van dit onderzoek voor de verschillende hiervoor genoemde trajecten te gebruiken zijn. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de verschillende regio's in de sectoren zorg en wonen. En met eenduidige definities en erkende kengetallen.

Met het cijfermatig kader kunnen partijen uit de sectoren wonen, welzijn en zorg afspraken maken vanuit hetzelfde inzicht. De navolgende onderzoeksuitkomsten dienen mede als basis om tot bestuurlijke overeenkomsten te komen en te adviseren over bouw van zorgvoorzieningen in het kader van de WZV.

Om die reden zijn de verschillende partijen, in een begeleidingscommissie, intensief bij het onderzoek betrokken.

#### *Vraagstelling*

In verband met de eerder geschetste ontwikkelingen wil de provincie beschikken over een cijfermatig overzicht van de vraag naar en het aanbod van zorgwoningen, welzijnsvoorzieningen en zorg voor oudere mensen, mensen met een functiebeperking

---

<sup>2</sup> Voor welzijn kunt u ook lezen 'dienstverlening'.

en mensen uit de geestelijke gezondheidszorg. Het gewenste cijfermatig overzicht moet inzicht bieden in:

1. het aantal voor de doelgroepen beschikbare woningen of geschikt te maken woningen in de bestaande voorraad en het aantal nieuw te bouwen woningen;
2. de behoefte aan welzijnsvoorzieningen en de beschikbare voorraad welzijnsvoorzieningen;
3. ontwikkelingen in de zorgbehoefte en de beschikbare zorg.

Het overzicht moet inzicht geven op het schaalniveau van gemeenten, WZV-subregio's, streekplangebieden en provincie, van 2003 tot 2020, in vijfjaarsintervallen.

Aan adviesbureau Companen is opdracht verleend het onderzoek uit te voeren.

## 1.2. Opzet en uitvoering

### Opzet

Het onderzoek kende de volgende stappen:

1. *Bepalen begrippenkader en normering*  
Het is belangrijk om aan het begin de begrippen en normen waarmee verder wordt gewerkt gezamenlijk te markeren. Het zijn uitgangspunten bij het werken aan de volgende twee stappen.
2. *Bepalen toekomstige behoefte aan zorgwoningen, welzijnsvoorzieningen en zorg*  
Binnen het vastgestelde begrippenkader en uitgaande van de vastgestelde normen dient de actuele provinciale bevolkingsprognose uit 2002 als uitgangspunt voor deze behoeftebepaling.
3. *In kaart brengen van het huidige en geplande aanbod van wonen, welzijn en zorg*  
Binnen het vastgesteld begrippenkader moet worden geïnventariseerd welk aanbod van wonen-welzijn-zorg beschikbaar is, rekening houdend met geplande veranderingen in het aanbod door extramuralisering en verbouw en nieuwbouw.
4. *In beeld brengen van verschillen tussen vraag en aanbod*  
Hieruit komt de opgave naar voren op het vlak van wonen, welzijn en zorg. De confrontatie van vraag en aanbod hebben wij in deze rapportage uiteindelijk niet gemaakt, omdat de gegevens over vraag en aanbod ofwel incompleet zijn, ofwel niet met elkaar vergelijkbaar zijn.

### Uitvoering

#### *Richtinggevend kader vanuit IWZ als basis*

Belangrijk voor de uitvoering van het onderzoek is de keuze om het begrippen- en normenkader te stelen op de door het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)<sup>3</sup> gepropageerde toekomstgerichte integrale aanpak van wonen-welzijn-zorg op lokaal niveau. Met dit richtinggevend kader wordt inmiddels op veel plaatsen in het land gewerkt. Het is een stimulans en handreiking om zorgvernieuwing in samenhang met wonen en welzijn vorm te geven. De basis ervoor is gelegd door de landelijke Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG). Aan het begin van hoofdstuk 3 wordt het nader toegelicht.

---

<sup>3</sup> Innovatieprogramma Wonen en Zorg; een samenwerkingsverband van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV).

### *Normering*

Om de behoefte aan woonvormen en zorg in de toekomst inzichtelijk te maken, is gebruik gemaakt van de IWZ-normen. Deze zijn door Companen leeftijds specifiek gemaakt. Vervolgens is op basis van de provinciale bevolkingsprognose berekend hoe groot de vraag naar wonen en zorg in de toekomst is. Voor zorg speelt de vernieuwing van de AWBZ in belangrijke mate mee. De veranderingen, die de modernisering met zich mee brengt, laten zich nog niet vangen in goed bruikbare normen als grondslag voor behoeftebepalingen naar de toekomst. Omdat de AWBZ zeer recent is gewijzigd, zijn de gevolgen voor het zorgvolume nog niet te overzien.

### *Inventarisatie*

Om het huidige aanbod van voorzieningen voor wonen, welzijn en zorg boven tafel te krijgen, is bij verschillende partijen een inventarisatie uitgevoerd. Zo zijn voor het woningaanbod woningcorporaties (zowel lokaal, regionaal als landelijk werkend) en gemeenten benaderd en voor het welzijnsaanbod gemeenten, Stichtingen Welzijn Ouderen en de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD). Voor het zorgaanbod hebben wij het Zorgkantoor gevraagd opgave te doen. Tevens hebben wij gebruik gemaakt van de provinciale monitoren 'Mensen met een lichamelijke beperking, 2003', 'Mensen met een verstandelijke beperking, 2002', 'Ouderen, 2001' en verder van de 'Regiovisie geestelijke gezondheidszorg Midden-westelijk Utrecht 2001-2004, 2001' en 'Regiovisie geestelijke gezondheidszorg Utrecht-Oost 2001-2004, 2001'.

De inventarisatie heeft vooral op het gebied van de sector welzijn de nodige informatie opgeleverd. Voor de sector zorg is een inventarisatie uitgevoerd van de zorgproducten volgens de 'oude' indeling en niet volgens de nieuwe indeling van de gemoderniseerde AWBZ met haar zeven functies. Voor de sector wonen leverde de inventarisatie minder op dan gehoopt en verwacht.

### *Begeleidingscommissie*

Het onderzoek is begeleid door een commissie waarvan deel uitmaakten:

- Dhr. A. Peters, provincie Utrecht (voorzitter)
- Mevr. W. Drevijn, provincie Utrecht
- Dhr. J. Berndsen, Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht
- Mevr. A. ten Brinke, gemeente Amersfoort
- Mevr. M. van Dijk, gemeente Utrecht
- Dhr. K. van Drunen, Platform Gehandicapten Utrecht en Stichting Bouw Advies Toegankelijkheid
- Dhr. R. Hoogeveen, gemeente Veenendaal
- Mevr. M. Keegstra, gemeente Utrecht, werkgroep verstedelijking BRU
- Dhr. A. Klarenbeek, Amerpoort, Verstandelijk Gehandicapten Utrecht
- Dhr. H. Pomerantz, Zorggroep Utrecht West en IVVU
- Dhr. G. van Rossum, Regioplatform Woningcorporaties Utrecht
- Dhr. T. Mandemaker, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
- Mevr. M. Spreitzer, Agis Zorgkantoor Utrecht
- Mevr. E. Deupmann, Companen
- Dhr M. Idema, Companen

### 1.3. Uitgangspunten

In dit onderzoek is het begrippen- en normenkader ingevuld vanuit het IWZ/STAGG gedachtegoed. Dat veronderstelt een vergaande extramuralisering tot 2015, met grote gevolgen voor de omvang en kwalitatieve aspecten voor zowel het wonen in de kernen en wijken als voor de daarbij te leveren welzijnsdiensten en zorg.

- Wij realiseren ons dat intramurale zorg noodzakelijk blijft, omdat er mensen zijn die daarvoor blijven kiezen en anderzijds mensen die op geen enkele manier zelfstandig kunnen wonen en functioneren. De laatste jaren zijn er al veel intramurale plaatsen afgebouwd, maar soms zien we ook een omgekeerde beweging (GGZ: veelplegers). Wij beschouwen het volgende uitgangspunt van de zijde van het IWZ als richtinggevend gemiddelden per sector, waarvan ook de praktijk de komende jaren moet uitwijzen hoe het zich het beste verder kan ontwikkelen:

Uitgangspunt IWZ ontwikkeling extramuralisering tot 2015:

• Verzorgingshuiszorg	- 75%
• Verpleeghuiszorg	- 33%
• Verstandelijk gehandicapten	- 66%
• Gezinsvervangende tehuizen	- 90%
• Psychiatrische ziekenhuizen	-100%
• Instellingen voor beschermd wonen GGZ	- 90%

- Een tweede belangrijke uitgangspunt gaat er van uit dat idealiter iedere 55+-er in een woning moet kunnen wonen die aanpasbaar is en voldoet aan eisen van veiligheid en woongemak; een levensloopbestendige woning. Daarnaast heeft ongeveer 5% van de rest van de bevolking een dusdanige handicap, dat ook zij in een levensloopbestendige woning zouden moeten kunnen wonen. Dit zou erop neerkomen dat over een aantal jaren gemiddeld zo'n 35% van de woningvoorraad uit levensloopbestendige woningen zou moeten bestaan. Bij die 35% horen ook de woonvormen die zijn toegesneden op specifieke zorgvragers: geclusterde en beschutte woonvormen en woningen in woonzorgcomplexen en voor individueel zelfstandig wonenden met chronische en intensieve thuiszorg.
- Ter ondersteuning van het meer of minder zelfstandig wonen van de zorgvragers moeten adequate welzijnsdiensten worden geleverd. Die onderscheiden we in haalfuncties, brengfuncties en interne functies. Deze functies kunnen worden ondergebracht in respectievelijk een activiteitencentrum, een coördinatiepunt en een zorgkruispunt.
- Daarnaast moet de gewenste zorg worden geleverd. Daarbij is sinds april 2003 sprake van een omslag. De tot dan gevolgde indeling is vervangen door de functionele indicering, waarbij zeven functies worden onderscheiden. De ontwikkeling hiervan in termen van behoefte en aanbod is nog ongewis.

### 1.4. Leeswijzer

Eerst volgt hierna in hoofdstuk 2 een samenvatting van het onderzoek met bijbehorende conclusies en aanbevelingen en een handleiding 'toepassing cijfers'. Daarna volgt de rapportage de opzet van het onderzoek. Hoofdstuk 3 gaat in op het begrippen- en

normenkader. In hoofdstuk 4 wordt de behoefte-ontwikkeling voor wonen, welzijn en zorg weergegeven. Hoofdstuk 5 gaat in op het aanbod van de betreffende voorzieningen. Ter wille van de leesbaarheid is veel informatie in bijlagen verwerkt. Dat betreft bijvoorbeeld veel uitkomsten met betrekking tot afzonderlijke gemeenten.



## **2. SAMENVATTING, CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN HANDREIKING AAN DE GEBRUIKER**

### **Inleiding**

De vermaatschappelijking van de zorg, de extramuralisering en de vergrijzing hebben nu en in de toekomst een grote impact op de samenleving. In de provincie Utrecht lopen op dit moment verschillende beleidstrajecten waarvoor het noodzakelijk is dat de consequenties van die eerstgenoemde ontwikkelingen inzichtelijk worden gemaakt in termen van vraag naar en het aanbod van zorgwoningen en van welzijns- en zorgvoorzieningen.

Voor de provincie Utrecht was dit aanleiding om adviesbureau Companen te vragen een onderzoek uit te voeren. De provincie wil beschikken over een cijfermatig overzicht van de vraag naar en het aanbod van zorgwoningen, welzijnsvoorzieningen en zorg voor oudere mensen, mensen met een functiebeperking en mensen uit de geestelijke gezondheidszorg. Het overzicht moet inzicht geven op het schaalniveau van gemeenten, WZV-subregio's, streekplangebieden en provincie, van 2003 tot 2020, in vijfjaarsintervallen.

Met het cijfermatig kader kunnen partijen uit de sectoren wonen, welzijn en zorg afspraken maken vanuit hetzelfde inzicht. De cijfers worden uiteindelijk gebruikt als beleidsmatig uitgangspunt voor:

- advisering over bouw van zorgvoorzieningen in het kader van de WZV;
- prestatieafspraken over te bouwen zorgwoningen met de regio's;
- afspraken over te realiseren volumes voor zorg en welzijn.

Het onderzoek is in eind 2002 en begin 2003 uitgevoerd en kende de volgende stappen:

1. ingaan op begrippenkader en normering;
2. het bepalen van de toekomstige behoefte aan wonen-welzijn-zorgvoorzieningen;
3. in kaart brengen van het huidige en geplande aanbod van wonen, welzijn en zorg;
4. in beeld brengen van verschillen tussen vraag en aanbod. Doordat de gegevens over vraag en aanbod incompleet en onvergelijkbaar waren, is deze confrontatie niet uitgevoerd. Wel is voor de verschillende jaren weergegeven wat de behoefte is aan voorzieningen voor wonen-welzijn-zorg. Hieruit wordt ook duidelijk dat we de komende jaren voor een grote opgave staan.

### **Begrippen- en normenkader**

#### *Algemeen*

Het begrippen- en normenkader is gestoeld op de door het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) gepropageerde toekomstgerichte integrale aanpak van wonen-welzijn-zorg op lokaal niveau. De basis daarvoor is gelegd door de landelijke Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG). Aan de basis van dit concept ligt een vergaande mate van extramuralisering ten grondslag, overigens in verschillende mate voor de diverse intramurale voorzieningen.

In genoemd concept worden tegen de achtergrond van de toekomstgerichte benadering begrippen en normen gehanteerd vanuit een eenduidige, integrale benadering van de verschillende zorgdoelgroepen.

De integrale benadering van wonen-welzijn-zorg komt tot uitdrukking in de 'relatietabel' 3.1.

De in het gevolgde IWZ/STAGG model gehanteerde normen hebben steeds betrekking op 10.000 inwoners in een gemeente, wijk of kern. Omdat wij het wenselijk vinden om rekening te kunnen houden met vraag en aanbod van wonen-welzijn-zorgvoorzieningen in relatie tot de huidige en toekomstige specifieke leeftijdsopbouw ter plaatse, is in dit onderzoek gebruik gemaakt van leeftijdspecifieke normen.

## **Begrippen**

### *Wonen*

We onderscheiden de volgende categorieën woningen:

- Groot geclusterd wonen / intramuraal wonen.
- Zorgwoningen (zie voor een definiëring van het begrip 'zorgwoning' ook paragraaf 3.2, tabel 3.2): huisvesting in het kader van extramuralisering en voor autonome groei van zorgbehoevenden; AWBZ-geïndiceerden. De volgende woonvormen rekenen wij hiertoe: zelfstandig wonen in woonzorgcomplexen, beschutte woonvormen, woonvormen in kleine clusters.
- Individueel zelfstandig wonen met (chronische, intensieve) thuiszorg.
- (Overige) levensloopbestendige woningen (aanpasbaar, geschikt voor mensen met lichte functiebeperkingen).

### *Welzijnsdiensten*

De beschikbaarheid van welzijnsdiensten op maat is essentieel voor het meer of minder zelfstandig wonen van de zorgvragers. Het vormt een randvoorwaarde voor een succesvolle extramuralisering.

Wij onderscheiden de welzijnsdiensten hier naar haalfuncties, brengfuncties en interne functies. Haalfuncties zijn bijvoorbeeld Meer Bewegen voor Ouderen, sport voor gehandicapten, open eettafel. De bereikbaarheid van de voorzieningen is elementair. Brengfuncties zijn bijvoorbeeld tafeltje dekje, boodschappendienst, vervoer. Bij deze functies is bij voorkeur een korte afstand tot de gebruiker gewenst en tevens een goede toegankelijkheid van de woning. Interne functies tenslotte zijn onder meer dagopvang en maaltijdvoorziening. Aanbieder en gebruiker bevinden zich op dezelfde plek.

Deze functies kunnen worden ondergebracht in respectievelijk een activiteitscentrum, een coördinatiepunt en een zorgkruispunt. Zie voor een toelichting paragraaf 3.3.

### *Zorg*

Op 1 april 2003 deed zich in het kader van de modernisering van de AWBZ een grote omslag voor met betrekking tot de indeling van het zorgaanbod: van een aanbodgericht naar een vraaggericht systeem. De tot dan gevolgde bio-indeling is vervangen door de functionele indicering, waarbij de volgende zeven functies worden onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en tenslotte verblijf. De gevolgen hiervan voor het zorgvolume zijn nog niet te overzien. De nieuwe indeling is in te bedden in het STAGG-concept in relatie tot de daarbij onderscheiden woonvormen, alsmede in relatie tot de onderscheiden haal-, breng- en interne functies.

## Normen

### *Wonen*

Idealiter beschikken in 2015 alle 55+-ers (dan ca 30% van de bevolking) en jonger gehandicapten (ca 5% van de bevolking) over een levensloopbestendige woning. IWZ/STAGG vertaalt dit naar ca 35% van de woningvoorraad op dat moment. De woningen voor (chronische, intensieve) zorgvragers – zorgwoningen en woningen voor individueel zelfstandig wonen – moeten in aansluiting op de gevolgde normen in 2015 ca 6% van de woningvoorraad in de provincie uitmaken.

### *Welzijn*

Gezien het grote belang van de welzijnsdiensten is het jammer dat er nog steeds geen goede normen beschikbaar zijn voor het bepalen van de (toekomstige) behoefte aan die diensten. Wij maken in dat verband gebruik van de uitkomsten van de uitgevoerde inventarisatie: op basis van het huidige gebruik stellen wij voor enkele veel voorkomende diensten een norm op. Die norm hanteren wij ook voor de toekomst en houden daarbij enkel rekening met de veranderende bevolkingssamenstelling. Feitelijk moeten voor zo'n doorrekening betere indicatoren beschikbaar zijn: niet uitgaan van het huidige gebruik, want dat is sterk aanbodbepaald en niet vraaggestuurd; de veranderende vraag moet erin worden verdisconteerd, mede in relatie tot effecten van extramuralisering en langer zelfstandig blijven wonen en de (veranderende) financiële positie van zorgvragers; mogelijk heeft ook de zich verder ontwikkelende marktwerking effect op de vraagontwikkeling. De nu gebruikte normen geven dus maar een globaal beeld van de behoefte (ontwikkeling) en vormen zeker een onderschatting.

### *Zorg*

De wijze waarop de normen voor de vraagontwikkeling naar zorg in beeld zijn gebracht, is nauw gelieerd aan de wijze waarop dat voor het wonen is geschied.

### **Behoeftentwikkeling wonen-welzijn-zorg**

De behoefte aan *extramurale zorgplaatsen* neemt in de provincie tussen 2003 en 2020 - uitgedrukt in aantallen personen - met liefst 90% toe. De behoefte aan extramurale en intramurale zorgplaatsen samen stijgt in die periode met 36%. De behoefte aan intramurale plaatsen neemt in die tijd in personen gerekend met 52% af.

De behoefte aan het totaal van *levensloopbestendige woningen* neemt in de provincie tussen 2003 en 2020 met ruim 73.000 woningen toe tot ruim 203.000 woningen (+56%). Vooral in het Stadsgewest Utrecht neemt de behoefte aan deze woningen fors toe (+67%).

Ten behoeve van het overleg over de regionale verstedelijkingsafspraken geven we hier nog enkele uitkomsten: in het BRU-gebied en het Stadsgewest Utrecht neemt de totale behoefte aan levensloopbestendige woningen tussen 2003 en 2010 toe met ca 17.900 respectievelijk ca 13.650 woningen. In het Stadsgewest Amersfoort bedraagt de toename van de behoefte over die periode 7.150 levensloopbestendige woningen.

De behoefte aan *woningen voor zorgvragers* neemt in de provincie toe van ruim 20.000 in 2003 tot ruim 36.000 in 2020, een toename met ongeveer 16.000 woningen (+78%). Tezelfdertijd neemt de behoefte aan intramurale plaatsen af met ca 7.700.

Als direct gevolg van de extramuralisering neemt verhoudingsgewijs de behoefte aan geclusterde (+320%) en beschutte woonvormen (+266%) het meest toe. De behoefte-groei is weliswaar verhoudingsgewijs een stuk lager bij woningen in woonzorgcomplexen (+84%) en bij individueel zelfstandig wonen met thuiszorg (+45%), maar absoluut gezien gaat het hierbij wel om grotere aantallen.

Het aantal mensen dat de komende jaren een beroep zal doen op *welzijnsdiensten* gaat stijgen onder invloed van de extramuralisering, de vergrijzing, het langer zelfstandig wonen en de bevolkingsgroei in het algemeen. Nu nog intramuraal verleende welzijnsdiensten leiden bij extramuralisering tot een beroep op het 'gewone' extramuraal aanbod van welzijnsdiensten. Als gevolg van de vergrijzing zal zowel de groep mensen die lichte zorg nodig heeft als de groep mensen die zware zorg nodig heeft, toenemen. De groei van de eerste groep zal voornamelijk een toename van de vraag naar haalfuncties met zich meebrengen. De groei van de tweede groep heeft met name gevolgen voor de vraag naar brengfuncties.

Vier alinea's hiervoor is de groei van de behoefte aan zorgplaatsen aangegeven. Dat levert een eerste indicatie van de groei van welzijnsdiensten tussen nu en 2020. Waarschijnlijk echter is dat nog een onderschatting van het gebruik van de voorzieningen. Er zijn immers meer factoren die van invloed zijn op de vraag naar welzijnsdiensten, zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van het aanbod. En wij verwachten ook dat een meer gedifferentieerd aanbod op maat en meer marktwerking tot een hogere productafname kan leiden.

Hoe de behoefte kwalitatief verandert is nog niet erg duidelijk. In elk geval lijkt de vraag naar bestaande producten op maat te groeien. Dat vergt productdifferentiatie. Voor dit gedifferentieerde aanbod komen naast de huidige aanbieders, of deels in de plaats daarvan, ook andere aanbieders op de markt. De marktwerking speelt daarbij een rol. En mede ook in dat verband ziet het er naar uit dat welzijnsdiensten die op dit moment alleen nog voor specifieke doelgroepen beschikbaar zijn, breder toegankelijk worden gemaakt. Anderzijds is de verwachting dat zorgvragers - doorgaans in het verlengde van hun eigen wens - meer gebruik gaan maken van het reguliere voorzieningenaanbod. Nu is er voor verschillende zorgdoelgroepen vaak nog een afzonderlijk aanbod aan diensten.

### **Huidig aanbod wonen-welzijn-zorg**

Om inzicht te krijgen in het aanbod van wonen-welzijn-zorgvoorzieningen maakten wij vooral gebruik van gegevens van het zorgkantoor, van informatie uit diverse provinciale monitoren en van specifiek voor dit onderzoek verrichte inventarisaties bij gemeenten, woningcorporaties, Stichtingen Welzijn Ouderen en de SPD.

Het is op dit moment nog moeilijk om per gemeente een volledig beeld te schetsen van het huidige aanbod aan woningen, welzijnsdiensten en zorg. In het kader van dit onderzoek is daar veel energie in gestoken, maar met wisselend succes.

- *Welzijn*: de inventarisatie leverde per gemeente een behoorlijk beeld op van de diversiteit en de volumes van de geleverde diensten. Van maar liefst 29 van de 33 gemeenten hebben we een beeld van hun welzijnsaanbod. Niet alleen van het

huidige volume, maar ook van de verwachte toe- of afname in het gebruik van deze producten.

- *Zorg*: ook de inventarisatie voor zorg leverde een behoorlijk beeld. Daarbij is gebruik gemaakt van gegevens van het zorgkantoor voor verpleging en verzorging (V&V) en thuiszorg en van de provinciale monitoren voor gegevens over lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten. Deze gegevens zijn evenwel verzameld aan de hand van oude indelingen en niet aan de hand van de nieuwe AWBZ-indeling in zeven functies, die op 1 april 2003 in werking is getreden.
- *Wonen*: de inventarisatie over het woningaanbod voor zorgvragers leverde veel minder op dan bij aanvang van het project werd verwacht. De belangrijkste reden voor de uiteindelijk beperkte hoeveelheid gegevens over het woningaanbod is dat de corporaties in de provincie hun woninggegevens doorgaans niet (ook) gerubriceerd hebben volgens een indeling in relatie tot te verlenen zorg, als men al op de hoogte is van de kenmerken van die specifieke huisvestingsvormen voor zorgdoelgroepen. De beschikbaar gekomen gegevens over het woningaanbod zijn onderling ook onvoldoende vergelijkbaar. Verder zijn die gegevens vooral ook beperkt gebleven tot corporatiewoningen van plaatselijk, regionaal en landelijk werkende corporaties. Per saldo leverde de inventarisatie van het woningaanbod maar voor een klein deel van de gemeenten in de provincie een goed beeld op. De uitkomsten vertonen veel overeenkomst met gegevens uit de provinciale monitoren; daarvoor gelden dan ook de kanttekeningen die hiervoor zijn gemaakt.

### **Conclusie: enorme opgave**

Het onderzoek toont aan dat we in de provincie voor een enorme opgave staan. Alle betrokkenen moeten daarmee aan de slag, zowel op regionaal als op lokaal niveau. Een aantal kanttekeningen is daarbij nog op z'n plaats.

- Het uitgangspunt over de mate van extramuralisering moeten we op dit moment als een maximale aanname beschouwen. Het kan dus zo zijn dat mede vanuit praktijkervaringen een wat gematigder extramuralisering richtinggevend gaat worden. Het zal dan wat langer duren voordat het hier aangegeven niveau van de extramuralisering is bereikt of misschien bereiken we dat punt zelfs niet helemaal. De aangegeven behoefte aan diverse woonvoorzieningen ligt in het geval van een eventueel wat trager verlopende of minder vergaande extramuralisering bijgevolg wat lager dan in deze rapportage is aanhouden.
- De opgave is voor de komende jaren tot 2020 weergegeven per gemeente. Echter, niet per definitie hoeft steeds in iedere gemeente de behoefte aan alle verschillende woonvoorzieningen met bijbehorende dienstverlening en zorg te worden opgevangen. Zo is op dit moment een concentratie van instellingen voor gehandicapten te vinden op de Utrechtse Heuvelrug en mogelijk blijft dat ook bij de verdere extramuralisering tot op zekere hoogte het geval. Dit betekent dat de berekende opgave per gemeente in de praktijk soms deels elders wordt gesitueerd.
- Aan de ene kant moet in het kader van nieuwbouw aandacht worden besteed aan woonvormen die ook geschikt zijn voor het leveren van zorg. Maar nadrukkelijk moeten we in de bestaande voorraad nagaan op welke wijze we door middel van aanpassingen mede een bijdrage kunnen leveren aan de grote opgave. En in de nieuwbouw en de bestaande woningvoorraad moeten we ons richten op mogelijkheden in zowel de huur- als in de koopsector.

## **Handreiking voor het verdere proces**

### *Aanbevelingen in relatie tot behoefte-ontwikkeling*

- Het onderzoek concludeert dat er een grote toename van de behoefte aan woningen voor zorgvragers voor ons ligt. Op deze grote opgave moet op regionaal en lokaal niveau worden ingespeeld, overigens in samenhang met de afname van intramurale plaatsen. De gewenste toename van het aanbod moet gedifferentieerd worden ingevuld. Het onderzoek levert daarvoor aanknopingspunten.
- De behoeftebepaling van welzijndiensten moet op lokaal niveau worden uitgewerkt aan de hand van een in het onderzoek toegelicht basispakket van haal- en brengdiensten. Afhankelijk van de specifieke situatie kan dit pakket worden ingevuld. Zorgvragers kunnen - bijvoorbeeld in klantenpanels - beoordelen of het gebruikte pakket functioneel is en of gebruikers tevreden zijn. Dergelijke klantenpanels kunnen ook behulpzaam zijn bij het goed in beeld brengen van de vraag naar welzijnsdiensten.
- Om meer inzicht te krijgen in de verdere ontwikkeling van de behoefte aan welzijnsdiensten kan men als volgt te werk gaan. Ga tegen de achtergrond van het feitelijk productgebruik na, door navraag bij de zorgvragers (klantenpanels, enquêtes), wat aan de hand van het eerdergenoemde basispakket het gewenste gebruik is van deze diensten. Doe dit bij voorkeur in relatie tot de aard van de zorgvraag, de huisvestingssituatie en de leeftijd van de vragers. Confronteer dat beeld vervolgens met de berekende toename van het aantal zorgvragers in relatie tot hun leeftijd en hun huisvestingssituatie.

### *Aanbevelingen in relatie tot aanbod*

- Vanwege de doorgaans nog gebrekkige gegevens die op lokaal niveau beschikbaar zijn over het onderdeel wonen in de integrale wonen-welzijn-zorg benadering, pleiten we ervoor dat men zich op gemeentelijk niveau (en in beginsel daarbinnen ook naar kernen en wijken) in overleg tussen de gemeente en de woningcorporaties, inzet voor het beschikbaar krijgen van gegevens over het woningaanbod die wel passen in die benadering:
  - beschutte woonvormen en (klein) geclusterd wonen;
  - woningen in woonzorgcentra en individueel zelfstandig wonen met intensieve thuiszorg;
  - overige levensloopbestendige woningen.Die inzet moet men ook richten op relevante gegevens van andere woningaanbieders en op die van woningen van eigenaar-bewoners, een en ander inclusief gegevens over WVG-aanpassingen.
- Omdat gegevens over het zorgaanbod voor de verschillende zorgdoelgroepen nu uit verschillende kokers komen, niet eenvoudig te verkrijgen zijn en onderling moeilijk vergelijkbaar (te maken), moet men ter wille van een betere integrale benadering van ontwikkelingen van vraag en aanbod vanuit de zorgsector zelf een bijdrage leveren aan een betere onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens met betrekking tot de verschillende zorgdoelgroepen.

### *Overige aanbevelingen*

- De welzijnsdiensten in het kader van wonen en zorg moeten zoveel mogelijk onderdeel worden gemaakt van het integrale welzijnsaanbod in gemeenten, teneinde daarmee de integratie van zorgvragers in de samenleving te bevorderen.
- Gezien de gewenste integrale benadering van wonen-welzijn-zorg past het dat de huidige provinciale monitoren voor de diverse zorgdoelgroepen worden geactualiseerd tot één nieuwe monitor wonen-welzijn-zorg.  
Daarbij is het wel raadzaam om de gegevens over afzonderlijke zorgdoelgroepen als zodanig herkenbaar te houden of zelfs beter herkenbaar te maken.  
De huidige gegevens kunnen desgewenst als 0-meting worden beschouwd.
- De geschetste opgaven moeten vooral op lokaal niveau worden opgepakt en in samenwerking tussen overheid en uitvoerende partijen op het vlak van wonen-welzijn-zorg inhoud krijgen. Ook vertegenwoordigers van zorgvragers kunnen daarbij een zinvolle rol spelen. Het ligt voor de hand dat men regionaal naar afstemming zoekt op het niveau van de WZV-subregio's, maar dit heeft ook repercussies voor de streekplangebieden. Een faciliterende rol van de provincie draagt bij aan het perspectief van een goede invulling van de opgave op provinciaal niveau.

### **Handreiking voor het gebruik van de cijfers in deze rapportage**

- De geschetste ontwikkelingen zijn veelomvattend. Aan de ene kant is dat een gevolg van de aannames over de extramuralisering, aan de andere kant van de vergrijzing zoals die naar voren komt uit de provinciale bevolkingsprognose van 2002. In het onderzoek zijn de effecten van deze factoren gezamenlijk doorgerekend tot 2020. Maar we kunnen de effecten van beide ook uit elkaar leggen:
  - als we alleen naar de effecten kijken van de extramuralisering<sup>4</sup>, dan leidt dat tot 2020 tot een afname met 60% van het aantal intramurale plaatsen ten opzichte van de voor 2003 berekende behoefte; dit gaat samen met een toename tot 2020, ten opzichte van de voor 2003 berekende behoefte, met 38% van het aantal woningen voor zorgvragers;
  - kijken we alleen naar de effecten van de vergrijzing<sup>5</sup>, dan leidt dat tot 2020 tot een toename met 25% van het aantal intramurale plaatsen ten opzichte van de voor 2003 berekende behoefte; daarnaast leidt het tot een toename tot 2020, ten opzichte van de voor 2003 berekende behoefte, met 29% van het aantal woningen voor zorgvragers.
- Het gevolgde IWZ/STAGG-concept borduurt in zijn uitwerking niet voort op de door ons onderscheiden afzonderlijke zorgdoelgroepen, maar integreert ze tot één categorie zorgvragers. Wij vinden het nodig om toch zicht te blijven houden op de ontwikkeling van de positie van die afzonderlijke groepen, ook bij de verdere monitoring van gegevens. Tabel 1.1 laat zien wat de huidige omvang en relatieve betekenis van de vier groepen is voor wat betreft hun huidige woonvormen met zorg.
- We gaven in de rapportage aan dat de gehanteerde cijfers bij het IWZ-uitgangspunt over de ontwikkeling van de extramuralisering (zie § 1.3) gezien moeten worden als richtinggevende gemiddelden per sector, waarvan ook de praktijk de komende jaren

---

<sup>4</sup> Daartoe brengen we de voor deze factor gebruikte normen voor zowel 2003 als voor 2015 (uitgangspunt is dat de beoogde extramuralisering in dat jaar is bereikt; dus de normen voor 2020 zijn gelijk aan die voor 2015) in verband met de veronderstelde bevolking in 2020.

<sup>5</sup> Daartoe brengen we de voor deze factor gebruikte bevolkingsgegevens voor zowel 2003 als voor 2020 in verband met de veronderstelde mate van extramuralisering in 2020.

moet uitwijzen hoe dit zich het beste verder kan ontwikkelen. In relatie tot aanbodgegevens (bijlage 11) betekent dit het volgende:

	<b>2003</b>	<b>2015</b>	<b>Vershil</b>
Intramurale verzorgingshuisplaatsen	6.500	1.600	-4.900 (-75%)
Intramurale verpleeghuisplaatsen	4.050	2.700	-1.350 (-33%)
Intramurale plaatsen verstandelijk gehandicapten	2.800	1.000	-1.800 (-66%)
Intramurale plaatsen GGZ	2.800	150	-2.650 (-95%)

N.B.: Er is geen totaaloverzicht van het aantal intramurale plaatsen in de sector lichamelijk gehandicapten.

- Het gevolgde IWZ/STAGG-concept is feitelijk ook een ruimtelijk concept met aanknopingspunten over de uitwerking in wijken en kernen, integraal gezien voor wonen, welzijn en zorg. De effectivering van dat ruimtelijk concept is nog een grote uitdaging. Daarbij loopt men uiteraard aan tegen specifieke situaties en gegevens in wijken en kernen waarmee men rekening moet houden. Denk bijvoorbeeld aan vraagstukken als bereikbaarheid, locatieproblematiek, boekwaardeproblematiek, etc.

### **3. BEGRIPPEN- EN NORMENKADER**

#### **3.1. Uitwerking baseren op toekomstgerichte integrale benadering van wonen-welzijn-zorg**

De uitwerking van het begrippen- en normenkader is gestoeld op de door het IWZ gepropageerde toekomstgerichte integrale aanpak van wonen-welzijn-zorg op lokaal niveau. Op veel plaatsen in het land wordt daar inmiddels mee gewerkt. Het is een richtinggevend kader, bedoeld als een stimulans en handreiking om zorgvernieuwing in samenhang met wonen en welzijn vorm te geven. De basis ervoor is gelegd door de STAGG in de publicatie 'Verblijven of wonen; zorg voor eenieder' (2000). Daar schetst men op basis van ruimtelijke begrippen een scenario voor de zorg in de toekomst (zeg 2015). Men geeft antwoorden op vragen als: hoe en op welk niveau moet coördinatie van zorg en dienstverlening plaatsvinden, wat is de ideale afstand tot een ontmoetingsplek, wat is de schaal van een herkenbare buurt?

In de traditionele intramurale gezondheidszorg is het aanbod van wonen, zorg en welzijn met elkaar verweven in één pakket, dat in beginsel in zijn geheel wordt afgenomen. In het STAGG-model wordt het intramurale pakket uiteengelegd in afzonderlijke functies onderverdeeld in drie hoofdgroepen: welzijnsdiensten, zorg en wonen. Dit toekomstscenario is bruikbaar van flinke stedelijke wijken tot aan kleine kernen. Hoe organiseer je wonen en zorg in dergelijke gebieden, er van uitgaande dat het aantal mensen met een zorgbehoefte dat zelfstandig blijft wonen aanzienlijk toe zal nemen? In bijlage 1 gaan wij uitvoeriger in op de achtergronden van dit STAGG-model. Belangrijk is dat daarin tegen de achtergrond van de toekomstgerichte benadering begrippen en normen worden gehanteerd vanuit een eenduidige, integrale benadering van de verschillende zorgdoelgroepen.

Een voorbeeld: bij het wonen redeneert men niet meer vanuit een indeling naar verschillende groepen (ouderen, mensen met een verstandelijke handicap of chronisch zieken), maar hanteert men een onderscheid naar de aard van de beperkingen, stoornissen of handicaps die zich voordoen. Deze benadering kan er op het gebied van huisvesting toe leiden dat woningen voor alle zorgdoelgroepen geschikt moeten zijn:

- 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.

Omdat er in het land volop aan de hand van deze benadering wordt gewerkt, is er af en toe voor het IWZ ook aanleiding om tot dan gehanteerde normen te actualiseren. Kenmerk is tot nu toe echter wel dat deze normen steeds betrekking hebben op 10.000 inwoners in een gemeente, wijk of kern. Daarbij houdt men geen rekening met de specifieke leeftijdsopbouw ter plaatse. Juist in dit onderzoek vinden wij dat toch wel nodig. De normen per 10.000 inwoners zijn daarom hier uitgewerkt tot leeftijdspecifieke normen. Zodoende wordt rekening gehouden met de feitelijke (veranderende) leeftijdsopbouw van de bevolking ter plaatse en wordt een realistischer beeld gegeven van de plaatselijke behoefteontwikkeling. Immers, Houten en De Ronde Venen hebben wel

ongeveer evenveel inwoners, maar de behoeften op het vlak van wonen-welzijn-zorg kunnen alleen al op grond van een verschillende leeftijdsopbouw anders uitpakken.

Alvorens op begrippen en normen met betrekking tot wonen, welzijn en zorg in te gaan, presenteren we in het verlengde van het voorgaande gedachtegoed eerst het volgende overzicht. Het geeft de relatie weer tussen wonen-welzijn-zorgvoorzieningen. Van boven naar beneden is de zwaarte van de zorgvraag bij de eerste twee woonvormen (zie linkse kolom) min of meer gelijk (de zorginfrastructuur verschilt wel) en neemt vervolgens toe, terwijl de mate van zelfstandigheid in de woning afneemt.

Tabel 3.1: Relatietabel wonen, welzijn, zorg op basis van het STAGG-principe

	wonen	welzijn	zorg
Individueel zelfstandig wonen met thuiszorg	<p><u>Woning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfstandige woning</li> <li>Aanpasbaar gebouwd en integraal toegankelijk</li> <li>Toegankelijk voor zware mobiliteitshulpmiddelen, zoals elektrische rolstoelen, tilliften, bedden, etc.</li> </ul> <p><u>Doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>m.n. bedoeld voor mensen met matige tot ernstige lichamelijke handicap</li> <li>bewoner heeft zelf regie in handen en voert een zelfstandig huishouden</li> </ul> <p><u>Woonservicezone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ligging bij voorkeur binnen woonservicezone</li> </ul>	<p><u>Welzijn / dienstverlening</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>haalfuncties: voorlichtingsbijeenkomst en, recreatieve en culturele activiteiten, Meer Bewegen voor Ouderen, ouderenadviseur, sport voor gehandicapten, toeleiding naar werk, open eettafel, dagopvang</li> <li>brenghfuncties: huisbezoek, ouderenadviseur, maaltijden aan huis, boodschappen dienst, klussen aan huis, vervoer, bezoek- en oppascentrale, pedicure aan huis, alarmering</li> </ul>	<p><u>Infrastructuur zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>in nabijheid van hulp- of zorgpost is wenselijk</li> <li>AWBZ functies 1-6</li> </ul>
Zelfstandig in woonzorgcomplex	<p><u>Woning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zelfstandige woning</li> <li>gebouwd als complex met een bouwwijze gericht op beschermd wonen</li> <li>ca 90-120 m<sup>2</sup> per woning</li> </ul> <p><u>Doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bewoner heeft zelf regie in handen en voert een zelfstandig huishouden</li> </ul> <p><u>Woonservicezone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ligging bij voorkeur in woonservicezone</li> </ul> <p><u>Voorbeelden</u> aanleunwoning, inleunwoning</p>	<p><u>Welzijn / dienstverlening</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>haalfuncties: voorlichtingsbijeenkomst en, recreatieve en culturele activiteiten, Meer Bewegen voor Ouderen, ouderenadviseur, sport voor gehandicapten, toeleiding naar werk, open eettafel, dagopvang</li> <li>brenghfuncties: huisbezoek, ouderenadviseur, maaltijden aan huis, boodschappen dienst, klussen aan huis, vervoer, bezoek- en oppascentrale, pedicure aan huis, alarmering</li> </ul>	<p><u>Infrastructuur zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>beroep kan worden gedaan op complex-gewijs overeengekomen zorg- en servicearrangementen</li> <li>geen 24-uurs zorg aanwezig in complex</li> <li>zorgpost bij voorkeur gelegen binnen 200 meter</li> <li>AWBZ-functies 1-6</li> </ul>

	wonen	welzijn	zorg
Beschutte woonvormen	<p><u>Woning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aantal kleine, zelfstandige woningen (één- of tweepersoons)</li> <li>kunnen samen in één woongebouw zijn ondergebracht</li> <li>ca 60 m<sup>2</sup> per persoon</li> <li>gemiddelde woningbezetting ca 2, uitgaande van standaardwoning</li> </ul> <p><u>Doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bewoner heeft begeleiding en/of assistentie nodig, maar geen 24-uurs toezicht</li> <li>gevraagde zorg min of meer planbaar binnen bepaalde werkuren, veelal hulp bij ADL en bij huishoudelijke activiteiten</li> </ul> <p><u>Woonservicezone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aanbevolen wordt ligging binnen woonservicezone</li> </ul> <p><u>Voorbeeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fokuswoningen</li> </ul>	<p><u>Welzijn / dienstverlening</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haalfuncties: voorlichtingsbijeenkomst en, recreatieve en culturele activiteiten, Meer Bewegen voor Ouderen, ouderenadviseur, sport voor gehandicapten, toeleiding naar werk, open eettafel, dagopvang</li> <li>Brengfuncties: huisbezoek, ouderenadviseur, maaltijden aan huis, boodschappen dienst, klussen aan huis, vervoer, bezoek- en oppascentrale, pedicure aan huis, alarmering</li> </ul>	<p><u>Infrastructuur zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>gemeenschappelijke huiskamer en/of hulp-post binnen een bepaalde straal</li> <li>zorgpost met 24-uurs zorg bij voorkeur gelegen binnen 200 meter</li> <li>AWBZ-functies 1-6</li> </ul>
Klein geclusterd wonen	<p><u>Woning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Geen volwaardige eigen woning</li> <li>Ca 60 m<sup>2</sup> per persoon</li> <li>Kan in de vorm van een ruime groeps woning voor ca 6 tot 8 bewoners</li> <li>Kan in de vorm van aantal in clusters gegroepeerde individuele wooneenheden (2 per standaardwoning) intern verbonden met zorgruimten</li> </ul> <p><u>Doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>bewoner heeft 24-uurs begeleiding en toezicht nodig</li> </ul> <p><u>Woonservicezone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ligging binnen woonservicezone</li> </ul> <p><u>Voorbeeld</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>groeps woningen</li> </ul>	<p><u>Welzijn / dienstverlening</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>brengfuncties: huisbezoek, ouderenadviseur, maaltijden aan huis, boodschappen dienst, klussen aan huis, vervoer, bezoek- en oppascentrale, pedicure aan huis, alarmering</li> <li>interne levering van functies: dagopvang, maaltijdvoorziening, alarmering</li> </ul>	<p><u>Infrastructuur zorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>binnen de woonvorm of in de directe nabijheid gemeenschappelijke ruimten en zorgruimten</li> <li>zorgpost met 24-uurs zorg in de directe nabijheid</li> <li>AWBZ-functies 1-7</li> </ul>

	wonen	welzijn	zorg
Groot geclusterd wonen	<u>Woning</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geen volwaardige eigen woning</li> <li>• in één woongebouw</li> </ul> <u>Doelgroep</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewoner heeft 24-uurs begeleiding en toezicht nodig</li> <li>• bewoner heeft niet meer zelf regie in handen</li> </ul> <u>Woonservicezone</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan buiten woonservicezone liggen</li> </ul> <u>Voorbeelden</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verpleeghuis, verzorgingshuis</li> </ul>	<u>Welzijn / dienstverlening</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interne levering van functies: dagopvang, maaltijdvoorziening, alarmering</li> </ul>	<u>Infrastructuur zorg</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24-uurs zorg intern aanwezig</li> <li>• AWBZ-functies 1-7</li> </ul>

### 3.2. Begrippen en normen met betrekking tot Wonen

#### Begrippen

In § 1.3 noemden we als een van de uitgangspunten bij dit onderzoek - in het verlengde van IWZ/STAGG - dat idealiter iedere 55+-er en jonger gehandicapte in een woning moet kunnen wonen die aanpasbaar is en voldoet aan eisen van veiligheid en woongemak: een levensloopbestendige woning. We gaven ook dat de STAGG er dan mee rekent dat over een aantal jaren gemiddeld zo'n 35% van de woningvoorraad uit levensloopbestendige woningen zou moeten bestaan. Bij die 35% horen ook de woonvormen die zijn toegesneden op specifieke zorgvragers; zie tabel 3.1.

In diverse provinciale monitoren en in beleidsstukken van verschillende in de provincie Utrecht werkzame (zorg)instellingen worden ook andere woonvormen en omschrijvingen gehanteerd dan die in tabel 3.1. Zie voor een overzicht hiervan bijlage 3. In die bijlage is een 'schakeltabel' opgenomen, die de in deze rapportage gevolgde indeling combineert met de andere indelingen.

De in de voorgaande tabel genoemde woningen en woonvormen zijn bedoeld voor doelgroepen waarbij wonen en (intensievere) zorg en/of begeleiding hand in hand gaan. Op termijn - in 2015 - wordt daarbij uitgegaan van gemiddeld ongeveer 6% van de woningvoorraad. Daarnaast is er dus nog een categorie levensloopbestendige woningen nodig. De hoeveelheid ervan wordt bepaald door te kijken naar het aantal (overige) 55-plussers en (andere) mensen met een handicap. Deze mensen hebben nu geen chronische zorgbehoefte, maar als die komt kunnen ze die in de betreffende woning, mogelijk na aanpassing, krijgen.

#### *Wat is een 'zorgwoning'?*

Regelmatig horen we in relatie tot woningbouwprogrammering het begrip 'zorgwoning'. In het volgende overzicht wordt weergegeven welke woonvormen tot een 'zorgwoning' kunnen worden gerekend.

Tabel 3.2: Ordening van de verschillende woonvormen

Woonvorm	Zorgwoning	Financiering
Groot geclusterd wonen / intramuraal	nee	WZV-capaciteit
<i>Klein geclusterd wonen</i>	<i>ja</i>	<i>Merendeels WZV-capaciteit, maar ook PGB</i>
<i>Beschutte woonvormen</i>	<i>ja</i>	<i>Verhuurder - huursubsidie/soms WZV-capaciteit</i>
<i>Woningen in woonzorgcomplexen</i>	<i>ja</i>	<i>Verhuurder – huursubsidie, eigenaar-bewoners</i>
Individueel zelfstandig wonen voor mensen met thuiszorg	nee	Eigenaar-bewoners / verhuurder –huursubsidie
Overige levensloopbestendige woningen	nee	Eigenaar-bewoners / verhuurder –huursubsidie

1) WZV = Wet Ziekenhuis Voorzieningen, PGB = Persoonsgebonden Budget.

Als we het begrip ‘zorgwoningen’ hanteren, duidt dat enerzijds dus op woningen die worden gerealiseerd in het kader van de extramuralisering en op huisvesting van autonome groei van zorgbehoevenden. Anderzijds duidt het op woningen voor AWBZ-geïndiceerden. In provincies waar men woningcontingenten voor ‘gewone’ woningen aan gemeenten toewijst, vallen deze woningen daar niet onder.

Vanuit de ‘zorgwereld’ geredeneerd valt de grens tussen intramuraal en extramuraal vaak wat anders uit dan hier tussen groot en klein geclusterd wonen. Dan worden de kleine woonclusters, waarin personen een wooneenheid (geen zelfstandige woning) bewonen met gemeenschappelijke ruimten binnen een groepswooning, veelal ook tot de intramurale (semimurale) capaciteit gerekend. Dat is het geval als die clusterwoningen, waarin een koppeling tussen wonen en zorg bestaat, gefinancierd worden binnen de WZV-capaciteit. Hoewel die insteek dus begrijpelijk is, kiezen we hier - in aansluiting op de IWZ/STAGG-methodiek - voor een andere grens tussen extramuraal (zorgwoningen) en intramuraal.

- *Samengevat* onderscheiden we:
  - Zorgwoningen: huisvesting in het kader van extramuralisering en voor autonome groei van zorgbehoevenden; AWBZ-geïndiceerden. De volgende woonvormen rekenen wij hiertoe: zelfstandig wonen in woonzorgcomplexen, beschutte woonvormen, woonvormen in kleine clusters.
  - Individueel zelfstandig wonen met (chronische, intensieve) thuiszorg.
  - (Overige) levensloopbestendige woningen (al dan niet na aanpassing geschikt voor mensen met lichte functiebeperkingen).

Voorgaande categorieën rekenen we gezamenlijk toe tot de eerder besproken (in 2015 gemiddeld 35%) levensloopbestendige woningen.

  - Intramuraal wonen/groot geclusterd wonen.
- We zien om ons heen dat meer en meer een op een dergelijke indeling gebaseerd palet aan woonvormen in tal van variaties al of niet met zorg, wordt aangeboden.

## Normen

De normen voor het berekenen van de vraag(-ontwikkeling) voor de diverse woonvormen zijn door het IWZ in december 2001 geactualiseerd. Dat is gebeurd op basis van een veronderstelde extramuralisering bij de verschillende zorgdoelgroepen tot 2015: zie § 1.3. Daarmee kunnen de effecten van het gehele proces van extramuralisering zichtbaar worden gemaakt.

Wij baseren ons in eerste instantie op de volgende normen voor de actuele en toekomstige situatie. Let wel: de normen zijn bedoeld als richtinggevende cijfers; ze zijn indicatief.

Tabel 3.3: Normen voor het bepalen van de vraag naar verschillende woonzorg-combinaties voor de gezamenlijke zorgdoelgroepen

Woonzorg-combinaties	2002	2015
Individueel zelfstandig wonen met thuiszorg	106 personen per 10.000 woningbezetting: 1.1	141 personen per 10.000 woningbezetting: 1.1
Zelfstandig wonen in woonzorgcomplex	81 personen per 10.000 woningbezetting: 1.2	144 personen per 10.000 woningbezetting: 1.2
Beschutte woonvormen	8 personen per 10.000 woningbezetting: 2.0	50 personen per 10.000 woningbezetting: 2.0
Klein geclusterd wonen (mogelijk intramuraal)	4 personen per 10.000 woningbezetting: 2.0	45 personen per 10.000 woningbezetting: 2.0
Groot geclusterd wonen (intramuraal)	154 personen per 10.000 woningbezetting: 1.0	58 personen per 10.000 woningbezetting: 1.0

Bron: IWZ. Toekomstscenario's en planologische kengetallen, december 2001.

Hier is er van uitgegaan dat de vraag naar intramurale plaatsen zal afnemen tot 38% van het huidige niveau. De vraag naar elk van de genoemde extramurale woonvormen zal flink toenemen als gevolg van de extramuralisering en de verdergaande vergrijzing. Verreweg het meest is dat het geval bij klein geclusterd wonen en bij beschutte woonvormen.

Het overzicht laat zien dat in 2015 in totaal gemiddeld 438 personen per 10.000 inwoners vragen om één van de genoemde woonzorgcombinaties, waarvan 380 om een extramurale vorm. Voor dit moment is die totale vraag bepaald op 353 personen, waarvan nog maar 199 extramuraal.

Op basis van voorgaande normen maakten wij een leeftijdsspecifieke uitwerking voor beide jaren. Voor de berekening van de vraagontwikkeling in de tussenliggende jaren zijn de cijfers geïnterpoleerd. Voor 2020 hanteren wij echter dezelfde normen als voor 2015. Wij gaan er namelijk van uit dat de gewenste extramuralisering in 2015 is bereikt.

Tabel 3.4: Leeftijdsspecifieke normen voor behoeftebepaling aantallen **WONINGEN/WOONEENHEDEN** van gezamenlijke zorgdoelgroepen in 2015

	Normen per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep				
	Individueel zelfstandig wonen met intensieve zorg uiszorg	Zelfstandig in woonzorgcomplex	Beschutte woonvormen	Clusterwonen (klein)	Plaatsen intramuraal (groot geclusterd wonen)
0-34	25	0 <sup>6</sup>	9	13	19
35-54	97				
55-64	123	47	2	11	6
65-74	225	242	10	34	61
75-84	716	717	145	113	315
85 +	1.100	2.917	540	172	1.170

Bron: Bewerking Companen van IWZ/STAGG-normering per 10.000 inwoners.

<sup>6</sup> De gehanteerde norm voor wonen in een woonzorgcomplex voor mensen in de leeftijd tot 35 jaar is 0, omdat er geen mensen in deze leeftijdscategorie in woonzorgcomplexen wonen. Jonggehandicapten wonen over het algemeen in beschutte woonvormen of gezinsvervangende tehuizen.

Door bovenstaande uitgangspunten en normen aan de uit 2002 daterende provinciale bevolkingsprognose per gemeente (zie bijlage 4) te koppelen, kunnen wij de normatieve bepaalde vraagontwikkeling vanaf heden tot 2020 leeftijdsspecifiek in beeld brengen.

Dit mondt hier uit in aantallen woningen en wooneenheden (in § 4.4 geven wij aan om hoeveel zorgvragers het daarbij gaat). Dit op basis van de volgende, weer door het IWZ gehanteerde, gemiddelde woningbezetting: individueel zelfstandig wonen met thuiszorg: 1,1, zelfstandig wonen in woonzorgcomplexen: 1,2, beschut wonen: 2,0; clusterwonen: 2,0; intramuraal wonen: 1,0<sup>7</sup>.

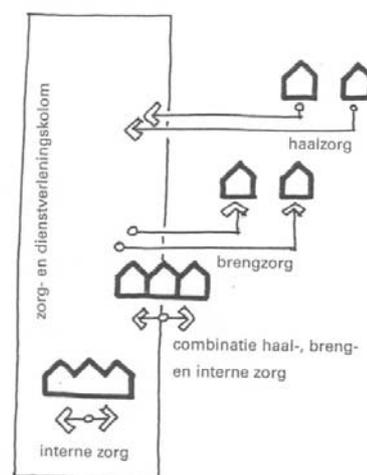
### 3.3. Begrippen en normen met betrekking tot Welzijnsdiensten

#### Begrippen

Ook ten aanzien van het aspect welzijn volgen we de IWZ/STAGG-benadering en richten we ons niet op andere indelingen (zie bijlage 3). Het begrip 'welzijn' leidt nogal eens tot verwarring en daarom koos STAGG ervoor deze term te vervangen door 'dienstverlening': alle diensten die door derden kunnen worden geboden, met uitzondering van (para)medische diensten, want die vallen onder 'zorg'. Wij gebruiken hier vooral de term 'welzijnsdiensten'.

De dienstverleningsfuncties worden onderscheiden in 'haalfuncties', 'brengfuncties' en 'interne functies'.

- Bij **haalfuncties** is bereikbaarheid elementair. Het gaat dan om functies dichtbij de woonplek of goed bereikbaar met vervoer. Ook moeten deze functies goed toegankelijk zijn. Bovendien moet de betreffende zorgvragende voldoende mobiel zijn.
- **Brengfuncties** zullen door de brengende organisaties efficiënt aangeboden moeten worden; kan de functie de zorgvragende goed bereiken? Een voorwaarde is een korte afstand tot de woning (afhankelijk van de functie) en een goede toegankelijkheid van de woning (inrichting woning).
- Bij **interne functies** bevinden aanbieder en klant zich op dezelfde plek. Deze vorm is nodig als de intensiteit en de frequentie van de te leveren dienst dat vereist, zoals bijvoorbeeld bij langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht.



Organisatie dienstverlenings- en zorgfuncties

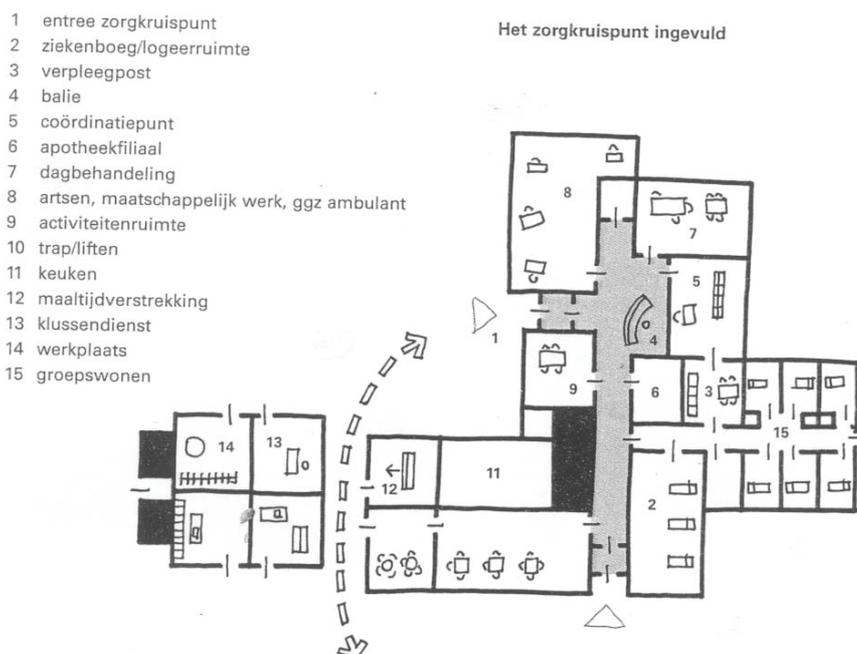
De drie verschillende functies (haal, breng en intern) kunnen worden ondergebracht in respectievelijk een activiteitscentrum, een coördinatiepunt en een zorgkruispunt.

- **Activiteitscentrum:** biedt ruimte aan recreatieve, culturele en hobby-activiteiten, dagopvang, fysiotherapie en gymnastiek. Daarnaast kan het ook een restaurant of café omvatten, een cateringbedrijf of een werkplaats voor de klussendienst.
- **Coördinatiepunt:** vanuit een coördinatiepunt wordt gezorgd dat een breed scala aan functies naar de bewoner toegebracht kan worden of dat een bewoner naar een

<sup>7</sup> Wanneer een andere gemiddelde woningbezetting (gwb) wordt gehanteerd, kan dat verstrekende gevolgen hebben voor de behoefte aan woonvormen. Wij hanteren hier voor beschut wonen en clusterwonen de door het IWZ gehanteerde gwb van 2,0. Maar een gwb van 1,0 lijkt ons logischer. In dat geval zijn er 2 keer zoveel van die woningen nodig als nu is berekend.

functie wordt gebracht. Het coördinatiepunt coördineert het aanbod van zorg en welzijnsdiensten. Hier komen alle meldingen binnen van vragen naar zorg en welzijnsdiensten.

- **Zorgkruispunt:** hier wordt 24-uurs zorg geleverd. Dit zorgkruispunt kan een klein medisch centrum bevatten, een ziekenboeg voor kortdurende opname van thuiswonende ouderen en dagopvang. Vanuit het zorgkruispunt kan 24 uur per dag zorg worden geleverd aan wijkbewoner of aan bewoners met 24-uurs zorg.



## Normen

Voor zover bekend zijn er voor het bepalen van de (toekomstige) behoefte aan welzijnsdiensten geen goede normen beschikbaar. Om toch enigszins een beeld te krijgen van een mogelijke richting van de toekomstige behoefte aan deze diensten, gebruiken wij uitkomsten van de in het kader van dit onderzoek uitgevoerde inventarisatie. Op basis van het huidige gebruik hebben wij voor enkele veel voorkomende diensten een norm opgesteld, die wij naar de toekomst doortrekken. We beseffen dat de waarde hiervan erg betrekkelijk is: het huidige gebruik is sterk aanbodbepaald, een mogelijk veranderende vraag is er niet in verdisconteerd, evenmin als de effecten van extramuralisering en langer zelfstandig blijven wonen, de financiële positie van zorgvragers en de zich verder ontwikkelende marktwerking.

Wij inventariseerden de welzijnsdiensten in alle gemeenten in de provincie Utrecht. Deze gegevens zijn ook in te delen naar haal- en brengfuncties. In onderstaande tabel worden voorbeelden genoemd van in het kader van dit onderzoek geïnventariseerde welzijnsdiensten, ingedeeld naar haal- en brengfuncties volgens de STAGG-dienstenindeling.

Tabel 3.5: STAGG-dienstenindeling

<b>Haalfuncties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorlichtingsbijeenkomsten</li> <li>• Recreatieve en culturele activiteiten / cursussen</li> <li>• Meer Bewegen voor Ouderen</li> <li>• Ouderenadviseur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport voor gehandicapten</li> <li>• Toeleiding naar werk</li> <li>• Open eettafel / sociaal restaurant</li> <li>• Dagopvang</li> </ul>
<b>Brengfuncties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisbezoek</li> <li>• Ouderenadviseur</li> <li>• Maaltijdverzorging (tafeltje-dek-je)</li> <li>• Boodschappendienst</li> <li>• Klussen aan huis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervoer</li> <li>• Bezoek- en oppascentrale</li> <li>• Pedicure aan huis</li> <li>• Alarmering</li> </ul>

### *Normen voor verschillende voorzieningen*

Zo doende kwamen we tot een norm voor twee voorzieningen, specifiek voor gehandicapten en (ex-)psychiatrische patiënten: sport voor gehandicapten en toeleiding naar werk. Verder voor zeven voorzieningen die vooral door ouderen worden gevraagd: maaltijden aan huis, vervoer, boodschappendienst, klussendienst, Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO), dagopvang en ouderenadviseur. Tot slot hebben we een norm opgesteld voor een meer algemene dienst: het steunpunt mantelzorg.

- Voor 'sport voor gehandicapten' en 'toeleiding naar werk' keken we naar het aandeel 25-54 jarigen dat ervan gebruik maakt in gemeenten waar deze diensten worden geleverd.
- Voor de meer op ouderen gerichte diensten bekeken we welk deel van de 65-plussers ervan gebruik maakt.
- Voor het steunpunt mantelzorg gingen we uit van het aandeel van het totaal aantal inwoners in de gemeenten met die voorziening.

De keuze om het gebruik van deze voorzieningen aan de aangegeven leeftijdsgroepen te koppelen heeft te maken met de veronderstelling dat mensen uit die leeftijdsgroepen overwegend van de betreffende diensten gebruik zullen maken.

Tabel 3.6: Feitelijk gebruik diensten in de provincie Utrecht.

	Percentage 24-55 jarigen dat van deze dienst gebruik maakt
Sport voor gehandicapten	0,5%
Toeleiding naar werk	0,2%
	<b>Percentage 65+-ers dat van deze dienst gebruik maakt</b>
Meer Bewegen voor Ouderen	5,9%
Maaltijden aan huis	3,0%
Klussendienst	1,7%
Boodschappendienst	1,5%
Vervoer <sup>8</sup>	16,7%
Dagopvang	0,9%
Ouderenadviseur	3,9%
	<b>Percentage inwoners dat van deze dienst gebruik maakt</b>
Steunpunt mantelzorg	0,2%

Bron: Inventarisatie Companen, voorjaar 2003.

<sup>8</sup> Specifiek ouderenvervoer van deur tot deur.

### 3.4. Begrippen en normen met betrekking tot Zorg

#### Begrippen

##### *Van aanbodgericht naar vraaggericht*

Tot april 2003 was zorg ingedeeld in zogenaamde bio-producten. Op 1 april 2003 (modernisering van de AWBZ) is de bio-indeling vervangen door de functionele indicering. Beoogd wordt dat burgers beter kunnen kiezen welke zorg zij willen hebben. Van aanbodgericht naar vraaggericht. De volgende zeven functies worden onderscheiden (zie in bijlage 3 voor een nadere omschrijving over vernieuwing van de AWBZ):

- Huishoudelijke verzorging
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Ondersteunende begeleiding
- Activerende begeleiding
- Behandeling
- Verblijf

##### *Relatie zorg en wonen*

De plaats van de functies in het STAGG-concept is als volgt:

- Voor de relatie met de woonvormen en welzijnsvoorzieningen: zie tabel 3.1. Volgens IWZ/STAGG geldt voor alle zorgdoelgroepen: een bepaalde zorgvraag kan in een bepaald woningtype worden gehonoreerd en daar past een bepaalde dienstverlening bij. Zo kunnen bijvoorbeeld mensen die 24-uurs begeleiding en toezicht nodig hebben verblijven in een kleinschalig geclusterde woonvorm. Deze mensen zullen in de regel gebruik maken van een aantal brengfuncties (bijvoorbeeld maaltijd aan huis) en/of - mogelijk mede afhankelijk van de grootte van de cluster - interne functies (bijvoorbeeld dagopvang). In bijlage 3 delen we in een 'schakeltabel' de woonvormen, zoals deze tot nu toe veelal voor de verschillende zorgdoelgroepen worden gehanteerd, toe naar de woonvormen zoals de STAGG deze onderscheidt.
- Op voorhand is er geen reden om ervan uit te gaan dat bepaalde functies wel of niet op een bepaalde plaats moeten of kunnen worden aangeboden. Daarvoor is veel meer bepalend de intensiteit en planbaarheid van de verleende zorg. Anders ligt dat bij 'verblijf'. Dat is namelijk gekoppeld aan 'interne functies'. De overige zes functies kunnen ook 'halen en/of brengen' betreffen, met de volgende accenten:
  - huishoudelijke en persoonlijke verzorging: brengfuncties;
  - verpleging: overwegend brengfuncties;
  - ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling: haal- en brengfuncties;
  - verblijf: alleen intern.

In het STAGG-concept is de locatiekeuze voor de woonvormen (meer of minder nabij het zorgkruispunt; zie ook bijlage 1) in eerste instantie bepalend in relatie tot de intensiteit en planbaarheid van de te verlenen zorg.

Wij beperken ons hier verder tot één illustratief relatie-overzicht vanuit de ouderenzorg en verwijzen verder naar bijlage 3.

Tabel 3.7: Hoofdaccenten bij de relatie zorgvormen en woonvormen

Zorgvorm	IWZ/STAGG woonvorm
1. Hoogwaardige verpleeghuiszorg	Intramuraal (groot geclusterd wonen)
2. PG intramuraal	Intramuraal, klein geclusterd wonen
3. Hospice	Klein geclusterd wonen
4. PG aan huis	Klein geclusterd wonen, beschut wonen
5. Intensieve zorg aan huis	Beschut wonen, woonzorgcomplex
6. 24-uurs zorg aan huis	Beschut wonen, woonzorgcomplex
7. Planbaar thuis	Woonzorgcomplex, individueel zelfstandig en in levensloopbestendige en overige woningen

De eerste drie (meest intensieve) zorgvormen worden intramuraal (residentieel) geleverd, de overige zorgvormen extramuraal (thuis). Deze zorg thuis kan zowel planbaar als onplanbaar zijn. Met name voor de onplanbare zorg moet voldoende personele capaciteit beschikbaar en flexibel inzetbaar zijn.

### Normen

We borduren voort op de tot nu toe gevolgde integrale methodiek voor wonen-welzijn-zorg. Om de vraagontwikkeling naar zorg in beeld te brengen werken we verder met de benadering in § 3.2 voor wonen. Nu wordt de vraag echter uitgedrukt in zorgbehoevende personen. Onderstaand overzicht geeft leeftijdsspecifieke normen van het aantal zorgbehoevenden in relatie tot de woonvorm.

Tabel 3.8: Leeftijdsspecifieke normen voor bepaling **ZORGBEHOEVENDE PERSONEN** in relatie tot woonvormen in 2015

	Normen per 10.000 inwoners per leeftijdsgroep				
	Individueel zelfstandig met thuiszorg	Zelfstandig in woonzorgcomplexen	Plaatsen in beschut wonen	Plaatsen in clusterwonen	Plaatsen intramuraal
0-34	27	0	18	25	19
35-54	105				
55-64	133	56	4	21	6
65-74	244	290	20	68	61
75-84	776	860	290	225	315
85 +	1.193	3.500	1.080	343	1.170

Bron: Bewerking Companen van IWZ/STAGG indeling per 10.000 inwoners.

Er zijn nog geen bruikbare gegevens om normatief een relatie te leggen tussen de functionele indeling en de vraag(-ontwikkeling) en de wijze waarop deze zorgvragers wonen.



## 4. BEHOEFTE-ONTWIKKELING WONEN-WELZIJN-ZORG

Dit hoofdstuk geeft de uitkomsten weer van het onderzoek naar de behoefte-ontwikkeling van voorzieningen op het vlak van wonen-welzijn-zorg. De uitkomsten betreffen de jaren 2003, 2005, 2010, 2015 en 2020 voor de 33 gemeenten in de provincie Utrecht, de 7 WZV-subregio's<sup>9</sup>, de 4 streekplangebieden<sup>10</sup> en de provincie Utrecht als totaal.

### 4.1. De gevolgde werkwijze

#### *Wonen en zorg*

De behoefte-ontwikkeling van woon- en zorgvoorzieningen is uitgewerkt met behulp van de (leeftijdsspecifieke) normen, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Deze normen zijn voor elk van de onderscheiden jaren toegepast op de bevolkingssamenstelling van de afzonderlijke gemeenten van dat moment. Daarbij maakten we gebruik van de door de provincie in 2002 voor alle gemeenten opgestelde bevolkingsprognose (bijlage 4).

In hoofdstuk 3 zijn de gehanteerde normen voor de behoefte-ontwikkeling van woon- en zorgvoorzieningen weergegeven voor 2015. De normen voor 2000 zijn eveneens bekend. De normen voor de tussenliggende jaren - 2003, 2005 en 2010 - zijn door middel van interpolatie verkregen. Voor 2020 zijn dezelfde normen gehanteerd als voor 2015. Wij gaan er daarmee van uit dat de extramuralisering in 2015 zijn hoogtepunt heeft bereikt. Bijlage 13 geeft de gehanteerde normen per woonvorm voor de verschillende jaren weer.

#### *Welzijn*

Wij benaderen de behoefte aan welzijnsdiensten zowel kwalitatief als kwantitatief. De kwalitatieve benadering richt zich met name op de aanwezigheid van een basispakket van welzijnsvoorzieningen, die in meer of mindere mate in iedere wijk/kern aanwezig moeten zijn.

Wat betreft de kwantitatieve behoefte aan welzijnsdiensten kampen we met het gegeven dat er op dit moment feitelijk geen goede normen beschikbaar zijn. In hoofdstuk 3 is daarop al ingegaan. Wij beperken ons daarom hier tot indicatieve cijfers van een aantal voorzieningen en activiteiten op basis van het geconstateerde huidig gebruik daarvan. Het gaat daarbij om een aantal voorzieningen en activiteiten die doorgaans veel door zorgvragers worden gewenst. Wij brengen de huidige gebruikscijfers hier ongewijzigd in verband met de verdere bevolkingsontwikkeling. Deze benadering vormt een conservatieve schatting van het toekomstig gebruik van welzijnsdiensten; zie verder § 4.3.

---

<sup>9</sup> In de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zijn voor de ouderenzorg in de provincie Utrecht 7 subregio's onderscheiden. Zie voor een overzicht bijlage 15. Voor de geestelijke gezondheidszorg is de provincie verdeeld in een regio oost en een regio west en voor de gehandicaptensector (lichamelijk en verstandelijk) is de provincie als geheel de WZV-regio.

<sup>10</sup> Zie ook bijlage 15.

## 4.2. Wonen

### *Behoeftte aan levensloopbestendige woningen*

In § 3.2. gaven we aan dat er levensloopbestendige woningen nodig zijn om tegemoet te kunnen komen aan de behoefte van 55+-ers en (andere) mensen met een doorgaans lichte handicap (deze laatste groep is normatief bepaald op 5% van de bevolking). In totaal zou zo'n 35% van de woningvoorraad uit levensloopbestendige woningen moeten bestaan. Een deel van deze levensloopbestendige woningen is specifiek bedoeld voor zorgvragers. Daarop gaan we verderop in.

De volgende tabel geeft aan hoe de totale behoefte aan levensloopbestendige woningen, dus **inclusief de woningen voor zorgvragers**, zich in de loop van de jaren ontwikkelt.

Tabel 4.1: Provincie Utrecht. Behoeftteontwikkeling levensloopbestendige woningen (inclusief woningen voor zorgvragers) tussen 2003 en 2020

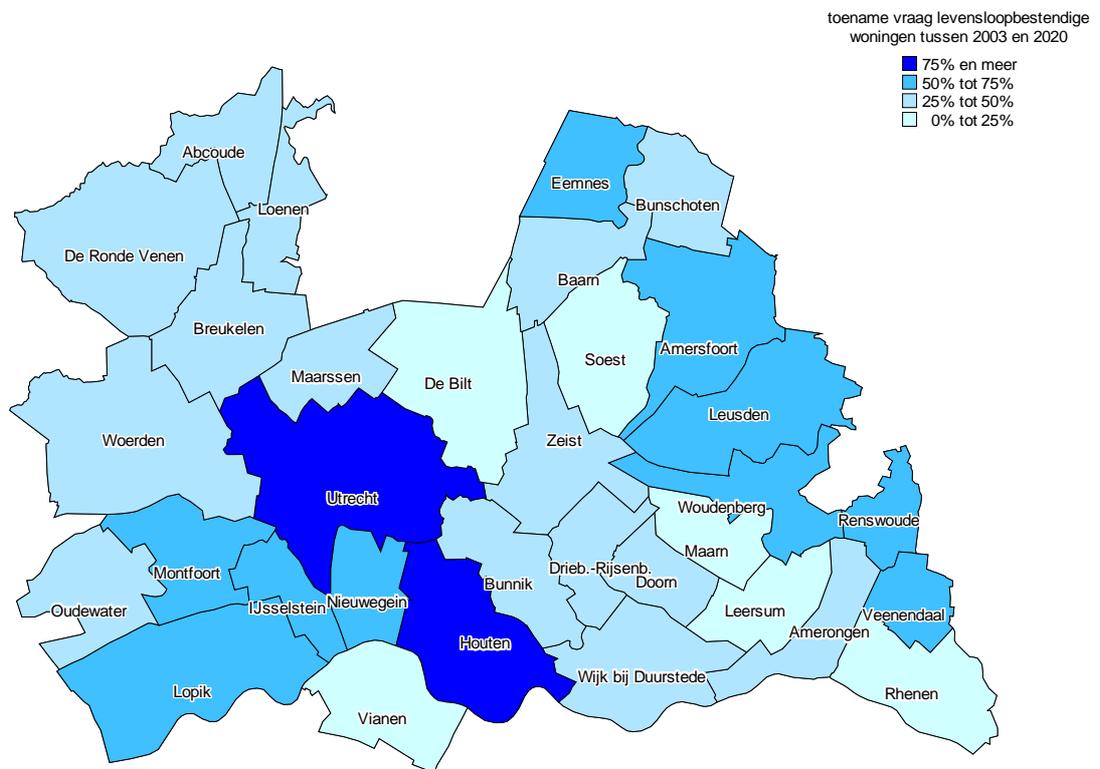
	Provincie totaal	Stadsgewest Utrecht	Stadsgewest Amersfoort	Deelgebied Zuidoost	Deelgebied West
2003	130.138	67.882	30.868	15.156	16.232
2005	139.065 (+8.927)	72.114 (+4.232)	33.051 (+2.183)	16.426 (+1.270)	17.475 (+1.243)
2010	157.131 (+18.066)	81.535 (+9.421)	38.018 (+4.967)	18.187 (+1.761)	19.391 (+1.916)
2015	174.431 (+17.300)	90.622 (+9.087)	42.573 (+4.555)	19.955 (+1.768)	21.281 (+1.890)
2020	203.625 (+29.194)	113.380 (+22.758)	44.693 (+2.120)	22.043 (+2.088)	23.509 (+2.228)
<b>totaal</b>	<b>+73.487</b>	<b>+45.498</b>	<b>+13.825</b>	<b>+6.887</b>	<b>+7.277</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002.

De behoefte aan levensloopbestendige woningen neemt tussen 2003 en 2020 in de provincie toe met ruim 73.000 woningen tot ruim 203.000 woningen. Vooral in het Stadsgewest Utrecht neemt de behoefte aan deze woningen fors toe (+67%). Daarbinnen spannen de gemeenten Houten (+168%) en Utrecht (+96%) de kroon. In het Stadsgewest Amersfoort, het deelgebied Zuidoost en het deelgebied West bedraagt deze toename respectievelijk 45%, 45% en 45%. Tabel 46 van bijlage 6 geeft ook het overzicht per gemeente en per WZV-subregio.

De grote toename van de behoefte aan levensloopbestendige woningen in Utrecht en Houten kent verschillende oorzaken. In Utrecht is het met name een gevolg van de bevolkingstoename door de ontwikkeling van Leidsche Rijn. Hierdoor neemt ook de behoefte aan levensloopbestendige woningen toe. In Houten heeft de toename van de behoefte vooral te maken met de vergrijzing. In deze gemeente met zijn nog relatief jonge bevolking stijgt het aantal 55+-ers tussen 2003 en 2020 sterk.

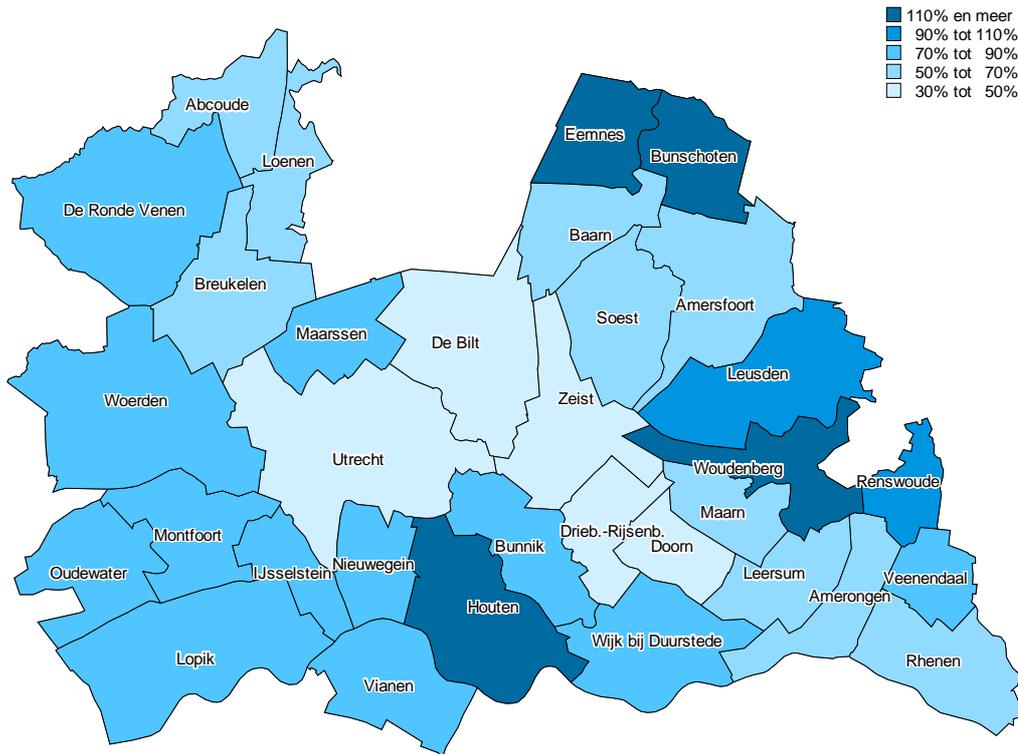
De volgende kaart laat zien hoe de vraag naar levensloopbestendige woningen zich tussen 2003 en 2020 ontwikkelt.

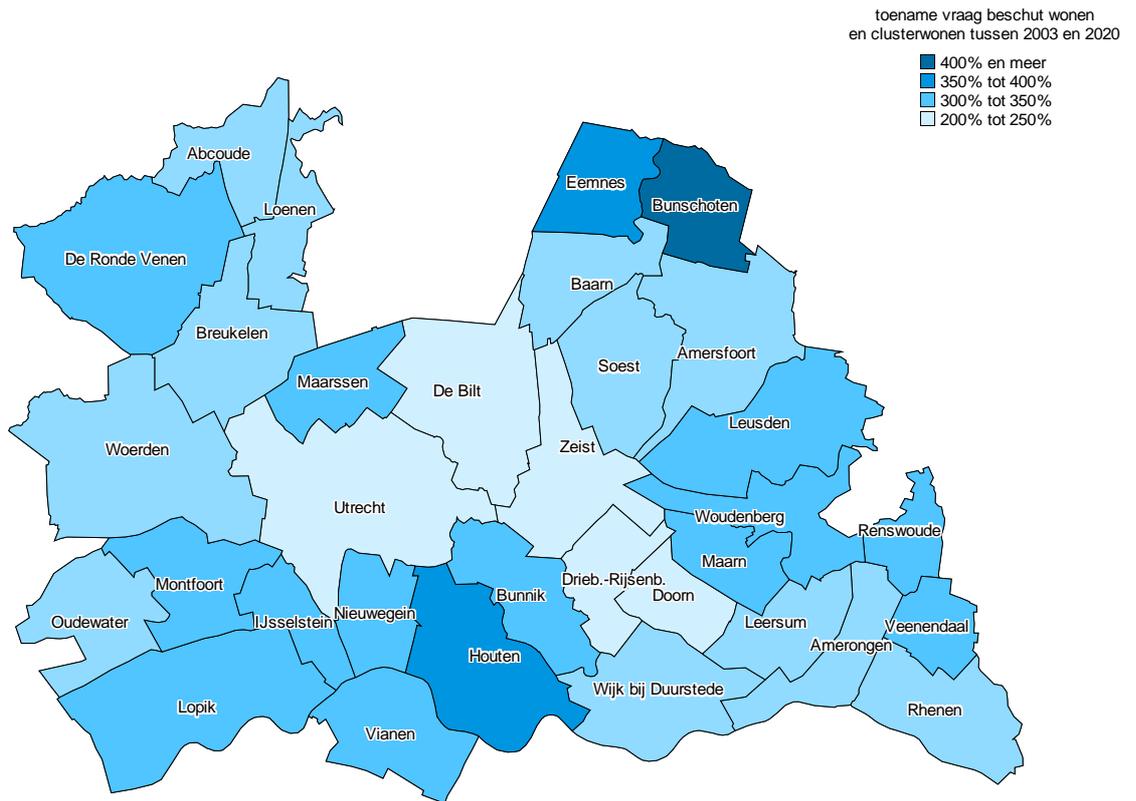


### *Behoefte aan woningen voor zorgvragers*

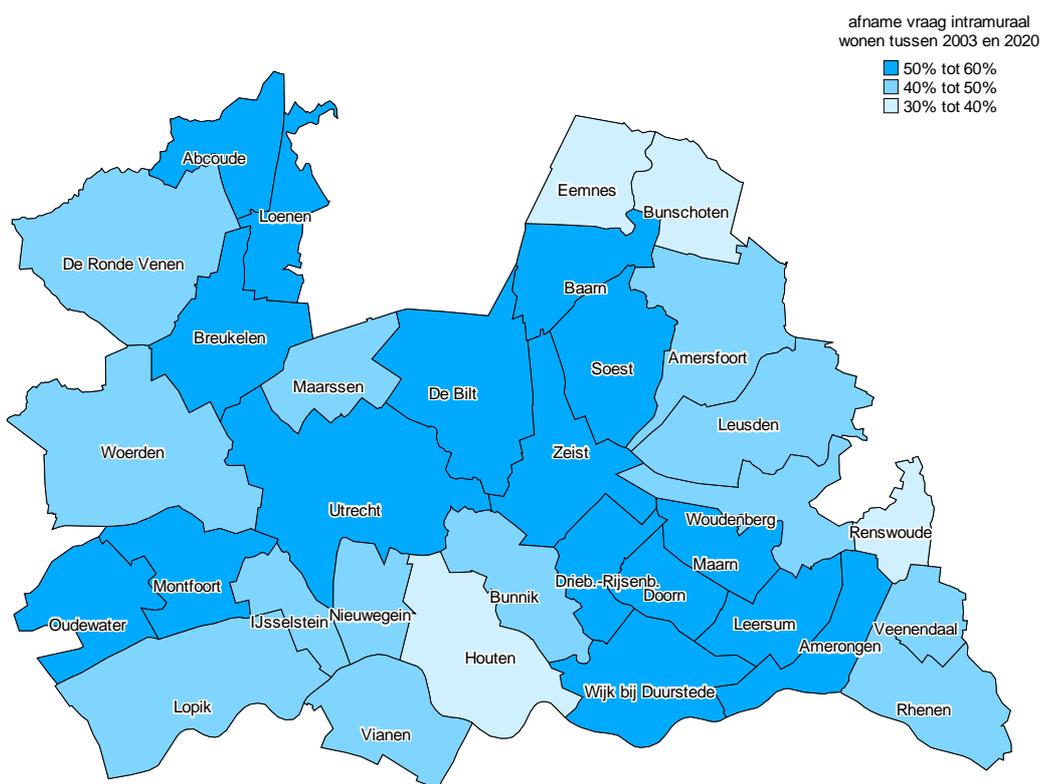
De woningen voor zorgvragers (chronische, intensieve zorgvraag) maken deel uit van de circa 35% levensloopbestendige woningen. De volgende twee kaarten laten zien hoe tussen 2003 en 2020 de behoefte aan de woonvormen 'individueel zelfstandig', 'woningen in een woonzorgcomplex', 'beschut wonen' en 'clusterwonen zich ontwikkelt. Op de eerste kaart is de toename weergegeven voor de eerste twee woonvormen samen, op de tweede kaart voor laatste twee. We maken dat onderscheid, omdat die woonvormen twee aan twee min of meer bij elkaar horen als we naar de omvang van de toename kijken: bij de laatste twee is die vele malen groter dan bij de eerste twee; zie ook tabel 4.2, alsmede bijlage 6 voor gegevens per gemeente.

toename vraag individueel zelfstandig wonen en  
wonen in een zorgcomplex tussen 2003 en 2020





Min of meer als ‘contramal’ van de toename van de behoefte aan extramurale woonvormen tussen 2003 en 2020 zien we hoe het gaat met de afname van de behoefte aan intramurale capaciteit. Dat is in beginsel een logische samenhang, hoewel de leeftijdsopbouw van de bevolking en de mate van verdergaande vergrijzing daarbij een rol meespeelt.



De volgende tabellen geven weer hoe de behoefteontwikkeling naar extramurale woonvormen voor zorgvragers en intramuraal wonen verloopt tussen 2003 en 2020, zowel voor de provincie als voor de vier streekplangebieden. Elke regel geeft de behoefte aan een bepaalde woonvorm weer, alsmede het verschil ten opzichte van het jaar ervoor. Zie bijlage 6 voor uitkomsten van afzonderlijke gemeenten en WZV-regio's.

Tabel 4.2: Provincie Utrecht. Behoeftontwikkeling woonvormen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	11.075	7.913	826	660	20.474	14.729
2005	11.700 (+625)	8.589 (+676)	1.150 (+324)	951 (+291)	22.390 (+1.916)	13.421 (-1.308)
2010	13.364 (+1.664)	10.781 (+2.192)	1.948 (+798)	1.717 (+766)	27.810 (+5.420)	10.346 (-3.075)
2015	15.079 (+1.715)	13.240 (+2.459)	2.840 (+892)	2.616 (+899)	33.775 (+5.965)	6.550 (-3.796)
2020	16.091 (+1.012)	14.553 (1.313)	3.025 (+185)	2.775 (+159)	36.444 (+2.669)	7.016 (+466)
<b>totaal</b>	<b>+5.016</b>	<b>+6.640</b>	<b>+2.199</b>	<b>+2.115</b>	<b>+15.970</b>	<b>-7.713</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

De behoefte aan woningen voor zorgvragers neemt in de provincie toe van ruim 20.000 in 2003 tot ruim 36.000 in 2020, een toename van ongeveer 16.000 woningen. Tezelfdertijd neemt de behoefte aan intramurale woonvormen af met ca 7.700 plaatsen. Als direct gevolg van de extramuralisering neemt verhoudingsgewijs de behoefte aan geclusterde en beschutte woonvormen het meest toe.

Tabel 4.3: Stadsgewest Utrecht. Behoeftewontwikkeling woonvormen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	5.917	4.339	461	353	11.070	8.031
2005	6.212 (+295)	4.663 (+327)	608 (+147)	508 (+155)	11.991 (+921)	7.269 (-762)
2010	7.008 (+796)	5.716 (+1.053)	1.053 (+445)	905 (+397)	14.682 (+2.691)	5.511 (-1.758)
2015	7.556 (+548)	6.854 (+1.138)	1.495 (+442)	1.371 (+466)	17.276 (+2.594)	3.433 (-2.078)
2020	8.259 (+703)	7.398 (+544)	1.565 (+70)	1.437 (+66)	18.659 (1.383)	3.615 (+182)
<b>totaal</b>	<b>+2.342</b>	<b>+3.059</b>	<b>+1.104</b>	<b>+1.084</b>	<b>+7.589</b>	<b>-4.416</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.4: Stadsgewest Amersfoort. Behoeftewontwikkeling woonvormen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	2.644	1.902	201	156	4.903	3.507
2005	2.805 (+161)	2.073 (+171)	269 (+68)	226 (+70)	5.373 (+470)	3.213 (-294)
2010	3.265 (+460)	2.643 (+570)	480 (+211)	417 (+191)	6.805 (+1.432)	2.520 (-693)
2015	3.712 (+447)	3.270 (+627)	694 (+214)	638 (+221)	8.314 (+1.509)	1.601 (-919)
2020	4.056 (+344)	3.653 (+383)	753 (+59)	694 (+56)	9.156 (+842)	1.751 (+150)
<b>Totaal</b>	<b>+1.412</b>	<b>+1.751</b>	<b>+552</b>	<b>+538</b>	<b>+4.253</b>	<b>-1.756</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.5: Deelgebied Zuidoost. Behoeftewontwikkeling woonvormen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	1.117	757	80	68	2.022	1.436
2005	1.193 (+76)	837 (+80)	109 (+29)	97 (+29)	2.236 (+214)	1.324 (-112)
2010	1.382 (+189)	1.099 (+262)	199 (+90)	178 (+81)	2.858 (+622)	1.052 (-272)
2015	1.587 (+205)	1.414 (+315)	297 (+98)	275 (+97)	3.573 (+715)	688 (-364)
2020	1.702 (+115)	1.585 (+171)	321 (+24)	293 (+18)	3.901 (+328)	748 (+60)
<b>totaal</b>	<b>+585</b>	<b>+828</b>	<b>+241</b>	<b>+225</b>	<b>+1.879</b>	<b>-688</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.6: Deelgebied West. Behoeftewontwikkeling woonvormen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	1.397	916	97	83	2.493	1.755
2005	1.490 (+93)	1.017 (+101)	132 (+35)	120 (+37)	2.759 (+266)	1.615 (-140)
2010	1.709 (+219)	1.323 (+306)	239 (+107)	218 (+98)	3.489 (+730)	1.263 (-352)
2015	1.944 (+235)	1.702 (+379)	355 (+116)	333 (+115)	4.334 (+845)	828 (-435)
2020	2.070 (+126)	1.917 (+215)	387 (+32)	352 (+19)	4.726 (+392)	902 (+74)
<b>totaal</b>	<b>+673</b>	<b>+1.001</b>	<b>+290</b>	<b>+269</b>	<b>+2.233</b>	<b>-853</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

### Levensloopbestendige woningen exclusief woningen voor zorgvragers

In de tabel hieronder is de behoefte aan levensloopbestendige woningen **exclusief woningen voor zorgvragers** weergegeven.

Tabel 4.7: Provincie Utrecht. Behoeftewontwikkeling levensloopbestendige woningen excl. woningen voor zorgvragers tussen 2003 en 2020

	Provincie totaal	Stadsgewest Utrecht	Stadsgewest Amersfoort	Deelgebied Zuidoost	Deelgebied West
2003	109.651	56.812	25.965	13.134	13.739
2005	116.708 (+7.057)	60.123 (+3.311)	27.678 (+1.713)	14.190 (+1.056)	14.716 (+977)
2010	129.299 (+12.591)	66.853 (+6.730)	31.213 (+3.535)	15.329 (+1.139)	15.902 (+1.186)
2015	140.934 (+11.635)	73.346 (+6.493)	34.259 (+3.046)	16.382 (+1.053)	16.947 (+1.045)
2020	167.183 (+26.249)	94.721 (+21.375)	35.537 (+1.278)	18.142 (+1.760)	18.783 (+1.836)
<b>Totaal</b>	<b>+57.532</b>	<b>+37.909</b>	<b>+9.572</b>	<b>+5.008</b>	<b>+5.044</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002.

### 4.3. Welzijnsdiensten

Welzijn is bij uitstek een dienst die lokaal georganiseerd is en vanuit de huidige aanbodgerichte benadering geheel verschillende gebruikspatronen laat zien.

#### Kwalitatieve aspecten

##### *Het basispakket*

Passend in het STAGG-concept kan men zich voor de behoeftebepaling van welzijnsdiensten in relatie tot wonen en zorg per kern en wijk richten op een basispakket van haal- en brengdiensten. De betreffende producten kan men ontleen aan de dienstindeling van het VOG; zie tabel 1 in bijlage 3. Afhankelijk van de specifieke situatie kan dit pakket worden ingevuld. Een basispakket kan bijvoorbeeld bestaan uit:

- maaltijdservice: maaltijdbezorging aan huis, sociaal restaurant;
- sociale veiligheid: personenalarmering, telefooncirkel;
- regioondersteuning: ouderenadviseur, zorgloket;
- ondersteuning: dagopvang, Meer Bewegen voor Ouderen, cursussen, huisbezoek;
- mobiliteit: aangepast personenvervoer van deur tot deur;
- hand- en spandiensten: boodschappendienst, klussendienst, thuisadministratie.

Zorgvragers kunnen - bijvoorbeeld in klantenpanels - beoordelen of het gebruikte pakket functioneel is en of gebruikers tevreden zijn. Dergelijke klantenpanels kunnen verder ook behulpzaam zijn bij het goed in beeld brengen van de vraag naar welzijnsdiensten.

### *Behoeftte aan een ander aanbod?*

Hoe de vraag naar nieuwe welzijnsdiensten verandert is nog niet erg duidelijk. Men gaat er wel van uit dat in de komende jaren de betekenis van informatie- en adviesfuncties toeneemt. Consulentes voor gehandicapten, ouderenadviseurs en allochtone intermediairs hebben een belangrijke rol als het gaat om signalering en het in beeld brengen van de behoefte aan diensten. De wens van de cliënt komt hierdoor steeds meer centraal te staan. De 'wonen-welzijn-zorg-consulentes' kunnen cliënten helpen om hun vraag naar bepaalde voorzieningen helder te formuleren, zij kunnen de cliënt doorverwijzen naar instellingen/organisaties die de gevraagde voorziening aanbieden en zij kunnen de cliënten aanmoedigen van een dienst gebruik te maken (bijvoorbeeld ter voorkoming van vereenzaming).

In elk geval lijkt de vraag naar bestaande producten op maat te groeien. Dat vergt productdifferentiatie in het basispakket.

Een goed voorbeeld is maaltijdvoorziening. In veel gemeentes is nu alleen sprake zijn van tafeltje-dek-je, de maaltijdvoorziening waarbij warme maaltijden aan huis worden gebracht. Het is goed denkbaar dat echter ook koelverse maaltijden worden aangeboden; verder een boodschappen-dienst, zodat mensen zelf kunnen koken; en een sociaal restaurant (eetpunt), waar je samen met anderen kunt eten. Kortom keuzemogelijkheden voor de gebruiker.

Voor dat gedifferentieerde aanbod komen naast de huidige aanbieders, of deels in de plaats daarvan, ook andere aanbieders op de markt. De marktwerking speelt daarbij een rol. En mede ook in dat verband ziet het er naar uit dat welzijnsdiensten die op dit moment alleen nog voor specifieke doelgroepen beschikbaar zijn, breder toegankelijk worden gemaakt.

Anderzijds is de verwachting dat zorgvragers - doorgaans in het verlengde van hun eigen wens - meer gebruik gaan maken van het reguliere voorzieningenaanbod. Dus geen afzonderlijke sport voor gehandicapten, maar lid zijn bij een 'gewone' sportvereniging; geen specifieke 55+cursus, maar deelname aan een cursus voor iedereen bij de volksuniversiteit, etc.

Nu is er voor verschillende zorgdoelgroepen vaak nog een afzonderlijk aanbod aan diensten. Het aanbod voor ouderen is vaak niet toegankelijk voor gehandicapten en ook niet voor mensen zonder zorgvraag. Om de integratie van zorgvragers in de samenleving te bevorderen, moeten de diensten in het kader van wonen en zorg feitelijk zoveel mogelijk onderdeel zijn van het integrale welzijnsaanbod per gemeente.

Welzijn is nu nog vaak het sluitstuk in de keten wonen, zorg en welzijn. Echter: 'een dubbeltje aan welzijn kan een euro aan zorg voorkomen'.

### **Normatieve behoeftebepaling welzijnsdiensten**

Er bestaat op dit moment geen goed inzicht in de huidige behoefte aan welzijnsdiensten in relatie tot wonen en zorg. De feitelijke afname van diensten is sterk aanbodgericht en verschilt plaatselijk sterk, mede door de organisatie van de dienstverlening en de verschillende wijzen van financiering. Op dit moment zijn er, voor zover bekend, ook geen bruikbare normen voor de behoefte-ontwikkeling op het terrein van welzijnsdiensten. Door deskundigen wordt ook afgeraden om die normen nu op stel en sprong te ontwikkelen. Men vindt blijkbaar thans de richting waarin de welzijnsdiensten zich gaan ontwikkelen te ongewis met nog onduidelijke trends in het kader van extramuralisering en langer zelfstandig blijven wonen en de gevolgen van modernisering van de AWBZ,

waarbij welzijn niet meer onderdeel is van het zorgpakket en waarbij meerdere aanbieders zich roeren.

#### *Toename behoefte welzijnsdiensten*

Het aantal mensen dat de komende jaren een beroep zal doen op welzijnsdiensten gaat stijgen onder invloed van de extramuralisering, de vergrijzing, het langer zelfstandig wonen en de bevolkingsgroei in het algemeen. Nu nog intramuraal verleende welzijnsdiensten leiden bij extramuralisering tot een beroep op het 'gewone', extramuraal aanbod van welzijnsdiensten. En wij verwachten ook dat een meer gedifferentieerd aanbod op maat en meer marktwerking tot een hogere productafname kan leiden.

Wij berekenden de toename van het aantal zorgvragers in de provincie Utrecht voor de periode 2003-2020 in totaal op 36% (extramuraal en intramuraal samen). De toename van alleen het aantal extramuraal zorgvragers becijferden wij voor die periode op 90%.

Om in normatieve termen meer inzicht te kunnen krijgen in de verdere ontwikkeling van de omvang van de welzijnsdiensten in de trits wonen-welzijn-zorg, kan men als volgt te werk gaan. Ga tegen de achtergrond van de feitelijke afname na, door navraag bij de zorgvragers (klantenpanels, enquêtes), wat de gewenste afname is van deze diensten aan de hand van het eerdergenoemde basispakket. Doe dit bij voorkeur in relatie tot de aard van de zorgvraag, de huisvestingssituatie en de leeftijd van de vragers. Confronteer dat beeld vervolgens met de berekende toename van het aantal zorgvragers in relatie tot hun leeftijd en hun huisvestingssituatie.

#### *Indicatie van de kwantitatieve ontwikkeling van enkele diensten, alleen gerelateerd aan bevolkingsontwikkeling*

Om toch enig idee te geven van een mogelijke behoefteontwikkeling, hebben wij op basis van een inventarisatie van het huidige gebruik van een aantal diensten in de Utrechtse gemeenten, in relatie tot de leeftijdsgroepen waarvan wij veronderstellen dat die er met name gebruik van maken, per gemeente een vooruitberekening gemaakt gebaseerd op de verdere ontwikkeling van die leeftijdsgroepen. *Er wordt dus geen rekening gehouden met andere factoren dan de leeftijdsontwikkeling per gemeente.* Daarmee hebben de cijfers beslist geen andere dan indicatieve betekenis. Zie ook de bijlagen 7 en 14.

Omdat geen rekening wordt gehouden met de nu intramuraal verleende welzijnsdiensten, zal de feitelijke behoefteontwikkeling hoger liggen dan de uitkomst van de hiervoor verrichte exercitie aangeeft.

De volgende tabel geeft de berekende en hiervoor toegelichte ontwikkeling van de behoefte aan welzijnsdiensten voor de provincie als totaal weer tussen 2003 en 2015.

Tabel 4.8: Provincie Utrecht. Indicatie behoefteontwikkeling welzijnsproducten tussen 2003 en 2015

	meer Bewegen voor Ouderen	vervoer	maaltijden aan huis	boodschappen dienst	klussendienst	ouderen-adviseur	steunpunt mantelzorg	dagopvang	sport voor gehandicapten	toeleiding naar werk
2003	8.364	23.884	4.284	2.146	2.381	5.616	343	1.248	4.636	1.316
2015	11.066	31.589	5.668	2.839	3.145	7.433	458	1.653	4.674	1.329
<b>Totaal</b>	<b>+2.702</b>	<b>+7.705</b>	<b>+1.384</b>	<b>+693</b>	<b>+764</b>	<b>+1.817</b>	<b>+115</b>	<b>+405</b>	<b>+38</b>	<b>+13</b>

Bron: Inventarisatie welzijnsvoorzieningen 2003, bewerking Companen.

**N.B.:** Alleen al op grond van de vergrijzing is een toename te zien van de behoefte aan diverse welzijnsproducten. Zie voor gemeentelijke cijfers bijlage 7.

#### 4.4. Zorg

##### Zorgbehoevende personen in relatie tot huisvesting

De volgende tabellen tonen de toe- of afname van het aantal zorgbehoevendenden in relatie tot hun huisvesting in de jaren tot 2020, zowel voor de provincie als de vier streekplangebieden. De overzichten zijn vergelijkbaar met die in § 4.2, maar nu uitgedrukt in personen en niet in aantallen woningen/wooneenheden. De zorgbehoefte aan extramurale plaatsen neemt in de provincie tussen 2003 en 2020 - uitgedrukt in aantallen personen - met liefst 90% toe; de behoefte aan intramurale plaatsen neemt in die tijd in personen gerekend met 52% af. Voor gegevens per gemeenten en per WZV-subregio: zie bijlage 8.

Tabel 4.9: Provincie Utrecht. Behoeftewontwikkeling zorgplaatsen in diverse woonvormen tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	12.183	9.496	1.678	1.319	24.676	14.729
2005	12.870 (+687)	10.307 (+811)	2.234 (+556)	1.901 (+582)	27.312 (+2.636)	13.421 (-1.308)
2010	14.700 (+1.830)	12.937(+2.630)	3.940 (+1.706)	3.433 (+1.532)	35.010 (+7.698)	10.346 (-3.075)
2015	16.280 (+1.580)	15.888(+2.951)	5.680 (+1.740)	5.232 (+1.799)	43.080 (+8.070)	6.550 (-3.796)
2020	17.700 (+1.420)	17464 (+1.576)	6.050 (+370)	5.549 (+317)	46.763 (+3.683)	7.016 (+466)
<b>Totaal</b>	<b>+5.517</b>	<b>+7.968</b>	<b>+4.372</b>	<b>+4.230</b>	<b>+22.087</b>	<b>-7.713</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.10: Stadsgewest Utrecht. Behoeftewontwikkeling zorgplaatsen in diverse woonvormen tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	6.509	5.207	921	706	13.343	8.031
2005	6.832 (+323)	5.596 (+389)	1.216 (+295)	1.015 (+309)	14.659 (+1.316)	7.269 (-762)
2010	7.709 (+877)	6.858 (+1.262)	2.105 (+889)	1.810 (+795)	18.482 (+3.823)	5.511 (-1.758)
2015	8.311 (+602)	8.225 (+1.367)	2.988 (+883)	2.740 (+930)	22.264 (+3.782)	3.433 (-2.078)
2020	9.085 (+774)	8.877 (+652)	3.128 (+140)	2.873 (+133)	23.963 (+1.699)	3.615 (+182)
<b>Totaal</b>	<b>+2.576</b>	<b>+3.670</b>	<b>+2.207</b>	<b>+2.167</b>	<b>+10.620</b>	<b>-4.416</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.11: Stadsgewest Amersfoort. Behoeftewontwikkeling zorgplaatsen in diverse woonvormen tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	2.909	2.282	402	312	5.905	3.507
2005	3.086 (+177)	2.487 (+205)	537 (+135)	452 (+140)	6.562 (+657)	3.213 (-294)
2010	3.590 (+504)	3.172 (+685)	960 (+423)	833 (+381)	8.555 (+1.993)	2.520 (-693)
2015	4.083 (+493)	3.924 (+752)	1.388 (+428)	1.276 (+443)	10.671 (+2.116)	1.601 (-919)
2020	4.462 (+379)	4.384 (+460)	1.506 (+118)	1.387 (+111)	11.739 (+1.068)	1.751 (+150)
<b>Totaal</b>	<b>+1.553</b>	<b>+2.102</b>	<b>+1.104</b>	<b>+1.075</b>	<b>+5.834</b>	<b>-1.756</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.12: Deelgebied Zuidoost. Behoeftewikkeling zorgplaatsen in diverse woonvormen tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	1.228	908	161	135	2.988	1.436
2005	1.313 (+85)	1.004 (+96)	218 (+57)	194 (+59)	3.333 (+345)	1.324 (-112)
2010	1.520 (+207)	1.319 (+315)	398 (+180)	355 (+161)	4.327 (+994)	1.052 (-272)
2015	1.746 (+226)	1.697 (+378)	594 (+196)	550 (+195)	5.471 (+1.144)	688 (-364)
2020	1.872 (+126)	1.903 (+206)	642 (+48)	585 (+35)	5.924 (+453)	748 (+60)
<b>Totaal</b>	<b>+644</b>	<b>+995</b>	<b>+481</b>	<b>+450</b>	<b>+2.936</b>	<b>-688</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

Tabel 4.13: Deelgebied West. Behoeftewikkeling zorgplaatsen in diverse woonvormen tussen 2003 en 2020

	Individueel zelfstandig wonen	Woning in woonzorg-complex	Beschut wonen	Clusterwonen	Totaal extramuraal	Intramuraal wonen
2003	1.537	1.099	194	166	2.996	1.755
2005	1.639 (+102)	1.220 (+121)	263 (+69)	240 (+74)	3.362 (+366)	1.615 (-140)
2010	1.880 (+241)	1.588 (+368)	477 (+214)	435 (+195)	4.380 (+1.018)	1.263 (-352)
2015	2.138 (+258)	2.042 (+454)	710 (+233)	666 (+231)	5.556 (+1.176)	828 (-435)
2020	2.277 (+139)	2.300 (+258)	774 (+64)	704 (+38)	6.055 (+499)	902 (+74)
<b>Totaal</b>	<b>+740</b>	<b>+1.201</b>	<b>+580</b>	<b>+538</b>	<b>+3.059</b>	<b>-853</b>

Bron: Provincie Utrecht, provinciale prognose 2002; leeftijdspecifieke normen Companen.

## 5. HUIDIG AANBOD WONEN-WELZIJN-ZORG

Dit hoofdstuk gaat in op de inventarisatie van het huidige aanbod van voorzieningen op het vlak van wonen-welzijn-zorg. Zie voor de uitkomsten van de inventarisatie bijlagen 9, 10 en 11.

### 5.1. Wonen

De inventarisatie over het woningaanbod voor zorgvragers leverde veel minder op dan bij aanvang van het project was gehoopt. De inventarisatie was met name gericht op woningcorporaties, zowel plaatselijk en regionaal werkzame als op landelijk niveau werkzame corporaties. Zij ontvingen een inventarisatieformulier met een toelichting, maar dit leverde, ook na herhaald verzoek, weinig respons op. De belangrijkste reden voor de beperkte gegevensverstrekking is dat de corporaties in de provincie hun woninggegevens doorgaans niet (ook) gerubriceerd hebben volgens een indeling in relatie tot te verlenen zorg, als men al op de hoogte is van de kenmerken van die specifieke huisvestingsvormen voor zorgdoelgroepen. De animo om de goede gegevens aan te leveren is dan niet groot, want in dat geval is het doorgaans een omvangrijke klus om aan de gestelde vraag te kunnen voldoen. In het verlengde daarvan heeft ook de vraag naar het aantal woningen dat geschikt kan worden gemaakt voor mensen met een lichte functiebeperking maar een beperkte respons opgeleverd.

De beschikbaar gekomen gegevens zijn onderling ook onvoldoende vergelijkbaar. Naast gegevens waarvan de indruk kan bestaan dat ze een passend antwoord op de gestelde vraag vormen, zijn er zeker ook gegevens aangereikt met een ander karakter.

Bijvoorbeeld: als antwoord op de vraag naar individueel zelfstandig wonen met thuiszorg is het aantal gelabelde seniorenwoningen opgegeven. De gegevens zeggen onvoldoende over de kwaliteit/geschiktheid van de woonvormen.

De beschikbaar gekomen gegevens zijn vooral ook beperkt gebleven tot corporatiewoningen en afkomstig van plaatselijk werkzame corporaties en van landelijk werkende corporaties met plaatselijk bezit. Maar men mag wel aannemen dat zij het overgrote deel van het aanbod van woningen voor zorgvragers leveren.

Per saldo leverde deze inventarisatie maar voor een klein deel van de gemeenten in de provincie een goed beeld op; zie bijlage 9. De uitkomsten vertonen veel overeenkomst met gegevens uit de provinciale monitoren, die daarmee op dit punt dus nu nog een betrouwbare waarde hebben.

Het voorgaande pleit ervoor dat men zich op gemeentelijk niveau (en in beginsel daarbinnen ook naar kernen en wijken) in overleg tussen de gemeente en de woningcorporaties, inzet voor het beschikbaar krijgen van gegevens over het woningaanbod dat past in de wonen-welzijn-zorg benadering:

- beschutte woonvormen en (klein) geclusterd wonen;
- woningen in woonzorgcentra en individueel zelfstandig wonen met zorg;
- overige levensloopbestendige woningen.

Die inzet moet men ook richten op relevante gegevens van andere woningaanbieders en op die van woningen van eigenaar-bewoners, een en ander inclusief gegevens over WVG-aanpassingen.

## 5.2. Welzijnsdiensten

Het huidige aanbod aan voorzieningen is in beeld gebracht met behulp van een inventarisatie bij gemeenten (afdelingen welzijn), Stichtingen Welzijn Ouderen en de SPD. De inventarisatie heeft voor vrijwel alle gemeenten<sup>11</sup> in de provincie een behoorlijk beeld opgeleverd. Maar dit beeld was anderzijds wel weer sterk gericht op de doelgroep ouderen. Voor de verstandelijk gehandicaptensector hebben wij gebruik kunnen maken van de 'Vrijetijdsgids 2002/2003 voor mensen met een verstandelijke handicap in de provincie Utrecht' van de SPD.

Het verkregen beeld was zeker behoorlijk wat betreft het al dan niet aanwezig zijn van voorzieningen. In de inventarisatie is tevens gevraagd om aan te geven hoeveel cliënten op dit moment van het aanbod gebruik maken. Dat bleek in het kader van dit onderzoek niet in alle gemeenten mogelijk. Óf het huidig aantal gebruikers is onbekend, óf er zijn contactmomenten genoteerd (bijvoorbeeld bij Meer Bewegen voor Ouderen), óf er is weergegeven wat de totale afname per jaar is (bijvoorbeeld bij maaltijdvoorziening aan huis). De informatie is dus niet op alle fronten onderling vergelijkbaar.

De volgende tabel geeft per geïnterviewde welzijnsvoorziening aan in hoeveel gemeenten de voorziening aanwezig is. In totaal hebben we van 29 gemeenten informatie ontvangen. Bijlage 10 geeft de integrale uitkomsten per gemeente.

Tabel 5.1: Aanwezigheid van welzijnsactiviteiten in de gemeente

Activiteit	Aanwezig in ... gemeenten
Folder / nieuwsbrief	23
Informatiegids ouderen	22
(telefonisch) spreekuur	21
Voorlichtingsbijeenkomsten	25
Huisbezoek	23
Ouderenadviseur	20
Telefooncirkel	16
Steunpunt mantelzorg	20
Pedicure aan huis	16
Zorgloket	14
Dagopvang	23
Bezoek- en oppascentrale	15
Open eettafel / sociaal restaurant	26
Maaltijdbezorging aan huis	29
Klussendienst	24
Hulp bij formulieren invullen/ thuisadministratie	20
Boodschappendienst	18
Hand- en spandiensten	20
Personenalarmering	29
Alarmopvolging	20
Aangepast personenvervoer van deur tot deur	25
Cursussen (bijv. computer, taal)	29
Clubactiviteiten	27
Open activiteit	25
Culturele activiteit (bijv. uitstapjes, toneel)	24
Aangepaste activiteiten bij ouderen thuis	2
Meer bewegen voor ouderen	28
Sport voor gehandicapten	24
Toeleiding naar werk	11

<sup>11</sup> Van de gemeenten Lopik, Leusden, Renswoude en Vianen is het welzijnsaanbod in de gemeente onbekend.

Een aantal voorzieningen is in alle gemeenten aanwezig (Lopik, Leusden, Renswoude en Vianen verstrekten geen informatie): maaltijdbezorging aan huis, personenalarmering, cursussen. Veel activiteiten en voorzieningen zijn in een groot deel van de gemeenten aanwezig, sommige echter ook in een beperkter deel. In het laatste geval betreft het met name aangepaste activiteiten bij ouderen thuis, maar ook bijvoorbeeld toeleiding naar werk en de aanwezigheid van een zorgloket.

### **5.3. Zorg**

Het zorgkantoor verschaftte gegevens over de sector verpleging en verzorging en over de thuiszorg. De gegevens over verpleging en verzorging (peiljaar 2002) zijn ongewijzigd overgenomen. De gegevens over thuiszorg over het jaar 2002 zijn uitgedrukt in productie-eenheden. In overleg met de provincie zijn die gegevens ten behoeve van deze inventarisatie omgezet naar aantallen cliënten in de thuiszorg in 2002.

Voor informatie over de sectoren verstandelijk en lichamelijk gehandicapten hebben wij gebruik gemaakt van de provinciale monitoren 'Mensen met een verstandelijke beperking 2002' en 'Mensen met een lichamelijke beperking 2003'.

Die gegevens zijn opgenomen in bijlage 11.

