

OUDERENHUISVESTING NOORD-HOLLAND

Memo opgesteld door het Expertteam Huisvesting Aandachtsgroepen in opdracht van de provincie Noord-Holland, definitieve versie 26-03-2024

Inhoud

1	Vooraf.....	1
2	Inleiding.....	3
3	De vergrijzing.....	3
4	Ouderen met beperkingen	7
5	Woonzorgbehoefte.....	9
6	Aanboddefinities.....	14
7	Resumé.....	19

1 Vooraf

Bijdrage Expertteam Huisvesting Aandachtsgroepen

De provincie Noord-Holland heeft het Expertteam Huisvesting Aandachtsgroepen gevraagd haar te helpen bij het opstellen van een helder denk- en interpretatiekader waarin de diverse beschikbare data kunnen worden geplaatst. Daarbij moest zowel aandacht worden besteed aan de cijfers van het Rijk als de lokaal gehanteerde cijfers. De rol van de EHA-expert is geweest te adviseren op inhoud (welke data zijn beschikbaar, hoe moeten deze worden geïnterpreteerd, wat ontbreekt) en op het proces (hoe komt de provincie aan de ontbrekende data, hoe zorgen we voor eenduidigheid, de goede definities). EHA-experts werken standaard samen met de provincies, regio's en gemeenten en voeren geen projecten/onderzoeken in opdracht uit.

Bredere perspectief

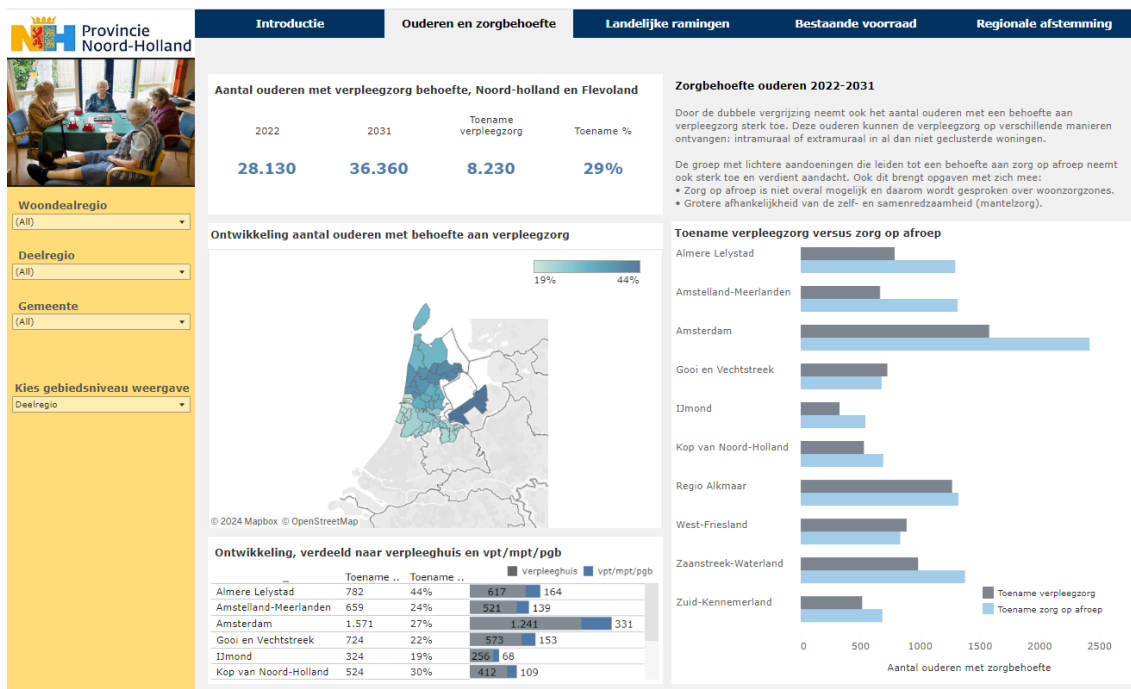
De nadruk van de inspanning van het EHA heeft gelegen op het opzetten van een denk- en interpretatiekader inzake de opgaven ouderenhuisvesting. Deze inspanning heeft niet geïsoleerd plaatsgevonden:

- I. Deels kan de inspanning worden gezien als het verlengde van het onderzoekstraject kwetsbare aandachtsgroepen dat door EHA met de MRA is doorlopen. In dat traject is voor de MRA gemeente de spreiding van de Et vi-aandachtsgroepen over de gemeenten in beeld gebracht.
- II. In de MRA is dit beeld, ook bestuurlijk, als onderlegger voor het gesprek vastgesteld. Het traject blijft echter aandacht vragen. In Noord-Holland Noord zal een soortgelijk

beeld moeten worden opgesteld en daarnaast moet gekomen worden tot een vorm van monitoring/dashboard.

- III. De provincie wordt in het nieuwe beleid gevraagd regie te gaan voeren bij de opgaven ouderenhuisvesting. Hoe deze rol exact wordt ingevuld, is deels nog een zoektocht. Daar waar door het EHA in deze fase vooral wordt gefocust op de behoefte, is in ieder geval duidelijk dat ook het (geplande) aanbod een belangrijke plek moet krijgen.
- IV. Duidelijk is wel dat de provincie de opgaven op het vlak van Wozo en Etvi integraal wil gaan monitoren. Daarbij wordt gedacht aan een slanke monitor, met een beperkt aantal kernindicatoren. Zowel de behoefte als het aanbod zal hierin een plek in moeten krijgen, waarbij voor wat betreft het aanbod onder andere wordt gedacht aan een beperkte uitbreiding van de monitor plancapaciteit.

In het kader van het derde punt geldt dat de provincie binnenkort gesprekken aan wil gaan met de diverse regio's om te bekijken wat er speelt. Uiteraard is het zaak deze gesprekken enigszins voorbereid in te gaan. Daarbij is geput uit de analyses en cijfers die voortkomen uit het EHA-traject/ dit memo. Naast dit memo is door de provincie een dashboard opgesteld (zie het screenshot hieronder), waarin de vergaarde cijfers voor alle Noord-Hollandse gemeenten en regio's in beeld kunnen worden gebracht. Daarnaast is een PowerPointpresentatie opgesteld waarin de kernboodschap van dit memo wordt weergegeven (in deze presentatie worden nu alleen de cijfers van de MRA getoond, maar hij kan aan de hand van het dashboard ook worden gevuld met cijfers voor Noord-Holland Noord).



2 Inleiding

In de woondeals hebben de gemeenten in Noord-Holland zich gecommitteerd aan het realiseren van een ambitieuze bouwopgave. Binnen deze opgave is een fors deel gereserveerd voor de doelgroep ouderen. Deze groep neemt als gevolg van de vergrijzing sterk in aantal toe. Omdat niet al deze ouderen kunnen of willen blijven wonen waar men nu woont, zorgt dat voor forse opgaven.

Door het ministerie zijn de daarbij behorende aantallen geconcretiseerd in aantal toe te voegen woonvormen, zowel op landelijk als gemeentelijk niveau. Er zijn echter meer cijfers beschikbaar, zowel op landelijk als lokaal niveau. In elk van deze modelberekeningen worden andere uitgangspunten en/of andere definities gehanteerd. Dat alles maakt ze moeilijk vergelijkbaar en de verschillende aantallen zorgen niet zelden voor verwarring.

Met dit memo beoogt het EHA meer helderheid te verschaffen in de opgaven in de komende jaren. Het doel is een goede onderlegger te creëren voor het beleid rondom wonen met zorg en ondersteuning voor ouderen op gemeentelijk en regionaal beleid. Daarbij is het uiteraard zaak (de juiste) cijfers boven tafel te krijgen, maar minimaal zo belangrijk is dat deze cijfers juist geïnterpreteerd worden. Daarvoor is een helder denkkader essentieel. In dit memo doen we daartoe een eerste aanzet.

Daarbij bespreken we stapsgewijs op welke wijze behoefteramingen tot stand komen. In elk van deze stappen worden door prognosemakers aannamen gedaan en deze kunnen per raming verschillen. In dit memo worden geen uitspraken gedaan over het realiteitsgehalte van deze aannamen, ook wij hebben geen glazen bol. Wel beogen we de effecten van verschillende aannamen in beeld te brengen.

Het memo kent de volgende opbouw:

- De vergrijzing en het aantal ouderen nu en in de toekomst;
- Het aantal ouderen met lichte en zwaardere beperkingen;
- De behoefte aan vormen van wonen met zorg;
- Begrippen en definities aan de aanbodzijde.

In dit memo presenteren we enkele cijfers ter illustratie. Naast dit memo is dashboard opgesteld waarin alle vergaarde cijfers per gemeente en regio zijn opgenomen.

Opgemerkt moet worden dat er in de provincie Noord-Holland rond de zomer een nieuwe demografische prognose beschikbaar komt. Deze is uiteraard essentieel waar het gaat om het aantal toekomstige ouderen. In dit memo is gewerkt met de vorige provinciale prognose, die op punten is gecorrigeerd op basis van recente inzichten.

3 De vergrijzing

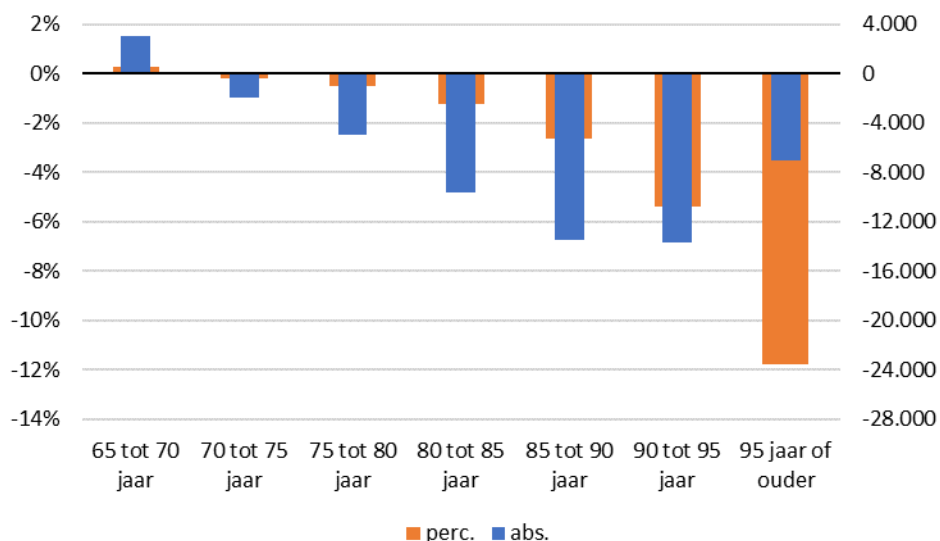
Dat de bevolking vergrijst is een gegeven, voor elke Nederlandse gemeente. Elk demografisch prognosemodel laat dat zien. Voor jongere leeftijdsklassen geldt dat de prognosemodellen soms fors van elkaar kunnen afwijken, vanwege verschillende aannamen over het verloop van de binnen- en buitenlandse migratie (en de nieuwbouw). Voor ouderen geldt dat de verschillen veel kleiner zijn. Ouderen verhuizen maar zeer beperkt en als ze dat wel

doen veelal over korte afstand en vaak binnen de eigen gemeente. Toch geldt dat ook de prognoses voor wat betreft het aantal ouderen en oudere huishoudens kunnen verschillen.

Corona en de levensverwachting

Meer recente prognoses komen op lagere aantallen uit dan die van enkele jaren geleden. Dit vooral als gevolg van Corona, een virus dat met name onder ouderen veel slachtoffers vergde. Door deze (over)sterfte ligt het huidige aantal ouderen lager dan eerder verwacht. Daarnaast is er een tweede meer indirect effect op het toekomstige aantal ouderen. De (toename van de) gemiddelde levensverwachting waarmee de prognoses rekenen is als gevolg van corona omlaag bijgesteld. De (toekomstige) ouderen die Corona hebben overleefd, leven daardoor volgens de huidige prognoses minder lang dan voorheen verwacht.

figuur 1 Het verschil in geprognosticeerde aantal ouderen in 2040 in Nederland volgens de CBS-prognoses van 2020 en 2023



In figuur 1 staat het effect hiervan weergegeven voor het jaar 2040. Het aantal 75-plussers ligt landelijk volgens de nieuwe prognoses in 2030 45.000 (2%) lager dan volgens de vorige prognoses en in 2040 bijna 50.000 (2%). Voor de 85-plussers liggen deze aantallen op 26.000 (3%) en 34.000 (4%).

Lokale behoefte-ramingen wonen met zorg die zijn gebaseerd op demografische prognoses van vóór Corona komen hierdoor standaard hoger uit dan meer actuele ramingen. Omdat met name het aantal oudere ouderen omlaag is bijgesteld, geldt dit met name voor de behoefte aan vormen met intensieve zorg. Het kan voorkomen dat puur door Corona de opgave in 2040 voor deze groep tot 10% lager uitvalt.

Dat het aantal ouderen momenteel door de oversterfte gedurende corona lager ligt, is met zekerheid te stellen. Dat geldt niet voor het effect op de levensverwachting op de langere termijn, dat blijft een inschatting van deskundigen. Tot voor kort werd de levensverwachting in elke prognose juist omhoog bijgesteld, de recente bijstelling omlaag is in die zin een

trendbreuk. In het beleid doet men er verstandig aan de werkelijke ontwikkelingen goed te volgen en indien nodig bij te sturen.

Voor Noord-Holland geldt dat we de Primosprognose 2023 niet kunnen gebruiken voor deze analyses in dit memo. ABF stelt strikte voorwaarden aan het gebruik van deze prognoses. Dat is jammer, omdat het deze prognose is die ten grondslag ligt aan de landelijke ramingen.

De prognoses die provincie Noord-Holland zelf opstelt, zijn vaak meer lokaal specifiek en worden mede daarom in de provincie vaker gebruikt. De meest recente prognose voor Noord-Holland dateert echter uit 2021 en is dus enigszins verouderd. De nieuwe prognose wordt pas rond de zomer verwacht.

In dit memo maken we om deze reden gebruik van de (gecorrigeerde) provinciale prognoses uit 2021. Bij deze correctie zijn voor wat betreft het 2022 de werkelijke cijfers gebruikt en het aantal ouderen in 2031 is conform de landelijke trend (zie ook figuur 1) naar beneden bijgesteld. Als rond de zomer de nieuwe prognoses beschikbaar komen, is het aan te bevelen uit te gaan van deze meer actuele prognosecijfers.

Huishoudensvorming en extramuralisering

Demografische prognoses bieden inzicht in het aantal oudere personen, maar ook in het aantal huishoudens. Voor het aantal plaatsen in verpleeghuizen is vaak het aantal personen leidend, maar bij woningbehoefteramingen geldt dat het aantal huishoudens bepalend is. Voor wat betreft het aantal oudere huishoudens in de toekomst geldt dat er een aantal trends van belang zijn, waaronder:

- Ten eerste is het de verwachting dat oudere stellen vaker samen oud worden. Dit is mede mogelijk, omdat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen de afgelopen decennia kleiner is geworden.
- Ten tweede geldt dat er meer alleenstaanden oud worden. Sinds de jaren '60 is er in Nederland sprake van individualisering: minder mensen vinden een vaste partner en relaties worden vaker verbroken.
- Ten derde geldt dat het beleid een rol speelt. Inwoners van bijvoorbeeld verpleeghuizen, kloosters en gevangenissen vormen volgens de gangbare definities geen (particulier/zelfstandig) huishouden. Als aangenomen wordt dat er in de toekomst minder mensen 'institutioneel' wonen, worden er meer huishoudens gevormd.

Voor wat betreft de eerste twee elementen, geldt dat veel modellen de landelijke trend (lees: aannamen van het CBS) volgen. De Primosprognose van ABF heeft overigens een eigen huishoudensmodule, waarvan de uitkomsten af kunnen wijken van de CBS-prognoses.

Het laatstgenoemde element, het beleid, zorgt recentelijk voor de grootste verschillen tussen prognoses. Demissionair minister Helder heeft aangekondigd dat de verpleeghuiscapaciteit bevroren moet worden. Alleen onherroepelijke plannen voor nieuwe verpleeghuiscapaciteit kunnen in haar beleid nog doorgang vinden. Ouderen met een intensieve zorgbehoefte moeten volgens haar vooral 'zelfstandig wonen' in zorggeschikte (geclusterde) woningen. Als dit beleid strikt gevolgd wordt, dan leidt het tot meer oudere huishoudens in de toekomst. Dit puur vanwege het feit dat de groep ouderen die institutioneel woont dan in aantal stabiliseert, maar in relatieve zin (sterk) afneemt.

In de door het ministerie van BZK rondgezonden prognoses (mede op basis van Primos 2023), is dit beleid als uitgangspunt genomen. Daardoor wonen er volgens deze prognose minder ouderen intramuraal en worden er door ouderen meer particuliere huishoudens gevormd. In prognoses die zijn opgesteld vóór 2023 is er nog geen rekening gehouden met het beleid van demissionair minister Helder. Hoewel in de praktijk de visie van Helder veelal navolging krijgt, is het van belang te vermelden dat dit beleid (nog) niet in wetten is verankerd. Een aanzienlijk deel van de politieke partijen heeft aangegeven de verpleeghuiscapaciteit wél verder te willen uitbreiden. Daaronder zitten ook partijen die nu aan de onderhandelingstafel zitten. In andere woorden: het is niet helemaal zeker of de in de landelijke prognose aangenomen extramuralisering ook bewaarheid wordt.

De scheidslijn tussen intramuraal en extramuraal

Tot voor kort was de scheidslijn tussen intra- en extramuraal vrij helder. In intramurale setting was het verblijf inbegrepen bij de zorg. De bewoners betaalden in andere woorden geen huur of hypotheeklasten. In een intramurale setting vorm(d)en de inwoners geen zelfstandig (particulier) huishouden, in een extramurale setting wel. In het nieuwe rijksbeleid vervagen deze grenzen. Ook binnen de nog te realiseren verpleeghuiscapaciteit, zou sprake moeten zijn van het (administratief) scheiden van wonen en zorg. De inwoners van deze verpleeghuizen moeten dus een vorm van huur gaan betalen. De vervagende grenzen tussen intra- en extramuraal zorgen voor nieuwe uitdagingen voor prognosemakers. Daarnaast wordt het definitiekader (waarover later meer) er niet eenvoudiger op.

In de methodiek van het rijk, betekent meer verpleeghuiscapaciteit een lagere behoefte aan geclusterde zorggeschikte woningen. Beide woonvormen bedienen namelijk in de berekeningen dezelfde doelgroep. Meer daarover in het volgende hoofdstuk.

Verhuisbewegingen

De voorgenomen extramuralisering kan ook effect hebben op de verhuisbewegingen binnen regio's. Het komt met regelmaat voor dat (kleinere) gemeenten voor het huisvesten van oudere inwoners leunen op verpleeghuiscapaciteit elders in de regio. Als ouderen vaker in zelfstandige woonvormen worden gehuisvest, kan dit patroon veranderen. Dit geldt in ieder geval voor de ouderen die in hun eigen woning blijven wonen. Maar men kan ervoor kiezen ook de nieuwe vormen van wonen met zorg (zorggeschikte woningen/ verpleegzorgplekken) meer te spreiden.

We verwachten niet dat ABF op dit vlak haar modellen in 2023 heeft aangepast en/of hier specifieke aannamen over gedaan¹. Dat betekent dat in de prognose de in het verleden zichtbare trends in de verhuizingen van ouderen, naar de toekomst worden doorgetrokken. Ook

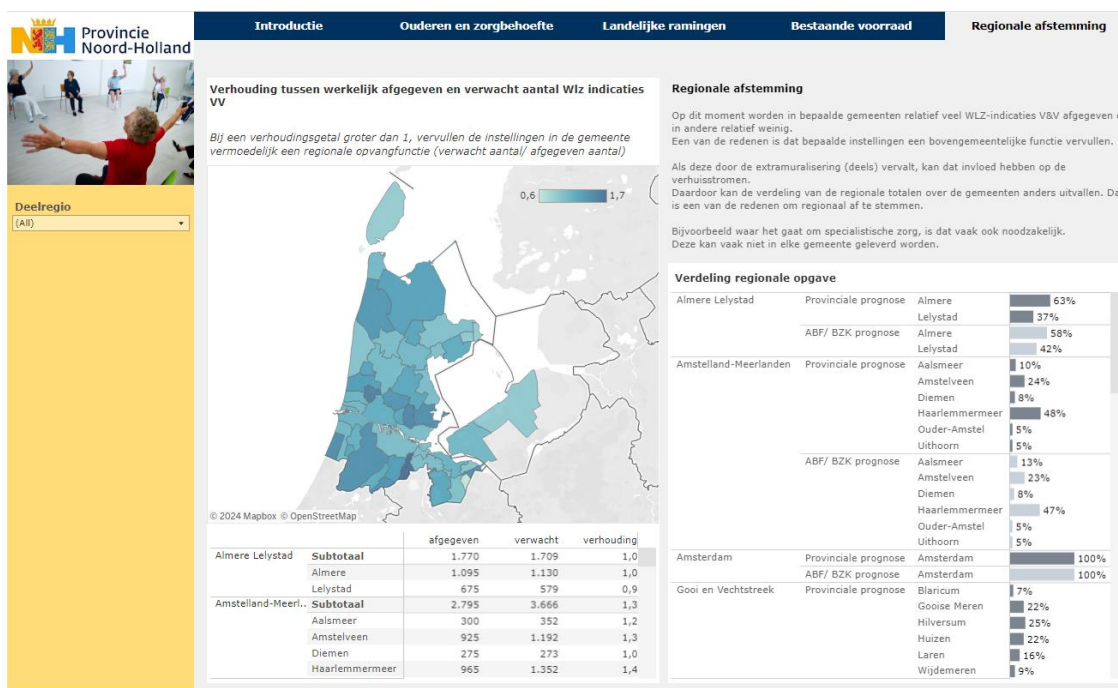
¹ ABF werkt in het Fortunamodel bij andere aandachtsgroepen met een 'vraag- en aanbodprognose'. Bij de vraagprognose is de demografie leidend voor de toekomstige behoefte, bij de aanbodprognose is ook de spreiding van het aanbod leidend. Mogelijk dat ABF op termijn ook bij ouderen gaat werken met twee varianten.

in andere modellen is dit veelal het geval, maar toch kunnen verschillende berekeningswijzen op dit vlak leiden tot (soms grote) verschillen in de uitkomsten.

Het is hoe dan ook belangrijk hier bij de uitwerking van het (regionale) beleid oog voor te hebben. Daarom is in het dashboard in beeld gebracht:

- Hoeveel WLZ-indicaties V&V er per gemeente zijn afgegeven;
- Hoeveel indicaties er per gemeente op basis van de leeftijdsopbouw verwacht worden;
- De verhouding tussen a en b.

Als er meer indicaties worden afgegeven dan verwacht, dan hebben de verpleeghuizen in deze gemeente vermoedelijk een regionale opvangfunctie. Is het aantal lager, dan leunt de gemeente vermoedelijk op andere gemeenten in de regio. Het is niet met zekerheid te stellen of en in welke mate dit zo is, omdat er ook verschillen in gezondheid en zelfredzaamheid kunnen zijn tussen gemeenten (samenhangend met sociaal economische verschillen). Maar onze ervaring leert, dat het wel een goede indicatie geeft en een herkenbaar beeld.



4 Ouderen met beperkingen

Correlatie gezondheid en leeftijd

Als het aantal ouderen is geprognosticeerd, is het zaak te ramen welk deel van hen te maken heeft met bepaalde aandoeningen en beperkingen. Er is in Nederland sprake van een correlatie tussen de leeftijd en ouderdomsgebreken en deze relatie is lange tijd tamelijk constant gebleken. De levensverwachting nam de afgelopen decennia wel toe (met name bij mannen), maar het ging daarbij lang niet altijd om gezonde levensjaren.

In veel (lokaal en regionaal) gehanteerde modellen werd tot voor kort uitgegaan van een constante samenhang tussen leeftijd en beperkingen. In de doorrekeningen van ABF wordt ervan uitgegaan dat ouderen er meer gezonde levensjaren bijkrijgen. Men baseert zich daarbij op een projectie van de benodigde verpleeghuiscapaciteit (de optelsom van verpleeghuizen en zorggeschikte woningen) die is uitgevoerd door het RIVM. Deze is nog niet gepubliceerd, maar uit door ABF gegeven toelichting valt op te maken dat het RIVM twee scenario's heeft doorgerekend:

- In het eerste scenario is het uitgangspunt dat de verwachte toename van de levensverwachting ertoe leidt dat de verblijfsduur in het verpleeghuis, of de duur waarbij men Wlz-zorg thuis krijgt, ook toeneemt. Deze aanname ligt dichtbij het constant houden van de correlatie tussen aandoeningen en leeftijd, zoals in andere ramingen.
- In het tweede scenario is de aanname gehanteerd dat deze 'gebruiksduur' ten opzichte van de huidige situatie gelijk blijft ondanks de toegenomen levensverwachting. Met andere woorden: aangenomen wordt dat mensen langer vitaal zijn en pas op een later levensjaar een verpleegzorgvraag krijgen. Hier gaat men er dus vanuit dat ouderen er steeds meer gezonde levensjaren bij krijgen.

De verschillen tussen de beide scenario's zijn groot. In de periode tot en met 2030 komt het eerste scenario landelijk uit op een toename van 55.500 ouderen met een behoefte aan verpleegzorg, het tweede scenario op 'slechts' 30.700. ABF is – in overleg met landelijke stuurgroep 'Wonen en Zorg voor Ouderen' – in haar verkenning uitgegaan van een toename van 45.700 (5.700 onherroepelijke plannen voor verpleeghuiscapaciteit en 40.000 zorggeschikte woningen).

Daarbij gaat men ervan uit dat een extra levensjaar niet geheel, maar wel gedeeltelijk kan worden gezien als gezond levensjaar. De aannamen die op dit vlak zijn en worden gedaan zijn van grote invloed op de uitkomsten. Ramingen van het aantal ouderen met behoefte aan verpleeghuiszorg die uitgaan van een constante relatie tussen leeftijd en gezondheid komen in 2030 bijna 21% hoger uit dan de ramingen van ABF (bij een gelijke input op andere terreinen).

Somatiek en dementie

Het RIVM heeft haar ramingen nog niet gepubliceerd, waardoor nog niet exact bekend is waarop de scenario's zijn gebaseerd. Uit analyses uitgevoerd in het kader van de Woon-Zorgwijzer kan wel iets worden gezegd over de ontwikkelingen in de correlatie tussen leeftijd en gezondheid. Daaruit ontstaat een tweeledig beeld:

- Voor wat betreft somatische problemen die leiden tot fysieke beperkingen (zoals tillen, langere afstand lopen, staan, bukken etc.) geldt dat er de afgelopen periode (ook onder ouderen) sprake was van een toenemende gezondheid. Door betere medische ingrepen en/of door betere hulpmiddelen komen dit soort problemen minder vaak voor.

- Voor dementie geldt deze afname echter niet.² Dementie wordt steeds vaker in een vroeg stadium herkend (gediagnostiseerd) waardoor ouderen tijdig de juiste hulp krijgen. Maar hoewel er veel wordt onderzoek verricht, is er nog geen middel tegen gevonden. Het aantal dementerenden neemt als gevolg van de vergrijzing dan ook de komende periode sterk toe.

Deze trend wordt bevestigd als gekeken wordt naar de populatie van de verpleeghuizen. Voor wat betreft ouderen met somatische problematiek geldt dat we afname zien van de lichtere indicaties. Het aantal ouderen in verpleeghuizen met psychogeriatrische problemen neemt ondertussen sterk toe.

Beide trends zijn vrij robuust. Omdat de groep die op basis van somatiek een Wlz-indicatie heeft ontvangen getalsmatig groter is dan de groep dementerenden, is het aannemelijk te veronderstellen dat de behoefte aan verpleeg(huis)zorg relatief gezien afneemt. In welke mate weet niemand exact, maar het ligt voor de hand hierbij de aanname van de landelijke raming te volgen. Dit in de wetenschap dat er veel onzekerheden zijn en dat monitoring dus van belang is.

De woonzorgvorm

Bij het interpreteren van de ramingen van het RIVM, ABF en alle andere bureaus is het verstandig onderscheid te maken tussen het aantal personen met een bepaalde aandoening/beperking/behoefte en de behoefte aan verschillende vormen van wonen met zorg. Zo kunnen de ramingen van het RIVM en ABF ten aanzien van de verpleeghuisplekken en zorggeschikte woningen, het beste worden gezien als een raming van het aantal ouderen met beperkingen die leiden tot een 24-uurs zorgbehoefte/ verpleegzorg.

Dat men direct spreekt over de behoefte aan verpleegzorgplekken en zorggeschikte woningen kan verwarrend zijn. Er zijn immers meerdere woonzorgvormen denkbaar waar deze groep gehuisvest kan en zal worden. Over de vraag welke woonzorgvormen het meest passend zijn, daarover kan men van mening verschillen. En, in de gangbare modellen worden dus ook op dit vlak verschillende aannamen gedaan. Meer hierover in het volgende hoofdstuk.

5 Woonzorgbehoefte

Het aantal ouderen met beperkingen (en de ernst daarvan) is in bandbreedten redelijk goed te ramen. De vraag hoe en waar deze ouderen moeten worden gehuisvest (de woonbehoefte) is veel lastiger puur onderzoeksmatig te bepalen. Daarbij spelen naast de wensen van ouderen ook maatschappelijke opvattingen en beleid een belangrijke rol. Verzorgingshuizen kwamen ruim een decennium geleden deels leeg te staan doordat de woonkwaliteit in de ogen van ouderen te laag was, maar de volledige sluiting van verzorgingshuizen (het scheiden van wonen met zorg) was een beleidsmatige keuze. Dit laatste geldt ook voor de keuze van demissionair minister Helder om ook in de verpleegzorg wonen en zorg te scheiden.

² Zie ook <https://www.vzinfo.nl/dementie/leeftijd-en-geslacht>

Bij het bespreken van dit soort keuzen dalen we af van de meest intensieve zorg naar (aanstaande) ouderen die nog geen beperkingen hebben.

Ouderen met een behoefte aan 24-uurs zorg

De omvang van de groep met de zwaarste beperkingen was in het verleden vrijwel gelijk aan de benodigde verpleeghuiscapaciteit. Er is weliswaar sprake van een toenemende groep die gebruik maakt van een VPT, MPT of PGB maar in relatieve zin gaat het nog altijd om een kleine groep. Nieuw in de berekening van het ABF is dat er een harde beleidsmatige keuze is doorgerekend:

- De huidige verpleeghuiscapaciteit wordt grotendeels bevroren;
- Bij de beperkte uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit (de onherroepelijke plannen) wordt een scheiding van wonen en zorg ingevoerd;
- De overige ouderen met een behoefte aan 24-uurs zorg worden gehuisvest in een zorggeschikte woning (veelal met een MPT, VPT of PGB).

In veel bestaande lokale ramingen is dit beleid (nog) niet hard doorgerekend. Dit in de eerste plaats omdat ze deels dateren van de periode voordat dit beleid door demissionair minister Helder werd verkondigd. Ook speelt mee dat andere bureaus vaak een wat andere meer procesmatige insteek hebben/hadden. Deze bureaus zien de exacte wijze waarop deze groep zou moeten worden gehuisvest meer als iets dat lokaal of regionaal moet worden uitgewerkt/ bepaald. Daardoor kunnen er verschillen in de ramingen van de woonzorgbehoefte ontstaan, ook bij een gelijk aantal ouderen met zware beperkingen en een 24-uurs zorgbehoefte.

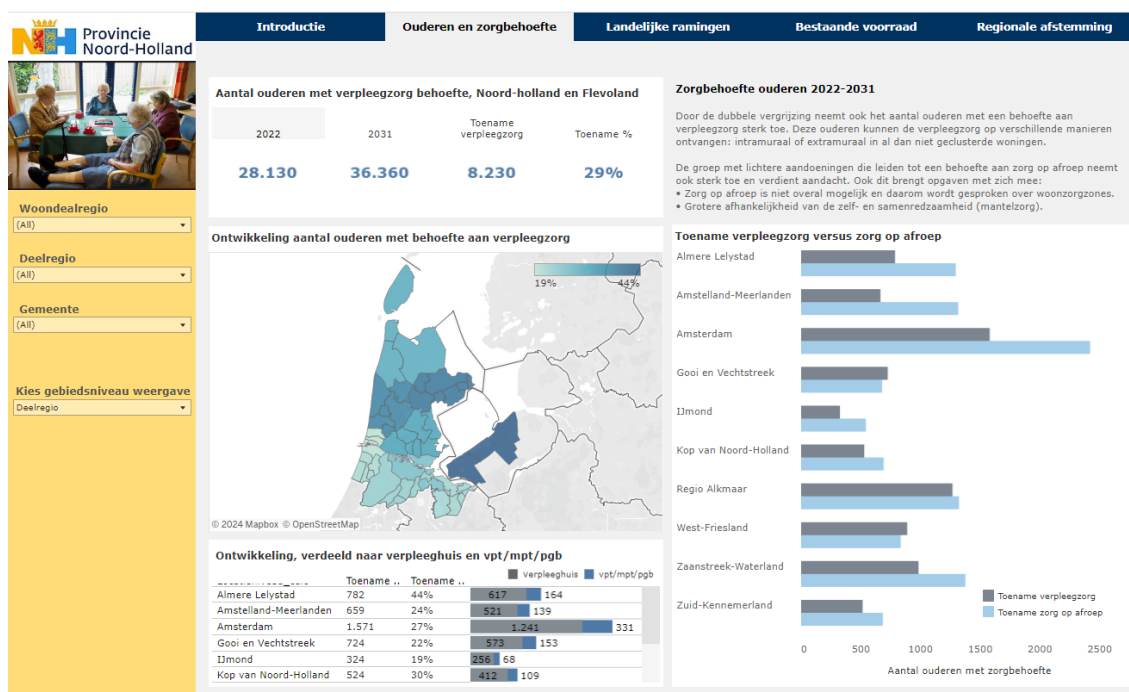
De een op een relatie

In woningmarktonderzoek is substitutie een bekend fenomeen. Als woningzoekenden een bepaald soort woningen niet kunnen bemachtigen, maken ze de keuze voor een andere woning. Mede door dit soort substitutievervalsels is de kwalitatieve woningbehoefte nooit volledig hard weer te geven: huishoudens kunnen immers in verschillende woningen prima wonen. Voor ouderen met zwaardere beperkingen en een intensieve zorgbehoefte geldt dat men vaak geen keuze heeft. Men kan niet anders dan verhuizen naar een verpleeghuis. Enige alternatieven zijn een PGB, VPT, MPT of binnenkort een zorggeschikte woning/ verpleegzorgplek. Door deze situatie werd/wordt bij ramingen van de behoefte uitgegaan van een een-op-een relatie tussen het aantal ouderen met een intensieve zorgbehoefte en het aantal benodigde woonvormen (verpleeghuisplekken, zorggeschikte woningen of anderszins). Ook de landelijke ramingen van ABF gaan uit van een dergelijke een-op-een relatie. Voor elke zorgbehoevende is in andere woorden (slechts) één woonvorm beschikbaar.

Op basis van de (gecorrigeerde) provinciale prognose kan een indicatief beeld worden gegeven van de behoefte van het aantal ouderen met behoefte aan 24-uurs zorg en zorg of afroep. Met name de groep met een behoefte aan 24-uurs zorg/ verpleegzorg is van belang. Voor deze groep moet in de toekomst de verpleegzorg worden geregeld. De exacte leveringsvorm (intramuraal of extramuraal) of woonvorm (zorggeschikt, geclusterd, regulier) of

eigendomsverhouding (particulier of sociale huur) kan daarbij variëren per regio, afhankelijk van de lokale situatie. Maar belangrijk is het wel dat concreet wordt gemaakt waar op welke wijze de opgave wordt gerealiseerd.

In totaal neemt het aantal ouderen met een behoefte aan verpleegzorg in de periode 2022-2031 over de periode 2022-2030 met ongeveer 8.230 toe. Het gaat hier om een forse toename van 29%. In het dashboard zijn de indicatieve aantallen per gemeente en regio weergegeven. In het dashboard is (linksonder) ook een onderscheid gemaakt naar verpleeghuis en vpt/mpt/pgb. De belangrijkste reden dit onderscheid toe te voegen is de vergelijking met de ABF-cijfers, waarbij de behoefte aan zorggeschikte woningen gelijk is aan de toename van de groep ouderen die niet langer in een verpleeghuis terecht kan. Daarnaast zeggen de aantallen iets over de samenstelling van de groep ouderen. Ze zeggen echter weinig over de gewenste samenstelling van de benodigde vormen van wonen en zorg, die zal via andere wegen moeten worden bepaald.³



In bestaande lokale behoefte-ramingen wordt niet zelden al voorgesorteerd op een bepaalde verdeling van woon- en leveringsvormen. Daardoor kunnen zoals eerder gezegd verschillen

³ De minister heeft eind vorig jaar aan het Zorginstituut de volgende vraag gesteld: "Is het mogelijk om in de Wlz (een combinatie van) objectieve criteria uit te werken tot een werkbare cesuur voor de praktijk (wetgeving, uitvoerders, professionals), met als resultaat dat alleen personen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op verblijf met integrale zorg, de aanspraak verblijf krijgen toegekend?" Het ligt dus in de lijn der verwachting dat op termijn via de indicatiestelling een nader onderscheid binnen de totale groep met een behoefte aan verpleegzorg wordt gemaakt.

tussen ramingen ontstaan, bij een gelijk aantal ouderen met een intensieve zorgbehoefte. Deze verschillen kunnen toenemen naarmate er meer alternatieven komen. Het aantal ouderen dat in de vertrouwde woning bleef wonen met een MPT, VPT of PGB nam de afgelopen tijd licht toe. Nu komt daar met het nieuwe beleid de zorggeschikte woning (of verpleegzorgplek) bij. Ook bij de landelijke raming van de behoefte aan deze woningen, wordt uitgegaan van een een-op-een relatie (zie kader). Op zich is deze aanname niet onlogisch, omdat de zorggeschikte woningen het nieuwe alternatief moeten worden voor het verpleeghuis. Maar deze aanname heeft wel de nodige consequenties:

- Belangrijk is te beseffen dat in de raming dus geen ouderen worden meegenomen die uit voorzorg naar dit soort woningen (willen) verhuizen. Als men ook dat (lokaal of regionaal) mogelijk wil maken is, en dat is uiteraard een legitieme keuze, is de opgave veel hoger. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld als men de partner, na het overlijden van de andere partner, in deze woning wil laten wonen.
- Ook is het nog de vraag hoe de een-op-een matching in de praktijk wordt vormgegeven. In de corporatiesector geldt vooralsnog dat het inkomen leidend is bij de woningtoewijzing. Daar zou de zorgzwaarte aan moeten worden toegevoegd. Een belangrijk deel van de zorggeschikte woningen moet echter in de koop of particuliere huur worden gerealiseerd. Daarbij is het (mede vanwege het eigendomsrecht) lastig te borgen dat de toekomstige koper ook een oudere is met zware beperkingen.
- Ook belangrijk is te beseffen dat het zorggeschikt maken van woningen gepaard gaat/kan gaan met een extra investering. Deze extra investering rendeert alleen als er een oudere met zware beperkingen woont én alleen als daar ook 24uurs zorg geleverd kan worden. Dat vergt harde en langdurige afspraken met de zorginstellingen en zorgkantoren. In fysieke zin zorggeschikte woningen waar geen WLZ-zorg wordt geleverd, dragen niet bij aan het oplossen van de door ABF geraamde opgaven.

Bovenstaande punten maken duidelijk dat het in de praktijk niet eenvoudig is een een-op-een koppeling te realiseren/organiseren. Dat maakt dat er vermoedelijk meer (fysiek) zorggeschikte woningen nodig zijn, dan door ABF geraamd. Lokale en regionale beleidskeuzen zijn hierbij mede bepalend.

Ouderen met een behoefte aan zorg op afroep

Bij de groep ouderen met minder zware of geen beperkingen wordt door ABF aangenomen dat zij vaker in een geclusterde woonvorm (willen) wonen. Voor een kleine groep is een dergelijke geclusterde woonvorm in zekere zin een noodzaak, zij kunnen niet langer in een reguliere woning zelfstandig wonen. Voor een belangrijk deel is het echter een kwalitatieve vraag van ouderen. Dat het deels om een kwalitatieve vraag gaat, heeft verschillende consequenties:

- Ten eerste geldt dat de ouderen in kwestie keuzeopties hebben. In ieder geval heeft men de keuze in de huidige vertrouwde woning te blijven wonen, wat men vaak ook doet. Wil men deze ouderen verleiden tot een verhuizing, dan moet alles kloppen. Bij de ontwikkeling van geclusterde woonvormen moet men dan ook veel oog hebben voor de wensen van de doelgroep. Daarbij moet ook beseft worden dat 'de oudere' niet bestaat, de groep is zeer divers.

- Ten tweede geldt dat beleidsmakers een keuze hebben. De ouderen moeten natuurlijk goed gehuisvest worden, maar dat kan ook op andere manieren dan alleen met (nieuw) te realiseren geclusterde woonvormen. Men kan ook inzetten op het aanpassen van bestaande woningen om in de nieuwbouw meer ruimte te creëren voor andere (urgente) groepen.

Ook met het aanpassen van de bestaande voorraad kunnen geclusterde woonvormen worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld door in een complex (waar veel ouderen wonen) een woning (of deel daarvan) in te richten als gemeenschappelijke ruimte. In de Noord-Hollandse WoonZorgwijzer zit al een kaart-set die inzicht biedt in de geschiktheid van de bestaande woningvoorraad en een kaart met de ontwikkellocaties. Deze set zou kunnen worden uitgebreid met kaarten die aangeven waar nu clusters van ouderen wonen én waar ze in de toekomst gaan ontstaan. In samenspel kunnen dat soort kaarten helpen om in de regio's en gemeenten gebieden te identificeren waar in de bestaande voorraad geclusterd wonen kan worden gerealiseerd.

De behoefte aan zorg en ondersteuning van deze groep ouderen is weliswaar lager dan de groep met een intensieve zorgbehoefte, hij is nog altijd evident. In het verleden werd vaak gesteld dat zorg op afroep in principe overal geleverd kan worden, inmiddels wordt daar vaak van teruggekomen. Het concept van woonzorgzones wordt weer steeds vaker genoemd. Daardoor is het ook bij de realisatie van deze woonvormen zaak oog te hebben voor het (nu en in de toekomst) beschikbare aanbod aan zorg en ondersteuning. Als ouderen met een zorgbehoefte dicht bij elkaar wonen, verkort dat de reistijd van de zorgverleners en kan dezelfde zorgverlener meer mensen helpen.

In het dashboard zijn indicatieve aantallen opgenomen over (de ontwikkeling van) het aantal ouderen met een behoefte aan zorg op afroep (zie ook het eerdere screenshot).

Ouderen zonder specifieke beperkingen

De mogelijkheden om in de bestaande voorraad de uitbreidingsopgave aan nultredenwoningen te realiseren zijn uiteraard nog groter. Het aandeel woningen in de bestaande voorraad waar dit niet mogelijk is, is zeer beperkt. Natuurlijk is het altijd wenselijk in de nieuwbouw levensloopbestendig te bouwen, omdat de woningen dan voor meerdere doelgroepen geschikt zijn. Maar de toename van de behoefte aan nultredenwoningen zou ook puur worden beschouwd als de aanpassingsbehoefte in de bestaande voorraad.

Op basis van bestaande bronnen is per gemeente en regio een overzicht opgesteld met:

- Het aantal inwoners met mobiliteitsproblemen binnen- en buitenshuis (bron: Noord-Hollandse WoonZorgwijzer);
- De geschiktheid van de woningvoorraad naar toe- en doorgankelijk (nultreden), aanpasbaar, ongeschikt (bron: In.Fact.Research, deze indeling is ook terug te vinden in de Noord-Hollandse WoonZorgwijzer. In de in het instrument opgenomen kaarten zijn de nultredenwoningen aangeduid als 'geschikt');
- De opgave aan geclusterde woonvormen en nultredenwoningen volgens ABF/BZK.

De bijbehorende cijfers zijn op te vragen in het dashboard (zie ook bijgaand screenshot).

Hieruit blijkt dat er in elke gemeente veel meer (fysiek) geschikte woningen zijn, dan men-

sen met mobiliteitsbeperkingen. De door ABF geraamde behoefte aan geclusterde en nultredenwoningen (conform ABF) moet dus niet puur worden beschouwd als een uitbreidingsopgave. Er is vooral ook sprake van een aanpassingsopgave én een verdeelvraagstuk. Dit geldt voor de nultredenwoningen maar deels ook voor de geclusterde woonvormen.

Introductie
Ouderen en zorgbehoefte
Landelijke ramingen
Bestaande voorraad
Regionale afstemming

Woondealregio
(All)

Deelregio
(All)

Gemeente
(All)

Kies gebiedsniveau weergave
Deelregio

Mogelijkheden bestaande voorraad

Er staan zijn in elke gemeente veel meer toe- en doorgankelijke woningen (in de tabel 'nultreden' genoemd) dan dat er mensen wonen met mobiliteitsbeperkingen binnenshuis.

De door ABF berekende opgaven moeten (zeker waar het gaat om geclusterde woningen en nultredenwoningen) dus niet (puur) worden beschouwd als een uitbreidingsopgave. Er is vooral ook sprake van een aanpassingsopgave én een verdeelvraagstuk.

Ook de behoefte aan 'zorggeschikte woningen' kan op verschillende wijzen worden opgevangen (lees: de ouderen met behoefte aan verpleegzorg kunnen op verschillende wijzen worden gehuisvest).

Ook daar liggen mogelijkheden in de bestaande voorraad, bijvoorbeeld door zorgflats in te richten of door in een sterk vergrijzende buurt een VPT-team in te zetten. De Noord-Hollandse WoonZorgwijzer (www.zorgwijzer.nl) kan helpen kansrijke gebieden te identificeren.

Het gaat nadrukkelijk niet alleen om een bouwopgave, de zorg en ondersteuning moet gegarandeerd worden. Dat vergt samenwerking en afstemming.

Welke mix er lokaal/regionaal ook wordt gevonden/ gekozen, het is van belang alle plannen concreet te maken. De opgaven zijn groot en de urgentie is hoog.

Aantal inwoners met mobiliteitsbeperkingen, geschiktheid huidige woningvoorraad en geraamde opgaven door ABF

	Inwoners met mobiliteitsbeperking		Huidige woningvoorraad			Geraamde opgave ABF		
	buitenshuis	binnenshuis	ongeschikt	aanpasbaar	nultreden	zorggeschikt	geclusterd	nultreden
Almere Lelystad	11.743	5.581	16.447	89.405	24.614	590	835	3.335
Amstelland-Meerlan..	11.424	5.222	18.945	98.250	45.513	515	3.065	3.465
Amsterdam	40.575	18.880	216.506	54.722	221.325	1.005	2.245	9.070
Gooi en Vechtstreek	8.540	3.923	23.747	72.999	19.293	595	1.025	2.200
IJmond	6.262	2.925	15.985	40.112	16.447	265	655	1.515
Kop van Noord-Holl..	7.196	3.359	12.158	60.328	9.359	435	420	1.115
Regio Alkmaar	11.643	5.375	23.664	96.787	25.131	1.120	2.235	3.375
West-Friesland	8.482	3.972	12.568	74.607	11.527	800	1.170	1.415
Zaanstreek-Waterla..	14.331	6.689	26.151	101.756	31.968	870	1.675	4.625
Zuid-Kennemerland	8.384	3.866	31.142	55.574	31.134	455	995	2.935

6 Aanboddefinities

Er zijn veel verschillende definities in omloop waar het gaat om ouderenhuisvesting. In bijgaand kader staan de momenteel meest gangbare weergegeven. Op hoofdlijnen zijn de definities helder, maar het venijn zit hem in de uitwerking. Enkele voorbeelden:

- Het rolstoelgeschikt maken van woningen vergt een flinke investering. Het aandeel ouderen dat permanent in een rolstoel zit is echter beperkt.
- Het ontbreekt nog aan een heldere definitie van geclusterde woonvormen (met een goede inhoudelijke onderbouwing, zowel aan de kant van de behoefte als het aanbod).
- Bij 'aanpasbaar' wordt vaak een maximale investering gehanteerd van € 10.000. Deze grens is echter arbitrair.
- Bij zorggeschikte woningen geldt dat het Rijk stelt dat er WLZ-geleverd moet 'kunnen' worden. In de behoefte-raming van ABF gaat het echter om aantallen waar dat 'moet' gebeuren.

Als straks de opgaven in de regio's worden geconcretiseerd, is het zaak goed na te denken over de te hanteren (woon- en bouwtechnische) criteria (de eisen die worden gesteld aan de diverse woonvormen). Er is een breed gedeelde wens dat er een uniform eisenpakket wordt opgesteld voor diverse woonvormen. Nu worstelen gemeenten en regio's zelf met deze defi-

nities. Bij landelijke partijen is deze wens inmiddels ook doorgekomen en men heeft aangegeven ermee aan de slag te gaan. Op welk moment, op welke wijze en met welke concreetheid is echter nog onduidelijk.

Aanboddefinities in het landelijke beleid

Verpleeghuisplekken

De definitie van bestaande verpleeghuisplekken worden bekend verondersteld. Verblijven zorg zitten hierbij in een pakket. Naar de toekomst toe wordt binnen de Wet Langdurige zorg (Wlz) het principe van scheiden van wonen zorg toegepast voor nieuw te creëren capaciteit (nieuwe aanvragen). Bij nieuwe verpleeghuisplekken wordt wonen en zorg dus administratief gescheiden.

Verpleegzorgplekken

Verpleegzorgplekken moeten een alternatief vormen voor de verpleeghuisplekken. Het gaat om geclusterde zorggeschikte woningen, waarbij ook 24-uurs zorg is gegarandeerd. De geclusterde woonvorm kan zowel geheel als deels uit zorggeschikte woningen bestaan, en daarmee dus ook deels uit reguliere geclusterde woningen. Hiermee is het mogelijk om de opgave voor zorggeschikte woningen te combineren met reguliere geclusterde woningen.

Zorggeschikte woningen

In de nota van toelichting bij de Wet versterking regie volkshuisvesting is de volgende definitie opgenomen: "Zorggeschikte woningen zijn rolstoelgeschikte zelfstandige woningen, die onderdeel uitmaken van een woonvorm die voor rolstoelgebruikers toegankelijk en doorgankelijk is. Ook voor deze woningen geldt dat de woon- en eetruimte, het toilet, de badkamer en de slaapkamer rolstoelgeschikt moeten zijn."

In aanvulling wordt vaak gesteld dat de woning brandveilig moet zijn en beschikken over een goede en stabiele internetverbinding voor domotica. In de subsidieregeling zorggeschikte woningen wordt het minimale programma van eisen voor zorggeschikte woningen uiteengezet (zie ook onder het kopje rolstoel- en rollator geschikte woningen).

In de behoefteraming van ABF/BZK gaat het om die zorggeschikte woningen waar in de toekomst ouderen wonen die in de huidige context in een verpleeghuis zouden wonen.

Geclusterde woonvormen

In de nota van toelichting bij de Wet versterking regie volkshuisvesting is de volgende definitie opgenomen: "Geclusterde woonvormen zijn woningen die in het geval van nieuwbouw toegankelijk zijn zonder traplopen en die zijn ingericht op het bevorderen van sociaal contact en gemeenschapsgevoel. In een geclusterde woonvorm wordt bij nieuwbouw dus verondersteld

dat het een clustering van nulredenwoningen betreft. Het uitgangspunt is een minimale clustering van 12 zelfstandige woningen. Daarnaast wordt de aanwezigheid van een ontmoetingsruimte (inpandig of op loopafstand) vereist.”

In de praktijk gaat het onder andere hofjeswoningen, serviceflats en seniorenflats (zie handreiking ‘geclusterde woonvormen voor senioren’ van P31 voor voorbeelden). De clustering is mede relevant omdat daardoor sociaal contact en gemeenschapsgevoel wordt bevorderd, waardoor eenzaamheid wordt tegengegaan.

Over bovenstaande bestaat veel overeenstemming. Er zijn verschillende definities als het gaat om de omvang van de clusters, het aandeel inwoners dat (Wlz)zorg moet ontvangen, of er een ontmoetingsruimte (al dan niet inpandig) aanwezig moet zijn etc. Er is een landelijke regeling voor subsidiëring van de onrendabele top bij realisatie van zorggeschikte woningen binnen geclusterde woonvormen (Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen). De hierin gestelde eisen hebben puur betrekking op de subsidieregeling, in de (lokale en regionale) praktijk kunnen ook andere woningen worden aangeduid als ‘geclusterd’. Kortom: het ontbreekt nog aan een echt helder begrippenkader.

Nulredenwoningen

In de nota van toelichting bij de Wet versterking regie volkshuisvesting is de volgende definitie opgenomen: “Nulredenwoningen zijn reguliere woningen die intern en extern toegankelijk zijn. Dat houdt in dat de woning en de belangrijkste gebruiksruimtes (keuken, badkamer, toilet en slaapkamer) zonder trappen bereikbaar zijn.”

Indeling op basis van fysieke kenmerken van de woning - 1

Rolstoelgeschikte en rollator geschikte woningen

Van ‘zorggeschikte woningen’ wordt vanuit het Rijk verwacht dat deze (minimaal) rollatorgeschikt zijn. Het Rijk subsidieert de realisatie van deze woningen onder voorwaarden. Voor wat betreft de fysieke kenmerken staan de eisen hieronder uit de subsidieregeling weergegeven. Subsidie voor rollatorgeschikte woningen wordt onder voorwaarden toegekend bij transformatie van bestaand vastgoed. Als het gemiddeld investeringsbedrag boven de € 100.000 per woning uit komt, wordt transformatie beschouwd als nieuwbouw en moet worden voldaan aan de eisen rolstoelgeschikt.

	Eis t.b.v. rollator- geschiktheid / transformatie	Eis t.b.v. rolstoel- geschiktheid / nieuwbouw
Indien de zorggeschikte woningen niet gelegen zijn op de begane grond 1) De lift is rolstoelaangepast en voldoet aan de volgende eis: een kooilift of hefplateaulift heeft een vrij vloeroppervlak dat tenminste 1,05 m breed en 1,35 m diep is (LET OP: scootmobiel geschikt bij 2,05 meter diep) óf een trapplateaulift heeft een vrij vloeroppervlak van tenminste 0,8 x 1,1 m. Let op: een stoeltjeslift is in dit geval ongeschikt.	JA	
2) moet er een personenlift zijn geschikt voor brancards		JA
De bedieningsknoppen van liften zijn geschikt voor rolstoelgebruikers; hoogte tussen 0,9 en 1,35 m en tenminste 0,5 m uit inwendige hoeken.	JA	JA
De smalste doorgang tot voorbij de voordeur van de woning is minimaal 800 mm breed	JA	
De smalste doorgang tot voorbij de voordeur van de woning is minimaal 900 mm breed		JA
De drempels hebben een maximale hoogte van 20 mm	JA	
De woning is drempelloos		JA
In de keuken is voor het aanrecht een vrije ruimte van minimaal 1,2 m voor de gootssteen en het kookpunt. Opmerking: In de bestaande richtlijnen wordt er van uitgegaan dat het aanrecht onderrijdbaar is en dat de vereiste draaicirkel iets onder het aanrecht doorloopt.	NEE	JA
In de ruimte waar zich het meest toegankelijke toilet bevindt, is aansluitend op de closetpot een obstakelvrije ruimte. Deze is nodig om een goede 'overstap' te maken van rollator of rolstoel naar closetpot	JA, obstakelvrij 1,1 m x 1,1 m	JA, obstakelvrij 1,2 m x 1,2 m
In de ruimte waar zich het meest toegankelijke toilet bevindt is een vrije ruimte (deze mag 0,3 m onder de wastafel doorlopen). Deze is nodig om met een rolstoel goed te kunnen keren bij het verlaten van de ruimte.	JA, vrije ruimte van 1,1 m x 1,1 m	JA, vrije ruimte van 1,5 m x 1,5 m
In de doucheruimte is voor de gebruiker een vrije ruimte (deze mag 0,3 m onder de wastafel doorlopen)	JA, vrije ruimte van 1,1 m x 1,1 m	JA, vrije ruimte van 1,5 m x 1,5 m
Naast het bed is tevens een obstakelvrije ruimte realiseerbaar van 1,3 m voor een tillift en voor een douche-toiletrolstoel. In geval van een 2 pers slaapkamer moet tegelijk 0,6 m vrije ruimte aan de andere zijde van het bed realiseerbaar zijn.	NEE	JA
In de slaapkamer is een vrije ruimte van 1,5 x 1,5 m realiseerbaar.	NEE	JA
De bovenstaande manoeuvreerruimten zijn vanaf de slaapkamerdeur bereikbaar via een verkeerstrook die 0,9 m breed is.	NEE	JA

In lokale definities wordt soms een onderscheid gemaakt tussen rolstoelgeschikte en zorggeschikte woningen. De zorggeschikte woningen hebben als aanvullende voorwaarde dat er een bed-lift geplaatst moet kunnen worden. Deze eis wordt door het Rijk ook gesteld aan de rolstoelgeschikte woningen, die daarmee dus ook in fysieke zin kunnen worden geduid als 'zorggeschikte woningen'.

Indeling op basis van fysieke kenmerken van de woning – 2

In de provinciale WoonZorgwijzer zijn kaarten opgenomen die de mate van geschiktheid van de woningvoorraad weergeven. Daarbij zijn drie categorieën onderscheiden: geschikt (lees: toe- en doorgankelijk/ nultreden), aanpasbaar en ongeschikt:

Geschikte woningen/ nultredenwoningen

De definitie van nultredenwoningen zoals eerder omschreven komt op hoofdlijnen overeen met de definitie van 'geschikte woningen' zoals gehanteerd door In.Fact.Research, ook hierbij staat de toe- en doorgankelijkheid centraal. In de toekomst zal de terminologie in de WoonZorgwijzer worden aangepast, omdat het niet gaat om zorggeschikte woningen (en daar wordt de term 'geschikt' momenteel vaak voor gebruikt).

Aanpasbare woningen

Het gaat hier om woningen die nu (vermoedelijk) nog niet zonder traplopen toe- en doorgankelijk zijn, maar waarbij deze situatie wel is te creëren. Dit bijvoorbeeld door de woning anders in te delen of door het plaatsen van een traplift. Omdat in theorie dat in alle woningen mogelijk is, is daaraan een maximale investering gekoppeld van € 10.000.

Ongeschikte woningen

Hierbij gaat het om woningen die niet geschikt of aanpasbaar zijn.

Extra (bouwkundige) criteria gaan vaak samen met extra investeringen. Deze investeringen zijn vaak alleen rendabel als de woningen ook daadwerkelijk worden bewoond door ouderen die erbij gebaad zijn. Vooral permanente rolstoelgebruikers stellen specifieke bouwtechnische eisen aan de woning. Die hebben met name te maken met de draaicirkel. Naar de toekomst toe neemt het aantal ouderen dat permanent in een rolstoel zit vermoedelijk sterk toe. In bijgaande tabel is deze ontwikkeling (indicatief) in beeld gebracht. Vermoedelijk is uitbreiding (in de vorm van nieuwe zorgwoningen) wenselijk en noodzakelijk. Er moet daarbij ook worden nagedacht over de matching. In andere woorden: hoe wordt ervoor gezorgd dat de juiste (rolstoelgeschikte) woning ook wordt bewoond door de juiste bewoner (permanente rolstoelgebruiker).

	permanente rolstoelgebruikers 2022		toename 2022-2031	
	totaal	65-plus	totaal	65-plus
Almere/Lelystad	2.563	1.039	697	548
Amstelland-Meerlanden	3.618	1.845	606	498
Amsterdam	7.704	3.156	1.465	1.078
Gooi en Vechtstreek	2.654	1.516	329	323
Zuid-Kennemerland / IJmond	4.070	2.237	509	499
Zaanstreek Waterland	3.695	1.981	596	583
MRA	24.305	11.775	4.203	3.529

Daarnaast is het zinvol ook iets van een financiële doorrekening te maken, om te bekijken wat de balans is tussen de maatschappelijke kosten en baten. In de landelijke doorrekenin-

gen is hier vooralsnog (te) weinig oog voor. Het Rijk kan bijvoorbeeld wel eenvoudig opschrijven dat elke geclusterde woonvorm een (al dan niet in pandige) ontmoetingsruimte moet hebben, maar daar staan kosten tegenover die alleen renderen bij dat deel van de doelgroep die er ook echt waarde aan hecht. Dat geldt voor velen, maar niet voor iedereen.

7 Resumé

Op het kruispunt van wonen met zorg zijn er in Nederland veel verschillende definities in omloop. Geen van deze is goed of fout, maar de vele verschillende definities maken het er niet overzichtelijker op. Hetzelfde geldt voor de prognoses van de toekomstige opgaven. Er is waar het gaat om de toekomst geen waarheid, in elke prognose wordt op basis van bepaalde aannamen berekend hoe de toekomst eruit kan zien. Het gaat om effectverkenningen waarbij de gedane aannamen net zo belangrijk zijn als de uitkomsten. De focus ligt vaak op de uitkomsten, maar die kunnen niet goed worden geïdentificeerd zonder naar de gedane aannamen te kijken. Vanuit deze gedachte zijn prognoses ook nooit strijdig aan elkaar. Ze vullen elkaar aan door inzichtelijk te maken hoe de toekomst er onder verschillende aannamen uit kan zien. In dit memo is een analysekader gepresenteerd, waarmee de verschillen tussen landelijke en lokale ramingen grotendeels kunnen worden verklaard. We hopen dat het memo daarmee bijdraagt aan het voorkomen van begripsverwarring en ertoe bijdraagt dat de ABF-cijfers op een juiste wijze worden geïnterpreteerd.

Inhoudelijk denken we dat regio's er verstandig aan doen in eerste instantie de totale groep ouderen met een behoefte aan verpleegzorg centraal te stellen. Er zijn in de praktijk verschillende oplossingen denkbaar om deze groep goed te huisvesten en te voorzien van de benodigde zorg en ondersteuning. Dat kan intramuraal of extramuraal, via nieuwe vormen van geclusterd VPT of via een VPT-team in bestaande wijken, via nieuwbouw of in bestaand vastgoed, in de sociale huursector of particulier etc. De exacte mix die het beste past bij een gemeente of regio, is niet van bovenaf te bepalen/berekenen. Daarvoor verschillen de mogelijkheden en onmogelijkheden te veel per gebied. Onder regie van de gemeenten moet in overleg met de stakeholders gekomen worden tot de ideale mix. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de grote groep ouderen met lichtere beperkingen en uiteraard het meer preventieve beleid.

Daarnaast is het vooral zaak is concreet aan de slag te gaan. Hoe groot de opgaven exact zijn, dat blijft deels onzeker, maar duidelijk is wél dat er veel werk te verzetten is. Daarmee kan men niet vroeg genoeg beginnen. Nu wordt er vooral gekeken naar de opgave tot 2031, maar in dat jaar houdt de wereld niet op te bestaan. In de periode daarna zet de vergrijzing onverminderd voort, dus met moet in de periode tot 2031 ook aan de slag met het voorbereiden van plannen voor de periode daarna.