



## **TNO-rapport**

TNO-034-UTC-2010-00297

### **Behoeftedonderzoek voorzieningen voor mensen met lichamelijke beperkingen**

Datum	september 2010
Auteur(s)	Frank ten Voorde Willeke van Staalduin Peter Brouwers
Aantal pagina's	71
Aantal bijlagen	6
Opdrachtgever	Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg
Projectnaam	Behoeftedonderzoek LG
Projectnummer	034.20593/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksoverdracht aan TNO, dan wel de betreffende zaak tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2010 TNO



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
2 / 1

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Definitie en afbakening van de doelgroep	5
	2.1 Algemeen	5
	2.2 De problematiek van de doelgroep	7
	2.3 Concrete zorgvragen	9
	2.4 Indicatiestelling en zorgtoewijzing	10
	2.4.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	10
	2.4.2 AWBZ	10
3.	Vragen aanbod	13
	3.1 De huidige situatie	13
	3.1.1 Ondersteuning via de Wmo	13
	3.1.2 Zorg in een aangepaste particuliere woonomgeving	14
	3.1.3 ADL-clusterwonen	14
	3.1.4 Extramuraal AWBZ-zorg	15
	3.1.5 AWBZ-verblijf	16
	3.2 De afstemming vraag en aanbod (in de toekomst)	19
	3.2.1 Wachtlijsten	19
	3.2.2 Demografie	20
	3.2.3 Prevalentie en incidentie van lichamelijke beperkingen	21
	3.2.4 Maatschappelijke en politieke opvattingen, beleid en collectieve middelen	21
	3.2.5 Doelgroep ADL-clusterwonen	22
	3.2.6 Samen gevat	24
4.	Huisvesting: voorzieningen- en kostenniveau	25
	4.1 Algemeen	25
	4.2 Woningaanpassingen via de Wvg/Wmo	26
	4.3 ADL-clusters	26
	4.4 Voorzieningen voor AWBZ-verblijf	30
5.	Financiering	32
	5.1 Ondersteuning en zorg	32
	5.2 Zorginfrastructuur	33
	5.3 Woonvoorzieningen	34
	5.3.1 Zelfstandig versus intramuraal wonen	34
	5.3.2 ADL-clusterwoningen	35
6.	Bevindingen	41
7.	Ondertekening	47
	Bijlagen	48



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
3 / 2

## 1. Inleiding

Het ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg, heeft TNO Centrum Zorg en Bouw met brief van 10 juni 2009 (zie bijlage 1) gevraagd om een behoefteonderzoek uit te voeren naar voorzieningen voor mensen met een lichamelijke beperking. Concreet wil het ministerie antwoord op de volgende onderzoeksvragen: In hoeverre is er discrepantie tussen vraag en aanbod van ADL-clusterwoningen of voorzieningen die daaraan gelijkwaardig zijn?

Mag verwacht worden dat dergelijke voorzieningen zonder bouwsubsidie daadwerkelijk zullen worden gerealiseerd?

Het ADL-clusterwonen werd met drie subsidieregelingen gefinancierd en bevorderd: 1. subsidie op de bouw, 2. subsidie op individuele en collectieve aanpassingen per woning en 3. subsidie op de assistentie (de ondersteuning, de zorg). Alle subsidies, ook die voor de bouw en de aanpassingen van de woningen, kwamen uit de AWBZ-pot, ondanks het feit dat de cliënten niet zijn geïndiceerd voor AWBZ-verblijf (er is dus sprake van scheiden van wonen en zorg).

In het kader van het terugdringen van allerlei subsidieregelingen wordt bekeken hoe de financiering eventueel via andere, reguliere en reeds bestaande regelgeving georganiseerd kan worden. Inmiddels heeft het kabinet dan ook de eerste twee genoemde subsidies afgeschaft. De subsidie voor de assistentie wordt in 2012 afgeschaft, de assistentie wordt dan een reguliere AWBZ-verstrekking.

Het onderhavige onderzoek is mede bedoeld om een beeld te krijgen van de mogelijke consequenties van de afschaffing van de bouwsubsidieregelingen voor de kwantiteit en kwaliteit van de woningen.

In bredere zin past onderzoek naar de vraag naar en het aanbod van LG-zorg in de tussen het ministerie van VWS en TNO Centrum Zorg en Bouw vastgestelde jaarprogramma's 2009 en 2010. Omdat die reden is de onderzoeksvraag breder opgepakt en is gekeken naar het totaal van vraag naar en aanbod van ondersteuning en huisvesting voor mensen met lichamelijke beperkingen, inclusief het daarbij passende voorzieningenniveau en de kosten van die voorzieningen.

Vanwege de concrete vragen van het ministerie van VWS ligt het accent in deze rapportage echter op het concept van ADL-clusterwonen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de vorm van literatuuronderzoek, het verzamelen en analyseren van databases en gegevens uit uiteenlopende bronnen, bezoeken aan diverse relevante voorzieningen en woonprojecten en gesprekken/contacten met stakeholders (waaronder cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren, onderzoeks- en uitvoeringsinstanties, corporaties en gemeenten).

In het onderhavige rapport komen in achtereenvolgende hoofdstukken aan de orde de definitie en afbakening van de doelgroep, vraag en aanbod, voorzieningen- en kostenniveau, financiering van de voorzieningen en ten slotte de bevindingen.

Vanwege de concrete onderzoeksvragen wordt in het rapport gefocust op woonvoorzieningen. Duidelijk mag zijn dat de totale vraag naar ondersteuning en zorg niet alleen met aangepaste woonvoorzieningen kan



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
4 / 3

worden beantwoord. In een aantal gevallen zijn tevens bijzondere behandel- en dagbestedingsvoorzieningen vereist, nog afgezien van het feit dat ook de fysieke inrichting van de openbare omgeving toegesneden moet zijn op mensen met beperkingen (bereikbaarheid en toegankelijkheid van openbare gebouwen, verkeers- en vervoersvoorzieningen en dergelijke).



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
5 / 4

## 2. Definitie en afbakening van de doelgroep

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep lichamelijk gehandicapten als onderwerp van het onderzoek nader gedefinieerd en afgebakend. Ook wordt gekeken naar de mogelijke zorg- en ondersteuningsvragen van lichamelijk gehandicapten en manier waarop die vragen worden beantwoord.

### 2.1 Algemeen

Onderzoeken naar en berekeningen van het aantal mensen in Nederland met een lichamelijke handicap geven verschillende resultaten, afhankelijk van factoren als gegevensbronnen, definities, doeleinden, periode en tijdstip van meting, reikwijdte etc. Waar (toekomstige) aantallen worden genoemd, moeten die genuanceerd worden bekeken omdat gegevens vaak onvoldoende compleet, eenduidig en actueel zijn. De onderstaande (verschillen in) cijfers illustreren dat.

In de publicatie "Ondersteuning gewenst" (Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), mei 2006) wordt het aantal zelfstandig wonende volwassenen met langdurige lichamelijke (niet-zintuiglijke) beperkingen per 2005 geschat op ongeveer 1,1 mln. (dus exclusief instituutsbevolking). Ongeveer de helft van hen is ouder dan 65 jaar. Ongeveer 840.000 mensen hebben een aangepaste woning, circa 580.000 mensen hebben een vorm van (informele) hulp/zorg, bijna 480.000 een mobiliteits hulpmiddelen circa 290.000 een vervoersvoorziening in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg).

In de Rapportage gehandicapten 2007 "Meedoen met beperkingen" van het SCP (juli 2007) wordt geschat dat per 2006 in Nederland 1,7 mln. zelfstandig wonende mensen een matige of ernstige lichamelijke beperking hebben. Deze mensen kunnen dagelijkse handelingen moeilijk of niet meer zelf uitvoeren. Bijna de helft van hen is 65 jaar of ouder. Ongeveer 1,5 mln. mensen hebben motorische beperkingen (beperkingen aan het bewegingsapparaat), circa 430.000 mensen visuele beperkingen en 360.000 mensen auditieve beperkingen. Combinaties van beperkingen zijn mogelijk. Ook deze aantallen zijn exclusief mensen die in instellingen wonen.

Het RIVM benoemt in het Nationaal Kompas Volksgezondheid (december 2009) de prevalentie van lichamelijke beperkingen in 2007. Omgerekend naar de huidige bevolking van Nederland zouden aantallen (exclusief mensen in instellingen) uitkomen op afgerond 740.000 mensen met visuele beperkingen, 465.000 mensen met auditieve beperkingen, 1.311.000 mensen met mobiliteitsbeperkingen en 665.000 mensen met ADL-beperkingen.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) definieerde in 2000 lichamelijk gehandicapten<sup>1</sup> als volgt. "Mensen met een lichamelijke handicap zijn mensen van alle leeftijden met een ernstige, blijvende dan wel langdurige, al dan niet aangeboren lichamelijke of meervoudige (primair lichamelijke) handicap, welke niet primair het gevolg is van verouderingsprocessen."

---

<sup>1</sup> College voor zorgverzekeringen, Eindrapportage in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen de zorg voor lichamelijk gehandicapten, 25 mei 2000.



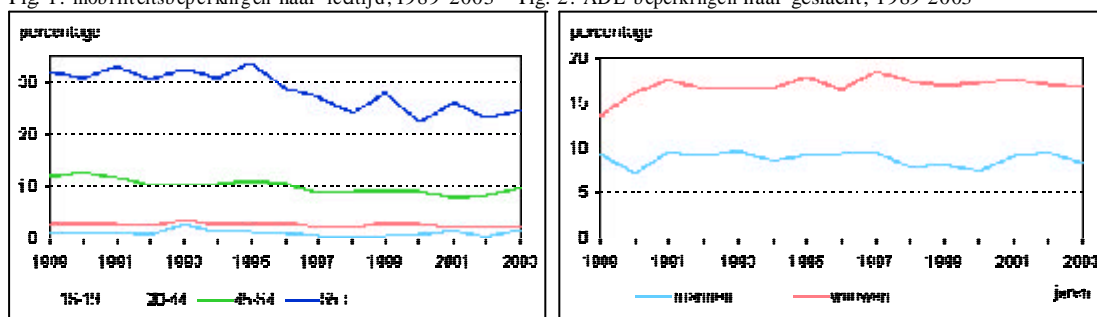
Datum  
September 2010

Blad  
6 / 5

De doelgroep in het kader van het onderhavige onderzoek wordt gevormd door mensen, die vanwege motorische beperkingen, mobiliteitsbeperkingen en/of ADL-beperkingen zijn aangewezen op enige vorm van professionele ondersteuning of zorg en een aangepaste woonomgeving. De groepen mensen met in de eerste plaats visuele of auditief/communicatieve beperkingen vallen buiten de scope van het onderzoek. Dat geldt in principe ook voor mensen met lichamelijke beperkingen die primair het gevolg zijn van ouderdom. Doelgroepen zijn echter niet altijd strikt van elkaar te onderscheiden, omdat niet alle informatiebronnen (dezelfde) definities en leeftijdsgrenzen hanteren. In elk geval heeft het onderzoek geen betrekking op zorg en voorzieningen primair voor ouderen, zoals bijvoorbeeld geboden in verzorgings- en verpleeghuizen.

Hierna volgen nog enkele meer algemene cijfers over ontwikkelingen in de tijd van het aantal mensen in Nederland met lichamelijke beperkingen.

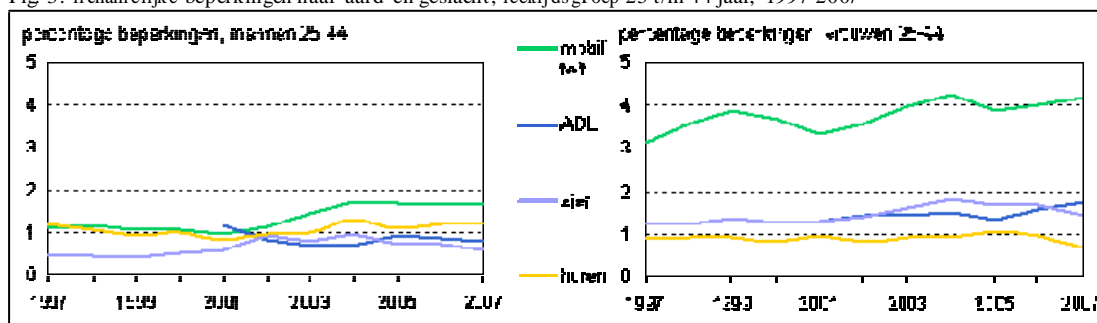
Fig. 1: mobiliteitsbeperkingen naar leeftijd, 1989-2003 Fig. 2: ADL-beperkingen naar geslacht, 1989-2003



Bron: CBS-Gezondheidsenquête en CBS- POLS, gezondheid en welzijn.

De figuren 1 en 2 tonen vrij constante ontwikkelingen over de periode 1989– 2003, procentueel gezien. Dat betekent in absolute aantallen een groeiontwikkeling die gelijke tred houdt met de totale bevolkingsontwikkeling in Nederland in die periode.

Fig. 3: lichamelijke beperkingen naar aard en geslacht, leeftijdsgroep 25 t/m 44 jaar, 1997-2007



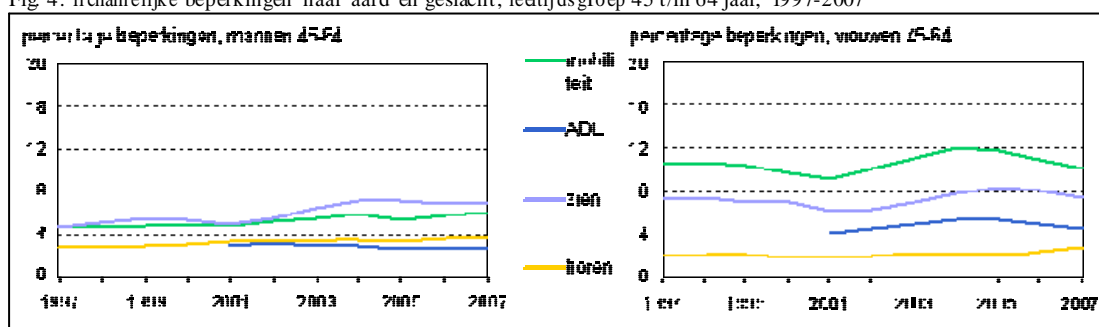
Bron: CBS- POLS, gezondheid en welzijn.



Datum  
September 2010

Blad  
7 / 6

Fig 4: lichamelijke beperkingen naar aard en geslacht, leeftijdsgroep 45 t/m 64 jaar, 1997-2007



Bron: CBS-POLS, gezondheid en welzijn.

De figuren 3 en 4 geven de ontwikkelingen in lichamelijke beperkingen in de leeftijdsgroepen 25 – 44, respectievelijk 45 – 64 jaar weer tussen 1997 en 2007. Ook hier is per saldo (beide leeftijdsgroepen en mannen en vrouwen tezamen) sprake van percentages voor mobiliteits- en ADL-beperkingen die uiteindelijk in 2007 niet veel afwijken van die in 1997. Tussentijdse schommelingen per leeftijdsgroep, geslacht of type beperking wijken niet meer dan 2% af van de gemiddelde lijn.

Uiteraard zijn lang niet alle mensen met beperkingen aangewezen op ondersteuning of zorg, laat staan op een aangepaste woonomgeving (de focus van dit onderzoek). In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op het deel van de mensen dat dusdanig ernstige beperkingen in motoriek, mobiliteit en/of ADL heeft dat professionele ondersteuning, zorg en een aangepaste woonomgeving aan de orde zijn.

## 2.2 De problematiek van de doelgroep

### Oorzaken van beperkingen

In veel omschrijvingen worden mensen met lichamelijke beperkingen onderverdeeld naar oorzaken van de beperking, zoals bijvoorbeeld mensen met beperkingen ten gevolge van aangeboren hersenletsel en ten gevolge van niet aangeboren hersenletsel (NAH). Aangeboren beperkingen zijn bijvoorbeeld een open rug (Spina Bifida) en disfunctionerende of ontbrekende lichaamsdelen. Ziektes (Multiple sclerose, Cerebraal Vasculair Accident, spierdystrofie) of ongevallen kunnen ook na de geboorte leiden tot beperkingen (niet aangeboren hersenletsel, dwarslaesie).

De oorzaak van de beperking zegt doorgaans weinig over de mogelijke zorgvragen van mensen met lichamelijke beperkingen. De zorgvragen blijken zeer divers te zijn, variërend van assistentie bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en ademhalingsondersteuning tot intensieve verpleging of behandeling.

Het benoemen van kenmerken in de vorm van oorzaken van de beperkingen is voorzicht op de aard van de zorgvraag dus minder zinvol.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
8 / 7

Omdat ontwikkelingen in de oorzaken van beperkingen wel iets kunnen zeggen over de te verwachten zorgvraag in de toekomst, wordt in paragraaf 3.3. en in bijlage II wel kort stilgestaan bij een aantal oorzaken die ten grondslag liggen aan ernstige beperkingen in motoriek, mobiliteit en ADL.

#### Aard van de problematiek

De aard van de problematiek geeft meer aanknopingspunten voor de huisvestings-, ondersteunings- of zorgvraag van mensen met lichamelijke beperkingen. Algemeen uitgangspunt in dit onderzoek is dat ten minste sprake is van een ernstige, blijvende dan wel langdurige lichamelijke beperking, al dan niet aangeboren. De lichamelijke beperking kan de enige beperking zijn, maar ook combinaties met andere problemen of stoornissen kunnen voorkomen. Er kan sprake zijn van (combinaties van): enkelvoudige lichamelijke problematiek met een min of meer stabiel karakter (dwarslaesie, ademhalingsmoeilijkheden, spasmen, enzovoorts) dan wel een wisselend verloop (degeneratieve of progressief verloopende ziekte, zoals spierdystrofie, multiple sclerose); bovengenoemde lichamelijke problematiek in combinatie met

- psychosociale problematiek (zoals beperkte sociale zelfredzaamheid, beperkte eigen regievoering, onvoldoende zelfvertrouwen voor zelfstandigheid);
- verstandelijke handicaps;
- psychiatrische problematiek (o.a. ernstige depressiviteit en gedragsstoornissen);
- cognitieve stoornissen (geen leervermogen, ontbreken van oriëntatievermogen);
- zintuiglijke stoornissen (visueel, auditief, communicatief).

#### Regie over het eigen leven

De inhoud van de zorgvraag van mensen met lichamelijke beperkingen, eventueel gecombineerd met andere problematiek, wordt daarnaast voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin de gehandicapte in staat is regie over zijn of haar eigen leven te voeren of in staat is dit te leren. Ook is van belang in welke mate sprake is van zelfwerkzaamheid en acceptatie van de handicap. De maten van eigen regie, zelfwerkzaamheid en acceptatie kennen geen vaste relatie met de ernst van de handicap; ook psychische, sociale en omgevingsfactoren spelen hierin een rol.

Het kunnen voeren van regie over het eigen leven is voor een belangrijk deel bepalend voor de keuze tussen zelfstandig wonen enerzijds of wonen in/onder verantwoordelijkheid van een zorginstelling, al dan niet in een groep, anderzijds. Mensen die geen regie (meer) hebben over hun eigen leven zijn doorgaans aangewezen op meer begeleiding of verpleging en kunnen vaak niet zelfstandig wonen. Voor hun zorg en begeleiding is bijzondere expertise nodig.

Overigens is wel of niet zelfstandig wonen niet hetzelfde als wel of niet individueel wonen. Mensen die zelfstandig wonen kunnen dat samen met anderen doen en mensen die niet zelfstandig wonen kunnen evengoed individueel wonen.

Op basis van het voorgaande lijkt aannemelijk dat de cliënten met uiteenlopende problematiek wisselend in staat zijn om zelf de regie over het eigen leven te (leren) voeren. Bijvoorbeeld mensen met enkelvoudige, stabiele lichamelijke beperkingen zullen daar mogelijk beter in slagen dan mensen met lichamelijke beperkingen in combinatie met een verstandelijke handicap of een psychiatrisch stoornis, die vaker (tijdelijk) onvoldoende of minder sociaal zelfredzaam zijn.





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
9 / 8

### 2.3 Concrete zorgvragen

Hierna worden de mogelijke zorgvragen of ondersteuningsvragen van mensen met een ernstige langdurige of blijvende lichamelijke beperkingen beschreven. Per individu zullen de combinatie en intensiteit van zorgvragen variëren.

- **Hulpmiddelen**  
Mensen met lichamelijke beperkingen kunnen behoefte hebben aan een aangepaste elektrische rolstoel voor binnen- en buitenshuis. Andere behoeften kunnen zijn: elektronica in huis (domotica), robotarm, spraakbord, aangepaste auto, andere vervoersmogelijkheden, aangepast sanitair en keukenblok.
- **Assistentie bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)**  
Mensen met lichamelijke beperkingen kunnen dagelijks assistentie nodig hebben bij de persoonlijke verzorging of bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen: opstaan, aankleden, douchen, de toiletgang enzovoorts.
- **Verpleging**  
Wat betreft verpleging bestaan zorgvragen onder andere uit medicatieverstrekking, catheterisatie, ademhalingsondersteuning, psychiatrisch verpleegkundige correctie of ondersteuning bij gedragsstoornissen en depressiviteit.
- **Begeleiding**  
Ter bevordering en instandhouding van de zelfredzaamheid kunnen mensen met lichamelijke beperkingen behoefte hebben aan begeleiding op terreinen als sociale redzaamheid (de regie over het eigen leven), bewegen en zich verplaatsen, omgaan met probleemgedrag (agressief of dwangmatig), psychisch functioneren (denken, concentreren en waarnemen) en geheugen- en oriëntatiestoornissen (geheugen en bewustzijn).  
Sinds 1 januari 2009 wordt geen indicatie voor begeleiding uit de AWBZ meer gegeven als het gaat om beperkingen op het gebied van: 1) persoonlijke verzorging en het sociale leven (eten en drinken, wassen en aankleden), 2) huishoudelijk leven (maaltijden, kleding verzorgen, lichte schoonmaak), 3) maatschappelijk leven (sociale contacten en activiteiten buitenshuis) en 4) psychisch welbevinden (depressie, angst, eenzaamheid).
- **Behandeling**  
Fysiotherapie, ergotherapie en logopedie zijn vormen van behandeling.
- **Huishoudelijke verzorging**  
Hulp bij of overname van het schoonhouden van de woning, de was doen, boodschappen doen, enzovoorts, evenals assistentie bij (de bereiding van) eten en drinken kan aan de orde zijn.
- **Tijdelijke opvang / logeren**  
Mensen met lichamelijke beperkingen die niet intramuraal wonen kunnen in mindere perioden of ter ontlasting van de thuissituatie soms behoefte hebben aan tijdelijke opvang of een logeeraadres.
- **Training voor zelfstandig wonen**  
Mensen met lichamelijke beperkingen kunnen training nodig hebben om zelfstandig te gaan wonen. De training kan bestaan uit onder andere uit het omgaan met financiën, maaltijdbereiding, werk of dagbesteding, omgaan met de handicap.

Veel zorgvragen kunnen thuis beantwoord worden, zij het dat dat in een aantal gevallen aanpassingen aan/in/rond de woning vergt. Andere zorgvragen, bijvoorbeeld bepaalde vormen van fysiotherapie en



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
10 / 9

logeropvang, moeten buiten de directe eigen woonomgeving worden beantwoord. Weer andere zorgvragen vergen een dusdanig aangepaste woonomgeving en/of een dusdanig intensieve professionele inzet dat verblijf in een instelling onontkoombaar is.

#### 2.4 Indicatiestelling en zorgtoewijzing

Aan lichamelijke beperkingen gerelateerde zorg- en ondersteuningsvragen die een professionele invulling vergen zullen voornamelijk vanuit de Wmo en de AWBZ worden beantwoord. Hierna wordt beschreven welke zorg en ondersteuning dat kan zijn en hoe die tot stand komt.

##### 2.4.1. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Op 1 januari 2007 trad de Wmo, de Wet maatschappelijke ondersteuning, in werking. De wet heeft als doel de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van burgers te bevorderen en de sociale samenhang en leefbaarheid op lokaal niveau te versterken. Gemeenten hebben hierbij een regierol en moeten mensen met beperkingen compenseren voor deze beperkingen, met zoals gezegd als doel het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden. Dat compensatiebeginsel geldt voor het voeren van een huishouden, het in en om de woning verplaatsen, het lokaal verplaatsen en het ontmoeten van andere mensen.

De Wmo kent negen prestatievelden, waarvan het zesde prestatieveld "Verlenen individuele voorzieningen" betrekking heeft op het verlenen van individuele, op de gebruiker aangepaste voorzieningen voor mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Vormen van ondersteuning waaraan gedacht kan worden, zijn hulp bij het huishouden, woonvoorzieningen, sportrolstoelen, begeleiding bij zelfstandig wonen, dagbesteding voor ouderen, maaltijdvoorziening, sociale alarmering, vervoersvoorzieningen, klusdiensten, algemeen maatschappelijk werk of vormen van psychosociale hulpverlening.

De indicatiestelling vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Wmo-voorzieningen zijn bedoeld voor mensen die niet in instellingen wonen, maar kunnen in een beperkt aantal gevallen ook getroffen worden in een AWBZ-verblijfssetting.

##### 2.4.2. AWBZ

De AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekering vallen. Het gaat om medische kosten die door vrijwel niemand op te brengen zijn. Op grond van de AWBZ worden bijzondere ziektekosten vergoed, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling. Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen is een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
11 / 10

## Grondslagen

Die indicatietelling behelst onder meer het vaststellen van de grondslag die toegang geeft tot AWBZ-zorg (CIZ Indicatiewijzerversie 3.0, CIZ, 17 december 2009). De grondslag kan zijn een:

1. somatische aandoening of beperking (SOM)
2. psychogeriatrische aandoening of beperking (PG)
3. psychiatrische aandoening of beperking (PSY)
4. verstandelijke beperking (VG)
5. lichamelijke beperking (LG)
6. zintuiglijke beperking (ZG).

Combinaties van grondslagen zijn mogelijk, maar er is altijd sprake van één dominante grondslag. Bij de doelgroep van het onderhavige onderzoek kan sprake zijn van de grondslag SOM of LG. Beide grondslagen wijzen op somatische/lichamelijke aandoeningen of beperkingen. Het verschil tussen beide grondslagen ligt genuanceerd, maar komt op het volgende neer. Als sprake is van een stabiele aandoening/beperking die:

- kan genezen of verbeteren;
- blijvend is, maar niet is veroorzaakt is door stoornissen aan het zenuwstelsel of bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel);
- in een terminale fase resulteert

is de grondslag SOM van toepassing.

Als de aandoening/beperking blijvend is, veroorzaakt is door stoornissen aan het zenuwstelsel of bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) en niet tot een terminale situatie leidt wordt de grondslag LG toegepast.

Momenteel is er discussie over deze (nieuwe) definities van de grondslagen SOM en LG. Veel herindicaties van zittende cliënten in de ouderenzorg leiden tot een omlabeling van SOM naar LG, hetgeen diverse complicaties teweeg brengt rond de voortzetting van woon- en zorgsituaties die soms al jaren bestaan. Naar schatting van ActiZ gaat het daarbij om 2.500 tot 3.350 CVA- of reumacliënten in verpleeg- of verzorgingshuizen.

## Functies

De AWBZ-zorg is vastgelegd in de volgende functies, die soms individueel, soms in combinatie kunnen of moeten worden aangeboden.

1. Persoonlijke Verzorging (PV)
2. Verpleging (VP)
3. Begeleiding (BG)
4. Behandeling (BH)
5. Verblijf (VB)
6. Voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag.

De omvang van de zorg wordt uitgedrukt in uren, ingedeeld in klassen (de functies 1, 2, 3 en 4), in dagdelen (functie 3) of in etmalen/dagen (de functies 5 en 6). Verder bevat het indicatiebesluit van het CIZ informatie over de geldigheidsduur.

Een aanvullend advies bij het indicatiebesluit kan informatie bevatten over leveringsvoorwaarden, leveringsvormen activiteiten. Eén van de leveringsvoorwaarden bij de functies PV, VP en BG bepaalt of



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
12 / 11

een cliënt wel of geen behoefte heeft aan “een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat”. Als die behoefte er is, is tevens de functie verblijf geïndiceerd (leveringsvoorwaarde B2), in andere gevallen niet (leveringsvoorwaarde B1). Dit onderscheid betekent onder meer dat intramuraal verblijf en ADL-c lusterwonen elkaar uitsluiten.

De functies 1 tot en met 4 kunnen zo mogelijk extramuraal (niet gepaard met verblijf in een instelling) worden aangeboden bij de cliënt thuis of in behandel- of dagbestedingsvoorzieningen, zo dicht mogelijk in de fysieke en sociale omgeving van de cliënt.

Hoewel na indicatie in principe het zorgkantoor ervoor verantwoordelijk is dat de aangewezen zorg daadwerkelijk geleverd en betaald wordt (zorg in natura, ofwel ZIN), kan de cliënt er ook voor kiezen het aan de zorg verbonden budget zelf te beheren (persoonsgebonden budget, ofwel PGB) en daarvoor zelf de zorg te (laten) organiseren, al dan niet bij professionals.

#### **ZZP's**

Als sprake is van zorg met verblijf in een instelling (van de functie verblijf kan alleen sprake zijn in combinatie met een of meer van de andere functies), wordt de totale te leveren zorg uitgedrukt in een zorg zwaartepakket (ZZP).

Aan de grondslag LG zijn in principe de ZZP's LG1 t/m LG7 gekoppeld, waarbij een hoger ZZP duidt op complexere problematiek en een intensievere zorgvraag.

Bij de grondslag SOM zal meestal sprake zijn van ZZP VV1, 2, 3, 6, 7 of 8 (VV komt van Verpleging & Verzorging, de ouderenzorg). Ook hier duidt een hoger ZZP op complexere problematiek en een intensievere zorgvraag.

Overigens is het niet per definitie zo dat complexere problematiek of een intensievere zorgvraag ook betekent dat een meer aangepaste woonomgeving nodig is.

Eén maal geïndiceerd is het regionale zorgkantoor er in principe verantwoordelijk voor dat de aangewezen zorg ook daadwerkelijk geleverd en betaald gaat worden (ZIN). Als sprake is van een ZZP, en dus van een verblijfsindicatie, ontbreekt de bij extramurale zorg genoemde optie van een PGB. Wel kan de zorg met verblijf door een voor de functie verblijf toegelaten aanbieder van AWBZ-zorg onder bepaalde voorwaarden bij de cliënt thuis worden geleverd in plaats van in de instelling. In dat geval wordt gesproken van het volledig pakket thuis (VPT). Het ZZP-budget wordt dan wel gekort voor de verblijfscomponent, die immers niet 'geconsumeerd' wordt.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
13 / 12

### 3. Vraag en aanbod

De vraag naar en het aanbod van ondersteuning, zorg en (woon)voorzieningen voor mensen met dusdanig ernstige lichamelijke beperkingen dat ze zijn aangewezen op een aangepaste woonomgeving, worden in dit hoofdstuk nader geanalyseerd. Waar mogelijk worden ontwikkelingen in vraag en aanbod cijfermatig weergegeven en worden verwachtingen voor de toekomst gegeven.

#### 3.1. De huidige situatie

Omeen beroep te kunnen doen op ondersteuning, zorg of voorzieningen vanuit de Wmo of AWBZ is zoals eerder beschreven een indicatie nodig. De vraag wordt dus in eerste instantie bepaald door het aantal indicaties voor de diverse vormen van ondersteuning, zorg en voorzieningen.

##### 3.1.1. Ondersteuning via de Wmo

Als, in geval van lichamelijke beperkingen, volledig zelfstandig thuis wonen en functioneren niet meer lukt, zijn ondersteuning, voorzieningen of woningaanpassingen in en om de eigen woning via de Wmo het eerste alternatief. De Wmo functioneert pas ruim twee jaar. Het SCP en NIVEL voeren sinds de invoering van de Wmo periodiek onderzoek uit om de wet te kunnen evalueren. Uit de in maart 2010 gepubliceerde "vierde tussenrapportage Wmo evaluatie" is af te leiden dat, gebaseerd op naar de landelijke situatie vertaalde gegevens verzameld onder het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), 35 % van de mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking contact met de gemeente heeft over ondersteuning vanuit de Wmo, een jaar eerder was dat 38 %.

De meest gebruikte Wmo-ondersteuningvormen zijn: hulp bij het huishouden (26% van de zelfstandig wonende mensen met matige en ernstige lichamelijke beperkingen), vervoersvoorzieningen (40%) en woningaanpassingen/woonvoorzieningen (19%) (vierde tussenrapportage Wmo evaluatie, SCP/NIVEL, 2010). Ongeveer 40% van de zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen tussen de 15 en 64 jaar heeft een of meer aanpassingen of hulpmiddelen in huis die onder de Wmo vallen. De meeste woningaanpassingen hebben betrekking op voorzieningen voor wassen, kleden, toiletgang en zich kunnen verplaatsen (Kerngegevens Maatschappelijke Situatie 2008, NIVEL, 2009).

Onder de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), voor woningaanpassingen de voorganger van de Wmo, werden in 1999 in Nederland 64.400 nieuwe woningaanpassingen gerealiseerd. Dat aantal liep geleidelijk op tot 82.300 nieuwe aanpassingen in 2003, om vervolgens weer te dalen tot 69.400 nieuwe aanpassingen in 2006. Van dat laatste aantal waren er bijna 21.000 (30%) bestemd voor mensen tot 65 jaar. Vergelijkbare cijfers over woningaanpassingen in de afgelopen jaren, na de overgang naar de Wmo, zijn (nog) niet beschikbaar gekomen.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
14 / 13

### 3.1.2. Zorg in een aangepaste particuliere woonomgeving

In een aantal situaties waarin professionele zorg en een aangepaste woonomgeving nodig zijn, zien cliënten of hun vertegenwoordigers onvoldoende heil in de standaard beschikbare mogelijkheden, zoals wonen in, of onder verantwoordelijkheid van een instelling. Soms worden krachten dan gebundeld in particuliere initiatieven, bijvoorbeeld zogenaamde ouderinitiatieven. Voor een aantal cliënten gezamenlijk wordt dan met eigen middelen een aangepaste woonomgeving, bijvoorbeeld een groepswooning, gerealiseerd. De zorg kan in dat geval evengoed betrokken worden van een professionele aanbieder. Overigens gaat het bij dergelijke initiatieven meestal om cliënten met een primaire grondslag VG, vaak wel met bijkomende lichamelijke problematiek.

Omdat het niet om een gereguleerde vorm van aangepast wonen gaat, wordt voor zover bekend geen formele registratie bijgehouden van deze 'particuliere' woonvoorzieningen. Bij de inventarisatie van het totale aanbod van voorzieningen voor de doelgroep in het kader van dit onderzoek zijn 275 woonplekken in dergelijke voorzieningen aangetroffen. Hoeveel van deze voorzieningen er in Nederland in totaal zijn en hoeveel plaatsen bewoond worden door mensen met primair lichamelijke beperkingen is onbekend.

### 3.1.3. ADL-clusterwonen

ADL-clusterwoningen zijn aangepast voor mensen met lichamelijke beperkingen en worden door de bewoner gehuurd van een woningcorporatie. In de buurt van de ADL-clusterwoningen, op maximaal 150 meter van de woningen, bevindt zich een ADL-unit. Daar zijn ADL-assistenten aanwezig en is onder andere een systeem voor communicatie en alarmering aanwezig waarmee de bewoners vanuit hun woning assistentie kunnen oproepen. De woningen zijn bedoeld voor mensen met een ernstige lichamelijke handicap, maar met regie over het eigen leven, die onafhankelijk en zelfstandig willen wonen en daarbij behoefte hebben aan een combinatie van een aangepaste (rolstoel)doorgankelijke woning en ADL-assistentie op afroep (24 uur beschikbaar). De ADL-assistentie bestaat in feite uit de AWBZ-functies PV, VP en BG en wordt momenteel nog gefinancierd met een subsidie van het College voor zorgverzekeringen. De ADL-clusterwoningen en de ADL-eenheid worden gerealiseerd door woningcorporaties, tot 2009 met projectsubsidies van CVZ. Bij al deze subsidies gaat/ging het om AWBZ-geld.

Verspreid over Nederland zijn er op dit moment circa 100 ADL-clusters, met woningen voor in totaal circa 1.300 bewoners. Het totale aanbod wordt geleverd door drie organisaties: Stichting Fokus Exploitatie (ca. 1.250 plaatsen), Osira Groep (voorheen Amstelrade (36 plaatsen) en Stichting Wassenaarse Zorgverlening (15 plaatsen).

In de tabellen 3.1 en 3.2 is te zien hoe het concept van ADL-clusterwonen de afgelopen periode is gegroeid. Die groei is consequent geweest voor wat betreft het aantal cliënten en de ADL-assistentie. Voor de bouw en aanpassingen van ADL-woningen en -units vertonen de bestedingen een grillig beeld, onder meer samenhangende met bijvoorbeeld de vervanging van verouderde aanpassingen, zoals keukens, in bestaande clusters. Per saldo is sinds het jaar 2000 het aantal bewoners met circa 430 toegenomen en zijn de totale bestedingen aan ADL-clusterwonen meer dan verdubbeld.



Datum  
September 2010

Blad  
15 / 14

Tabel 3.1: capaciteit ADL-clusterwonen

plaatsen	2000	2001	2002	2003	2004*	2005*	2006*	2007*	2008	2009	% GJG
ADL-clusterwonen	869	902	902	926	1.021	1.049	1.082	1.147	1.300	1.400	

\*alleen Fokus

bron: RIVM Nationale Atlas Volksgezondheid en Stichting Fokus Exploitatie

Tabel 3.2: bestedingen ADL-clusterwonen

bestedingen ADL- clusters (mln. €)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
assistentie	28,7	32,8	37,0	42,3	46,4	53,0	?	59,2	55,2
aanpassingen	0,8	1,4	1,4	1,5	3,8	2,7	?	2,8	3,1
bouw clusters	0,1	3,0	11,0	6,1	0,9	0,8	?	1,2	5,0
<b>totaal</b>	<b>29,6</b>	<b>37,2</b>	<b>49,4</b>	<b>49,9</b>	<b>51,1</b>	<b>56,5</b>	<b>?</b>	<b>63,2</b>	<b>63,3</b>

bron: CVZ

Wat betreft de bezetting van de bestaande capaciteit het volgende. De frictieleeftijd (de tijd dat een woning leegstaat tussen de verhuizing van een vertrekkende en een nieuwe bewoner) is bij de grootste aanbieder, Stichting Fokus Exploitatie, gemiddeld drie maanden, terwijl maximaal vier maanden door Fokus acceptabel wordt geacht. Het betrekken van de woning door een nieuwe bewoner wordt soms vertraagd vanwege noodzakelijke (W mo)aanpassingen en voorzieningen die niet onmiddellijk gerealiseerd kunnen worden bij het vrijkomen van de woning.

In sommige bestaande ADL-clusters is relatief grote/ lange leegstand van woningen toe te schrijven aan het inmiddels gedateerde voorzieningenniveau of de onaantrekkelijke leefomgeving c.q. wijk. Een aantal clusters is/raakt qua voorzieningenniveau of leefomgeving dusdanig gedateerd dat vervanging of renovatie aan de orde is.

Bij nieuw opgeleverde ADL-clusters is volgens diverse corporaties regelmatig sprake van een relatief langdurige aanvangsleegstand. Cijfers van Fokus geven aan dat de aanvangsleegstand 10% is, met een maximale duur van 8 maanden, soms ook te wijten aan het nog ontbreken van individuele aanpassingen in woningen. Ook komt het voor dat plannen voor nieuwe clusters worden uitgesteld of afgeblazen omdat zich op cruciale beslismomenten rond nieuwe projecten onvoldoende kandidaten hebben aangemeld. Hier speelt volgens aanbieder Fokus niet zo zeer een gebrek aan belangstelling een rol, maar eerder het gegeven dat het tempo van de planontwikkeling en -realisatie niet zomaar één op één parallel kan lopen met het tempo waarin kandidaten kunnen en willen beslissen over hun concrete inschrijving en verhuizing.

#### 3.1.4. Extramuraal AWBZ-zorg

In alle voornoemde situaties kan sprake zijn van extramuraal AWBZ-zorg. Per 1 januari 2010 hadden in totaal ruim 62.000 mensen met een grondslag LG of SOM (tot 65 jaar) een indicatie voor extramuraal AWBZ-zorg in de vorm van tijdelijk verblijf (VBT, ruim 3.500 indicaties), persoonlijke verzorging en/of verpleging (PV en/of VP, ruim 30.000 indicaties) of begeleiding (BG, ruim 28.600 indicaties). Voor de circa 1.300 ADL-clusterbewoners geldt een aparte indicatie voor ADL-assistentie, ook uit de AWBZ bekostigd en qua inhoud vergelijkbaar met de functies PV, VP en BG.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
16 / 15

Volgens het Brancherapport Gehandicaptenzorg 2009 van Prisma is de extramurale zorg in termen van dagactiviteiten LG de afgelopen jaren gestegen van 1,7 mln. dagdelen in 2006 via 1,8 mln. in 2007 naar ruim 1,9 mln. dagdelen in 2008. De extramurale productie van andere zorgfuncties, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging, voor mensen met LG bedroeg in 2007 in totaal ruim 624 duizend uren en in 2008 bijna 530 duizend uren. Hier is dus sprake van een daling.

Uit het eerder genoemde onderzoek van het SCP/NIVEL (vierde tussenrapportage Wmo evaluatie, maart 2010) blijkt dat het totale gebruik van professionele zorg (Wmo- en AWBZ-gefinancierde zorg voor hulp bij het huishouden, verpleging, verzorging of begeleiding) door zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen tussen de 15 en 39 jaar in de periode 2004 – 2008 licht is gedaald (van 27% naar 23%), dat voor de leeftijdscategorie van 40 tot 64 jaar is licht gestegen (van 29% naar 34%).

### 3.1.5. AWBZ-verblijf

Per 1 januari 2010 waren er 10.400 mensen met een ZZPLG, dat is bijna drie keer zoveel als bij introductie van de ZZP's. Eind 2006, tijdens het invoertraject van de ZZP's, werden in Nederland bijna 3.800 ZZP's LG gescoord bij aanbieders van LG-zorg met verblijf. Van dit totale aantal woonden er bijna 1.400 in een intramurale setting (verblijf met behandeling), 1.900 in een GVT en ruim 500 in een kinder-GVT (beide verblijf zonder behandeling).

De stijging tussen eind 2006 en begin 2010 is waarschijnlijk deels te verklaren door correcties en inhaalslagen bij het indiceren tijdens de periode van invoering van de ZZP's, deels ook door de eerder beschreven gewijzigde definities van de grondslagen LG en SOM. Of deze factoren het totale verschil dekken en welke factor voor welk percentage is niet helder.

Per 1 januari 2010 zijn er daarnaast nog bijna 3.900 mensen onder de 65 jaar met een ZZP SOM.

#### ? Kleine woonvormen (GVT'en, semimuraal verblijf)

Mensen met een lichamelijke beperking kunnen wonen in kleine woonvormen voor lichamelijk gehandicapten, ofwel gezinsvervangende tehuizen, die worden gefinancierd door de AWBZ. De bewoners van kleine woonvormen kunnen meestal met zorg en begeleiding redelijk zelfstandig wonen of dit leren, maar kunnen onvoldoende de regie over hun eigen leven voeren om volledig zelfstandig te wonen.

In Nederland zijn momenteel ruim 3.500 toegelaten plaatsen in gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten. Daarvan zijn ongeveer 750 plaatsen specifiek voor lichamelijk gehandicapte kinderen. De kleine woonvormen zijn verspreid over heel Nederland.

In tabel 3.3 is de capaciteitsontwikkeling in GVT'en in de afgelopen periode weergegeven, in tabel 3.4 de ontwikkeling van de productie in termen van verpleegdagen. Beide ontwikkelingen tonen over de periode 2005-2008 voor volwassenen een groei van tussen de 6 en 7% per jaar.

#### ? Grote woonvormen (intramuraal verblijf)

In Nederland waren tot voor kort drie grote woonvormen voor lichamelijk gehandicapten: Amstelrade in Amstelveen, Zeehos (Rijks Zeehospitium) in Katwijken Nieuw Unicum in Zandvoort. Daarnaast is er Het Dorp in Amhem, in feite ook een grote woonvorm, maar met formeel een aparte status. Amstelrade, inmiddels onderdeel van Osira Groep, is de afgelopen jaren bijna volledig ge-extramuraliseerd en daarmee niet langer een grote woonvorm. De resterende drie aanbieders hebben in totaal een intramurale capaciteit van ongeveer 700 plaatsen. Zij zijn toegelaten als WTZi-instelling en worden vanuit de AWBZ





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
17 / 16

gefinancierd. De woonvormen richtten zich oorspronkelijk specifiek op lichamelijk gehandicapten, maar omdat de mogelijkheden voor thuis blijven, zelfstandig wonen en andere woonvormen in de loop der jaren zijn verbeterd, is het accent in de grote woonvormen op mensen met zwaardere, niet zelden gecombineerde zorgvragen komen te liggen. De primaire grondslag is in bijna alle gevallen nog LG, maar vaak is er sprake van complexe bijkomende problematiek. Meer dan 70% van de huidige cliënten heeft ZZP's van LG 4 t/m LG 7.

Bij alle drie de grote woonvormen lopen trajecten om woningen meer in de samenleving te integreren. Daardoor nemen de concentraties van voorzieningen en aantallen bewoners op de instellingsterreinen in Amhem, Katwijk en Zandvoort langzaam maar eender af dan toe.

Buiten deze drie locaties en hun satellietlocaties zijn in Nederland geen grote woonvormen voor lichamelijk gehandicapten aanwezig.

In de tabellen 3.3 en 3.4 zijn de capaciteits- en productieontwikkeling te zien. De woonvormen hebben over het algemeen te maken met zowel onderbezetting als een wachtlijst. Getalsmatig lijken beide verschijnselen elkaar per saldo op te heffen, maar uiteraard kan of wil niet elke potentiële cliënt elke beschikbare plaats bezetten. Onderbezetting hoeft dan ook niet meteen te duiden op overcapaciteit, maar kan ook het gevolg zijn van bijvoorbeeld inferieure voorzieningen (niet voor niets vinden bij alle drie de woonvormen momenteel ingrijpende huisvestingsmaatregelen plaats). Evenzeer geldt dat het bestaan van een wachtlijst niet meteen op een problematisch capaciteitstekort hoeft te duiden.

#### ? Overige intramurale AWBZ-voorzieningen

Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen verblijven ook in andere AWBZ-voorzieningen, zoals verpleeghuizen, psychiatrische instellingen of organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

In verpleeghuizen betreft het meestal lichamelijk gehandicapten die naast hun lichamelijke problematiek ook kampen met andere problematiek zoals cognitieve stoornissen, gedragsstoornissen, bedlegerigheid. Vaak is sprake van niet aangeboren hersenletsel, met als gevolg beperkte eigen regie. Jongere lichamelijk gehandicapten (jonger dan 65 jaar) wonen soms verspreid over de afdelingen tussen de ouderen, maar soms beschikken verpleeghuizen ook over aparte "jongeren"-afdelingen. Waar jongeren in verpleeghuizen wonen is dat vaak doordat specifieke voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten in de directe omgeving ontbreken. Ook kunnen wachtlijsten voor andere woonvormen een rol spelen.

Lichamelijk gehandicapten in de geestelijke gezondheidszorg wonen naar de aard van de psychiatrische problematiek op de daartoe bestemde afdelingen. Er zijn enkele specifieke afdelingen voor lichamelijk gehandicapten met psychiatrische stoornissen bij algemene psychiatrische ziekenhuizen (zoals afdeling Eikenboom van Altrecht). Deze afdelingen doen vooral klinisch aan en zijn daardoor geen aparte woonvoorzieningen voor lichamelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek in de geestelijke gezondheidszorg.

Het aantal mensen dat primair een lichamelijke handicap heeft en daarnaast verstandelijk gehandicapt is, is op basis van huidige gegevens niet bekend. Voor zover ze bij zorgaanbieders wonen, zal een aantal van hen wonen in de grote woonvorm Zeehospitium te Katwijk (primaire grondslag LG) en zal een aantal wonen in instellingen voor 'reguliere' verstandelijk gehandicapten (primaire grondslag VG). Het is moeilijk beide groepen van elkaar te onderscheiden, waarschijnlijk had bij een aantal van deze mensen de primaire grondslag evengoed VG als LG en vice versa kunnen zijn.



Datum  
September 2010

Blad  
18 / 17

### ? Totaal AWBZ-verblijf

In de tabellen 3.3 en 3.4 is te zien hoe de AWBZ-verblijfs capaciteit en -productie zich de afgelopen periode hebben ontwikkeld. Na een aanvankelijke stijging is in het intramuraal verblijf de laatste jaren weer een daling zichtbaar, vermoedelijk toe te schrijven aan de extramuralisering van de vroegere grote woonvorm Amstelrade. Het semimurale verblijf blijft door de jaren heen geleidelijk groeien.

Tabel 3.3: AWBZ-verblijfs capaciteit LG

AWBZ-verblijfs- plaatsen LG	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
grote woonvormen	770	773	773	817	pm	801	812	768	752
intramuraal overig	pm	508	1.240	pm	pm	pm	pm	pm	900
(K)GVT'en	2.293	2.355	2.411	2.898	pm	3.035	3.206	3.394	3.529
<b>totaal</b>	<b>3.063</b>	<b>3.636</b>	<b>4.424</b>	<b>3.715</b>	<b>pm</b>	<b>3.836</b>	<b>4.018</b>	<b>4.162</b>	<b>5.181</b>

bron: RIVM Nationale Atlas Volksgezondheid en TNO

Tabel 3.4: productie LG in verpleegdagen in de gehandicaptenzorg

verpleegdagen LG (x 1.000)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
intramuraal	270	272	274	281					265	269	255	251
semimuraal	720	770	796	833					810	867	926	985
semimuraal kind	incl.	incl.	incl.	incl.					255	246	260	244
<b>totaal</b>	<b>991</b>	<b>1.041</b>	<b>1.070</b>	<b>1.114</b>	<b>pm</b>	<b>pm</b>	<b>pm</b>	<b>pm</b>	<b>1.331</b>	<b>1.382</b>	<b>1.441</b>	<b>1.480</b>

bron: Prismart / VGN (jaarlijkse branche rapporten)

Ten aanzien van de verblijfs capaciteit voor LG leiden niet alle bronnen tot dezelfde getallen. Zo telt de capaciteit voor verblijf volgens de door het CIBG afgegeven toelatingen op tot ruim 5.100 plaatsen, waarvan ruim 200 in verpleeghuizen, verzorgingshuizen of GGZ-instellingen.

De eigen inventarisatie door TNO in het kader van het onderzoek heeft een totale verblijfs capaciteit opgeleverd van circa 4.750 plaatsen, waarvan bijna 900 in verpleeghuizen, al dan niet in specifieke voorzieningen voor jongeren. Omdat niet gegarandeerd alle verblijfs plaatsen voor LG in die inventarisatie naar voren zijn gekomen kan het werkelijke aantal plaatsen hoger liggen.

Als gevolg van fusies, ontschotting en meer vraaggerichtheid van het zorgaanbod zijn zorgorganisaties groter geworden, met een breder aanbod (zoals semi- en intramuraal verblijf) voor meer doelgroepen en grondslagen (zoals combinaties van SOM, LG en PG of van VG, ZG en LG). Daardoor zijn capaciteiten voor bepaalde doelgroepen minder duidelijk en compleet in beeld te krijgen. Ook is het traditionele onderscheid tussen semi- en intramuraal verblijf niet langer te maken, maar ook niet langer relevant, omdat er geen gescheiden wet- en regelgeving en financiering voor beide soorten verblijf meer bestaan.

Geschat wordt dat de totale verblijfs capaciteit voor LG onder de AWBZ op basis van genoemde cijfers en bronnen op dit moment rond de 5.000 plaatsen ligt. Die capaciteit is verdeeld over zorgorganisaties die zich uitsluitend of primair richten op mensen met lichamelijke beperkingen (kleine en grote woonvormen) en organisaties die zich primair richten op ouderenzorg, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen of geestelijke gezondheidszorg.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
19 / 18

### 3.2. De afstemming van vraag en aanbod (in de toekomst)

Een mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van zorg en voorzieningen kan onder meer tot uitdrukking komen in de vorm van wachtlijsten en wachttijden, die, als ze structureel te lang zijn, kunnen duiden op te weinig aanbod. Structurele onderbezetting en –productie kunnen duiden op overcapaciteit. Hierboven is al enige aandacht besteed aan deze verschijnselen, hierna wordt dieper ingegaan op de wachtlijsten en andere factoren die de ontwikkeling van vraag en aanbod in de toekomst kunnen beïnvloeden.

#### 3.2.1. Wachtlijsten

In tabel 3.5 is weergegeven hoeveel geïndiceerde mensen met de grondslag LG wachten op (vormen van) zorg. De cijfers in de tabel moeten met enige voorzichtigheid worden benaderd, aangezien bronnen en definities in de loop der tijd zijn gewijzigd en het basismateriaal niet altijd gegarandeerd compleet en actueel is. Sinds 2005 moet de AZR (AWBZ-brede Zorg Registratie) het systeem zijn dat gegevensstromen tussen indicatieorgaan, zorgkantoor en zorgaanbieder bevordert en uniformeert. Het systeem is echter nog in ontwikkeling en wordt nog onvoldoende consequent gebruikt. Niettemin geeft de tabel wel de ontwikkeling in grote lijnen weer.

Voor ADL-clusterwonen gelden formeel een aparte indicatieprocedure (CIZ) en wachtlijst (CVZ). Per 2010 staan volgens CVZ op de wachtlijst 703 geïndiceerde nieuwe kandidaten voor ADL-clusterwonen en daarnaast 226 ADL-clusterbewoners die willen verhuizen naar een andere ADL-woning. Uitspraken over de urgentie zijn lastig te doen, aangezien de periodes dat kandidaten op de wachtlijst staan zeer verschillend zijn en soms langer dan 5 jaar bestrijken.

Vanwege 'ruis' in het wachtlijststelsel is ook geen betrouwbare meerjarenontwikkeling over de afgelopen periode te geven.

Tabel 3.5: wachtlijst LG

wachtlijst	aantal wachtenden per 1 januari							
LG-cliënten	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
zorg met verblijf	848	1.008	924	iets meer	1.063	1.269	pm	pm
ADL-clusterwonen								703
extramurale zorg	1.124	1.513	1.158	stabiel	1.473	1.286	pm	pm

bron: CVZ / HHM

Overigens geldt dat een notering op de wachtlijst lang niet altijd betekent dat er sprake is van een probleem. Vaak ontvangen wachtlijsters niet alle, maar wel een deel van de geïndiceerde zorg. Soms kiezen wachtenden bewust voor uitstel van 'zorgconsumptie' omdat de situatie nog niet dringend is, omdat (gedeeltelijke) overbruggingszorg voorlopig volstaat of omdat de voorkeur uitgaat naar wachten op een plek bij een bepaalde zorgaanbieder.

CVZ en HHM, die beide wachtlijstgegevens onderzoeken, noemen in hun analyses de doelgroep LG niet als het gaat om het aantal problematisch wachtenden (dat door de jaren heen AWBZ-breed 5 à 10 % vormt



Datum  
September 2010

Blad  
20 / 19

van het totale aantal wachtenden). Daarbij speelt ook de wachttijd, die voor LG-geïndiceerden blijkbaar over het algemeen acceptabel wordt geacht, een belangrijke rol.

In "MEE Signaal, Trend- en Signaleringsrapportage", uitgaven 2008, voorjaar 2009 en 2010 constateert MEE Nederland dat bepaalde doelgroepen, waaronder mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met lichamelijke handicaps (rapportage 2009), met wachttijden en tekorten aan voorzieningen worden geconfronteerd bij indicatiestellers en (zorg)aanbieders. Navraag naar de herkomst en onderbouwing van deze signalen leverde geen eenduidig beeld op van het eventuele probleem: wachttijden voor woon-/zorgaanbod variëren sterk en lopen in individuele gevallen inderdaad op tot 3 jaar. De wachtenden dragen daar soms zelf aan bij door hun specifieke wensen qua woonomgeving, zorgaanbod of zorgaanbieder. Inventarisatierondes langs de zorgkantoren, in 2007 en in het kader van dit onderzoek, bevestigen het beeld dat er geen signalen zijn van structureel problematische wachtlijsten voor de doelgroep. Ook hier geldt dat incidenteel sprake is van te lange wachttijden, second best oplossingen (zoals het plaatsen van jongeren in verpleeghuizen) of het geheel ontbreken van passend aanbod. Eveneens incidenteel maken zorgkantoren melding van wachtlijstproblematiek voor cliënten met NAH.

Omgekeerd betekent het ontbreken van wachtlijsten niet per definitie dat er geen capaciteitsprobleem is. In de zorg is vaker gebleken dat cliënten soms noodgedwongen second best oplossingen accepteren of dat latente behoefte pas aan het licht komt als er concreet zicht is op beantwoording van de zorgvraag: potentiële cliënten schrijven zich niet in voor aanbod dat er niet is.

Een dergelijk verschijnsel doet zich onder de doelgroep van het onderzoek bijvoorbeeld voor in de vorm van aanmeldingen van cliënten bij verpleeghuizen of een grote woonvorm die het gevolg zijn van het ontbreken van passend aanbod in de eigen regio.

Cijfers om te concluderen hoe groot deze problemen structureel zijn ontbreken.

### 3.2.2. Demografie

Volgens de meest recente bevolkingsprognose van het CBS, weergegeven in tabel 3.6, groeit de totale Nederlandse bevolking voorlopig nog door. De leeftijdsgroep van 0 t/m 64 jaar, waartoe de doelgroep van het onderzoek grotendeels behoort, neemt echter in aantal af, van 14,0 mln. inwoners per 1 januari 2009 via 13,7 mln. in 2020 naar 13,3 mln. in 2030.

Tabel 3.6: bevolkingsprognose

aantal inwoners	0 - 19 jaar		20 - 64 jaar		65 - 79 jaar		= 80 jaar		totaal	
	x mln.	%	x mln.	%	x mln.	%	x mln.	%	x mln.	%
2009	3,9	23,9	10,1	61,1	1,8	11,2	0,6	3,8	16,5	100,0
2020	3,8	22,1	9,9	58,2	2,5	15,0	0,8	4,8	17,0	100,0
2030	3,7	21,4	9,6	55,0	2,9	16,8	1,2	6,8	17,4	100,0
2040	3,8	21,7	9,2	52,6	3,0	17,2	1,5	8,5	17,5	100,0
2050	3,7	21,6	9,3	53,9	2,6	14,8	1,7	9,8	17,4	100,0
2060	3,7	21,6	9,4	54,3	2,6	15,0	1,6	9,1	17,3	100,0

bron: CBS (Bevolkingsprognose 2009 - 2060, maart 2010)

De tabel laat tot 2030 (en overigens ook daarna) een absolute daling van de bevolking zien in de meest relevante leeftijdsgroepen tot 65 jaar. Op basis van de ontwikkeling van de omvang en leeftijdsopbouw van



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
21 / 20

de Nederlandse bevolking zal de doelgroep van mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen jonger dan 65 jaar in de toekomst licht afnemen.

### 3.2.3. Prevalentie en incidentie van lichamelijke beperkingen

Als oorzaken van lichamelijke beperkingen zich vaker en ernstiger voordoen, of juist beter te voorkomen of te bestrijden zijn, zullen beperkingen vaker, respectievelijk minder vaak voorkomen en zal ook het beroep op professionele zorg, ondersteuning en voorzieningen meebewegen.

De voornaamste oorzaken van ernstige lichamelijke beperkingen zijn de volgende:

- hersenaandoeningen (aangeboren en verworven zoals CVA's of tumoren)
- aandoeningen aan het bewegingsapparaat (aangeboren en verworven, artrose, reuma)
- chronische pijn (niet de oorzaak van de pijn, maar de pijn zelf bepaalt de beperkingen)
- ontbrekende en onvolgroeide/misvormde lichaamsdelen en amputaties
- neurologische aandoeningen (zenuwen, spieren, exclusief hersenen)
- dwarslesie
- aandoeningen aan de organen (hart, longen, huid, bloedvaten)

Als 'runner up' zou obesitas aan deze lijst kunnen worden toegevoegd. De Stichting Fokus Wonen doet inmiddels de eerste ervaringen op met cliënten die ten gevolge van sterk overgewicht zodanig beperkt zijn in hun dagelijks functioneren, dat ze aangewezen zijn op een aangepaste woonomgeving en professionele ondersteuning of zorg.

Over enkele concrete aandoeningen c.q. oorzaken van ernstige lichamelijke beperkingen zijn gegevens verzameld die iets zeggen over de prevalentie en incidentie, en daarmee mogelijk over de ontwikkelingen van de zorgvraag in de toekomst. Voor de ze beschouwing wordt verwezen naar bijlage II.

Een aantal aandoeningen of oorzaken van lichamelijke beperkingen zal toenemen, soms zelfs fors (beroerte, artrose, reuma), meestal is dat vanwege de vergrijzing. De eventuele zorgvraag die hieruit voortkomt 'raakt' echter de doelgroep van het onderzoekslechts beperkt en zal vooral binnen de ouderenzorg worden beantwoord.

Gegevens over prevalentie en incidentie bieden onvoldoende informatie om concrete voorspellingen te doen over de zorgvraagontwikkeling in de toekomst. Wel kan gesteld worden dat de verzamelde informatie in totaliteit geen aanleiding geeft om te veronderstellen dat de vraag naar ondersteuning, zorg of voorzieningen voor mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen significant zal toe- of afnemen.

### 3.2.4. Maatschappelijke en politieke opvattingen, beleid en collectieve middelen

Hoe de samenleving denkt over zorg bepaalt mede welk (overheids)beleid wordt gevoerd en hoeveel geld we als maatschappij voor de zorg over hebben. Beleid en budget voor de zorg beïnvloeden elkaar. Daarmee wordt ook de vraagontwikkeling beïnvloed, want als om financiële of inhoudelijke redenen beperkingen in het aanbod worden doorgevoerd, komt latente vraag soms niet aan het licht. Omgekeerd is in de zorg meermaals gebleken dat aanbod vraag kan scheppen.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
22 / 21

In de huidige situatie van een economische crisis, opkomende vergrijzing en een krimpende arbeidsmarkt zijn bezuinigingen en efficiëncyslagen in de zorg, zowel op macro- als op microniveau onontkoombaar. De pakketmaatregelen rond de AWBZ-functie begeleiding zijn hiervan al een concreet voorbeeld. Er zullen meer maatregelen volgen, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan een verdere versobering van het zorgpakket, verdere doorvoering van scheiden van wonen en zorg of verhoging van eigen bijdragen van zorgvragers.

Met dergelijke maatregelen zal niet zozeer de behoefte aan zorg en voorzieningen veranderen. Wel zal de vraag naar een professionele, met collectieve middelen betaalde invulling van die behoefte eerder af- dan toenemen, simpelweg omdat de mogelijkheden zullen afnemen.

### 3.2.5. Doelgroep ADL-clusterwonen

Vanwege de concrete onderzoeksvragen van het ministerie van VWS rond de behoefte aan en de financiering van ADL-clusterwoningen, wordt hierna verder ingezoomd op de afstemming van vraag en aanbod vanuit de doelgroep van het ADL-clusterwonen.

In 2009/2010 is door CIZ een herindicatietraject van ADL-clusterbewoners uitgevoerd (met het oog op de overgang van het concept ADL-clusterwonen naar de reguliere AWBZ). Op basis van herindicatiegegevens van mei 2010 over 650 ADL-clusterbewoners (de tot dan toe verwerkte herindicaties) heeft TNO bekeken hoe de huidige bewonersgroep is samengesteld. Op de achtergrond zijn daarbij eveneens de in 2004 door Research voor Beleid in opdracht van CVZ opgetelde 6 profielen van Fokuscliënten betrokken.

Algemeen geldende criteria voor ADL-clusterwonen zijn een indicatie voor PV met leveringsvoorwaarde B1 (zorg op afroep, eigen regie), geen indicatie voor VB, eventueel een indicatie voor VP en/of BEG en sociale zelfredzaamheid. Op uitzonderingen na is sprake van een dominante grondslag LG of SOM.

Daarnaast is vooral het aangewezen zijn op een rolstoeltoe/doorgankelijke woning essentieel, zeker als het gaat om de vraag hoeveel van dergelijke woningen in de toekomst nodig zijn. De huidige bewoners van ADL-clusters zijn nagenoeg allemaal (99%) rolstoelgebonden.

Dat laatste criterium wordt bij de indicatiestelling echter niet expliciet gescoord. Beperkingen van cliënten in hun mogelijkheden om zich zelfstandig te bewegen en te verplaatsen worden in een aantal indicatoren in beeld gebracht, zoals de mate van beperkingen (geen, licht, matig, ernstig) bij veranderen of handhaven van de lichaamspositie, voorwerpen tillen, hand- en armbewegingen maken, benen en voeten bewegen en zich voortbewegen zonder en met hulpmiddelen.

In tabel 3.7 zijn de voornaamste problemen van de huidige groep ADL-clusterbewoners op het gebied van bewegen en verplaatsen weergegeven. Daarnaast zijn dezelfde problemen weergegeven voor alle geïndiceerde cliënten die per 1 januari 2010 bij het CIZ bekend waren en die voldoen aan de eerder benoemde indicatiecriteria dominante grondslag LG of SOM, PV met leveringsvoorwaarde B1 (zorg op afroep, eigen regie) en geen indicatie voor VB voldoen.



Datum  
September 2010

Blad  
23 / 22

Tabel 3.7: problemen met bewegen en verplaatsen bij ADL-clusterbewoners en CIZ-geïndiceerden

geïndiceerde cliënten met matige of ernstige problemen met:	ADL-clusterbewoners 100% = 1.303		CIZ-cliënten 100% = 3.221	
	%	aantal	%	aantal
lichaamspositie veranderen	83	1.081	64	2.061
grote hand- en armbewegingen maken	81	1.055	68	2.190
gecoördineerd bewegen benen / voeten	93	1.212	77	2.480
korte afstanden lopen	98	1.277	85	2.738
verplaatsen met hulpmiddelen	26	339	48	1.546

bron: TNO op basis van CIZ gegevens

Ervan uitgaande dat de in de tabel opgenomen kenmerken inderdaad bepalend zijn voor het aangewezen zijn op een rolstoeltoe/doorgankelijke woning, leiden deze cijfers tot een globale indicatie dat er in Nederland tussen de 2.000 en 2.750 mensen zijn die qua zorgvraag en woonbehoefte vergelijkbaar zijn met de huidige groep van ADL-clusterbewoners. Daarbij wordt aangetekend dat het cijfermateriaal niet toeliet de mate van sociale zelfredzaamheid mee te wegen. Op basis van de eerder in dit hoofdstuk beschreven vraagdeterminanten is er geen aanleiding te veronderstellen dat dit aantal noemenswaardig zal toe- of afnemen.

Het voorgaande zou enerzijds kunnen duiden op een latente behoefte van 1.450 (potentieel 2.750 bewoners +/- aanwezig 1.300 woningen) ADL-woningen of daarmee vergelijkbare woonvoorzieningen. Dat slechts de helft van dit potentieel (703 geïndiceerde nieuwe kandidaten voor ADL-clusterwoningen) op de wachtlijst staat is mogelijk te verklaren door bijvoorbeeld onbekendheid met het concept van ADL-clusterwonen (tijdens het onderzoek ook door diverse woningcorporaties genoemd) of de aanwezigheid van acceptabel alternatief woon- en zorgaanbod.

Anderzijds duidt de wachtlijst van 703 nieuwe kandidaten wel op enig tekort aan ADL-woningen of daarmee vergelijkbare woonvoorzieningen. Eerder is al opgemerkt dat lastig is aan te geven hoe groot en urgent de daadwerkelijke behoefte is.

Wat betreft de mogelijke aanwezigheid van acceptabele alternatieven voor ADL-clusterwonen, is getracht enig zicht te krijgen op het aantal voor de doelgroep geschikte rolstoelwoningen in Nederland buiten het ADL-clustercircuït. Vanwege de volgende oorzaken is er echter onvoldoende representatief cijfermateriaal beschikbaar om daarover steekhoudende uitspraken te doen:

- gemeenten en corporaties hielden tot voor kort slechts beperkt gegevens bij over de rolstoeltoe/doorgankelijkheid, dan wel de aanpasbaarheid van woningen. Inmiddels wordt op deze aspecten veel bewuster geregistreerd en gepland, maar er bestaat nog onvoldoende inzicht in de bestaande woningvoorraad;
- er worden veel uiteenlopende registratie-, classificatie- en keurmerksystemen gehanteerd, met allemaal hun eigen definities, klassen/indelingen en programma's van eisen (enkele voorbeelden zijn weergegeven in bijlage IV). Daardoor zijn woningen op landelijk niveau onvoldoende eenduidig te benoemen en onder te verdelen;



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
24 / 23

- gemeenten en corporaties hanteren lang niet altijd een onderscheid tussen standaard rolstoeltoe/doorgankelijk, voor senioren en 'de gemiddelde rolstoelgebruiker' en het niveau van woonvoorzieningen voor de doelgroep van dit onderzoek, dat net iets specifieker ligt (zie hoofdstuk 4).

### 3.2.6. Samengevat

#### Algemeen

Op basis van de beschikbare gegevens en geluiden kan gesteld worden dat door de jaren heen in absolute zin sprake is van wachtlijsten voor diverse vormen van zorg en voorzieningen voor mensen met lichamelijke beperkingen (grondslag LG/ SOM). Daarbij lijkt echter geen sprake van structureel onacceptabele aantallen wachtenden of wachttijden voor bepaalde zorgvormen of voorzieningen. Signalen van te lange wachttijden aan de vraagkant en leegstand aan de aanbodkant zijn er wel, maar zijn te incidenteel om daaraan algemeen geldende conclusies te verbinden.

Ook zijn er situaties waarin, al dan niet noodgedwongen, second best oplossingen worden geaccepteerd. Verder is er op onderdelen mogelijk een latente behoefte: potentiële cliënten schrijven zich niet in voor aanbod dat er niet is. Cijfers om te concluderen hoe groot deze problemen structureel zijn ontbreken.

#### ADL-clusterwonen

Een globale indicatie wijst erop dat er in Nederland tussen de 2.000 en 2.750 mensen zijn die qua zorgvraag en woonbehoefte vergelijkbaar zijn met de huidige groep van ADL-clusterbewoners. Op basis van de eerder in dit hoofdstuk beschreven vraagdeterminanten is er geen aanleiding te veronderstellen dat dit aantal noemenswaardig zal toe- of afnemen.

Dat slechts de helft van dit potentieel (703 geïndiceerde nieuwe kandidaten voor ADL-clusterwonen) op de wachtlijst staat is mogelijk te verklaren door bijvoorbeeld onbekendheid met het concept van ADL-clusterwonen (tijdens het onderzoek ook door diverse woningcorporaties genoemd) of de aanwezigheid van acceptabel alternatief woon- en zorgaanbod.

Anderzijds duidt de wachtlijst van 703 nieuwe kandidaten wel op enig tekort aan ADL-woningen of daarmee vergelijkbare woonvoorzieningen. Verder is al opgemerkt dat lastig is aan te geven hoe groot en urgent de daadwerkelijke behoefte is.

#### Toekomstverwachting

Cijfermatig onderbouwde concrete uitspraken over de aard en omvang van de zorgvraag in de toekomst zijn op basis van het beschikbare materiaal niet goed mogelijk. Bepalende ontwikkelingen als de demografie van de Nederlandse bevolking, de prevalentie/ incidentie van ernstige lichamelijke beperkingen en de opvattingen over en het beleid en budget voor de zorg, wijzen per saldo eerder op een toekomstige afvlakking van de groei of een lichte afname van de zorgvraag onder de doelgroep, dan op een verdere toename.





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
25 / 24

## 4. Huisvesting: voorzieningen- en kostenniveau

Er is op voorhand geen reden omtrent te nemen dat mensen met lichamelijke beperkingen andere woonwensen zouden hebben dan mensen zonder die beperkingen, totdat de beperkingen tot andere randvoorwaarden leiden (bijvoorbeeld brede deuren en nul treden vanwege rolstoelgebruik). En net als mensen zonder lichamelijke beperkingen zullen mensen met lichamelijke beperkingen het liefst zelf beslissen hoe, waar en met wie ze wonen. Omstandigheden als de intensieve zorgvraag en de financiële situatie kunnen de keuzevrijheid inperken en noodzaken soms tot wonen in instellings- of groepsverband. Uiteraard kunnen mensen ook zelf kiezen voor wonen in een groep, cluster of instelling (in een aantal gevallen is daarvoor wel een indicatie nodig, zie hoofdstuk 2).

Welke specifieke aanpassingen en voorzieningen in de woning of directe woonomgeving van mensen met ernstige lichamelijke beperkingen voorkomen en welke kosten met die aanpassingen/voorzieningen gepaard gaan wordt in dit hoofdstuk behandeld.

### 4.1. Algemeen

Tijdens het onderzoek is gebleken dat daar waar woningen die specifiek zijn aangepast of gebouwd voor mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen in motoriek, mobiliteit of ADL afwijken van reguliere woningen, dat vooral op de volgende punten is:

- a nul-treden en geen drempels (voor zover dat überhaupt als afwijkend benoemd mag worden);
- b (soms) bredere deuren, gangen, galerijen en liften;
- c schuifdeuren (indien aanwezig, dan meestal uitsluitend van slaap- naar badkamer);
- d ruimer en aangepast sanitair (beugels, verhoogd toilet, douchestoel of -brancard, in hoogte ver- / nastelbare wastafel, aangepaste kranen);
- e aangepaste keukens (onderrijdbaar aanrecht, bereikbare bovenkastjes, soms aangepaste apparatuur en kranen);
- f plafondtilliften (indien aanwezig, dan meestal uitsluitend tussen slaap- en badkamer);
- g domotica: elektrisch en op afstand bedienbare voorzieningen c.q. omgevingsbesturing (deuren, gordijnen, intercom/alarmering/oproep) en signalering/alarmering/oproep systemen;
- h hoger afwerkingsniveau: steviger materialen en beschermende afwerking, samenhangend met motorische beperkingen (die leiden tot minder subtiel dagelijks gebruik) of eisen aan omgevingsbesturing.

Gesteld moet worden dat de in het kader van het onderzoek bezochte projecten uitwijzen dat voor vergelijkbare beperkingen en zorgvragen zeer uiteenlopende oplossingen worden gekozen, die lang niet altijd even afwijkend en kostenverhogend zijn ten opzichte van het reguliere. Liften en domotica zijn voorbeelden van voorzieningen die soms niet of amper afwijken van 'wat iedereen thuis heeft' en die in andere situaties zeer geavanceerd, bijzonder en duur zijn.

Verder is opgevallen dat veel aanpassingen op zich geen extra kosten met zich mee hoeven te brengen indien er bij het ontwerpen en bouwen van woningen tijdig rekening mee wordt gehouden. Voorbeelden



Datum  
September 2010

Blad  
26 / 25

variëren van de indeling en lay-out van de woning en diverse brandveiligheidsvoorzieningen tot simpele aandachtspunten als de hoogte van de deurbel.

Ook is gebleken dat veel na de oplevering van nieuwbouw of renovatie als nog noodzakelijke aanpassingen te wijten zijn aan fouten en miscommunicatie tijdens de uitvoering van de bouw: het klassieke voorbeeld zijn en blijven (te hoge) drempels die de doorgankelijkheid belemmeren. Zorgaanbieders leggen hierbij vaak een verband met de beperkte ervaring van corporaties en bouwers met bouwen voor de zorg.

#### 4.2. Woningaanpassingen via de Wvg/Wmo

In paragraaf 3.1.1. is al iets gezegd over aantallen woningaanpassingen onder de Wvg en de Wmo. In tabel 4.1 is inzichtelijk gemaakt hoe de totale landelijke bestedingen aan woningaanpassingen in de periode 2002-2006 waren verdeeld over bepaalde kostencategorieën.

Tabel 4.1: overzicht landelijke bestedingen aan woningaanpassingen via de Wvg, 2002 – 2006

€per aanpassing	2002		2003		2004		2005		2006	
	min. €	%	min. €	%	min. €	%	min. €	%	min. €	%
< €900	21,8	13,4	23,8	12,9	19,4	11,2	18,1	12,9	16,1	12,2
€ 900 - €6.800	81,6	50,1	84,0	45,7	83,4	48,3	72,5	51,9	71,4	54,0
€ 6.800 - €20.400	39,0	23,9	46,8	25,5	41,6	24,1	27,1	19,4	28,3	21,4
> €20.400	20,6	12,6	29,1	15,9	28,3	16,4	22,0	15,8	16,3	12,4
<b>totaal</b>	<b>163,0</b>	<b>100,0</b>	<b>183,7</b>	<b>100,0</b>	<b>172,7</b>	<b>100,0</b>	<b>139,7</b>	<b>100,0</b>	<b>132,1</b>	<b>100,0</b>

bron: HHM

Te zien is dat de totale bestedingen eerst oplopen, dan weer afnemen. Het aandeel van de totale bestedingen dat opgaat aan aanpassingen die meer kosten dan €20.400 stijgt van 12,6% in 2002 naar 16,4% in 2004 en loopt vervolgens terug naar 12,4% in 2006. Vanaf deze grens van €20.400 was onder de Wvgsprake van zogenaamde dure woningaanpassingen, waarover niet de gemeenten de regie voerden, maar de rijksoverheid. Voor aanpassingen vanaf dit bedrag bestond een aparte financiering, aanpassingen werden beoordeeld en toegewezen door CVZ.

Welke concrete aanpassingen voor welke concrete bedragen zijn gerealiseerd is niet bekend, evenmin als hoe de bestedingen zich de afgelopen jaren onder de Wmo verder hebben ontwikkeld.

#### 4.3. ADL-clusters

De meest recente beleidsregel "Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL-clusterprojecten" is in werking getreden per 1 januari 2007. In deze beleidsregel worden zeer gedetailleerd de programma's van eisen van het ADL-cluster, de ADL-eenheid en aan de ADL-woningen beschreven.

Met de afschaffing van de bouwsubsidies voor ADL-clusters is overigens ook de formele status van het programma van eisen voor ADL-clusters is komen te vervallen.

##### Eisen aan het ADL-cluster

Hieronder wordt een aantal aspecten van dit programma van eisen weergegeven:

- een ADL-cluster bestaat uit 16 tot maximaal 24 ADL-woningen (voor 2004 was dat 12 tot maximaal 16 woningen) plus één ADL-eenheid en maakt deel uit van een woonwijk of -gebouw



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
27 / 26

bestaande uit circa 50-75 woningen. Een combinatie van grondgebonden en gestapelde bouw is wenselijk;

- een ADL-cluster bevindt zich nabij voorzieningen zoals openbaar vervoer, winkels, huisarts en apotheek;
- ADL-woningen zijn geïntegreerd in een woningbouwplan, niet herkenbaar als uitzonderingen dienen zo gespreid mogelijk te worden opgenomen ten opzichte van elkaar;
- het aantal 4-kamer-ADL-woningen is minimaal 25% en maximaal 50% van het totale aantal ADL-woningen. De overige woningen zijn 3-kamer-ADL-woningen;
- de afstand tussen de verst gelegen ADL-woningen is bij voorkeur niet meer dan 200 m;
- de afstand van de ADL-woning tot de ADL-eenheid is bij voorkeur niet meer dan 150 m;
- er is 1 rolstoeltoegankelijke parkeerplaats per 2 ADL-woningen, plus 2 parkeerplaatsen voor ADL-assistenten nabij de ADL-eenheid.

Daarnaast zijn er aanvullende eisen ten aanzien van toegankelijkheid en bruikbaarheid van ruimten en voorzieningen ten opzichte van het Handboek Toegankelijkheid. Bijvoorbeeld een vrije draaicirkel van 1,80 m aan beide zijden van collectieve deuren, een vrije doorgang van collectieve deuren van 900 mm., een vrije doorgang van collectieve verkeersruimten van 1,80 m en deurknoppen en schakelaars op 900 mm boven vloerhoogte.

Aan het Alarm Intercom Systeem worden ook specifieke voorwaarden gesteld vanuit bepaalde functionele eisen zoals:

- de cliënten moeten 24 uur per dag een noodoproep of een oproep voor assistentie kunnen plaatsen;
- cliënten moeten kunnen communiceren met personen die zich melden aan de eigen of gemeenschappelijke voordeur en moeten die deuren kunnen openen;
- ADL-assistenten en cliënten moeten met elkaar kunnen communiceren.

Eisen aan de ADL-eenheid:

De ADL-eenheid wordt 24 uur per dag gebruikt als verblijfs-, kantoorruimte en uitvalsbasis voor de ADL-assistenten, alsmede voor de aangepaste badruimte met een in hoogte verstelbaar bad. Ook de centrale installatie van het intercomsysteem wordt in de ADL-eenheid ondergebracht.

Naast de eisen voor toegankelijkheid en bruikbaarheid zijn er ook ruimtelijke eisen opgenomen die leiden tot een netto vloeroppervlakte van 81 m<sup>2</sup> (108 m<sup>2</sup> BVO), exclusief buitenruimte en buitenberging. Ook worden de specifieke functionele en technische eisen per ruimte van de ADL-eenheid beschreven.

Eisen aan de ADL-woning:

Een ADL-woning is in principe een 'normale' woning die ruimtelijk en technisch is aangepast aan de behoefte van de cliënten. Een ADL-woning bevat minimaal drie kamers. Met name in de keuken en de badruimte zijn specifieke technische eisen van toepassing. Ook zijn er uitgebreide eisen aan bediening en plaatsing van deuren, ramen, en schakelaars.

De ruimtelijke eisen vragen om een (vaak) afwijkende beukmaat ten opzichte van woningen in de directe omgeving of in hetzelfde complex. Extra aandacht wordt gevraagd voor de isolatie of ligging van de woning in verband met mogelijke geluidsoverlast van de deurmotoren, intercom en plafondliften.

De ruimtelijke eisen voor een ADL-woning leiden tot een netto vloeroppervlakte van 97 m<sup>2</sup> (circa 115 m<sup>2</sup> BVO) voor een driekamerwoning en 105 m<sup>2</sup> (circa 125 m<sup>2</sup> BVO) voor een vierkamerwoning, exclusief buitenruimte en buitenberging.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
28 / 27

#### Extra kosten

Aan de hand van 22 gerealiseerde projecten tussen 2002 en 2007 zijn de extra kosten waarvoor subsidie is verleend in tabel 4.2 in beeld gebracht. Naast het jaartal zijn weergegeven het aantal woningen per ADL-cluster en het gemiddelde aantal extra m<sup>2</sup> per ADL-woning per project. Aan de hand van de rekenmethodiek die door CVZ werd gehanteerd bij de beoordeling van de subsidieverstrekking zijn de totale extra kosten per project teruggekend naar gemiddelde extra kosten per woning, rekenkundig verdeeld over de volgende posten:

- grond- en bouwkosten verbonden aan de extra m<sup>2</sup>'s en de bouwkundige aanpassingen (bredere deuren, groter sanitair) van de ADL-woning;
- kosten van de inbouwvoorzieningen in de ADL-woning (bv: onderrijdbare keukens, verstelset wastafel + douche, toiletsteunen, automatische deurdrangers, alarmoproep, beeldtelefonie etc.);
- kosten voor het realiseren van de ADL-unit (vloeroppervlakte + grond, bredere deuren, groter sanitair, hoog/laagbad + plafondlift, verstelset wastafel + douche, toiletsteunen, automatische deurdrangers, unit-alarmoproep, unit-beeldtelefonie etc.).

Zoals aangegeven is gerekend naar gemiddelde kosten per woning, in werkelijkheid kunnen de bedragen per woning per project anders over de kostenposten zijn verdeeld.

Tabel 4.2 laat zien dat een ADL-cluster (totale woningaanpassingen en ADL-unit) gemiddeld ruim €66.000 per ADL-woning extra kost ten opzichte van een reguliere vergelijkbare woning. Van dat bedrag gaat gemiddeld ruim €30.000 (46%) op aan de grond- en bouwkosten van de extra vloeroppervlakte en aan de bouwkundige aanpassingen. Van het resterende bedrag gaat ruim €20.000 (31%) op aan de inbouwvoorzieningen en ruim €15.000 (23%) aan de ADL-unit.

In hoofdstuk 5, paragraaf 5.3.2, wordt ingegaan op de financiering van de extra kosten van ADL-clusters. De in de rekenmethodiek van CVZ gehanteerde verdeling van extra kosten wordt daar gehanteerd om de orde van grootte aan te geven van de kosten per stakeholder (corporatie, gemeente, zorgaanbieder). Benadrukt wordt dat die verdeling indicatief en gemiddeld is en per praktijksituatie verschilt, zoals ook in tabel 4.2 te zien is. Zo kunnen bijvoorbeeld in bepaalde gevallen de kosten van extra vloeroppervlakte ook (deels) aan de Wmo worden toegerekend, of kan de gemeente indirect bijdragen om de kosten voor de corporatie te beperken door een aangepaste grondprijs te hanteren.



Datum  
September 2010

Blad  
29 / 28

Table 4.2: overzicht extra investeringskosten ADL-clusters 2002 – 2006 (prijspeil 2008)

per ADL-cluster					extra kosten per ADL-woning in €			
project	bouw- jaar	aantal woning- gen	extra m <sup>2</sup> per woning	totale extra investering in €	extra m <sup>2</sup> + aanpassing	inbouw- pakket	ADL-unit	totaal
			1)	2)	3)	4)	5)	6)
1	2002	15	9,6	893.694	21.529	22.465	15.585	59.579
2	2002	12	23,6	946.008	40.397	20.586	17.851	78.834
3	2002	12	16,5	790.770	28.841	19.847	17.210	65.898
4	2002	13	13,5	771.149	24.169	19.523	15.627	59.319
5	2002	9	27,8	1.001.285	56.978	25.172	29.104	111.254
6	2002	15	11,7	790.770	20.859	18.810	13.049	52.718
7	2002	13	28,0	1.074.835	46.179	20.273	16.228	82.680
8	2002	19	17,4	1.161.313	30.262	19.939	10.920	61.121
9	2003	15	13,5	867.264	24.415	19.721	13.681	57.817
10	2003	12	24,1	1.100.492	47.408	23.725	20.574	91.707
11	2003	15	25,2	1.268.730	46.591	22.431	15.561	84.583
12	2003	15	11,0	778.890	19.973	18.865	13.087	51.925
13	2003	16	11,3	826.054	20.424	18.907	12.297	51.628
14	2003	14	12,0	780.203	21.922	19.392	14.414	55.728
15	2003	16	13,5	668.424	17.906	14.464	9.407	41.777
16	2003	15	22,1	1.083.876	37.769	20.363	14.126	72.258
17	2004	15	14,9	962.243	28.316	21.156	14.677	64.149
18	2004	15	15,9	939.456	28.454	20.178	13.998	62.630
19	2005	15	12,3	816.279	22.029	19.123	13.266	54.418
20	2005	18	13,0	1.067.048	25.632	21.322	12.326	59.280
21	2006	12	18,6	914.171	35.200	21.948	19.033	76.181
22	2006	14	13,6	837.535	24.927	20.018	14.879	59.824
totaal:		315	5.146,1	20.340.489	670.180	448.228	336.900	1.455.308
gemiddeld:		14	16,3	924.568	30.463	20.374	15.314	66.150
verdeling extra kosten per woning:					46%	31%	23%	100%

bron: CVZ

1) gemiddelde extra oppervlakte ten opzichte van vergelijkbare niet-ADL-woningen in dezelfde wijk

2) totale extra kosten om het totaal van de woningen en de unit tot ADL-cluster te maken

3) totale kosten per woning van de extra m<sup>2</sup>'s (grondbouw) en de bouwkundige aanpassingen

4) totale kosten per woning van de extra inbouwvoorzieningen

5) totale kosten per woning van de bouw en voorzieningen van de ADL-unit

6) totale extra kosten per woning om het totaal van de woningen en de unit tot ADL-cluster te maken

In de in het kader van het onderzoek bezochte projecten is, in termen van de relatie tussen het voorzieningenniveau en de beperkingen en zorgvragen van de bewoners, het volgende opgevallen.

1. Van de huishoudens in ADL-woningen bestaat bijna 90% uit één persoon, minimaal 25% van de huisvesting bestaat uit vierkamerwoningen en de overige huisvesting uit driekamerwoningen.
2. De extra vloeroppervlakte van ADL-woningen ten opzichte van referentiewoningen (reguliere, niet ADL-woningen) in de directe omgeving is met 10 tot 28 m<sup>2</sup> maximaal bijna 30%. Deze extra oppervlakte is samen met de bouwkundige aanpassingen verantwoordelijk voor gemiddeld 40 tot 50% van de extra investeringskosten per woning.
3. De gebruiksintensiteit en het gebruiksdoel van de centrale zorgbadkamer in de ADL-unit zijn zeer wisselend, variërend van vijf avonden per week voor (therapeutisch) baden tot continue als opslagruimte/bijkeuken.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
30 / 29

Verder is de afwijkende beukmaat voor ADL-woningen mogelijk een complicerende factor bij het ADL-proof maken van nieuwe woningen tijdens de ontwerp- of uitvoeringsfase en van bestaande woningen. Deze afwijkende beukmaat is het gevolg van het programma van eisen, dat voor de inrichting van de woning uitgaat van bepaalde relaties tussen ruimten/vertrekken en uiteraard van gebruik van rolstoelen, elektrisch en vaak uitgebreider dan standaard.

Naast de eventuele behoefte aan uitbreiding van het aantal ADL-clusters, zijn volgens opgave van Fokus ten minste 15 clusters toe aan een renovatie. Er zijn 32 clusters met in totaal 452 plaatsen van voor 1990 en daarnaast 18 clusters met in totaal 270 plaatsen van voor 1995. Een aantal clusters is/raakt qua voorzieningenniveau of leefomgeving gedateerd (wat soms ook leegstand veroorzaakt) en heeft vervanging of renovatie. In het oorspronkelijke stichtings- en exploitatiekostenplaatje is daarmee geen rekening gehouden.

#### 4.4. Voorzieningen voor AWBZ-verblijf

Voor voorzieningen voor AWBZ-verblijf golden tot 1 januari 2009 de prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen (College bouw zorginstellingen, 2007). Zorgaanbieders van verblijf moesten bij het realiseren (bouwen, kopen of huren) van nieuwe huisvesting in principe beantwoorden aan deze eisen, waarin voorwaarden en uitgangspunten zijn opgenomen ten aanzien van onder meer doorgankelijkheid, functionaliteit, privacy, vloeroppervlakte, sanitair en kosten. Eerder is al aangegeven dat het traditionele onderscheid tussen semi- en intramuraal verblijf niet meer te maken is. Hoewel de prestatie-eisen formeel alleen golden voor intramuraal verblijf, vormden ze, zij het minder dwingend, de laatste jaren ook de basis voor (het kostenkader voor) semimurale voorzieningen.

Sinds de afschaffing van de bouwregelgeving voor de zorgbouw, het zogenaamde bouwregime, hebben de prestatie-eisen hun formele status verloren. Wel zullen ze worden gehanteerd als basis voor het nieuwe systeem dat vanaf 2012 gehanteerd zal gaan worden om de huisvestingslasten van AWBZ-zorgaanbieders te vergoeden. De vergoeding, de normatieve huisvestingscomponent (NHC), zal naar verwachting het kwaliteitsniveau dekken van huisvesting die beantwoordt aan genoemde prestatie-eisen uit 2007.

Veel verblijfsvoorzieningen onder de AWBZ worden overigens al geëxploiteerd met een dergelijke normatieve vergoeding via de Beleidsregel kleinschalig wonen (BKW). Het in mei 2009 verschenen rapport "Nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in de Gehandicaptenzorg" van TNO bevestigt dat de kwaliteit van deze woonvoorzieningen over het algemeen goed is.

Dat kwaliteitsniveau betekent voor de doelgroep van het onderzoek concreet het volgende. Voor de verblijfsfunctie gaan de prestatie-eisen uit van een bruto vloeroppervlakte van 54 tot 65 m<sup>2</sup> per plaats c.q. cliënt. Binnen die oppervlakte worden ook eventuele verblijfsruimten als een gezamenlijke woonkamer, woonkeuken, bijkeuken of hobbyruimte gerekend. Volledigheidshalve: dat is exclusief vloeroppervlakte voor dagbesteding, eventuele behandelruimten ondersteunende diensten. Het stond/staat de zorgaanbieder vrij een grotere oppervlakte te realiseren, maar hij kreeg/krijgt daarvoor geen hogere vergoeding vanuit de AWBZ.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
31 / 30

### Kosten

Het investeringsbudget per m<sup>2</sup> intramuraal verblijf voor de doelgroep bedroeg op het moment van afschaffing van het bouwregime in principe €2.000, inclusief BTW, exclusief grondkosten, prijspeil 2008. Binnen dat bedrag moesten ook eventuele voorzieningen voor domotica, brandveiligheid en klimaatbeheersing worden gerealiseerd. Wel waren nog toeslagen mogelijk voor koken op de groep (€1.760 per plaats) en plafondtiliftsystemen (€7.659 per plaats).

Voor grond gold een kostennorm van €291 per op die grond te bouwen m<sup>2</sup> bruto vloeroppervlakte. Daarbij gold een regio toeslag of -korting van maximaal 20% vanwege regionale prijsverschillen.

De huisvestingsvergoeding voor een intramurale plaats van 65 m<sup>2</sup> zou op dat moment gebaseerd zijn op een investeringsbudget van maximaal circa €149.000, inclusief circa €19.000 aan grondkosten, beide inclusief BTW, prijspeil 2008.

De laatste onder het bouwregime gerealiseerde intramurale voorziening voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen is drie jaar geleden in gebruik genomen en binnen de genoemde meterprijs (exclusief grond, die reeds in eigendom was) gerealiseerd. Ook bij deze voorziening heeft de zorgaanbieder eruit oogpunt van kwaliteit en toekomstbestendigheid van de appartementen voor gekozen om van een grotere vloeroppervlakte per plaats uit te gaan.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
32 / 31

## 5. Financiering

De financierbaarheid van de zorg en vooral de voorzieningen is een wezenlijk onderdeel van het onderzoek, met name wat betreft het ADL-clusterwonen. Met 'financierbaarheid' wordt dan bedoeld welke voorzieningen door welke stakeholder betaald (gaan) worden en via welke bestaande loketten of kanalen dat geregeld is of kan worden. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de financiering van een voor mensen met lichamelijke beperkingen aangepaste woonplek.

Normaal gesproken regelen en betalen mensen hun eigen woning, koop of huur, eventueel met huurtoeslag. Dat geldt ook voor verreweg de meeste mensen met lichamelijke beperkingen. Op het moment dat specifieke aanpassingen of voorzieningen als benoemd in het vorige hoofdstuk nodig zijn vanwege lichamelijke beperkingen, kan een aangepaste woning of woonsetting via de Wmo of de AWBZ gerealiseerd en gefinancierd worden. Vaak is wel een eigen bijdrage verschuldigd.

### 5.1. Ondersteuning en zorg

Ondersteuning begint in de regel thuis, informeel, bij familie, burens, vrienden en bekenden (mantelzorg). Is informele hulp niet meer toereikend, dan is aanvulling met meer formeel georganiseerde ondersteuning aan de orde. De Wmo (o.a. huishoudelijke hulp, begeleiding, maaltijdvoorziening) en de AWBZ (o.a. persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling) bieden dan oplossingen. Als het thuis echt niet langer lukt of verantwoord is, komt als uiterste oplossing wonen in een semi- of intramurale setting in beeld: de AWBZ-functie "verblijf". Alternatief daarvoor vormt soms nog een particulier- of ouderinitiatief, waarbij cliënten/verwanten samen de (extramurale) zorg en (aangepaste) huisvesting regelen. Het concept ADL-clusterwonen beweegt zich ergens tussen deze alternatieven in: het gaat uitdrukkelijk om zelfstandig wonen (de cliënt voert de regie over het eigen leven en huurt zelf de aangepaste woning, meestal met huurtoeslag) met extramurale 24-uurs ondersteuning op afroep vanuit de ADL-unit.

In theorie is de regelgeving duidelijk: geformaliseerde ondersteuning en zorg worden geboden vanuit de Wmo en/of vanuit de AWBZ, dat geldt voor een extramurale setting, voor ADL-clusterwonen, en voor een semi- en intramurale setting. De ADL-ondersteuning valt onder de AWBZ en betreft de functies "persoonlijke verzorging", "verpleging" en "begeleiding". Dat de voorgenomen afschaffing van de subsidie op ADL-assistentie wordt opgevangen binnen de AWBZ ligt dus voor de hand. De 24-uurs beschikbaarheid is daarbij mogelijk een extra aandachtspunt, dat meegenomen zal moeten worden bij de ontwikkeling van de beoogde toekomstige financiering in de vorm van zogenaamde extramurale zorgpakketten (EZP's).

Ook de omvang en reikwijdte van het zorgaanbod vormen een aandachtspunt. Het aanbod van de grootste aanbieder van ADL-clusterwonen beperkt zich voornamelijk tot in en in de directe omgeving van de woning, terwijl bij enkele bezochte projecten ook is aangegeven dat bewoners soms meer vragen en dan veel inspanningen moeten verrichten om aanvullende zorg of ondersteuning (bij een andere aanbieder) geregeld te krijgen.





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
33 / 32

Overigens zijn in eerder uitgevoerde onderzoeken naar het huidige concept van ADL-clusterwonen (CVZ 2004, iRv 2004) aanbevelingen opgenomen tot meer flexibiliteit en verbreding van het aanbod naar voren. Een aantal van deze aanbevelingen is in de praktijk ook ten uitvoer gebracht.

## 5.2. Zorginfrastructuur

Zorginfrastructuur voor AWBZ-zorg aan geïndiceerde cliënten die niet bij een zorgaanbieder verblijven wordt op dit moment uit de AWBZ bekostigd via de Beleidsregel zorginfrastructuur (CA-340) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het gaat volgens de beleidsregel om:

- ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg, waarbij de mogelijkheid bestaat deze ruimten ook te gebruiken buiten de AWBZ;
- ruimten en/of technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van de oproepbare, onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie.

De kosten die via de beleidsregel aan de zorgaanbieder vergoed worden kunnen betrekking hebben op twee soorten kosten. Het gaat ten eerste om kapitaallasten: de kosten van erfpacht, afschrijvingen en rente of huur en leasekosten die samenhangen met de investering in zorginfrastructuur. Daaronder kan, naast gebouwen, ook technische infrastructuur worden verstaan, zoals voorzieningen voor alarmering, communicatie en veiligheid. Ten tweede betreft het overige kosten: kosten van energie, belastingen, inrichting en onderhoud.

De beleidsregel heeft tot doel bestaande of geplande intramurale plaatsen om te zetten naar zelfstandig wonen en/of personen met een indicatie voor AWBZ-zorg in staat te stellen ondanks relatief ernstige beperkingen langer zelfstandig te blijven wonen.

Inmiddels zijn tal van voorzieningen voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale zorg, vaak in de vorm van steunpunten of inloopcentra, met een beroep op deze beleidsregel tot stand gekomen.

### ADL-unit

De ADL-unit van een ADL-cluster past uitstekend in dit profiel, de opzet en voorzieningen van de in het kader van het onderzoek bezochte units zijn goed vergelijkbaar met onder de beleidsregel gerealiseerde zorginfrastructuur in de vorm van steunpunten en technologische voorzieningen. Na het afschaffen van bouwsubsidies op het ADL-clusterwonen ligt bekostiging via de route van deze beleidsregel voor de hand. Overigens is ter (gedeeltelijke) compensatie van het afschaffen van de aanpassingssubsidies een opslag aan het uurtarief toegevoegd voor collectieve voorzieningen, met name het alarm/intercomsysteem en inbouwvoorzieningen in de ADL-unit.

Aandachtspunten rond deze beleidsregel zijn 1) het voornemen van de NZa om binnenkort over te gaan op normatieve, prestatiegebonden vergoedingen (in plaats van de huidige vergoeding op basis van opgevoerde kosten) en 2) het niet gegarandeerd structurele karakter van de regeling c.q. de vergoedingen.

Voor zover op deze punten sprake zou zijn van een probleem, geldt dat overigens voor alle zorgaanbieders die al een beroep op de beleidsregel hebben gedaan of dat nog gaan doen.

Andere mogelijke aandachtspunt hierbij zijn de schaalgrootte en reikwijdte van de ADL-unit. Een ADL-cluster biedt gemiddeld plaats aan 14 bewoners, in de praktijk op dit moment maximaal aan 19. Hoewel dat uiteraard ten koste gaat van de kleinschaligheid en de normalisatiegedachte, zouden mogelijk meer ADL-woningen vanuit een ADL-unit bediend kunnen worden. Fokus geeft aan ook in te zetten op uitbreiding van



Datum  
September 2010

Blad  
34 / 33

het aantal woningen per cluster. Ook zou de ADL-unit exploitatietechnisch beter uitgenut kunnen worden als die tevens functioneert voor zorgvragers met andere zorgvragen, bijvoorbeeld in de vorm van thuiszorg voor ouderen.

Bij enkele van de in het kader van dit onderzoek bezochte projecten zijn deze mogelijkheden vanuit de zorgaanbieder ook kenbaar gemaakt.

### 5.3. Woonvoorzieningen

#### 5.3.1. Zelfstandig versus intramuraal wonen

Woningaanpassingen bij 'regulier' zelfstandig wonen lopen via de Wmo (al dan niet met een eigen bijdrage van de bewoner).

Evaluatiecijfers over het gebruik van WVG-woonvoorzieningen (Kerncijfers Wvg 2006 van SGBO) wijzen uit dat in 2006 9,5% van de aanvragen voor een woonvoorziening werd afgewezen. Volgens de "vierde tussenrapportage, Wmo evaluatie" (SCP/NIVEL, 2010) werd in 2008 75% van de aanvragen voor een Wmo-woonvoorziening gehonoreerd, 25% van de aanvragen was nog in behandeling of afgewezen.

Wordt wonen ingevuld door de AWBZ-functie "verblijf", dan is sprake van intramuraal wonen en vindt financiering van de, al dan niet specifieke, woonomgeving door de zorgaanbieder plaats. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor passende huisvesting en ontvangt daarvoor, binnenkort in de vorm van de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent (NHC), een vergoeding uit de AWBZ-pot. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 zal de NHC voor de verblijfsfunctie, het wonen, waarschijnlijk uitgaan van een bruto vloeroppervlakte van 54 tot 65 m<sup>2</sup> per cliënt en een investeringskostenniveau per m<sup>2</sup> BVO van €2.000, inclusief BTW, exclusief grondkosten, prijspeil 2008. Het staat de zorgaanbieder vrij een grotere oppervlakte of een hoger kwaliteitsniveau te realiseren, maar hij krijgt daarvoor geen hogere vergoeding vanuit de AWBZ. Een van de grote woonvormen heeft aangegeven dat deze normering krap is en leidt tot spanning tussen het haalbare en het gewenste huisvestingsniveau, waarbij overigens het verlenen van verantwoorde zorg niet in het geding is.

Vaak is de cliënt ook bij AWBZ-verblijf een eigen bijdrage verschuldigd. Sommige gemeenten zijn bereid (maar daartoe niet verplicht) in bepaalde AWBZ-verblijfsituaties alsnog aanvullend een beroep op woningaanpassingen via de Wmo te honoreren.

#### 5.3.2. ADL-clusterwoningen

Zoals eerder opgemerkt beweegt het concept ADL-clusterwonen zich in tussen volledig zelfstandig wonen in een beperkt (via de Wmo) aangepaste woning en volledig intramuraal wonen. Het gaat uitdrukkelijk om zelfstandig wonen, in de zin dat de cliënt de regie over het eigen leven voert en zelf de woning van de corporatie huurt (of, sporadisch, koopt). Het zelfstandig wonen vereist echter een aangepaste woning die bijzondere aandacht vraagt. De denkbare algemene en individuele aanpassingen en voorzieningen van de woonomgeving, en de daarmee gepaard gaande extra kosten zijn in het vorige hoofdstuk in beeld gebracht. Deze extra kosten op het niveau van de individuele woning zullen/zouden door de gezamenlijke vijf stakeholders, in casu de rijksoverheid, de cliënt, de zorgaanbieder, de woningcorporatie en de gemeente, moeten worden opgebracht.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
35 / 34

- **Rijksoverheid**

Voor de per 2009 afgeschafte bouwsubsidies, destijds ingevoerd om de realisatie van ADL-clusters te stimuleren, is geen vervangende regeling in de plaats gekomen. Daarmee is de rijks overheid als (rechtstreekse) financier komen te vervallen. Die ontwikkeling sluit op zich aan bij beleidsuitgangspunten als het verleggen van verantwoordelijkheden naar lokale partners en het bevorderen van scheiden van wonen en zorg.

- **Bewoners**

Van de bewoners van een ADL-clusterwoning kan over het algemeen geen extra financiële inspanning worden verwacht voor het aanpassen van zijn/haar woonomgeving. In de meeste gevallen betreft het mensen zonder volwaardig of volledig betaald werk. Ze zijn voor hun inkomen geheel of gedeeltelijk aangewezen op een uitkering en daardoor onvoldoende draagkrachtig om veel bij te dragen aan de aangepaste woonomgeving.

- **Zorgaanbieder**

Op de financiering van de zorg en de zorginfrastructuur is in de vorige paragrafen ingegaan. Omdat de bewoner/cliënt zelfstandig woont en rechtstreeks huurt van de corporatie, levert de zorgaanbieder in principe geen directe bijdrage in de financiering van de woonsituatie van zijn cliënten: er wordt immers zorg zonder verblijf, ofwel extramurale zorg geleverd.

(Indirect is de aanbieder overigens wel medeverantwoordelijk voor de hoogte van de extra kosten, in die zin dat het zorgconcept ADL-clusterwonen in de huidige vorm een voorwaardenpakket impliceert dat gedetailleerde eisen stelt aan de woonsituatie (zie paragraaf 4.3). Het met de afschaffing van de bouwsubsidies vervallen van de formele status van het programma van eisen voor ADL-clusters biedt op dit punt ruimte voor flexibiliteit.)

(Bekostiging van de ADL-unit en een aantal technologische voorzieningen via de Beleidsregel zorginfrastructuur van de NZa ligt wel op de weg van de zorgaanbieder, aangezien die voorzieningen verbonden zijn aan de leveren extramurale zorg.)

Per saldo resteren twee stakeholders om de extra financiële verplichtingen van de aangepaste woningen te dragen.

- **Corporatie**

Volgens het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) dienen de werkzaamheden van corporaties te liggen op het terrein van de volkshuisvesting. Het bevat BBSH de regels waaraan woningcorporaties zich moeten houden en noemt zes prestatievelen:

1. kwaliteit van de woningen
2. verhuur van de woningen
3. betrekken van bewoners bij beleid en beheer
4. financiële continuïteit
5. leefbaarheid
6. wonen en zorg.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
36 / 35

Over het zesde prestatieveld, wonen en zorg, staat in artikel 12b van het BBSH: “De toegelaten instelling draagt bij aan het volgens redelijke wensen tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven.”

In het kader van het onderzoek zijn langs twee wegen corporaties benaderd. Via Aedes zijn circa 100 corporaties schriftelijk geïnterviewd, wat negen reacties opleverde. Vanuit het netwerk van TNO is met 13 corporaties contact gezocht, waarvan er 11 bruikbare informatie hebben verschaft.

Uit de informatie van deze 20 corporaties blijkt dat er 11 wel, en negen (nog) geen ADL-cluster exploiteren. Van die laatste negen corporaties hebben er twee een ADL-cluster in voorbereiding. Van de 13 corporaties die op dit moment een ADL-cluster voorbereiden of exploiteren hebben vijf zich expliciet positief uitgesproken over de medewerking van de betreffende gemeente.

Op de vraag naar de eventuele bereidheid om in de toekomst een ADL-cluster te realiseren houden zes corporaties de mogelijkheid open, vier corporaties verwachten niet dat de vraag zich zal voordoen en de overige 10 corporaties geven aan onder de huidige omstandigheden en condities niet te kunnen of willen meewerken aan de realisatie van een nieuw ADL-cluster. Onder die 10 corporaties zijn er 7 die in het verleden wel een ADL-cluster hebben gerealiseerd.

De meest gehoorde argumenten voor een af- of terughoudende opstelling van corporaties zijn:

1. Diverse corporaties geven aan al het nodige te doen voor bijzonder doelgroepen als ouderen en mensen met beperkingen en psychiatrische problemen. In ‘de huidige situatie’ (genoemd zijn de vennootschapsbelasting, de prachtwijken, de teruggevallen woningmarkt, de economische crisis en de lastiger en duurder geworden financiering) zijn de bereidheid en de mogelijkheden om onrendabel te investeren in het kader van het zesde prestatieveld eindig.
2. Corporaties geven aan best bereid te zijn een deel van de extra kosten voor eigen rekening te nemen, maar niet het totaal aan extra kosten. De kosten van de extra’s, met name domotica, algemene toegankelijkheid en de ADL-unit, maken projecten onverantwoord duur. Van gemeenten wordt te moeizaam beperkt medewerking ervaren, bijvoorbeeld in de vorm van een tegemoetkoming in de grondkosten of een (Wmo-)bijdrage in de extra investeringen.
3. Vijf corporaties geven aan op diverse punten twijfels te hebben bij onderdelen van het concept ADL-clusterwonen in de huidige vorm, bijvoorbeeld op punten als:
  - a) de onderbouwing van de behoefte (bij deze corporaties gestaafd door relatief grote en lange (aanvangs)leegstand, volledig voor risico van de corporatie);
  - b) de starheid ten aanzien van de eisen aan het voorzieningenniveau van de woningen en de ADL-unit;
  - c) de beperktheid (aanbodgerichtheid) van het zorgconcept (zie ook paragrafen 5.1 en 5.2).

Wat betreft punt b) is eerder al opgemerkt dat met de afschaffing van de bouwsubsidies voor ADL-clusters ook de formele status van het programma van eisen voor ADL-clusters is komen te vervallen. Dat betekent dat ten aanzien van de eisen aan het voorziening en pakket ruimte voor flexibiliteit ontstaat. Van belang daarbij is wel dat de toegankelijkheid en bruikbaarheid van de woningen voor de doelgroep het uitgangspunt blijven vormen.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
37 / 36

Overigens sporen de terughoudende reacties van corporaties ten aanzien van investeren in zorgbouw in het kader van dit onderzoek met het algemene geluid dat TNO opvangt van zorgaanbieders: veel corporaties stellen zich de laatste tijd minder bereidwillig, minder flexibel en zakelijker op als het gaat om bouwen voor de zorg.

- **Gemeente**

Gemeenten hebben een regierol bij de uitvoering van de Wmo en moeten mensen met beperkingen compenseren voor deze beperkingen, met als doel het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden. Het zesde prestatieveld "Verlenen individuele voorzieningen" heeft betrekking op het verlenen van individuele, op de gebruiker aangepaste voorzieningen, waaronder woningaanpassingen, voor het behouden en bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Het totale voorlopige landelijke Wmo-budget van €1,5 mld. voor 2010 en €1,3 mld. voor 2011 is voor beide jaren onder meer opgebouwd uit €3 mln. voor aanpassing van bestaande ADL-clusters (vanuit voormalige AWBZ-subsidieregelingen) en uit €21 mln. voor dure woningaanpassingen (vanuit de voormalige specifieke WVG-uitkeringen). Zowel voor 2009, als voor 2010 en 2011 reserveert VWS in totaal €24,9 mln. per jaar voor dure woningaanpassingen. (Let wel: het gaat om de opbouw van het macro Wmo-budget. Dat zegt op zich niets over de verdeling van dit budget over de gemeenten, noch over waar gemeenten hun budget vervolgens aan uitgeven. Dat is inherent aan het feit dat de uitvoering van de Wmo op het niveau van de gemeente ligt.)

In de periode 2002 – 2006 (recentere cijfers zijn niet beschikbaar) werd (onder de WVG, dus nog landelijk gestuurd) jaarlijks gemiddeld €23,3 mln. uitgegeven aan dure woningaanpassingen.

Ter vergelijking: op basis van de kosten (verdeling) zoals weergegeven in paragraaf 4.3 bedraagt de Wmo-bijdrage per nieuwe ADL-woning €20.400, voor een renovatie van een bestaande ADL-woning naar nieuwbouwkwaliteit zou kunnen worden uitgegaan van €12.240 (60% van nieuwbouw). Voor de nieuwbouw van 56 ADL-woningen (4 nieuwe clusters à 14 woningen, het jaarlijkse gemiddelde over de afgelopen periode) en de renovatie van 28 ADL-woningen (2 bestaande clusters à 14 woningen, aanname TNO) per jaar, zou een jaarlijks bijdrage uit het Wmo-budget van €1,5 mln. nodig zijn.

Puur financieel op landelijk niveau bekeken lijken gemeenten voldoende financiële armslag te hebben om mee te werken aan de instandhouding en uitbreiding van het ADL-woningbestand (of andere geschikte woningen voor de doelgroep).

Eerder is al vermeld dat evaluatiecijfers over het gebruik van WVG- respectievelijk Wmo- woonvoorzieningen uitwijzen dat verreweg het grootste deel van de aanvragen wordt gehonoreerd. Uit de publicatie "Compensatieplichten grote woonvoorzieningen, Hoe gaan gemeenten om met het verstrekken van dure woonaanpassingen?" (Research voor Beleid, 2008) komt, uit een steekproef onder 51 gemeenten, naar voren dat het beleid en de criteria voor het inzetten van dure woningaanpassingen als compensatiemiddel voor beperkingen door de overgang van WVG naar Wmo niet wezenlijk is gewijzigd. In 36 van de 51 gemeenten was en blijft de afweging tussen woningaanpassing dan wel verhuizing naar een geschikte woning situatieafhankelijk. Daarbij hanteren 43 gemeenten sinds 2007 (onder de Wmo) dezelfde criteria als voor 2007. De overgang van middelen van het rijk naar de gemeenten heeft het beleid op dit punt dus niet wezenlijk beïnvloed.

Aan genoemde 51 gemeenten is tevens de vraag gesteld of jong gehandicapten die voor het eerst zelfstandig gaan wonen recht hebben op een grote woningaanpassing. Op die vraag reageerden 34 gemeenten positief, in de zin dat hetzij de woning wordt aangepast, hetzij op andere wijze passende



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
38 / 37

woonruimte wordt aangeboden. Daar tegenover staan echter ook 10 gemeenten die de vraag eenvoudigweg negatief beantwoordden.

Andere manieren waarop sommige gemeenten bijdragen in het geschikt wonen voor de doelgroep van het onderzoek zijn een aangepast (zorg)tarief voor grond of een specifiek fonds voor bijzondere woonvoorzieningen.

Ondanks het hiervoor geschetste beeld hebben corporaties en zorgaanbieders tijdens het onderzoek aangegeven wisselende ervaringen te hebben met de bereidheid van gemeenten om hun (Wmo-)aandeel in ADL-custers of vergelijkbare voorzieningen te leveren. De bewuste politiek/maatschappelijke keuze voor een Wmo die elke gemeente op haar eigen manier kan invullen en uitvoeren zal daar waarschijnlijk mede debet aan zijn. Mogelijk is tevens de verdeling van het macrobudget over de gemeenten van invloed. Verder lijkt ook de mogelijke aantrekkingskracht op ADL-custerbewoners uit naburige gemeenten zonder (draagvlak voor een) ADL-custer een rol te spelen. Niet elke gemeente heeft immers bevolkingskernen die voldoende draagvlak bieden voor een succesvolle exploitatie van een ADL-cluster volgens het huidige gangbare concept.

Het positieve landelijke beeld van de mogelijkheden en bereidheid van gemeenten om hun Wmo-rol in te vullen blijft op lokaal/regionaal niveau blijkbaar niet altijd overeënd.

**Samenwerking tussen corporaties en gemeenten**

Sinds enige tijd is sprake van een intensievere samenwerking tussen corporaties en gemeenten op het gebied van toekomstbestendige huisvesting, afgestemd op de woonbehoeften van alle inwoners van een gemeente, inclusief bijzondere doelgroepen met aangepaste wooneisen en een zorgvraag zoals als ouderen en mensen met beperkingen.

Volgens de “Analyse van de prestatieovereenkomsten tussen gemeenten en woningcorporaties in 2008” (Severijn BV, 2009) beschikt ongeveer 56% van de corporaties en 42% van de gemeenten over een prestatieovereenkomst die (ook) betrekking heeft op 2008. Dat is een stijging van het aantal overeenkomsten met bijna 10% ten opzichte van 2006.

Veel gemeenten en corporaties besteden in hun visie en beleid op wonen/huisvesting expliciet aandacht aan zorgvragers, evenals in de genoemde tussen gemeenten en corporaties overeengekomen prestatieafspraken. In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Aedes vereniging van woningcorporaties is de “Handreiking Geschikt wonen – het aanpassen nú aanpakken” (Companen, 2010) opgesteld. Met de handreiking willen VNG en Aedes gemeenten en corporaties stimuleren gezamenlijk de woonopgave van toekomst op te pakken. In de toekomst moeten meer geschikte woningen voor mensen met beperkingen beschikbaar komen, al was het alleen maar vanwege de toenemende vergrijzing. De handreiking geeft aan de hand van concrete praktijkvoorbeelden een overzicht van mogelijkheden voor een slimmere gecombineerde inzet van Wmo-middelen en investeringen van corporaties. De bedoeling is proactief te investeren in complexmatige, lange termijnoplossingen, onder het terugdringen van ad hoc dure investeringen in individuele woningaanpassingen.

In opdracht van het ministerie van VROM is de “Woonruimteverdeling voor ouderen en mensen met een handicap, Verkenning van de praktijk” (De Vijfde Dimensie, 2009) verschenen. Deze publicatie is bedoeld om organisaties in het land die zich bezighouden met de verdeling van woonruimte voor ouderen en gehandicapten goede voorbeelden van woonruimteverdelingsystemen aan te reiken.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
39 / 38

Verwacht mag worden dat genoemde ontwikkelingen rond de samenwerking tussen gemeenten en corporaties de nieuwbouw, aanpassing en instandhouding van rolstoeltoe/door gankelijke woningen, ook die voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, in de toekomst zullen stimuleren. Daarbij zijn echter nog wel enkele slagen te maken:

- de aandacht voor zorggerelateerde doelgroepen is in woonvisies en prestatieafspraken meestal gericht op senioren en hooguit nog 'de standaard rolstoelgebruiker', waarmee bedoeld wordt dat afspraken over woningen voor zorgdoelgroep zich vooral richten op drempelvrije rolstoeltoe/door gankelijke in algemene zin. Het eisenpakket van de doelgroep van het onderhavige onderzoek ten aanzien van woonvoorzieningen ligt soms net een niveau hoger/specifieker en komt vaak niet expliciet in beeld;
- de vertaling van woonvisies en prestatieafspraken van papier naar praktijk moet nog beter vorm kunnen krijgen. Nu zijn beleidsdoelen en prestatieafspraken vaak niet bindend en is onderpresteren sanctievrij;
- hoewel daaraan in veel regio's momenteel wordt gewerkt, bestaat slechts beperkt inzicht in de rolstoeltoe/door gankelijkheid en de aanpasbaarheid van de bestaande woningvoorraad. Informatie/registratie ontbreekt of is niet eenduidig vanwege verschillen in de gehanteerde registratie-/classificatie-/keurmerksystemen, die uitgaan van uiteenlopende definities, in de lingen, programma's van eisen enz.;
- inschattingen van de toekomstige behoefte zijn voor seniorenwoningen goed te maken, maar voor de doelgroep van het onderhavige onderzoek is dat lastiger en gebeurt het minder vaak/expliciet;
- prestatieafspraken bevatten niet altijd een financiële paragraaf, waarin kosten zijn begroot en de financiering tussen partijen is geregeld.

Een andere risicofactor vormt het landelijk gezien beperkte aantal kandidaten voor ADL-clusterwonen of een vergelijkbare setting. Dat vraagt in een aantal situaties eigenlijk om een aanpak die het locale/gemeentelijke niveau ontstijgt. Een regionale aanpak is alleen al lastiger vanwege het grotere aantal betrokken partijen en belangen. Partijen kunnen zich afwachtend of terughoudend opstellen en het initiatief 'bij de burens' leggen, bijvoorbeeld om een aanzuigende werking van kandidaten vanuit naburige gemeenten te voorkomen (geluiden die tijdens het onderzoek ook zijn geventileerd).

Het initiatief van VNG en Aedes om een slimmere gecombineerde inzet van Wmo-middelen en investeringen van corporaties te stimuleren wordt door TNO onderschreven. Proactief investeren in complexmatige, lange termijnoplossingen, onder het terugdringen van ad hoc investeringen in individuele woningaanpassingen zou per saldo tot een effectievere inzet van middelen kunnen leiden.

#### Samengevat

De realisatie en financiering van rolstoeltoe/door gankelijke woningen die geschikt zijn voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, regie over het eigen leven en een zorgvraag op afroep (al dan niet in de vorm van ADL-clusters) zal vooral een gezamenlijke taak zijn/blijven van corporaties en gemeenten. Bij corporaties lijkt de bereidheid aanwezig om onrendabel te investeren, maar daar zit een grens aan. Corporaties willen of kunnen niet altijd de onrendabele investering volledig voor eigen rekening en risico nemen. Een aantal corporaties geeft aan dat de grens, gezien de ongunstige financiële situatie waarin ze momenteel verkeren, bereikt is. Andere corporaties houden de mogelijkheid van onrendabele investeringen



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
40 / 39

in ADL-clusters of vergelijkbare huisvesting open, zij het onder voorwaarde dat de lasten en risico's gedeeld worden met andere partijen (de gemeente).

Gemeenten lijken hun Wmo-taak over het algemeen serieus te nemen en lijken daartoe op landelijk niveau over voldoende financiële armslag te beschikken. Niettemin zijn er ook diverse negatieve ervaringen met de bereidheid van gemeenten om (financieel) bij te dragen aan de realisatie van rolstoeltoe/doorgankelijke woningen voor de doelgroep.

VNG en Aedes zijn zich bewust van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en corporaties voor toekomstbestendige huisvesting in het algemeen en die voor mensen met zorgvragen in het bijzonder. Er worden diverse initiatieven genomen om die gezamenlijke verantwoordelijkheid op lokaal en regionaal niveau bij betrokken partijen te stimuleren. Praktijkvoorbeelden van woonvisies en prestatieafspraken tussen gemeenten en corporaties illustreren dat die verantwoordelijkheid ook wordt opgepakt.

De doelgroep van het onderhavige onderzoek en de daaraan verbonden specifieke woonbehoefte blijven daarbij echter tot nu toe onderbelicht.

Aandachtspunten als het beter in kaart brengen van de huidige voorraad rolstoeltoe/doorgankelijke woningen en aanpasbare woningen, het in zichtelijk maken van de specifieke woonbehoefte op gemeentelijk of regionaal niveau van de doelgroep van het onderzoek en een meer verplichtend karakter en een betere financiële verantwoording van prestatieafspraken tussen gemeenten en corporaties, kunnen de realisatie en financiering van geschikte rolstoeltoe/doorgankelijke woningen verder bevorderen.

Een risicofactor voor de totstandkoming van geschikte woonvormen vormt het landelijk gezien beperkte aantal kandidaten voor ADL-clusterwonen of een vergelijkbare setting. Dat vraagt in een aantal situaties eigenlijk om een regionale aanpak, met een grotere kans op 'strategisch gedrag' van gemeenten en corporaties.

De extra investeringen die gemeenten en corporaties moeten opbrengen bij de realisatie van de combinatie rolstoeltoe/doorgankelijke woningen en zorgsteunpunt voor de doelgroep kunnen behoorlijk omlaag worden gebracht door de zorgaanbieder. Deze kan het zorgsteunpunt (of de ADL-unit) en een deel van de technologische voorzieningen financieren via de Beleidsregel zorginfrastructuur van de NZa.





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
41 / 40

## 6. Bevindingen

Onderzocht is hoe de vraag naar en het aanbod van ondersteuning, zorg en (woon)voorzieningen vanuit de Wmo en de AWBZ voor mensen met lichamelijke beperkingen zich op dit moment en in de toekomst tot elkaar verhouden. De concrete doelgroep van het onderzoek wordt gevormd door mensen die vanwege matige of ernstige beperkingen in motoriek, mobiliteit en/of ADL, niet primair veroorzaakt door ouderdom, zijn aangewezen op enige vorm van professionele ondersteuning of zorg en een aangepaste woonomgeving. Vanwege de onderzoeksvragen van het ministerie van VWS ging de aandacht in het onderzoek vooral uit naar de omvang, aard en kosten van de aangepaste woonomgeving, met daarbinnen een accent op het concept ADL-clusterwonen.

Het onderzoek leidt tot de volgende bevindingen.

### Algemeen

- De oorzaak van de beperking zegt doorgaans weinig over de mogelijke zorgvragen.
- De aard van de beperkingen zegt meer over de zorgvraag. Er kan sprake zijn van uitsluitend lichamelijke beperkingen ten gevolge van aangeboren of verworven aandoeningen met een constant, degeneratief of progressief verloop. Al deze lichamelijke beperkingen kunnen echter ook voorkomen in combinatie met psychosociale, psychiatrische of cognitieve problematiek of in combinatie met verstandelijke of zintuiglijke beperkingen.
- De zorgvraag wordt verder voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin de gehandicapte in staat is regie over zijn of haar eigen leven te voeren of in staat is dit te leren, en door de mate waarin sprake is van zelfwerkzaamheid en van acceptatie van de handicap.
- Zorg- en ondersteuningsvragen gerelateerd aan lichamelijke beperkingen die een professionele invulling vergen zullen voornamelijk vanuit de Wmo en de AWBZ worden beantwoord.
- De ondersteuning of zorg kan bestaan uit (een combinatie van) hulpmiddelen, assistentie bij Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, hulp bij het huishouden, tijdelijke opvang / logeren of training voor zelfstandig wonen.

### Aangepaste woonomgeving: vraag en aanbod

- Ongeveer 40% van de zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen tussen de 15 en 64 jaar heeft een of meer aanpassingen of hulpmiddelen in huis die onder de Wmo vallen. De meeste woningaanpassingen hebben betrekking op voorzieningen voor wassen, kleden, toiletgang en zich kunnen verplaatsen. In 2006 vonden (toen nog onder de Wvg) 69.400 nieuwe woningaanpassingen plaats, waarvan er ruim 21.000 (30%) bestemd waren voor mensen tot 65 jaar. Vergelijkbare cijfers over woningaanpassingen in de afgelopen jaren, na de overgang van de Wvg naar de Wmo, zijn niet beschikbaar gekomen.
- ADL-clusterwoningen zijn bedoeld voor mensen met een ernstige lichamelijke beperking en regie over het eigen leven, die onafhankelijk en zelfstandig willen wonen en daarbij behoefte hebben aan



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
42 / 41

een combinatie van een rolstoeltoe/doorgankelijke woning en ADL-assistentie op afroep (24 uur beschikbaar). Verspreid over Nederland zijn er op dit moment circa 100 ADL-clusters, met gemiddeld 14 woningen en in totaal circa 1.300 bewoners. Sinds het jaar 2000 is het aantal bewoners met circa 430 toegenomen en zijn de totale AWBZ-bestedingen aan ADL-clusterwonen meer dan verdubbeld, tot €63,3 mln. in 2008.

- De extramurale AWBZ-zorg in termen van dagactiviteiten LG is de afgelopen jaren gestegen tot ruim 1,9 mln. dagdelen in 2008. De extramurale productie van andere zorgfuncties, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging, voor mensen met LG is in 2008 gedaald ten opzichte van 2007.

Het totale gebruik van professionele extramurale zorg (Wmo en AWBZ) door de doelgroep van het onderzoek is de afgelopen jaren redelijk constant gebleven.

- De totale verblijfs capaciteit voor LG onder de AWBZ op dit moment wordt geschat op circa 5.000 plaatsen, verdeeld over zorgorganisaties die zich uitsluitend of primair richten op mensen met lichamelijke beperkingen (kleine en grote woonvormen) en organisaties die zich primair richten op ouderenzorg, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen of geestelijke gezondheidszorg. De intramurale capaciteit (traditioneel verblijf met behandeling) lijkt over de jaren redelijk constant, de semi-murale capaciteit (verblijf zonder behandeling) is tot nu toe geleidelijk gegroeid.
- Op basis van de beschikbare gegevens en geluiden is door de jaren heen in absolute zin sprake van wachtlijsten voor diverse vormen van zorg en voorzieningen voor mensen met lichamelijke beperkingen (grondslag LG / SOM). Daarbij lijkt echter geen sprake van structureel onacceptabele aantallen wachtenden of wachttijden voor bepaalde zorgvormen of voorzieningen. Signalen van te lange wachttijden aan de vraagkant en leegstand aan de aanbodkant zijn er wel, maar zijn te incidenteel om daaraan algemeen geldende conclusies te verbinden.
- Ook zijn er situaties waarin second best oplossingen worden geaccepteerd, zoals jongeren in verpleeghuizen of verblijf buiten de eigen regio, bij gebrek aan geschikt aanbod in de directe omgeving. Verder is er op onderdelen mogelijk een latente behoefte: potentiële cliënten schrijven zich niet in voor aanbod dat er niet is. Cijfers om te concluderen of en hoe groot deze problemen structureel zijn ontbreken.
- Cijfermatig onderbouwde concrete uitspraken over de aard en omvang van de zorgvraag van de totale doelgroep in de toekomst zijn op basis van het beschikbare materiaal niet goed mogelijk. Bepalende ontwikkelingen als de demografie van de Nederlandse bevolking, de prevalentie/incidentie van ernstige lichamelijke beperkingen en de opvattingen over en het beleid en budget voor de zorg, wijzen per saldo eerder op een afvlakking van de groei of een lichte afname van de zorgvraag onder de doelgroep, dan op een verdere toename.

Aard en kosten van specifieke voorzieningen

- Onder de Wvg, voor woningaanpassingen de voorganger van de Wmo, werd in 2006 €132,1 mln. besteed aan woningaanpassingen, waarvan 12,4% (€16,3 mln.) aan aanpassingen die meer kosten dan €20.400, de zogenaamde dure woonaanpassingen. Welke concrete aanpassingen voor welke concrete bedragen zijn gerealiseerd is niet bekend, evenmin als hoe deze bestedingen zich de afgelopen jaren onder de Wmo verder hebben ontwikkeld.



Datum  
September 2010

Blad  
43 / 42

- Waar woningen die specifiek zijn aangepast of gebouwd voor mensen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen in motoriek, mobiliteit of ADL afwijken van reguliere woningen, is dat voorlop de volgende punten:
  - nul-treden en geen drempels (voor zover dat überhaupt nog als afwijkend benoemd mag worden);
  - (soms) bredere deuren, gangen, galerijen en liften;
  - (soms) schuifdeuren van slaap- naar badkamer;
  - ruimer en aangepast sanitair;
  - aangepaste keukens;
  - (soms) plafondtilliften tussen slaap- en badkamer;
  - domotica: omgevingsbesturingen systemen voor signalering/alarmering/oproep;
  - hoger afwerkingsniveau: steviger materialen en beschermende afwerking.
- Voor vergelijkbare beperkingen en zorgvragen worden zeer uiteenlopende oplossingen gekozen, die lang niet altijd even afwijkend en kostenverhogend zijn ten opzichte van het reguliere. Verder hoeven veel aanpassingen op zich niet kostenverhogend te zijn indien er bij het ontwerpen en bouwen van woningen tijdig rekening mee wordt gehouden. Ook is gebleken dat veel na de oplevering van nieuwbouw of renovatie alsnog noodzakelijke aanpassingen te wijten zijn aan fouten en miscommunicatie tijdens de uitvoering van de bouw.
- Bij de in het kader van het onderzoek bezochte ADL-projecten is het volgende opgevallen.
  - Van de huishoudens in ADL-woningen bestaat bijna 90% uit één persoon, minimaal 25% van de huisvesting bestaat uit vierkamerwoningen en de overige huisvesting uit driekamerwoningen.
  - De extra vloeroppervlakte van ADL-woningen (10 tot 28 m<sup>2</sup>) ten opzichte van referentiewoningen (reguliere, niet ADL-woningen) in de directe omgeving is maximaal 30% en is samen met de bouwkundige aanpassingen verantwoordelijk voor 40 tot 50% van de extra investeringskosten per woning.
  - De gebruiksintensiteit en het gebruiksdoel van de centrale zorgbadkamer in de ADL-unit zijn zeer wisselend, variërend van vijf avonden per week voor (therapeutisch) baden tot continue als opslagruimte/bijkeuken.
  - De afwijkende beukmaat voor ADL-woningen, die het gevolg is van het programma van eisen, kan een complicerende factor zijn bij het ADL-proof maken van nieuwe en bestaande woningen.
- Een ADL-cluster (totale woningaanpassingen en ADL-unit) kost gemiddeld ruim €66.000, inclusief BTW, prijspeil 2008, per ADL-woning extra ten opzichte van een vergelijkbare niet-ADL-woning. Dat bedrag bestaat uit ruim €30.000 (46%) aan grond- en bouwkosten van de extra vloeroppervlakte en aan bouwkundige aanpassingen, ruim €20.000 (31%) aan inbouwvoorzieningen en ruim €15.000 (23%) aan kosten van de ADL-unit.
- Voor een intramurale verblijfsplaats van 65 m<sup>2</sup> werd ten tijde van het bouwregime een investeringkader gehanteerd van maximaal circa €149.000, inclusief voorzieningen voor domotica en klimaatbeheersing en circa €19.000 aan grondkosten (inclusief BTW, prijspeil 2008). De laatste onder het bouwregime gerealiseerde intramurale voorziening is binnen dit kader (exclusief grond, die reeds in eigendom was) gerealiseerd. Bij de  $\alpha$  voorziening heeft de zorgaanbieder er uit oogpunt van kwaliteit en toekomstbestendigheid van de appartementen voor gekozen om van een grotere vloeroppervlakte per plaats uit te gaan.



Datum  
September 2010

Blad  
44 / 43

## Financiering

- Woningaanpassingen bij 'regulier' zelfstandig wonen lopen via de Wmo (al dan niet met een eigen bijdrage van de bewoner). Aanvragen voor Wmo-ondersteuning (in welke vorm dan ook, dus ook woningaanpassingen) worden in verreweg de meeste gevallen gehonoreerd (90,5% in 2006 onder de Wvg en ten minste 75% van de woonvoorzieningen in 2008 onder de Wmo).
- Bij AWBZ-verblijf is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor passende huisvesting en ontvangt daarvoor, binnenkort in de vorm van de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent (NHC), een vergoeding uit de AWBZ-pot. Die vergoeding zal gebaseerd zijn op het huidige kwaliteitsniveau, met voor de verblijfsfunctie, het wonen, een bruto vloeroppervlakte tot 65 m<sup>2</sup> per cliënt. Het staat de zorgaanbieder vrij een grotere oppervlakte of een hoger kwaliteitsniveau te realiseren, maar hij krijgt daarvoor geen hogere vergoeding vanuit de AWBZ. Vaak is de cliënt ook bij AWBZ-verblijf een eigen bijdrage verschuldigd.
- De financiering van rolstoeltoe/doorgankelijke woningen die geschikt zijn voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, regie over het eigen leven en een zorgvraag op afroep (al dan niet in de vorm van ADL-clusterwoningen) zal vooral een gezamenlijke taak zijn/blijven van corporaties en gemeenten.
- Bij corporaties lijkt de bereidheid aanwezig om onrendabel te investeren, de mate waarin varieert. Corporaties willen of kunnen de onrendabele investering niet altijd volledig voor eigen rekening en (leegstands)risico nemen. Een aantal corporaties heeft aangegeven nog steeds open te staan voor de realisatie van ADL-clusters (of gelijkwaardige voorzieningen). Andere corporaties zeggen af te haken, gezien de minder gunstige financiële situatie waarin ze momenteel verkeren (genoemd zijn de vennootschapsbelasting, de prachtwijken, de teruggevallen woningmarkt, de economische crisis en de lastiger en duurder geworden financiering).
- Gemeenten lijken hun Wmo-taak over het algemeen serieus te nemen en lijken daartoe op landelijk niveau over voldoende financiële armslag te beschikken. Sommige gemeenten dragen bij aan de realisatie van rolstoeltoe/doorgankelijke woningen door een aangepast (zorg)tarief voor grond of vanuit een specifiek fonds voor bijzondere woonvoorzieningen. Niettemin zijn er ook diverse negatieve ervaringen van corporaties en zorgaanbieders met de bereidheid van gemeenten om (financieel) bij te dragen aan de realisatie van rolstoeltoe/doorgankelijke woningen voor de doelgroep. Mogelijke factoren die dit het verschil tussen het macro- en het microbeeld mede bepalen zijn het feit dat de uitvoering van de Wmo op het niveau van de gemeenten ligt (die daarmee dus verschillend kunnen omgaan), de verdeling van het macrobudget over de gemeenten en de mogelijke angst bij individuele gemeenten voor een aanzuigende werking op ADL-clusterbewoners uit naburige gemeenten zonder (draagvlak voor een) ADL-cluster.
- VNG en Aedes zijn zich bewust van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en corporaties voor toekomstbestendige huisvesting in het algemeen en die voor mensen met zorgvragen in het bijzonder. Er worden diverse initiatieven genomen om die gezamenlijke verantwoordelijkheid op lokaal en regionaal niveau bij betrokken partijen te stimuleren. Praktijkvoorbeelden van woonvisies en prestatieafspraken tussen gemeenten en corporaties illustreren dat die verantwoordelijkheid ook wordt opgepakt als het gaat om wonen voor senioren en 'de gemiddelde rolstoelgebruiker'. De doelgroep van het onderhavige onderzoek en de daaraan verbonden woonbehoefte, die net een niveau hoger/specifieker ligt, blijven daarbij echter tot nu toe onderbelicht.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
45 / 44

- Het initiatief van VNG en Aedes omeent slimmere gecombineerde inzet van Wmo-middelen en investeringen van corporaties te stimuleren wordt door TNO onderschreven. Proactief investeren in complexmatige, lange termijnoplossingen, onder het terugdringen van ad hoc investeringen in individuele woningaanpassingen zou per saldo tot een effectievere inzet van middelen kunnen leiden.

In antwoord op de onderzoeksvraag naar de discrepantie tussen vraag naar en aanbod van ADL-clusterwoningen of daaraan gelijkwaardige voorzieningen

- Verspreid over Nederland zijn er op dit moment circa 100 ADL-clusters, met gemiddeld 14 woningen en in totaal circa 1.300 bewoners. Een globale indicatie wijst erop dat er in Nederland tussen de 2.000 en 2.750 mensen zijn die qua zorgvraag en woonbehoefte vergelijkbaar zijn met de huidige groep van ADL-clusterbewoners. Op basis van de beschikbare informatie over vraagdeterminanten is er geen aanleiding te veronderstellen dat dit aantal noemenswaardig zal toe- of afnemen. Dat slechts de helft van dit potentieel (48%, ofwel 703 geïndiceerde nieuwe kandidaten voor ADL-clusterwoningen) op de wachtlijst staat is mogelijk te verklaren door bijvoorbeeld onbekendheid met het concept van ADL-clusterwoningen (tijdens het onderzoek ook door diverse woningcorporaties genoemd) of de aanwezigheid van acceptabel alternatief woon- en zorgaanbod.
- De wachtlijst van 703 nieuwe kandidaten duidt wel op enig tekort aan ADL-woningen of daarmee vergelijkbare woonvoorzieningen. Op basis van de beschikbare informatie over deze wachtlijst is lastig aan te geven hoe groot en urgent de daadwerkelijke behoefte is.
- Wat betreft de mogelijke aanwezigheid van acceptabele alternatieven voor ADL-clusterwoningen, is het niet gelukt zicht te krijgen op het aantal voor de doelgroep geschikte rolstoelwoningen in Nederland buiten het ADL-clustercircuit. Oorzaken daarvan zijn de beperkte informatie over de rolstoeltoegankelijkheid en aanpasbaarheid van de bestaande woningvoorraad, de uiteenlopende registratie-, classificatie- en keurmerksystemen die worden gehanteerd voor het benoemen van rolstoeltoegankelijke woningen en het feit dat gemeenten en corporaties niet altijd een onderscheid hanteren tussen standaard rolstoeltoegankelijke woningen voor senioren en 'de gemiddelde rolstoelgebruiker', en het voorzieningenniveau van de doelgroep van dit onderzoek, dat net iets specifieker ligt.

In antwoord op de onderzoeksvraag of ADL-clusters of daaraan gelijkwaardige voorzieningen zonder de afgeschafte bouwsubsidies daadwerkelijk zullen worden gerealiseerd

- Op zich lijken de voorwaarden voor de realisatie van ADL-clusters of daaraan gelijkwaardige voorzieningen aanwezig:
  - er zijn corporaties en gemeenten die, weliswaar onder voorwaarden, bereid zijn te participeren in dergelijke projecten;
  - op landelijk niveau hebben gemeenten voldoende financiële armslag;
  - er zijn aanvullende mogelijkheden om kosten te besparen of te dekken (zoals de Beleidsregel zorginfrastructuur).
- Daar tegenover staat dat er geen garanties zijn dat de clusters (of alternatieven) ook daadwerkelijk tot stand komen. Er zijn ook corporaties en gemeenten bij wie de mogelijkheden en/of de bereidheid niet of minder aanwezig zijn. Diverse corporaties beroepen zich daarbij op hun huidige ongunstige financiële positie, die grenzen stelt aan onrendabel investeren, en op de hoge eisen en



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
46 / 45

beperkte flexibiliteit van de zorgpartner. Ten aanzien van gemeenten zijn er geluiden van strategisch terughoudend gedrag, ter voorkoming van een aanzuigende werking op Wmo-gebruikers vanuit buurgemeenten.

- Een risicofactor voor de totstandkoming van geschikte woonvormen vormt verder het landelijk gezien beperkte aantal kandidaten voor ADL-clusterwonen of een vergelijkbare setting. Dat vraagt in een aantal situaties eigenlijk om een regionale aanpak, met als complicerende factoren een groter aantal partijen en belangen.
- Aandachtspunten uit het onderzoeksrapport die een stimulerende werking op de daadwerkelijke realisatie van ADL-clusters of gelijkwaardige voorzieningen kunnen hebben zijn de volgende:
  1. het huidige concept ADL-clusterwonen zou beter gepromoot kunnen worden en nog flexibeler kunnen worden ingevuld: de omvang en reikwijdte van het zorgaanbod kunnen vergroot worden, de schaalgrootte, reikwijdte en exploitatiebaarheid van de ADL-unit kunnen worden opgevoerd en corporaties waarderen een flexibele houding ten aanzien van het programma van eisen voor ADL-clusterwoningen. (Het met de afschaffing van de bouwsubsidies vervallen van de formele status van het programma van eisen voor ADL-clusters biedt daarvoor ook ruimte.)
  2. De extra investeringen die gemeenten en corporaties moeten opbrengen kunnen beperkt worden door het zorgsteunpunt (al dan niet in de vorm van de ADL-unit) en technologisch voorzieningen te financieren via de Beleidsregel zorginfrastructuur van de NZa.
  3. Corporaties en gemeenten kunnen de huidige voorraad roloetoe/doorgankelijk aanpasbare woningen beter in kaart brengen, de specifieke woonbehoefte van de doelgroep op lokaal/regionaal niveau beter inzichtelijk maken en prestatieafspraken een meer verplichtend karakter en een betere financiële verantwoording geven.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
47 / 46

## Ondertekening

Utrecht, september 2010

TNO Bouw en Ondergrond

Namen en functies van de projectmedewerkers:

Frank ten Voorde

Willeke van Staalduinen

Peter Brouwers

Namen van instellingen waaraan een deel van het onderzoek is uitbesteed:  
n.v.t.

Datum waarop, of tijdsbestek waarin, het onderzoek heeft plaatsgehad:  
Juni 2009 – september 2010

Naam en paraaf tweede lezer:

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials and a surname, positioned above a horizontal line.

Dr. J.H.M. Nuiten

Ondertekening:

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'F' and 'V' followed by the name 'ten Voorde'.

F.J.J. ten Voorde  
projectleider

Goedgekeurd door:

A handwritten signature in black ink, featuring a circular initial and a surname, positioned above a horizontal line.

Dr. F. Bisschop  
Hoofd VenM, Centrum Zorg en Bouw



Datum  
September 2010

Blad  
48 / 47

## Onderzoeksopdracht ministerie VWS d.d. 10 juni 2009

## BIJLAGE I



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het bestuur van  
TNO Bouw en Ondergrond  
Postbus 6012  
3600 LA Delft

TNO Bouw en Ondergrond Nr	110
Te behandelen door	Kopie van MVE SCH KVS
Ingekomen	11 JUNI 2009
Opmerkingen:	
Dossier	C2B

Datum 10 JUNI 2009

Betreft Onderzoeksvraag aan Centrum Zorg en Bouw

Geacht bestuur,

In het kader van de 25 april 2008 getekende samenwerkingsovereenkomst heeft het Centrum Zorg en Bouw een jaarprogramma 2009 opgesteld. Onderdeel van de activiteiten die u lopende het jaar zult uitvoeren, is het kaart brengen van de zorgvraag en aanbod van voorzieningen op het gebied van de gehandicaptenzorg (project Horizon voor de gehandicaptenzorg). Graag verzoek ik u hierbij met prioriteit aandacht te schenken aan voorzieningen voor mensen met een lichamelijke beperking. Ik verzoek u hierbij onderstaande onderzoeksvragen te betrekken.

Uw onderzoek is zeer relevant voor een actuele beleidsvraag die is ontstaan na het vervallen van de subsidieparagraaf "Bouw van ADL-clusters" in de regeling subsidies AWBZ. In de brief aan van 2 december jl. (26631, nr. 286) is de Tweede Kamer namelijk een onderzoek in het voorzicht gesteld naar de gevolgen van de beëindiging van de genoemde subsidieparagraaf. Het toegezegde onderzoek dient een antwoord te geven op de vraag in hoeverre er discrepantie is tussen vraag en aanbod van ADL-clusterwoningen of voorzieningen die daar aan gelijkwaardig zijn. Voorts is een onderzoeksvraag of verwacht mag worden dat dergelijke voorzieningen zonder bouwsubsidie daadwerkelijk zullen worden gerealiseerd. Het onderzoek zal een onderbouwing opleveren voor de beslissing om de bouw van ADL-clusterwoningen of daaraan gelijkwaardige voorzieningen verder te stimuleren. Voor verdere achtergrondinformatie en een uitgebreide omschrijving van de onderzoeksvragen verwijs ik u naar bijlage 1.

Ik vind het zeer wenselijk dat het onderzoek wordt uitgevoerd in overleg met een door u in te stellen beleidsinrichtingsteam. Inmiddels hebben naast de ministeries van VWS en WWI ook het CVZ, Acties en aanbidders van ADL assistente bereidheid getoond in een commissie zitting te nemen.

Met vriendelijke groet,

de directeur Langdurige Zorg,

Iris van Rooijen

Directie Langdurige Zorg

Bezoekadres:  
Postbus 1448 5  
2611 WK Delft  
T 06-146 6412  
F 06-146 6434  
www.tnovo.nl

Inlichtingen bij:  
i.e. van der Breg  
i.e.d. breg@tnovo.nl  
T 070 346 6638

Ons kenmerk  
M/2011-2976212

Bijlagen  
1

Uw brief

Gedownload door de afzender van de afzender of het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.





Datum  
September 2010

Blad  
49 / 48

## Ontwikkelingen in aandoeningen en oorzaken van LG BIJLAGE II

Over enkele concrete aandoeningen c.q. oorzaken van ernstige lichamelijke beperkingen zijn gegevens verzameld die iets zeggen over de prevalentie en incidentie. Deze gegevens leveren per aandoening of oorzaak slechts beperkte en weinig concrete informatie op over de ontwikkelingen van de toekomstige zorgvraag van de doelgroep van het onderzoek. Wel maken ze inzichtelijk dat veel aandoeningen en oorzaken zich in de toekomst vaker zullen aandienen. Meestal zijn de vergrijzing en leefgewoonten daar debet aan en zullen de gevolgen in termen van zorgvragen vooral op ouderenzorg gaan drukken.

### ? Multiple Sclerose (MS)

Ongeveer 16.000 mensen in Nederland hebben MS. De prevalentie van MS is tussen 1990 en 2004 gestegen met bijna 100% (mannen) en bijna 50% (vrouwen). Als gevolg van demografische ontwikkelingen wordt van 2005 tot 2025 een geringe verdere toename verwacht van 4,2%. De sterfte aan MS is tussen 1980 en 2006 voor vrouwen gemiddeld ongeveer gelijk gebleven en voor mannen licht gedaald (RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2009).

Uit de verdeling van de kosten voor MS over diverse zorgsectoren volgt dat vanuit de meeste kosten opgaan aan ouderen- en ziekenhuiszorg en aan genees- en hulpmiddelen.

Een aantal mensen met MS zal vroeg of laat tot de doelgroep van het onderzoek gaan behoren. Dat aantal kan op basis van het voorgaande licht toenemen.

### ? Beroerte (CVA)

Tussen 1990 en 2004 is de prevalentie van beroerte sterk toegenomen. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen verwacht het RIVM (Nationaal Kompas Volksgezondheid 2010 (NKV)) tot 2025 een stijging van het absolute aantal personen met een beroerte met bijna 44%. Het NKV geeft geen absolute aantallen. Moeilijk voorspelbare andere invloeden op het aantal beroertes, zoals rook-, eet- en bewegingsgedrag zijn in deze prognose niet meegenomen. Er zullen meer mensen zijn met hartziekten, die bovendien langer blijven leven, waardoor de kans op beroertes toeneemt. Ook dit effect is niet te concretiseren, aldus het NKV.

Verreweg de meeste zorgkosten voor mensen met een beroerte worden gemaakt in de ziekenhuizen (eerste behandeling) en de ouderenzorg (revalidatie of permanent verblijf). Een derde van de mensen met een beroerte stroomt vanuit het ziekenhuis uit naar een verpleeg- of verzorgingshuis, ruim 40% gaat terug naar huis.

Welk effect deze ontwikkelingen hebben op de zorgvraag onder de doelgroep van dit rapport is niet concreet aan te geven, de meeste gevolgen van een toenemende zorgvraag zullen binnen de ziekenhuis- en de ouderenzorg merkbaar zijn.

### ? Reuma

In 2003 waren er circa 150.000 mensen in Nederland met Reumatoïde Artritis (AR), er kwamen dat jaar bijna 17.000 nieuwe gevallen van AR bij (NKV 2010). De prevalentie van AR is begin jaren negentig van de vorige eeuw gestegen en sinds eind jaren negentig vrijwel constant gebleven. Door bevolkingsgroei en vergrijzing zal naar verwachting het absolute aantal personen met RA tot 2020 met 22% stijgen.

Ook hier is het effect van de ontwikkelingen op de zorgvraag onder de doelgroep van dit rapport niet concreet aan te geven, te meer daar geen gegevens zijn gevonden/verzameld over de leeftijdsopbouw van



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
50 / 49

mensen met RA. Niet onwaarschijnlijk is dat veel gevolgen van een toenemende zorgvraag binnen de ziekenhuis- en de ouderenzorg merkbaar zullen zijn.

#### ? Dwarslaesie

Over het aantal mensen in Nederland met een dwarslaesie zijn geen cijfers aangetroffen, evenmin over het eventuele aantal mensen dat naar aanleiding van een dwarslaesie een beroep doet op Wmo-voorzieningen of AWBZ-zorg, al dan niet in een aangepaste woonomgeving. Volgens de Dwarslaesie Organisatie Nederland komen er per jaar 400 tot 500 dwarslaesies bij ten gevolge van verkeersongevallen (35% van de incidentie) ziekte en/of medische behandeling (18%), sport- of bedrijfsongevallen (respectievelijk 15% en 13% en overige oorzaken (19%). De gemiddelde leeftijd waarop een dwarslaesie zich voordoet is 39 jaar, de voornaamste beperkende verschijnselen naast verlamming zijn gezondheidsproblemen (94% van de mensen met een dwarslaesie), spasmen (69%) en pijn (61%).

Er is geen informatie gevonden die aanknopingspunten biedt voor de verwachting of dwarslaesies in de toekomst meer of minder gaan voorkomen en met welke gevolgen voor de vraag naar Wmo-voorzieningen of AWBZ-zorg.

#### ? Artrose

Artrose of gewichtsslijtage komt met name voor bij ouderen en kan het dagelijks functioneren aanzienlijk beïnvloeden vanwege pijn, stijfheid en beperkingen in het bewegen. Begin 2007 hadden ongeveer 650.000 mensen in Nederland artrose (NKV 2010). Er kwamen in dat jaar ongeveer 105.000 nieuwe gevallen bij. De periode 1990 – 2007 toont een toenemende prevalentie, de incidentie over dezelfde periode is redelijk constant. Artrose manifesteert zich beperkt in de leeftijd van 25 tot circa 50 jaar. Prevalentie en incidentie blijken op hogere leeftijd onevenredig toe te nemen. Het absolute aantal mensen met artrose stijgt tot 2040 naar verwachting met 52% op basis van demografische ontwikkelingen. Als ook (ernstig) overgewicht blijft stijgen, zal dat percentage hoger liggen.

Gezien de vaak hoge leeftijd waarop artrose zich manifesteert, zullen ook in dit geval de meeste gevolgen van een toenemende zorgvraag binnen de ziekenhuis- en de ouderenzorg worden opgevangen.



Datum  
September 2010

Blad  
51 / 50

## Beschrijving van bezochte huisvestingsprojecten BIJLAGE III

---

### Katwijk – RVC (Het Raamwerk): AWBZ- en ADL woningen in de woonwijk

---

Het Raamwerk heeft op de locatie Katwijk in 2008/2009 nieuwbouw gerealiseerd voor 80 AWBZ plaatsen en 6 plaatsen ADL-wonen. Beide soort woningen zijn in een woonwijk opgenomen met zorgwoningen en niet-zorgwoningen naast elkaar. Van buiten is het onderscheid niet of nauwelijks zichtbaar. Bij het



Straatbeeld nieuw woonwijk in Katwijk

binnengaan van de woningen wordt aan voorzieningen als automatische deuropeners of de breedte van de voordeur soms zichtbaar dat het een zorgwoning zou kunnen zijn. Voor het AWBZ-verblijf zijn via het bouwregime zorgappartementen van 40 tot 60 m<sup>2</sup> nuttige vloeroppervlakte gerealiseerd. De ADL-clusterwoningen hebben een oppervlakte van ca. 85 m<sup>2</sup> nuttig (105 m<sup>2</sup> bvo). Hierbij is uitgegaan van het programma van eisen voor clusterwoningen. Het betreft driekamerwoningen. Bij Het Raamwerk is alleen sprake van éénpersoonshuishoudens in die woningen. De derde kamer is dan wel handig als bijvoorbeeld logeer- of hobbykamer, maar geen

harde noodzaak.

Het lijkt dat de keuze tussen zelfstandig wonen met extramurale zorg, ADL-clusterwonen, en intramuraal verblijf door meerdere factoren wordt bepaald. De aard en ernst van de problematiek is niet altijd doorslaggevend, ook de emotionele toestand en de financiële situatie van de cliënt spelen een grote rol.

Het voorzieningenniveau voor AWBZ-verblijf en ADL-clusterwonen is in algemene zin, dus los van op de individuele bewoner toegesneden aanpassingen, goed vergelijkbaar. Bevestigd wordt dat veel aanpassingen ten opzichte van reguliere woningbouw nauwelijks extra moeite, tijd of geld kosten, mits die aanpassingen tijdig worden meegenomen in het ontwerp en de uitvoering (voorbeelden: geen drempels, positie schakelaars en stopcontacten, manier waarop de ramen open gaan). Extra kosten zijn welgemeind met: bredere deuren, verzwaard hang- en sluitwerk,



Woonblok in de duinen

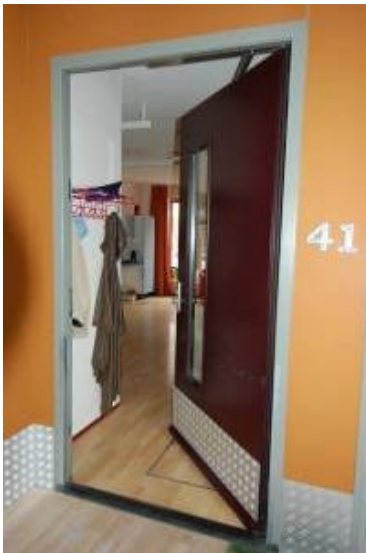


**Datum**  
September 2010

**Blad**  
52 / 51

automatische deuropeners, aangepast sanitair, aangepast keukenblok, stootvast materialen, steviger binnenwanden, domotica en eventuele vaste tilliftsystemen.

Domotica voorzieningen worden steeds meer toegepast. Zo is bijna alles in huis relatief eenvoudig elektronisch op afstand bedienbaar te maken: deuren, gordijnen, apparatuur enz. Ook oproep- of uitluister systemen zijn niet meer bijzonder ten opzichte van wat al langer gangbaar is in de zorg.



Brede deur met deurmotor



Plafondtilliftsysteem van slaapkamer naar badkamer



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
53 / 52

---

## Amsterdam – Park De Meer (Osira Groep) ADL cluster

---

Twee woningbouwcorporaties (Ymere en De Alliantie) verhuren twintig rolstoeltoegankelijke woningen aan mensen met een lichamelijke beperking. De driekamerappartementen hebben een bruto vloeroppervlakte van ca. 120 m<sup>2</sup>. Een aantal hoekwoningen heeft een ruim eigen balkon. De appartementen worden verhuurd als sociale woningbouw. De appartementen liggen verspreid over de woonwijk tussen reguliere woningbouw. Daarnaast is een ADL-unit aanwezig van waaruit ondersteuning/zorg wordt geboden.



Onderrijdbaar keukenblad in rolstoel toegankelijke woning



Straatbeeld Park De Meer

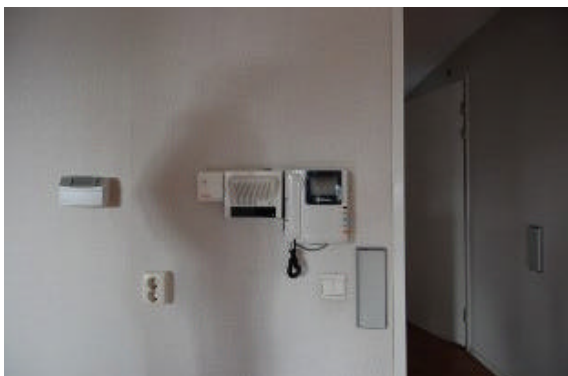
Sommige bewoners hebben naast lichamelijke beperkingen ook psychiatrische problemen. Dat formeel alleen ADL-assistentie wordt geboden levert in de praktijk weleens lastige afwegingen op. Omdat de organisatie Osira alle vormen van AWBZ-zorg levert, is het pakket gelukkig binnen de eigen organisatie uit te breiden met extra murale belendende zorgvormen.



Datum  
September 2010

Blad  
54 / 53

Alle 20 woningen zijn bewoond door mensen met LG, in twee woningen woont een stel, de overige woningen voeren eenpersoons huishoudens. Er is weinig verloop en er is een wachtlijst. De woningen zijn slechts beperkt aangepast voor LG c.q. wijken slechts beperkt af van reguliere eenpersoonswoningen: ruimer sanitair met aangepaste voorzieningen, aangepaste keukenblokken en enige domotica (videofoon, oproep/signalering, deurdrangers e.d, soms met afstandbediening). Opvallend is dat geen extra brede deuren en/of grotere liften zijn toegepast. In de praktijk leidt dat (nog) niet tot problemen. Via de Wmo worden vervoer, scootmobielen en nagelvaste woningaanpassingen geregeld. 'Losse' hulpmiddelen vallen vaak onder de ZVW.



Oproep/signalering en elektrische deurbediening

De cliënten huren de woningen van de corporaties met huursubsidie (kale huurprijs € 600,-). De ADL-unit van circa 80 m<sup>2</sup> huurt Osira. De unit bestaat voornamelijk uit personeelsvoorzieningen (kantoren vergaderruimte). De zorgbadkamer wordt weinig (niet) voor het eigenlijke doel gebruikt en dient vooral als berging. Omdat de ADL-unit los van de woningen is gesitueerd, vereist gebruik van de zorgbadkamer dat bewoners over straat en langs personeelsruimten moeten. Dat gebeurt volgens de medewerkers niet of nauwelijks.

Omdat bewoners soms net iets meer willen of nodig hebben zou een gezamenlijke huiskamer c.q. ontmoetingsruimte een welkome aanvulling zijn.



Op afstand bedienbare toegangsdeur portaal



Op afstand bedienbare toegangsdeur tot woning



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
55 / 54

---

## Amsterdam - Zoelenkerkstraat (Osira groep): ondersteund wonen

---

Onder-de-Pannen is een woonconcept van woningbouwvereniging Stadgenoot in samenwerking met OsiraGroep voor comfortabel en veilig wonen. Rond een gezamenlijke tuin bestaat het wooncomplex Zoelenkerkstraat in Amsterdam Osdorp uit particuliere huur- en koopwoningen, wibo-woningen, groeps woningen en rolstoeltoegankelijke appartementen.



Gezamenlijke binnentuin complex Zoelenkerkstraat

De tweekamerappartementen zijn circa 100 m<sup>2</sup> groot. De woonkamer is zeer ruim, er is een open keuken en een zogenaamd Frans balkon (openslaande deuren). De woningen zijn volledig rolstoeltoegankelijk voorzien van diverse technische voorzieningen en hulpmiddelen, zoals elektrisch bedienbare deuren, inbraak- en brandbeveiliging en omgevingsbesturing voor onder andere de deuren, radio/tv, computer en verlichting. Vanuit de woning kan de cliënt met het alarm- en intercom systeem rechtstreeks contact leggen met de medewerker in het zorgsteunpunt. De appartementen worden verhuurd als sociale

woningbouw. Dit betekent dat in principe huurtoeslag mogelijk is, uiteraard afhankelijk van de financiële situatie van de huurder.

Ondersteuning en zorg worden geboden in de volgende vormen: ADL-assistentie, ambulante woonbegeleiding, activiteitenbegeleiding (allemaal AWBZ) en huishoudelijke hulp (WMO). De cliënten hebben doorgaans een indicatie van minimaal 20 uur tot maximaal 45 uur. Daarboven zijn nog tot ca. 10 additionele uren mogelijk, zodat maximaal ca. 55 uur zorg/ondersteuning kan worden verleend. Om in deze setting de vergelijkbare zorg/ondersteuning te verlenen als in een intramurale setting zijn aanmerkelijk meer uren nodig. Inschatting: zou intramuraal 25 uur nodig zijn dan is in deze extramuraal setting eigenlijk wel 40 uur nodig. De grootste plus voor deze setting is dat het principe van zelfstandig wonen voor de eigenwaarde een niet te onderschatten meerwaarde biedt.

Alle 23 woningen zijn bewoond door mensen met lichamelijke beperkingen, in drie woningen woont een stel, in de overige woningen is sprake van eenpersoons huishoudens. Er is weinig verloop, maar lege plekken zijn moeilijk op te vullen.

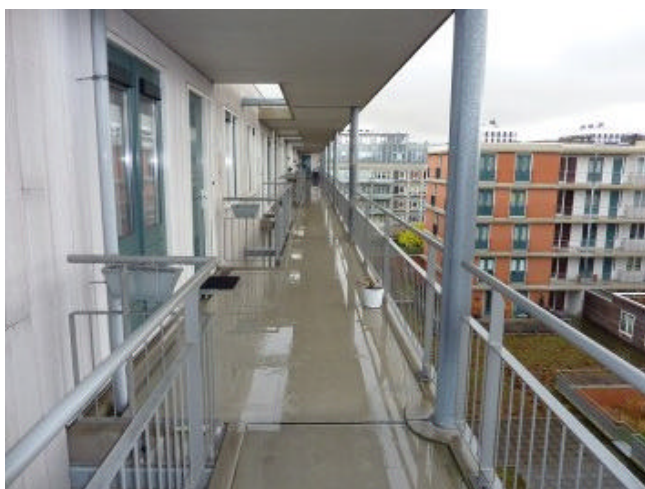
Het project beweegt in zich tussen zelfstandig wonen en intramuraal wonen, maar valt niet onder ADL-clusterwonen. Eigen regievoering door de cliënt is wel een toelatingseis.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
56 / 55

De woningen (3- of 4-kamers, minimaal 85 m<sup>2</sup> nuttig ) waren niet voor zorg gebouwd, maar niet verhuurbaar op de markt. Osira en de corporatie zijn toen dit project gaan opzetten. Niet duidelijk is wie destijds de 'ombouw' naar LG-woningen heeft betaald. Die ombouw betrof vooral de badkamers (groter en aangepaste voorzieningen) en de galerij van de flats (is rolstoelbreed gemaakt).



Extra brede galerij ten behoeve van elektrische rolstoelen



Ruime badkamer met aangepast sanitair

De cliënten huren de woningen van de corporatie, Stadsgenoot, met huursubsidie. Het steunpunt huurt Osira, de ontmoetingsruimte wordt deels gefinancierd vanuit niet-geconsumeerde dagbestedingsuren van de bewoners en deels doordat m<sup>2</sup>'s van de ontmoetingsruimte bij het huurcontract van de woningen zijn opgevoerd.

De exploitatie van dit project is moeilijk rendabel te krijgen. Het exploitatietekort lijkt vooral te worden veroorzaakt doordat onvoldoende inkomsten staan tegenover de personele bezetting (in fte's en opleidingsniveau, waaronder verpleegkundigen), die intensiever is dan bij ADL-clusterwonen. Een denkbare oplossing zou zijn om meer woningen (in het complex van 150 woningen) voor LG te bestemmen, zodat de huidige personele bezetting rendabeler kan worden ingezet.

Een andere oplossing zou kunnen liggen in het uitbreiden van het (zorg)aanbod en het 'werkterrein' met bijvoorbeeld thuiszorg, maar dat vereist afstemming met het Wmo-loket.

De woningen wijken slechts zeer beperkt af van reguliere woningbouw: sanitair en galerij zijn genoemd, verder betreft het de keukenblokken en enige domotica (videfoon, oproep/signalering, deurdrangers e.d., omgevingsbesturing, al dan niet met afstandsbediening).

Opvallend is dat geen extra brede deuren, schuifdeuren of een grotere lift is toegepast. In de praktijk leidt dat (nog) niet tot problemen, hoewel rolstoelen en scootmobielen wel groter worden.

Het steunpunt behelst niet meer dan enige kantoor-/vergader ruimte met pantry en berg-/archief-/kopierruimte. Dit blijkt in de praktijk te voldoen.





**Datum**  
September 2010

**Blad**  
57 / 56



Voordeur tot aangepaste woning



Videofoon, oproep/signalering op de slaapkamer



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
58 / 57

---

## Utrecht - Terwijde (Fokus): ADL-cluster

---

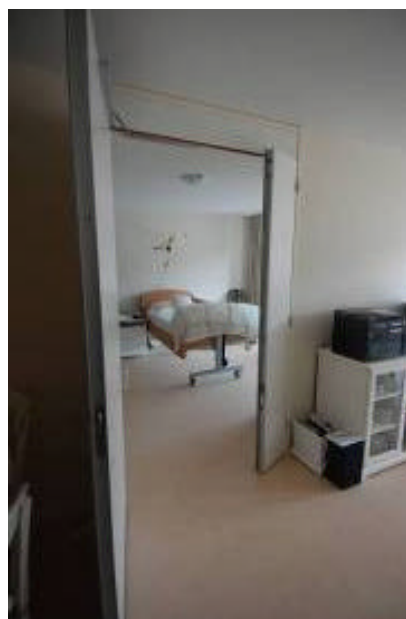
Fokus Utrecht Terwijde is in 2009 opgeleverd en telt op dit moment 11 ruime woningen met drie of vier kamers. De ruime, lichte woningen hebben alle maal een balkon, een eigen invalidenparkeerplaats in de parkeergarage en zijn vanuit een lift direct bereikbaar. Het balkon is toegankelijk vanuit de hoofdslaapkamer en de woonkamer.

In de volgende 2 fasen zullen de overige geplande aangepaste woningen worden opgeleverd evenals de definitieve ADL-unit van waaruit de ondersteuning plaatsvindt waarin een in hoogte verstelbaar bad zal worden geplaatst. Op dit moment is een woning in het complex tijdelijk ingericht als ADL-unit, echter nog zonder badkamer. Voorlopig zullen de huidige ADL-cliënten dus geen gebruik kunnen maken van een centrale, volledig uitgeruste badvoorziening.



Aangepast onderrijdbaar keukenblok

Om privacyredenen zijn de aangepaste woningen zo ontworpen dat ADL-assistenten vanuit de entreehal rechtstreeks toegang hebben tot de badkamers van daaruit tot de hoofdslaapkamer. Daarvoor is de badkamer zowel vanuit de hoofdslaapkamer als vanuit de entreehal of woonkamer toegankelijk gemaakt. Op deze wijze hoeft de ADL-assistent niet noodzakelijkerwijs door de woonkamer om assistentie te verlenen. Deze eis is opgenomen in het Programma van eisen en besteksbepalingen voor ADL-clusterprojecten.



Toegang vanuit de woonkamer  
tot de hoofdslaapkamer



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
59 / 58



Centrale installatie in ADL-unit van  
het Alarm Intercom Systeem



Appartementengebouw in Terwijde  
met onder andere ADL-woningen



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
60 / 59

---

## Houten - Schonauwen (Fokus): ADL-cluster

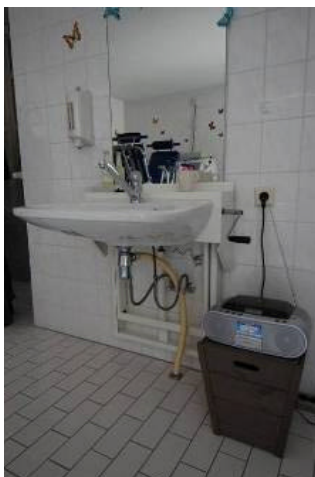
---

Fokus Houten Schonauwen omvat twaalf eengezinswoningen, verspreid over drie woonerven in een woonwijk aan de rand van het dorp nabij de rondweg. Het oude centrum ligt op een kwartier afstand (met de rolstoel). Alle ADL-woningen zijn grondgebonden en hebben een eigen tuin. Van de twaalf ADL-woningen worden er op dit moment twee door een meerpersoonshuishouden bewoond, de overige 10 woningen door één persoon. De woningen zijn aan de buitenzijde niet herkenbaar als ADL-woning.

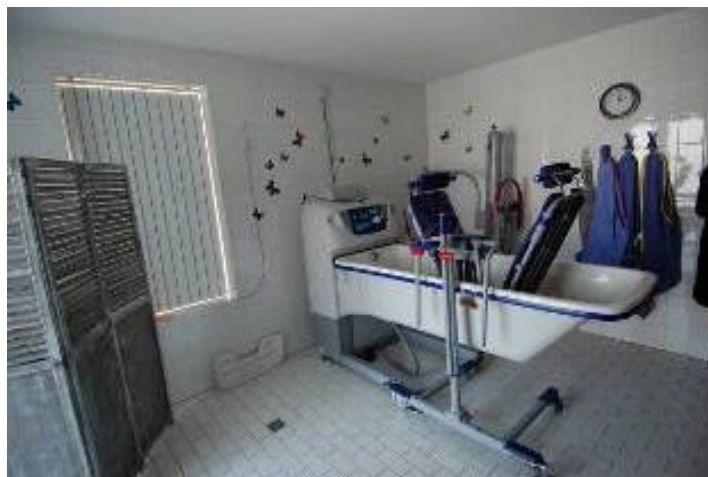


ADL-woningen in Houten

De ADL-eenheid is ondergebracht in een vergelijkbare woning met een aangepaste indeling voor de specifieke functies als kantoor en badkamer met hoog-laag-bad. De badvoorziening in de ADL-eenheid wordt bij Schonauwen intensief gebruikt (5 tot 10 keer per week).



In de ADL-unit: wastafel .....



.....en bad in hoogte verstelbaar



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
61 / 60



In hoogte verstelbaar keukenblok



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
62 / 61

---

## Corporaties en aangepaste woningen: Vestia

---

Vestia werkt met 13 woonbedrijven en heeft 75.000 verhuureenheden. Het werkgebied bevindt zich voornamelijk in Rotterdam, Den Haag, Zoetermeer. Vestia richt zich ook op de bouw en verhuur van woningen (met steunpunten) voor bijzondere doelgroepen en werkt hierbij nauw samen met diverse (zorg)instellingen, zoals Zorggroep Rijnmond, Herbergier, Thomashuizen, Pieter van Forreest, voormalige Meavita, Steinmetz Compaan en Fokus.

Samen met Vidomes, VWS, Pieter van Forreest heeft Vestia gewerkt aan het project "Wel thuis". Hierin zijn bestaande 3-kamerwoningen gerenoveerd tot nieuwbouwkwaliteit en geschikt gemaakt voor alle doelgroepen.

Het project Oosterheem in Zoetermeer is nader beschouwd. In dit project (opgeleverd in 2009, 185 woningen) is een met een ADL-clustervergelijkbare woonvoorziening van Steinmetz Compaan opgenomen met een steunpunt (zonder hoog/laagbad) en 16 woningen. Er is bij de investeringen rekening gehouden met een aftoppingsgrens tot een huur van €650. De woningen zijn 77 m<sup>2</sup> NVO en 106 m<sup>2</sup> BVO. Vestia houdt voor dergelijke woningen een beukmaat van 7,8 meter aan. Dit geeft veel mogelijkheden voor een toegankelijke woning. Steinmetz Compaan betaalt de huur voor het hele cluster, hierdoor is formeel geen sprake van scheiden wonen en zorg.

De meerkosten voor het project zijn ca. €400.000 voor 16 woningen, ofwel €25.000 per woning. Dit zijn de directe meerkosten ten opzichte van een standaard opgeleverde Vestia woning, voor extra voorzieningen als automatische deuropener woningentree, brandveiligheidsinstallatie voor minder redzame personen, dect telefonie installatie, schuifdeur tussen badkamer en slaapkamer, onderrijdbare en nastelbare keuken, inductiekookplaat en afzuigkap en de afwerkingen van vloer (marmer) en wanden (glasvezelbehang of spuitwerk).

De gemeente Zoetermeer heeft een grote positieve rol vervuld bij de realisatie van het project Oosterheem. Vanaf het begin is rekening gehouden met het feit dat er zorgwoningen moeten komen en dat maakt de bouw een stuk gemakkelijker. Vestia geeft aan dat in veel gemeenten bij nieuwbouwprojecten overal rekening mee wordt gehouden, maar niet met de komst van de zorg. De rol van de gemeente is essentieel voor het laten ontstaan van zorgsteunpunten.

Opvallend bij het project is dat in de onderbouwing van de meerprijs geen extra m<sup>2</sup>'s zijn opgenomen. De woningen zijn qua oppervlakte blijkbaar gelijk aan de niet aangepaste sociale huurwoning.

Bij de rekenmethodiek van de ADL-clusters worden de extra m<sup>2</sup> (10 m<sup>2</sup> tot 28 m<sup>2</sup> per woning, als mede de m<sup>2</sup> van de ADL-unit) wel standaard doorgerekend, zowel voor de grondkosten als de bouwkosten.

Daarnaast ontbreken er in de onderbouwing zaken als aangepast sanitair, vergrote badkamer met extra tegelwerk etc. Het gehanteerde programma van eisen bij Oosterheem zal vermoedelijk niet geheel overeenkomen met het gehanteerde programma van eisen van ADL-projecten.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
63 / 62

---

## Corporaties en aangepaste woningen: Vidomes

---

Vidomes richt zich met name op huisvesting voor de minder bedeelden van de samenleving, waaronder dak- en thuislozen en zorgvragers.

Vanuit die betrokkenheid met deze groepen is Vidomes in een ADL-clusterproject gestapt, samen met de gemeente. Een project van 90 woningen/appartementen dat in voorbereiding was is daartoe aangepast, zodat in het project 16 ADL-clusterwoningen en een ADL-unit waren in te passen, volledig beantwoordend aan het programma van eisen van ADL-projecten.

Vidomes en de gemeente hebben beide €250.000 ingezet om het liggende ontwerp voor het project aan te passen en ADL-proof te maken.

Vidomes geeft aan dat het aanpassen van woningen voor ADL-cliënten (en andere zorgvragers als gehandicapten en ouderen) niet dramatisch ingrijpend hoeft te zijn, noch qua ontwerp, noch qua bouwkundige voorzieningen, noch qua techniek/domotica.

Bij het onderhavige project is bij de exercitie wel teruggedaan van drie naar twee kamers.

Bovendien probeert Vidomes sowieso zoveel mogelijk de groep bestendig te bouwen, wat makkelijker wordt zolang ook het aantal 'reguliere' kleine en eenpersoons huishoudens blijft toenemen.

De ADL-unit wordt ondergebracht in één woning, waarvoor tussen Vidomes en Fokus een huurprijs van € 650 is overeengekomen. De unit kan eventueel simpel weer worden omgebouwd naar een reguliere woning.



Datum  
September 2010

Blad  
64 / 63

## Classificatie van rolstoelwoningen

## BIJLAGE IV


Gemeenten en corporaties hanteren verschillende systemen om woningen te toetsen en te labelen op toe/doorgankelijkheid. Deze bijlage geeft een kleine indruk.

---


### Pictogrammen / iconen

---


Haaglandse woningcorporaties gebruiken sinds 2007 pictogrammen of iconen om de mate van toegankelijkheid van woningen direct zichtbaar te maken. Het systeem gaat uit van vier classificaties:

1 gelijkvloerse woning 

Een gelijkvloerse woning ligt op de begane grond of is bereikbaar met een lift. Er zijn geen treden die de toegang belemmeren en eventuele drempels zijn terug te brengen tot twee centimeter. Deze woningen zijn uitermate geschikt voor mensen die weliswaar slecht ter been zijn, maar geen hulpmiddelen op wielen nodig hebben.


2 rollatorwoning 

Bij een rollatorwoning zijn de toegangspaden tot het complex en de woning breed. Als er een hellingsgraad is, is deze beperkt. De toegangsdeuren naar het gebouw en de liftdeuren gaan automatisch open. De lift is ruim en voorzien van een leuning. Alle deuren hebben een minimale afmeting zodat een rollator er makkelijk doorheen past.

3 rolstoelwoning 

In een rolstoelwoning hebben alle deuren, gangen en liften een bepaalde minimale breedte en grootte. Daardoor kan zowel in het complex als in de woning gemakkelijk manoeuvreerd worden met een rolstoel.

Bellen, knoppen en brievenbussen zijn laag geplaatst, de badkamer heeft geen douche met verhoogde instap en de keuken is ruim genoeg om een rolstoel te draaien.

4 extra ruime rolstoelwoning 

De extra ruime rolstoelwoning voldoet aan alle voorwaarden van een gewone rolstoelwoning. Daarnaast zijn deze woningen extra ruim. Zo geldt er een minimaal oppervlak voor de woonkamer en de hoofslaapkamer.

Corporatie Vestia wil dit classificatiesysteem uitbreiden met het aangeven van voorzieningen in de buurt, zoals zorg, openbaar vervoer, winkels e.d.

---

### Andere voorbeelden van classificatiesystemen / toetsingskaders (z.o.z.)

---



Rolstoelwoningclassificatie:	Sadsregio Arnhem Nijmegen Handleiding verordening en uitvoeringsdocument, feb. 2010	Amsterdam Toetsingskader rolstoelwoningen, mrt. 2009	Leiden Classificatiesysteem van woningen, RRC, nov. 2005	Woonkeur Handboek Woonkeur, Pluspakket Zorg, dec. 2009	ADL Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL- clusterprojecten, jan. 2007
<b>vergelijking op hoofdlijnen</b>					
<b>woongebouw / -omgeving</b>					
toegangsroutes					
niveaoverschil	= 20 mm of ruimte voor hellingbaan	= 20 mm of ruimte voor hellingbaan	= 20 mm of ruimte voor hellingbaan	= 20 mm of ruimte voor hellingbaan	
opstelruimte bij hellingbaan		= 2000 x 2000 mm			
opstelruimte taxi (busje)		= 8000 mm lengte		= 8500 mm x 3500 mm	
parkeerplaats		= 2000 x 5000 mm, = 25m ingang			
<b>toegang tot woongebouw</b>					
hoogteverschil	= 20 mm	= 20 mm	= 20 mm		= 20 mm
gebruiksvlak weerszijden toegangsdeur	= 2000 x 2000 mm (verhard)	= 2000 x 2000 mm (verhard)	= 2000 x 2000 mm		
vrije doorgang	= 850 mm x 2100 mm (draaideur = 90gr. te openen)		= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)	= 900 mm breed	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)
elektrisch te openen deuren?	verplicht	in de deurdragers		ja, (semi) automatisch	automatisch openen verplicht
<b>toegang tot collectieve ruimten</b>					
gebruiksruimte weerszijden deur	= 1500 x 1500 mm				draaicikel = 1800
vrije doorgang	850 x 2100 mm				= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)
hoogteverschil	= 20 mm				= 20 mm
<b>collectieve ruimten (gangen, galeitjen e.d.)</b>					
vrije doorgang breedte	= 1100 mm		= 1500 mm + passeerstrook	= 900 mm breed = 1800 mm bij woningentree	
<b>lift</b>					
oppervlakte			= 1100 x 2100 mm		= 1050 x 2050 mm
doorgangsbreedte	= 850 mm		= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)		= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)
voorzieningen	openingsstijd deuren = 6 seconden			alam naar bemande post	alternatief bij storing
parkeer ruimte scootmobiel en collectieve verblijfsruimte				= 1/woning, = 900 x 1500 mm (verplicht!) = 12 m <sup>2</sup>	
<b>woning</b>					
<b>algemeen</b>					
gebruiksoppervlakte			= 60 m <sup>2</sup> , 1pers., = 70m <sup>2</sup> , 2pers.		
indicatieve gebruiksopp. 3-kamerwoning		= 95 m <sup>2</sup> (= 3-kamers verplicht)			= 97 m <sup>2</sup> (= 3-kamers verplicht)
indicatieve gebruiksopp. 4-kamerwoning		= 106 m <sup>2</sup>			= 105 m <sup>2</sup>
indicatieve gebruiksopp. 5-kamerwoning		= 117 m <sup>2</sup>			
<b>woningentree</b>					
verhard gebruiksvlak	= 1100 x 1500 mm				
vrije doorgang voordeur en haldeur	= 850 mm	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)		
hoogteverschil	= 20 mm	= 20 mm	= 20 mm		= 20 mm
gebruiksvlak entreeportaal	= 1500 x 1500 mm / 1350 x 1800 mm	= 1500 x 1400 mm / 1200 x 1400 mm	draaicikel = 1750 mm	= 1800 x 1800 mm buiten en binnen	= 5 m <sup>2</sup> = 2700 x 1800 mm
oplaadpunt scootmobiel / rolstoel				(verplicht!) = 900 x 1200 mm	verplicht (evt. als berging)
<b>verkeersruimten</b>					
vrije breedte gangen (met zijdeuren)	= 900 mm (= 1100 mm)		= 1500 mm (A + B = 1950 mm)	= 1000 mm (= 1200 mm)	
vrije doorgang binnendeuren	= 850 mm	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)	= 900 mm (dagmaat = 9500 mm)



Roelstoelwoningclassificatie: vergelijking op hoofdlijnen	Stadsregio Arnhem Nijmegen Handleiding verordening en uitvoeringsdocument, feb. 2010	Amsterdam Toetsingskader rolstoelwoningen, mrt. 2009	Leiden Classificatiesysteem van woningen, RRC, nov. 2005	Woonkeur Handboek Woonkeur, Pluspakket Zorg, dec. 2009	ADL Programma van eisen en bestekbepalingen voor ADL- clusterprojecten, jan. 2007
<b>woonkamer</b>					
oppervlakte	=20 m <sup>2</sup>	=26 m <sup>2</sup> , breedte = 3800 mm	=20 m <sup>2</sup> , 1 p3rs. = 23 m <sup>2</sup> , 2 pers.	=24 m <sup>2</sup>	=30 m <sup>2</sup> , breedte = 3600 mm
vrije oppervlakte woonfunctie	=3400 x 3000 mm		=3400 x 3000 mm		
vrije oppervlakte eefunctie	=2500 x 2500 mm		=2500 x 2500 mm		
<b>kookfunctie (keuken)</b>					
oppervlakte		=9 m <sup>2</sup> breedte = 2100 mm	=8,5 m <sup>2</sup>		=12 m <sup>2</sup> , = 3700 x 3100 mm
leegte aanrecht		=1800 mm			=3600 mm
gebruiksruimte langs aanrecht	=1200 mm	draaicirkel = 1500 mm	=1750 mm	=1500 mm (+300 mm onder aanrecht voor draaicirkel)	
<b>slaapfunctie</b>					
oppervlakte hoofdslaapkamer	=3000 x 4000 mm of =2800 x 4200 mm bij deur in de	=16 m <sup>2</sup> , breedte = 3100 mm	=15 m <sup>2</sup> , breedte = 3200 mm 1 pers. =17 m <sup>2</sup> , breedte = 3200 mm 2 pers.	verwijzing naar "Zorg in woningen"	=20 m <sup>2</sup> , breedte = 3600 mm
bedruimte hoofdslaapkamer		=1800 x 2100 mm		=1800 x 2100 mm of =2200 x 2250 mm hooglaagbed	=1800 x 2100 mm
transfers / zorg		=1700 mm ruimte tussen bed en badkamer	=1750 mm draaicirkel	voorbereid opplafondtiltsysteem	=1800 mm ruimte tussen bed en badkamer
oppervlakte 2e slaapkamer		(verplicht) =16 m <sup>2</sup> , breedte = 3100 mm			(verplicht) = 12 m <sup>2</sup>
<b>sanitair</b>					
apart bezoeletoilet	=900 x 1200 mm	=1 m <sup>2</sup>		(verplicht!) = 900 x 1200 mm	=1 m <sup>2</sup>
<b>badkamer</b>					
oppervlakte	=5 m <sup>2</sup> voor douche + toilet + bad	=8 m <sup>2</sup> breedte = 2200 mm douche / toiletcombinatie	=7 m <sup>2</sup> voor douche + toilet + bad, voorkeur 2250 x 3250 mm	verwijzing naar "Zorg in woningen"	=9 m <sup>2</sup> , =3000 x 3000 mm voor wastafel + douche + toilet
draaicirkel	=1500 mm	=1500 mm			
toegang		2 deuren, vanuit hoofdslaapkamer en vanuit verkeersruimte		ten minste vanuit hoofdslaapkamer	2 deuren, vanuit hoofdslaapkamer en vanuit verkeersruimte
opstelruimte douchebrancard		=700 x 1900 mm	douche stretcher of stoel		=700 x 1900 mm
vrije ruimte naast toiletpot		2x = 900 mm	2x = 900 mm		
vrije ruimte naast wastafel		2x = 300 mm			
<b>buitenruimte (balkon, terras, loggia, tuin) verharde buitenruimte</b>	verplicht			verplicht	
oppervlakte		=8 m <sup>2</sup> breedte = 2000 mm		=1800 x 3000 mm	=8 m <sup>2</sup> , breedte = 2100 mm
<b>binnenberging / bijkeuken</b>					
oppervlakte			=4 m <sup>2</sup> , draaicirkel = 1750 mm		=8 m <sup>2</sup> , breedte = 3000 mm
<b>buitenberging</b>					
oppervlakte					verplicht
<b>installatietechnische voorzieningen</b>					
electrisch voordeurstot		gebouw + woning, bedienbaar in woonkamer en hoofdslaapkamer		verplicht, met afstandsbediening	voordeuren met zenderbediening, aangesloten op alarm/intercomsysteem
bedieningselementen		=500 uit de hoek hoogte = 600 - = 1200 mm		=500 uit de hoek	=500 uit de hoek hoogte 900 mm
hotelschakelaars		verplicht!		verplicht!	verplicht!
zonwering electrisch bedienbaar				verplicht!	
oplaadpunt scootmobiel/ rolstoel					verplicht!
persoonalarmering				verplicht!	alarm / intercom 24/7
bewegingssensoren slaapkamer en badkamer				verplicht!	



Blad  
66 / 65

Datum  
September 2010

Nederlandse Organisatie voor  
hogeschoolwetenschappen IJk-  
onderzoek / Nederlandse Organisatie  
voor Applied Scientific Research



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
67 / 66

## Samenstelling begeleidingscommissie

## BIJLAGE V

drs. H. van der Burg, Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg

drs. J. van Nieuwkoop, Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg

drs. G.T.M. Adriaansens, Ministerie van VWS, Directie Maatschappelijke Ondersteuning

T. van Blokland, Ministerie van VROM / WWI, Directie ABC

mw. G. Hendriksen, College voor zorgverzekeringen

mw. N. van den Besselaar, Stichting Fokus Exploitatie

R. Goes, Aedes, branchevereniging van woningcorporaties

ing. P.J.A.M. Brouwers, TNO, CentrumZorg en Bouw

F.J.J. ten Voorde, TNO, CentrumZorg en Bouw



Datum  
September 2010

Blad  
68 / 67

## Geraadpleegde bronnen

## BIJLAGE VI

Aard en omvang Wmo-doelgroep, SGB0, juni 2006.

ADL-clusters: naar een reguliere financiering, College voor zorgverzekeringen, 26 augustus 2004.

Analyse van de prestatieovereenkomsten tussen gemeenten en woningcorporaties in 2008, Severijn BV, maart 2009.

AWBZ-voorzieningen, Prestatie-eisen voor nieuwbouw, Referentiekader voor bestaande bouw, College bouw zorginstellingen, 18 december 2006.

Beleidsmonitor eerste helft 2009, Centrum indicatiestelling zorg, 2009. Beleidsregel

CA-340, Zorginfrastructuur, Nederlandse Zorgautoriteit, 2009. Beleidsregel CA-374,

Volledig Pakket Thuis (VPT), Nederlandse Zorgautoriteit, 2010. Bevolkingsprognose

2009-2060, Centraal Bureau voor de Statistiek, maart 2010. Bouwkostennota 2008,

College bouw zorginstellingen, 19 mei 2008.

Brancherapport Gehandicaptenzorg 2008, Prismant / VGN, maart 2009.

Brancherapport Gehandicaptenzorg 2009, Prismant / VGN, januari 2010.

Compensatieplicht en grote woonvoorzieningen, Hoe gaan gemeenten om met het verstrekken van dure woonaanpassingen, Eindrapport, Research voor Beleid, 5 december 2008.

CIZ Indicatiewijzer versie 3.0, Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010 zoals vastgesteld door het ministerie van VWS, Centrum indicatiestelling zorg, 2010.

CVZorgcijfers 2000-2005, College voor zorgverzekeringen, juli 2006.

Effecten AWBZ pakketmaatregelen op de Wmo, Eindrapport, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs bv, 23 maart 2009.

Fokus op Fokus, College voor zorgverzekeringen, 22 april 2004.

Fokuswonen in de knel, Een notitie over de risico's van het beëindigen van de ADL-clusterregeling m.i.v. 1 januari 2005, juni 2004.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
69 / 68

Fokuswonen, Toetsing van het Fokusconcept in de praktijk, Eindrapport, iRv Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap, maart 2004.

Full package in de AWBZ, Ervaringen in de praktijk, TANGRAM organisatie-advies, 20 februari 2006.

Handreiking Geschikt wonen - het aanpassen nú aanpakken, Companen, 2010.

Ik heb wat, krijg ik ook wat? Wegwijzer bij kosten van handicap en ziekte 2009, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, december 2008.

Insluizing van de ADL-clusterregeling in de functiegerichte AWBZ, Effecten op zorginhoudelijk en financieel-technisch vlak, Research voor beleid, 9 juni 2004.

Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2009, Kostenontwikkelingen van ziekenhuizen en zorggebouwen, TNO, augustus 2009.

Kerncijfers Wvg 2006, Aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers), SBGO.

Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008, Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten, NIVEL, juni 2009.

Kosteneffecten Trynwälden Tweede Versie, De financiële consequenties van het ontvlechten van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening, Hoeksma, Homans & Menting, 31 maart 2004.

Kostenvergelijking ADL-clusterwonen versus het wonen in een AWBZ-instelling voor lichamelijk gehandicapten. College voor zorgverzekeringen, 28 mei 2004.

Landelijke wachtlijstrapportage AWBZ: peildatum 1 januari 2007, College voor zorgverzekeringen, 5 april 2007.

MEE Signaal, Trend- en signaleringsrapportage 2008, MEE, november 2008. (Idem voorjaar 2009 en 2010)

Nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in de Gehandicaptenzorg, TNO, mei 2009.

Op weg met de Wmo, Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1 maart 2010.

Programma van eisen en besteksbepalingen voor ADL-clusterprojecten, College voor zorgverzekeringen, december 2006.

Rapportage controle ZZP-score, Centrum indicatiestelling zorg, oktober 2007.

Rapportage landelijke wachtlijstmeting 1 januari 2005, College voor zorgverzekeringen, 22 december 2005.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
70 / 69

Resultaten landelijke ZZP-score november 2006-januari 2007, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, juni 2007.

Resultaten verdiepend onderzoek naar wachtlijsten voor Verpleging & Verzorging en Gehandicaptenzorg, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, 12 januari 2009.

Revalidatie Brancherapport 2008, Revalidatie Nederland, december 2009. (Idem voor de jaren 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.)

Scheiden van wonen en zorg, Ex-ante evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van klanten, Eindrapport, Research voor Beleid, 24 april 2008.

Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2008, Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), september 2009. (Idem voor de jaren 2005, 2006, 2007.)

Uitvoeringstoets Voorzieningen voor lichamelijke gehandicapten, College bouw ziekenhuisvoorzieningen, rapportnummer 529, 8 april 2002.

Verdiepend onderzoek naar de problematische wachtlijsten in de AWBZ, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, 6 november 2007.

Wachtlijsten in de verpleging en verzorging en gehandicaptenzorg ontwikkelingen in 2005 en achtergronden, College voor zorgverzekeringen, 8 juni 2006.

Wmo evaluatie, Derde tussenrapportage, Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking, Sociaal en Cultureel Planbureau, juni 2009.

Wmo evaluatie, Tweede tussenrapportage, Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking, Sociaal en Cultureel Planbureau / NIVEL, november 2008.

Wmo evaluatie, Vierde tussenrapportage, Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking, Sociaal en Cultureel Planbureau / NIVEL, maart 2010.

Wmo, Nieuwe wet voor maatschappelijke ondersteuning in uw gemeente, Iedereen moet kunnen meedoen, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2006.

Woonruimteverdeling voor ouderen en mensen met een handicap, Verkenning van de praktijk, De Vijfde Dimensie, 4 november 2009.



**Datum**  
September 2010

**Blad**  
71 / 70

Woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap of een somatische verpleeghuisindicatie:  
voorwaarden voor succes, Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, januari 2004.

Zorgwaartepakketten sector GZ, Versie 2010, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, 30 juni  
2009.

Zorgwaartepakketten sector V&V, Versie 2010, Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, 30 juni  
2009.