

DE WOONZORGZONE

Afstudeeronderzoek naar de opkomst van het woonzorgzone
concept in Nederland

Voorwoord

Ter afronding van mijn studie Sociale Geografie met als afstudeerrichting vastgoed heb ik onderzoek gedaan naar het concept woonzorgzones. In het onderzoek wordt gekeken naar de inhoud van het concept, naar de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan deze nieuw manier van ouderenhuisvesting en ouderenzorg, en hoe het overheidsbeleid de ontwikkeling van het woonzorgzoneconcept beïnvloedt, naast de theoretische vormgeving van het concept wordt gekeken hoe het concept in de praktijk tot uiting komt.

De sterke vergrijzing van de Nederlandse bevolking zorgt voor nieuwe ontwikkelingen op gebied van wonen en zorg, een actueel onderwerp dus. In de toekomst zal het voor Nederland belangrijk zijn dat er nieuwe initiatieven op gebied van wonen zorg en welzijn ontplooid worden om zo de steeds groter wordende druk van de vergrijzing op te vangen. Niet alleen op gebied van zorg en welzijn, maar ook op deze twee beleidsterreinen in combinatie met wonen (vastgoed) zullen innovatieve oplossingen moeten komen voor de vergrijzingsproblematiek. Mogelijk draagt de woonzorgzone hier aan bij. Vandaar mijn belangstelling voor het beleidsterrein wonen, zorg en welzijn, in het bijzonder de woonzorgzone.

A. de Vries

Groningen, 10-07-2006.

Samenvatting

De demografische ontwikkelingen in Nederland zullen voor een sterke verandering zorgen van de Nederlandse bevolkingsopbouw. Het aantal ouderen zal de komende jaren sterk toenemen, volgens het CBS ligt het hoogtepunt van de vergrijzing in 2040. Verwacht wordt dat dan ca 24 % van de Nederlandse bevolking dan 65 jaar of ouder is. Deze ontwikkelingen leiden tot veranderingen van beleid op gebied van wonen, zorg en welzijn. Deze drie beleidsterreinen schuiven steeds meer in elkaar, om zo door integraal beleid een oplossing te creëren voor de druk die de vergrijzing op het beleidsveld wonen en de zorg uitoefent. De huidige Nederlandse woningvoorraad voldoet niet aan de vraag die in de toekomst, onder invloed van de vergrijzing verwacht wordt. Er is een tekort aan woningen geschikt voor ouderen, tevens ontwikkelen de woonwensen van ouderen zich sterk. Daarnaast verandert het zorgstelsel ingrijpend om zo in de toekomst de sterke vergrijzing op te kunnen vangen. Met het concept woonzorgzone hoopt men een nieuwe manier van ouderenhuisvesting en zorgaanbod te creëren om zo het hoofd te bieden aan de toekomstige ontwikkelingen. De woonzorgzone is een (deel van een) wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet planbare 24-uurs zorg. Kenmerken zijn:

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

Een belangrijk ingrediënt van de woonzorgzone is de samenwerking tussen ruimtelijke ordening, zorg en welzijn, de dienstverlener en de woningcorporaties. Aan de basis van het concept staat het STAGG model en daarnaast de manier waarop de zorg in Scandinavië georganiseerd is. Binnen de wijk wordt een hiërarchisch stelsel gecreëerd van zorgpunten van waaruit zorg intramuraal en vooral extramuraal wordt aangeboden. De woningen binnen de wijk moeten geschikt zijn voor ouderenbewoning, levensloopbestendig en aanpasbaar zijn zodat mensen zolang mogelijk in hun eigen woning kunnen blijven wonen, en zorg op afroep kunnen krijgen vanuit de strategisch geplaatste zorgpunten. Technische middelen als communicatie systemen, een aangepaste fysieke en maatschappelijke infrastructuur en een goed vervoersnetwerk moeten ervoor zorgen dat ouderen daadwerkelijk langer thuis kunnen blijven wonen en niet op grote schaal intramuraal (veel kostbaarder) moeten wonen.

Het overheidsbeleid is gericht op meer marktwerking binnen de zorg (PPS), extramuralisatie van de zorg, meer keuzevrijheid en een vraaggestuurd (PGB) aanbod binnen wonen en zorg. Dit beleid wordt binnen het woonzorgzoneconcept vertaald naar de praktijk. Zo zouden er naast publieke partijen ook private partijen actief moeten zijn bij exploitatie en ontwikkeling van de woonzorgzone. Ook moeten ouderen langer thuis kunnen wonen, door middel van levensloopbestendige en duurzame woningbouw in combinatie met een goed netwerk van extramuraal zorg. Daarnaast moet het aanbod van zorg en wonen aansluiten bij de vraag vanuit de markt. Het aanbod van wonen en zorg wordt gescheiden, mensen kunnen zelf een woning kopen of huren, en de zorg vanuit hun eigen woning ontvangen naar eigen behoefte. Een drietal kleinschaliger projecten die operationeel zijn tonen aan dat deze in grote mate gericht zijn op het aanbieden van extramuraal zorgverlening, en woonvoorzieningen aanbieden die levensloopbestendig zijn en geschikt voor ouderen.

Binnen de tot nog toe gerealiseerde woonzorgzones ligt de nadruk op de organisatie van extramuraal zorg. Extramuraal zorg is nu eenmaal goedkoper dan intramuraal, de kosten worden dus over het lager, en ook sluit dit aan bij de wens van ouderen om langer langer thuis te wonen. De nieuwheid van het concept brengt ook een aantal problemen met zich mee. Enerzijds is de theorie van het woonzorgzone concept generiek, een algemeen concept dat toepasbaar zou moeten zijn op alle wijken. Aan de andere kant is het een specifiek concept, afhankelijk van de omvang van de wijk, de demografische samenstelling zal er specifiek (gemeentelijk) beleid moeten worden gevoerd binnen de wijk. Dit spanningsveld tussen generiek en specifiek maakt het moeilijk het concept naar de praktijk te vertalen. Het STAGG model is een generiek model. Maar door de duidelijke cijfers en zoneringen betreffende de omvang en de samenstelling van de wijk is het moeilijk om dit op elke wijk (generiek) toe te passen. Ook zijn verschillende definities van de woonzorgzone in omloop, partijen scharen zich in eerste instantie achter de woonzorgzone, waarna blijkt dat ieder een andere invulling geeft aan het begrip. Het feit dat de financiering nog niet integraal geregeld is zorgt voor problemen. Er zijn nog veel verschillende financieringsstromen. Partijen financieren vooral nog vanuit eigen budgetten.

Inhoudsopgave	Pagina
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	5
1 Inleiding	6
1.1.1 Opzet onderzoek	8
1.1.2 Leeswijzer	9
2 Van vergrijzing naar woonzorgzones	10
2.1 De huidige woningvoorraad en de woonwensen van de ouderen	11
2.2 De levensloopbestendigheid van de woningvoorraad	14
3 Het woonzorgzone concept	15
3.1 Het STAGG-Model	16
3.2 Het Scandinavisch model	18
3.3 Criteria voor woonzorgzones	19
3.4 Doelstellingen woonzorgzones	21
4. Betrokken actoren bij totstandkoming woonzorgzones	22
4.1 Samenwerking tussen actoren en PPS	26
5 de financiering van woonzorgzones	28
5.1 Kosten intramuraal versus extramuraal	31
6 Ontwikkelingen op het beleidsterrein wonen, zorg en welzijn	32
7 De modernisering van de zorg	35
7.1 Kansen voor woonzorgzones.	37
8 De woonzorgzone in de praktijk.	37
8.1 Skewiel-Trynwalden te Tytsjerkstradeel	38
8.2 Rundgraafpark te Veldhoven	39
8.3 Steunstee te Bellingwedde	41
8.4 De praktijk samengevat	43
9 Knelpunten woonzorgzones	43
9.1 Het begrip en de omvang van de woonzorgzone	43
9.2 De Financiering	44
9.3 Verschillende belangen publieke en private partijen	45
9.4 Overige knelpunten	45
10 Conclusies	45
10.1 Wat is precies een woonzorgzone?	46
10.2 De betrokken actoren en financiering	47
10.3 Het programma van eisen en de criteria	47
10.4 Hoe wordt in de praktijk vorm gegeven aan het concept woonzorgzone ?	48
10.5 Kansen en bedreigingen voor de woonzorgzone	49
Gebruikte Literatuur	51
Bijlagen	54

1 Inleiding

De Demografische ontwikkelingen veroorzaakt door de babyboomgeneratie van 1945-1950 vormen door de jaren heen telkens een verklarende factor in de naoorlogse volkshuisvestingsprioriteiten. Zo ook de laatste jaren. Ook in de nabije toekomst zal dit zo blijven. De toenemende vergrijzing zal de vraag-aanbod verhouding op de woningmarkt in de komende jaren sterk beïnvloeden. Vanuit de overheid wordt hier in verschillende nota's aandacht aan geschonken, zo wordt in de *nota Mensen, Wensen, Wonen* van 2000 en in de *Nota Ruimte* volop aandacht geschonken aan deze huisvestingsproblematiek die de vergrijzinggolf met zich mee brengt. Een woonzorgconcept om aan deze toenemende vraag van zorg en ouderenhuisvesting te voldoen is de woonzorgzone. Door middel van de woonzorgzones moeten er betere voorwaarden gecreëerd worden op wijk- en dorpsniveau voor mensen met een zorgbehoefte. Het aanbod van wonen, zorg en welzijn wordt vergroot, de kwaliteit van de huisvesting en zorg neemt toe, en de kwaliteit in het aanbod wordt groter. De definitie die het kenniscentrum voor wonen, welzijn en zorg Aedes-Arcare voor de woonzorgzone hanteert is:

Een *woonzorgzone* is een (deel van een) wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet planbare 24-uurs zorg. Kenmerken zijn:

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

Een belangrijk ingrediënt van de woonzorgzone is de samenwerking tussen ruimtelijke ordening en de zorg, de dienstverlener en de woningcorporaties. Het begrip woonzorgzone duikt het eerst op bij plannen voor het nieuwe stadsdeel IJburg in Amsterdam, een jaar hierna zijn er 6 woonzorgzones in voorbereiding, inmiddels zijn in heel Nederland ongeveer 40 woonzorgzones in uitvoering of in voorbereiding.

Nu er momenteel een klein aantal *woonzorgzones* operationeel en een groot aantal in voorbereiding zijn rijst de vraag hoe deze zones in theorie en de praktijk vorm krijgen. En welke ontwikkelingen de planvorming beïnvloeden. Wat zijn de doelstellingen die beoogd zijn met het concept woonzorgzones en hoe ziet het programma van eisen eruit. Wat zijn de knelpunten die bij de planvorming en realisatie van een woonzorgzone komen kijken ?

Probleemstelling

Door de sterke vergrijzing van de Nederlandse bevolking, wordt de vraag naar ouderenhuisvesting en ouderenzorg steeds groter. Het concept woonzorgzones speelt in op deze problematiek, de betrekkelijke nieuwheid van het concept zorgt voor onbekendheid omtrent het begrip woonzorgzones. In het bijzonder hoe deze woonzorgzones tot stand komen, welke partijen betrokken zijn, hoe het geheel gefinancierd wordt en aan welke eisen een woonzorgzone moet voldoen. Nu enkele woonzorgzones inmiddels operationeel zijn en een groot aantal in ontwikkeling zijn, is ook de vraag welke knelpunten er zijn in deze fase is.

Doelstelling

Doelstelling van het onderzoek is meer inzicht te krijgen in het concept woonzorgzones, en de ontwikkelingen die geleid hebben tot dit concept. Tevens zal geprobeerd worden om de knelpunten aan te wijzen die voorkomen bij realisatie van het concept woonzorgzone.

Centrale vraagstelling

Wat is precies een woonzorgzone, welke actoren zijn betrokken, en hoe zijn zij betrokken bij dit concept, en welke doelstellingen en eisen worden door deze actoren gesteld met betrekking tot de woonzorgzone?

Om een goed inzicht te krijgen in de materie die door het onderzoek omvat wordt worden de volgende deelvragen gesteld:

- 1 1 Wat is precies een woonzorgzone?
 2 Welke ontwikkelingen hebben geleid tot dit concept
 3 Wat zijn de doelstellingen die bij dit concept horen?

- 2 1 Welke actoren en welke rollen zijn te onderscheiden bij de ontwikkeling, realisatie en exploitatie van woonzorgconcepten?
 2 Hoe wordt de woonzorgzone gefinancierd?
 3 Hoe ziet het overheidsbeleid op gebied van wonen, zorg en welzijn eruit ?

- 3 Welk Programma van eisen hoort bij de woonzorgzone?

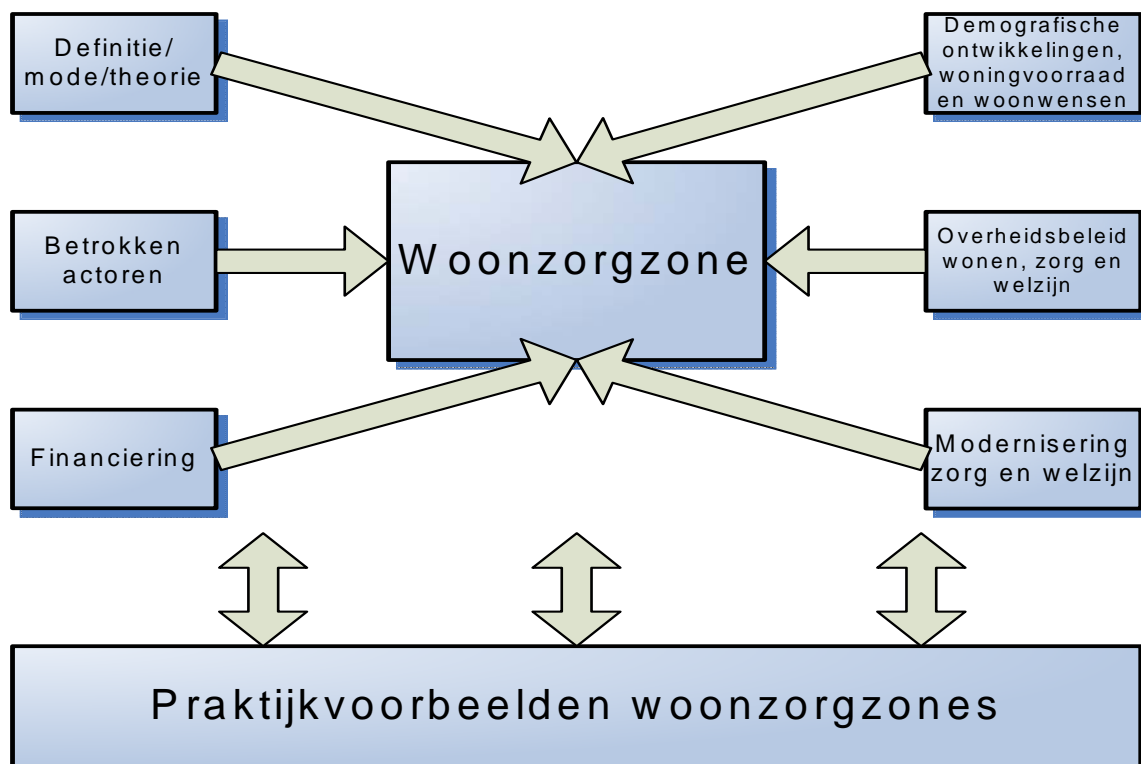
- 4 Wat zijn de knelpunten bij het realiseren van een woonzorgzone ?

- 5 Hoe wordt in de praktijk vorm gegeven aan het concept woonzorgzone ?

1.1.1 Opzet onderzoek

In eerste instantie zal worden gekeken naar de ontwikkelingen die ten grondslag liggen aan de opkomst van de woonzorgzone. De ontwikkelingen op demografisch niveau, met name de vergrijzing, de huidige ouderenwoningvoorraad en de ontwikkelingen van de woonwensen van ouderen. Door middel van literatuurstudie zal een indruk worden gegeven van deze drie factoren. Vervolgens zal gekeken worden naar de definitie van de woonzorgzone. Wat is een woonzorgzone precies? Welke theorie ligt achter het concept woonzorgzones? Waar ligt de oorsprong van de woonzorgzone? En hoe krijgt de woonzorgzone vorm? Om een goed inzicht te krijgen in de ontwikkeling van deze woonzorgzones zal vervolgens onderzocht worden welke actoren betrokken zijn en hoe de financiering geregeld is. Deze factoren zijn belangrijk omdat de financiering en de actoren in belangrijke mate bepalen hoe het concept eruit ziet. Hierna zal gekeken worden naar de factoren die de woonzorgzone van buitenaf beïnvloeden: het overheidsbeleid op gebied van wonen en zorg, de veranderingen die onder druk van de demografische ontwikkelingen het beleid en de vernieuwing van het Nederlandse zorgstelsel. Om zo een indruk te geven van het 'landschap', waarbinnen de woonzorgzone tot ontwikkeling moet komen. Na deze theoretische weergave van het concept woonzorgzone zal de praktijk aan bod komen. Aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden zal een indruk gegeven worden hoe de woonzorgzone in de praktijk vorm krijgt, hoe deze zich verhoudt tot de theorie en wat de knelpunten zijn die optreden bij de ontwikkeling van het concept.

Figuur 1.1 Schematische weergave van de onderzoeksopzet



1.1.2. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zal worden ingegaan op de demografische ontwikkelingen, de ontwikkelingen op de woningmarkt en de maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de ouderenhuisvesting. Deze ontwikkelingen zijn direct van invloed op de totstandkoming van het concept woonzorgzones, tevens verklaren ze de noodzaak van de veranderingen op de markt voor ouderenhuisvesting. In de hoofdstukken 3,4 en 5 zal een beeld gegeven worden van het concept woonzorgzone en er zal gekeken worden naar welke actoren een rol spelen bij de totstandkoming en realisatie van de woonzorgzone. En naar de financiering en de eisen waaraan een woonzorgzone moet voldoen. De hoofdstukken 6 en 7 staan in het teken van het beleid van de overheid en de veranderingen van op gebied van wonen en zorg. Als laatste zal aan de hand van een drietal praktijkvoorbeelden in hoofdstuk 8 worden gekeken hoe de uitwerking in de praktijk zich verhoudt tot het concept zoals dat in theorie ontwikkeld is.

2 Van vergrijzing naar woonzorgzones

Zoals in de inleiding al geschetst is, zijn de demografische ontwikkelingen van na de tweede wereldoorlog een belangrijke, telkens terugkerende factor in de Nederlandse huisvestingsproblematiek. Naast deze demografische ontwikkelingen verandert ook de wens van de consument, in dit onderzoek zijn dit de 65-plussers en de zorgbehoevendenden. Om meer inzicht te geven in de oorzaak van de huidige huisvestingsproblematiek, die indirect geleid heeft tot de ontwikkeling van het concept woonzorgzones zal in dit hoofdstuk dieper op de naoorlogse demografische ontwikkelingen en toekomstige woningbehoefte worden ingegaan.

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat de omvang van de Nederlandse bevolking tot 2020 zal blijven toenemen. De toename van de Nederlandse bevolking is de resultante van de som van het aantal levendgeborenen, het aantal sterfgevallen en het saldo van de immigratie en emigratie. Dit zijn de belangrijkste factoren die de toekomstige bevolkingomvang bepalen. In figuur 2.1 is de ontwikkeling van deze demografische factoren schematisch weergegeven. (Klaver, 2003)

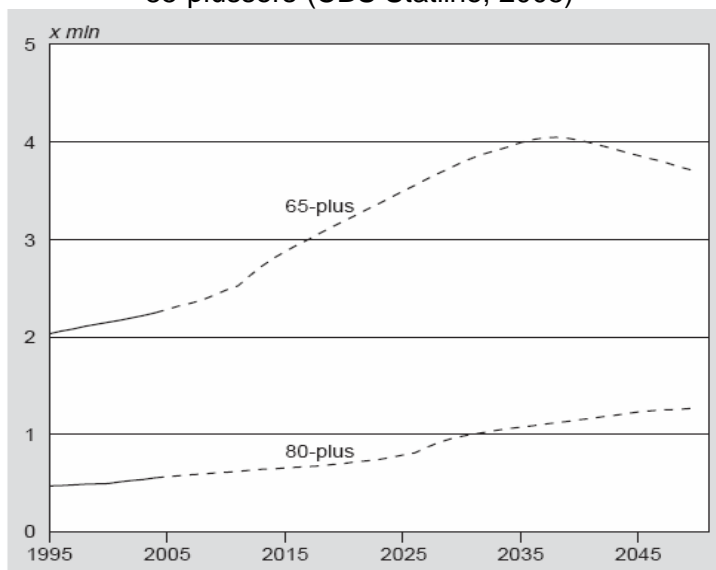
Tabel 2.1 Ontwikkelingen van een aantal demografische factoren

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
bevolking	15.424	15.863	16.425	16.864	17.205	17.492
levendgeborenen	191	207	197	187	188	193
overledenen	136	141	144	153	163	174
migratiesaldo	14	54	46	40	36	34
immigratie	96	133	132	131	130	130
emigratie	82	79	87	91	94	96

voor de weergegeven aantallen geldt x 1000 (CBS, 2003)

Naast deze verwachte absolute toename van de Nederlandse bevolking verandert ook de samenstelling van de bevolking sterk. Onder meer vanwege het groeiend aantal ouderen. Deze vergrijzing heeft zijn oorsprong in de geboortegolf (babyboom) van na de tweede wereldoorlog (tussen 1945 en 1954). Het grote aantal geboren uit dit decennium nadert nu de 65 jaar en zal de komende jaren voor een sterke stijging van het aantal 65+ ers zorgen. Naast de vergrijzing met als oorsprong de babyboom bestaat er ook de zogenaamde dubbele vergrijzing. Door de steeds hogere levensverwachting groeit het aantal senioren sterk. Mensen leven steeds langer, de groep ouderen neemt hierdoor ook sterk toe. Vooral de groep mensen boven de 80 is de laatste jaren in aantal sterk toegenomen, en zal de komende decennia sterk blijven groeien, (zie ook figuur 2.2). Op dit moment is bijna 14 % van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder, het CBS verwacht dat dit in 2040 zal stijgen naar een hoogtepunt van 24 %. Als men dit percentage afzet tegen de toenemende omvang van de gehele Nederlandse bevolking zal het duidelijk zijn dat het absolute aantal ouderen de komende jaren ook sterk zal stijgen. Dit zal grote gevolgen hebben op het huisvestingsvraagstuk en de zorgvraag in de komende decennia. Dit verklaart ook het feit dat, niet alleen op gebied van ruimtelijke ordening en zorg, deze steeds groter wordende groep ouderen een belangrijk aandachtspunt van beleid is voor de Nederlandse regering.

Figuur 2.2 Prognose van het aantal 65-plussers en 85-plussers (CBS Statline, 2005)



2.1 De Woningvoorraad en woonwensen van ouderen

Zoals in de vorige paragraaf is gesteld zorgt de vergrijzing in Nederland voor veranderingen op de huisvestingsmarkt. In het woningbehoefteonderzoek van het ministerie van VROM is deze demografische ontwikkeling een belangrijk item. Het woningbehoefteonderzoek geeft ook aan hoe het gesteld is met de behoefte naar ouderenhuisvesting en huisvesting voor zorgbehoevenden. Nederland is niet bepaald gebouwd op de toekomstige vergrijzinggolf. Bij een groot aantal woningen is de voordeur niet zonder trap te bereiken. Vooral in de vier grote steden is dit een probleem, hier is 24 % van de woningen niet bereikbaar zonder trap. Voor heel Nederland geldt dat 22 % van de woningen niet toegankelijk is zonder trap. Buiten de steden is dit vaak wel het geval, maar moeten de meeste mensen met de trap om in hun slaapkamer of badkamer te komen. Totaal 54 % van de woningen is niet gelijkvloers. Een groot deel van de Nederlandse woningvoorraad is dus niet –zonder aanpassingen- geschikt voor bewoning door ouderen (figuur 2.1.2.). Nog altijd worden volop rijtjeswoningen in drie lagen gebouwd. Economische belangen spelen hier een belangrijke rol, hoe meer woningen op een perceel gebouwd kunnen worden, hoe hoger de opbrengst per perceel is. Nieuw is ook de trend om woningen als ‘grondgebonden’ te kwalificeren terwijl in feite alleen de berging en entree zich op de begane grond bevinden. Over het algemeen zijn deze woningen niet geschikt voor ouderenbewoning. Ook zijn deze woningen vaak niet eenvoudig aan te passen. Een nieuwe trend wat inspeelt op deze problemen is het bouwen van levensloopbestendige woningen, of aanpasbare woningen. Naast het woningbehoefteonderzoek heeft het ministerie van VROM onderzoek gedaan naar de kwaliteit van huisvesting voor aandachtsgroepen waaronder de ouderen. In de publicatie *kwaliteit voor doelgroepen* (VROM, 2002 b) is geconcludeerd dat een groot percentage van de woningen niet toegankelijk is voor ouderen. In de publicatie wordt onderscheid gemaakt tussen de interne toegankelijkheid en externe toegankelijkheid van de woning. Intern toegankelijk betekent dat de belangrijkste vertrekken op één woonlaag liggen (woonkamer, keuken, sanitair en tenminste een slaapkamer). Externe toegankelijkheid betekent dat er geen trap nodig is om de woning binnen te gaan. Nog geen kwart (22,5%) van de Nederlandse woningvoorraad voldoet aan beide vormen van toegankelijkheid (Tabel 2.1.1).

Tabel 2.1.1 Aantal woningen ingedeeld naar interne en externe toegankelijkheid, absolute getallen x 1000, % ten opzichte van totale voorraad (VROM-c, 2002)

Externe toegankelijkheid		Interne toegankelijkheid Vertrekken gelijkvloers					
		Ja		Nee		Totaal	
Woning bereikbaar zonder trappen lopen	Ja	1.477	22,5%	3.409	51,7%	4.885	74,1%
	Nee	922	14%	780	11,8%	1.702	25,9%
	totaal	2.398	31,5%	4.189	67,5%	6.588	100%

Naast de interne en externe toegankelijkheid wordt in kwaliteit voor doelgroepen ook gesproken over de toegankelijkheid van gebouwen. Het gaat hier om de gemeenschappelijke ruimtes, die toegang bieden tot de woningen, zoals galerijen, de entree en liften. 65% van de woongebouwen zijn op alle punten toegankelijk voor ouderen. De woningvoorraad schiet dus duidelijk nog te kort wat betreft ouderenhuisvesting, wel stelt het VROM dat er de laatste jaren vooruitgang in zit. In 1995 waren de cijfers aanzienlijk slechter.

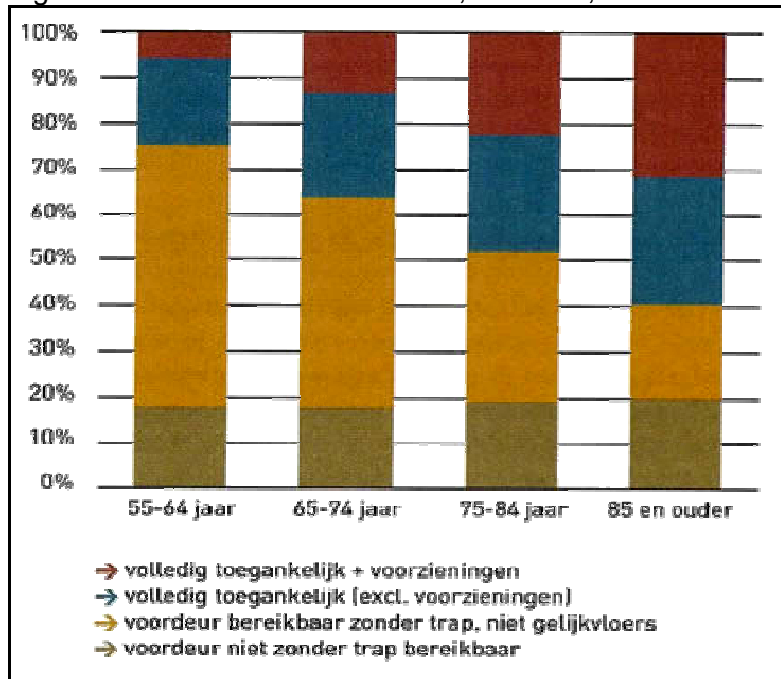
Figuur 2.1.2 Toegankelijkheid van de woningvoorraad naar stadsmilieu (VROM C, 2002)

	centrum stedelijk	buiten centrum	groen stedelijk	centrum dorps	landelijk wonen	totaal
Volledig toegankelijk + voorzieningen	6%	6%	6%	6%	7%	6%
Volledig toegankelijk (exclusief voorzieningen)	22%	18%	16%	15%	24%	18%
Voordeur bereikbaar zonder trap, niet gelijkvloers	34%	45%	60%	66%	58%	54%
Voordeur woning niet zonder trap bereikbaar	38%	31%	18%	13%	12%	22%
Totaal aantal woningen x1000	520	2.558	846	2.070	631	6.627

Uit de nota *Beter thuis in wonen* (VROM C, 2002) blijkt, dat de meeste huishoudens in Nederland tussen de 55 en 65 wonen in een woning die niet te bewonen is zonder te hoeven traplopen (figuur 2.1.2 en 2.1.3). Dit verandert naarmate men ouder wordt, van de 85-plussers woont de meerderheid (59%) gelijkvloers en woont een derde in woningen waar ook nog voorzieningen zijn aangebracht. 402.000 oudere huishoudens (55+) wonen in een zelfstandige woning specifiek voor ouderen bestemd, daarnaast wonen 23.000 in een niet zelfstandige woning voor ouderen bestemd. Als men dit vertaalt naar de sterke groei van de groep 65-plussers betekent dit dat er in de toekomst een toenemend aantal woningen nodig zijn, die specifiek geschikt zijn voor ouderenbewoning. Termeer nog door de dubbele vergrijzing. Ook is de bereidheid tot verhuizen onder ouderen niet groot, hoe ouder mensen zijn, des te minder graag ze willen verhuizen. In Nederland geeft 22 % van de huishoudens aan te willen verhuizen, in de leeftijdscategorie tussen de 20 en 24 is dit zelfs 50 %. De verhuisgeneigdheid van huishoudens tussen de 55-64 is slechts 14 %, en dit neemt af tot 9% bij de huishoudens van 85 jaar en ouder. De

belangrijkste reden voor ouderen om te verhuizen zijn van fysieke aard, lichamelijke beperkingen in combinatie met de ongeschiktheid van de huidige woning noopt ouderen tot verhuizen naar een senioren of ouderenwoning. Naarmate de mensen ouder worden geven ze aan op zoek te zijn naar huisvesting expliciet voor ouderen bestemd.

Figuur 2.1.3 Woonsituatie ouderen, VROM-c, 2002



Ten aanzien van de ouderenhuisvesting komen hier een aantal problemen bij elkaar. De lage verhuigeneigdheid van ouderen en het toenemende aantal ouderen zorgt ervoor dat de doorstroom op de markt voor woningen geschikt voor ouderen slecht is. Ouderen blijven lang wonen in hun woning en stromen niet door van seniorenwoning naar een zorgcomplex. Er dreigt hierdoor een tekort aan zelfstandige woningen voor ouderen. Ook wordt de vraag naar woningen geschikt voor ouderen over de hele linie groter (incl. zorgcomplexen). Er zullen dus meer en mogelijk andere vormen van ouderenhuisvesting moeten komen, om de druk op de woningvoorraad in dit segment op te vangen. Deze nieuwe vormen zullen de mogelijkheid moeten bieden voor ouderen en andere hulpbehoevenden om langer in hun woning te blijven wonen, om zo in de toekomst de toenemende vraag op te vangen en rekening te houden met de lage verhuigeneigdheid van de doelgroep. Niet alleen het aantal ouderen neemt sterk toe en voldoet samenstelling van de Nederlandse woningvoorraad niet meer, ook veranderen de (woon)wensen van de groep ouderen. De diversiteit onder ouderen is groot en zal alleen maar toenemen (VROM-e, 2000) De toekomstige ouderen zullen vitaler, koopkrachtiger en actiever zijn. Ook verschilt de mentaliteit van de toekomstige senioren sterk van de huidige generatie (SCP, 2004). De ouderen van tegenwoordig zijn mondiger en beter in staat hun wensen ten aanzien van hun woning, de woonomgeving en de zorg kenbaar te maken. Dit alles leidt tot een verandering van de woonwensen van ouderen. Zo zijn ouderen tegenwoordig meer in staat om zelf, op financieel en organisatorisch gebied, hun wensen te verwezenlijken, mits er aanbod is wat past bij hun wensen. In het beleid van de overheid wordt door het vergroten van de keuzevrijheid en het aanbieden van het persoonsgebonden budget (PGB) hier ook op ingespeeld.

2.2 De levensloopbestendige woningvoorraad

Deze demografische ontwikkelingen en de samenstelling van de woningvoorraad hebben ervoor gezorgd dat het beleidsterrein wonen en zorg de laatste jaren een sterke verandering doormaakt. Een belangrijk begrip binnen deze verandering is levensloopbestendigheid. In de ouderenhuisvesting als intersectoraal beleidsterrein lag het accent in het verleden op de woonmogelijkheden, waarin zelfstandigheid zelden een rol speelde. Veel ouderen verbleven in intramurale zorginstellingen, zoals bejaardenhuizen. Vooral in de jaren zestig werd dit beschouwd als een uiting van hoogontwikkelde ouderenzorg (Houben en Mulder, 1999). In de loop van de jaren 80 kwam hierop echter steeds meer kritiek. Vanaf dat moment gaan er veranderingen plaats vinden in de aanpak van de ouderenhuisvesting in beleid en praktijk. Zo wordt in de jaren negentig de uitbouw van de thuiszorg belangrijk evenals andere mogelijkheden om in de eigen woonsituatie oud te worden, met name door woningaanpassing. In de Engelstalige literatuur wordt dit aangeduid met de term *'aging in place'*. In het Nederlands wordt dit wel levensloopbestendige *ouderenhuisvesting* genoemd. Het begrip levensloopbestendige ouderenhuisvesting heeft betrekking op het langer zelfstandig laten wonen van ouderen, waardoor een verhuizing naar een intramurale voorziening, uit- of afgesteld kan worden (VROM-a, 2000). Volgens Houben en Mulder kan levensloopbestendige ouderenhuisvesting op twee manieren benaderd worden: De eerste benadering neemt de woonsituatie van ouderen in het begin van de derde levensfase (tussen 55 en 74 jaar) als uitgangspunt. De oudere woont meestal nog met partner, in een normale, niet van andere bevolkingscategorieën afwijkende woonvorm. De visie op levensloopbestendige ouderenhuisvesting betreft bouw-kundige aanpassing van de woning aan de mensen met handicaps. Naast aanpassing van de woning wordt ook de woonomgeving aangepast. Er wordt gezorgd voor een betere beschikbaarheid van voorzieningen als bijvoorbeeld openbaar vervoer, maatregelen voor een betere sociale veiligheid en er worden randvoorwaarden voor thuiszorg en welzijnswerk gecreëerd. Ook kunnen technologische ontwikkelingen als innovatieve communicatiesystemen een bijdrage leveren aan de levensloopbestendigheid van de woning. Levensloopbestendigheid betekent dat de ouderen dan niet hoeven te verhuizen. Bij de tweede benadering wordt uitgegaan van het feit dat om welke reden dan ook de eerste benadering niet realiseerbaar is. Een verhuizing naar een woonzorgcomplex is onvermijdelijk. De levensloopbestendigheid is er in dit geval op gericht om in het woonzorgcomplex een dermate flexibele combinatie van functies aan te bieden dat een tweede verhuizing niet meer nodig is. Deze twee benaderingen hebben ten doel om een dermate duurzame woning en leefomgeving aan te bieden dat de bewoner in zijn eigen woning kan blijven wonen. In de praktijk zijn de twee benaderingen vaak opvolgende stappen. Eerst wordt in de eigen woning zoveel mogelijk aangepast, vervolgens als de bewoner echt niet meer thuis kan wonen volgt een verhuizing naar een intramurale instelling. In tabel 2.2.1. is te zien dat de levensloopbestendige ouderenhuisvesting ervoor zorgt dat ouderen minder vaak hoeven te verhuizen. Zou de gehele woningvoorraad voor ouderen levensloopbestendig zijn dan zouden de ouderen zelfs niet hoeven te verhuizen wat tegemoet komt aan de woonwensen van de ouderen. Deze ontwikkelingen en prognoses leiden tot de ontwikkelingen van nieuwe woonvormen zoals bijvoorbeeld de levensloopbestendige woning, de levensloopbestendige wijk en de levensloopbestendige ouderenhuisvesting. Een vertaling van het begrip levensloopbestendige wijk is het concept woonzorgzone, ook wel woonservicewijk of levensloopbestendige wijk genoemd.

Tabel 2.2.1. Traditionele en innovatieve vormen van ouderenhuisvesting (Houben & Mulder, 2002).

Aantal malen Verhuizen	Mate van zorgbehoefte			
	Niet/Zwak	Matig	Ernstig	Zeer ernstig
Traditionele woonvormen voor ouderen				
3X	Thuis wonen Beperkte thuiszorg	Woontussen- Voorziening Serviceflat	Verzorgings- tehuis	Verpleegtehuis
Innovatieve woonvormen voor ouderen				
2X	Beschermd wonen Service- flats Woon- groepen			
2X		Woonzorgcomplex Aanleunwoning Begeleid wonen		
2X			Woonzorgcomplex Verpleegunit Begeleid wonen	
1X		Levensloopbestendig woonzorgcomplex		
Levensloopbestendig thuis-wonen				
1X	Combinatie: Woningaanpassing en aanpasbaar bouwen Uitbreiding en intensivering thuiszorg			
0X	Combinatie: Woningaanpassing en aanpasbaar bouwen Intensivering thuiszorg uitbreiding thuisverpleging			

3 Het Woonzorgzone concept.

Wat is een woonzorgzone? Het kenniscentrum wonen met zorg, Aedes arcades, omschrijft de woonzorgzone als:

Een (deel van een) wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet-planbare 24 uren zorg. Kenmerken zijn: gewoon woongebied waarin de zorg beslist niet domineert; integrale zorg- en dienstverlening, georganiseerd in multifunctionele wijkcentra; levensloopbestendige woningen en woonomgeving met een goed voorzieningenniveau (IWZ,2001).

In de literatuur wordt duidelijk neergezet dat er geen blauwdruk bestaat voor een woonzorgzone. Het KCWZ zegt dat er geen ideale woonzorgzone qua omvang, zonering en aantal woningen bestaat. Er is ook geen duidelijk overzicht van prestatie eisen, het KCWZ stelt: een woonzorgzone is in soorten en maten net als er wijken in soorten en maten zijn. Dit maakt het moeilijk om een eenduidige definitie en beschrijving van de woonzorgzone te geven, wel is het mogelijk om de kern van het concept en de uitwerking ervan binnen een bepaalde bandbreedte te beschrijven, en een aantal kenmerken en eisen van de woonzorgzone op te stellen. Om toch een duidelijke omschrijving te geven van de woonzorgzone zal in dit hoofdstuk aan de hand van de grondslag (het STAGG model en het Scandinavisch model) en de criteria de het KCWZ heeft opgesteld een indruk worden gegeven van wat een woonzorgzone precies is.

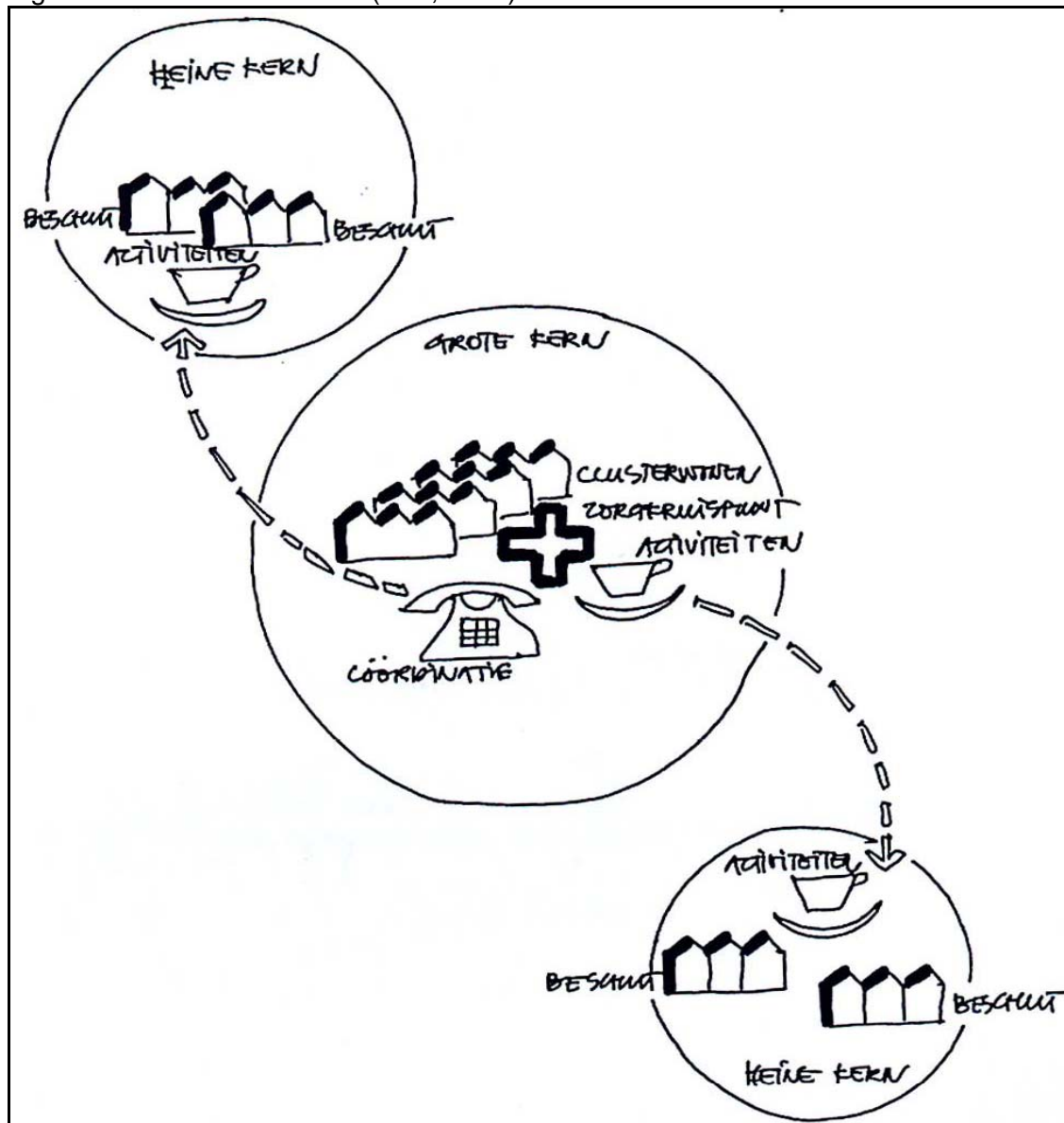
De woonzorgzone is een zone waarbinnen het wonen, de zorg, de maatschappelijke en fysieke infrastructuur en de woonomgeving geschikt zijn gemaakt voor bewoning van ouderen en zorgbehoevenden. In het geval van het plaatsen van ouderen in een woonzorgcomplex worden de ouderen uit hun eigen omgeving gehaald. Het doel van de woonzorgzone is dat iedereen de zorg die hij of zij nodig heeft krijgt binnen de eigen wijk, mensen moeten kunnen blijven wonen in hun eigen omgeving. De woonzorgzone is bedoeld als alternatief voor de intramurale voorzieningen, niet langer moet het wonen en de zorg worden geconcentreerd in verpleegtehuizen, en instellingen voor gehandicapten en psychiatrische patiënten. De Woonzorgzone telt tal van woonvormen waar de zorg in alle mogelijke vormen en intensiteiten voorkomt of naar toe komt in een woonomgeving die goed toegankelijk en veilig is. De woonzorgzone is een concept dat kan worden gezien als overtreffende trap van een woonzorgcomplex; het beeld van een 'verdund' woonzorgcomplex wordt in de literatuur gebruikt. Waar woonzorgcomplexen zijn bedoeld om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen het complex, voegt de woonzorgzone integratie van deze bedoelingen toe in de wijk. De diensten die in een woonzorgcomplex worden geboden worden in principe binnen een gewone wijk aangeboden. Deze beschrijving van de woonzone wekt de indruk op dat het gaat om een wijk alleen en speciaal geschikt voor ouderen, een ouderenwijk. Maar een woonzorgzone is echter niet meer dan een gewone woonwijk die in het bijzonder voor zorgbehoevenden en ouderen maar ook voor 'gewone' mensen geschikt is. Het idee voor de woonzorgzone vindt zijn oorsprong in hoe wonen, zorg en welzijn in Scandinavië georganiseerd is en in het door de Stichting architectenonderzoek gebouwen gezondheidszorg (STAGG) ontwikkelde STAGG-model (Nouws en van der Linden, 2003).

3.1 Het STAGG-Model

Ten grondslag aan het woonzorgconcept ligt onder meer het wijkmodel van het STAGG. Vanuit dit model worden een aantal richtlijnen gegeven over hoe de inrichting van een woonzorgzone eruit ziet. In het boek "Verblijven of wonen, zorg voor ouderen" van het STAGG, worden planologische modellen gepresenteerd voor een stadswijk of plattelandsgebied van 10.000 inwoners. Wat is de ideale afstand tot een ontmoetingsplek, wat is de schaal van een herkenbare buurt, moet coördinatie van zorg en dienstverlening op buurtniveau plaatsvinden of kan dit ook op een hoger niveau? Uitgaande van diverse trends en ontwikkelingen in samenleving wordt een scenario geschetst voor wonen, zorg en dienstverlening in wijken en dorpen. De STAGG schetst een toekomstscenario voor wonen en zorg in 2015 uitgaande van een wijk of dorp met 10.000 inwoners. Hoe organiseer je wonen en zorg voor een wijk van die omvang, er van uitgaande dat het aantal mensen met een zorgbehoefte dat zelfstandig blijft wonen aanzienlijk toe zal nemen? In het STAGG-scenario wordt gerekend met ongeveer 500 mensen per 10.000 inwoners die een combinatie van wonen en zorg nodig hebben. Een wijk van 10.000 inwoners biedt daarmee voldoende draagvlak voor het organiseren van wonen en (intensievere) zorg. Een wijk van 10.000 inwoners kan onderverdeeld worden in buurten. Buurtgrenzen zijn bijvoorbeeld drukke wegen, spoorlijnen, open land en sportterreinen. Een onderverdeling in buurten op basis van genoemde ruimtelijke barrières levert voor bewoners herkenbare buurten op. In de regel zal een wijk van ca. 10.000 inwoners volgens het STAGG model onderverdeeld kunnen worden in 16 herkenbare buurten met een diameter van ca. 300 meter en een inwonertal van ca. 600 mensen. Nadeel van deze precieze getallen is dat in de praktijk de omvang en samenstelling van een

wijk sterk verschilt. Het STAGG model (fig. 3.1.1.) gebruikt deze getallen om een indicatie te geven van hoeveel mensen/buurtten nodig zijn om een goed draagvlak te creëren voor een goed lopende woonzorgzone. Om het zorgaanbod efficiënt te organiseren zal de ideale zone ongeveer deze omvang moeten hebben. Het traditionele intramuraal aanbod wordt in het STAGG model onderverdeeld in drie functies: de haalfuncties, de brengfuncties en de interne functies. Deze drie functies die traditioneel aanwezig zijn binnen een instelling of zorgcomplex worden vertaald naar functies die binnen de wijk. Haalfuncties zijn zaken waarvoor de klant zijn huis verlaat en elders aanklopt, brengfuncties zijn de functies waarvoor de aanbieder naar de klant toekomt en interne functies zijn van toepassing als klant en aanbieder in het zelfde gebouw zitten. Voorbeelden van 'haalfuncties' zijn boodschappen doen, recreatieve activiteiten, revalidatie en het onderhouden van sociale contacten. 'Brengfuncties' zijn zorgverlening thuis, woningonderhoud, klussen in en om de woning, maaltijdservice, alarmeringdienst en boodschappendiensten. Deze ontrafeling van wonen, zorg en dienstverlening in functies van verschillende aard vormt de basis voor het model van de STAGG. Patiënten en hulpbehoevenden worden niet meer ingedeeld op soort gebrek, dus geen GGZ, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, en de onderverdeling die hier weer ondervalt maar in plaats hiervan wordt het aanbod georganiseerd rond de drie functies. Er zijn dus niet drie organisaties voor het wonen van gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten maar één organisatie voor de aan te bieden functie. Belangrijk bij het vertalen van deze functies naar de woonzorgzone is de bereikbaarheid en spreiding in de wijk. Hoe groot is afstand tot de woning, de verkeersstructuur, de toegankelijkheid, vervoersmogelijkheden en betaalbaarheid. Als mensen, ook met een intensievere zorgvraag zelfstandig blijven wonen, zullen er in de buurt in elk geval de volgende voorzieningen aanwezig moeten zijn: één of meer voorzieningen waar haalfuncties zijn ondergebracht; een centraal loket waar brengfuncties geregistreerd en gecoördineerd worden; (voor een beperkte groep) een voorziening waar zorg en dienstverlening intern worden geleverd. De haalfuncties worden ondergebracht in activiteitencentra met recreatieve, culturele en hobby-activiteiten, dagopvang, fysiotherapie en gymnastiek. Daarnaast kunnen deze centra ook een restaurant, café, internetcafé etc. omvatten. De schaalgrootte en de breedte van het aanbod hangt af van de locatie en de doelgroep. Hoe meer doelgroepen het centrum gebruiken, hoe breder het aanbod. Een coördinatiepunt fungeert als centraal loket, waar mensen informatie en advies kunnen krijgen en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd. Er is een zorgkruispunt dat 24-uurszorg levert, zowel intern als aan wijkbewoners. Dit kruispunt kan een klein medisch centrum bevatten, een ziekenboeg voor kortdurende opname en dagopvang. De invulling hangt af van de wijk. Kortom er bevindt zich binnen het STAGG model een hiërarchisch niveau van centra die bepaalde functies aanbieden. Een coördinatiepunt dat dient als centraal loket, een zorgkruispunt voor 24-uurszorg en een aantal activiteitencentra waarin de haalfuncties zijn ondergebracht. Naast deze onderverdeling in functie stelt het STAGG model ten aanzien van de woningen en de ruimte bepaalde eisen. Woningen moeten goed toegankelijk zijn, levensloopbestendig en divers, voor meerder groepen geschikt, en er moet een alarmeringssysteem zijn. En naast de gewone woning moeten er bijzondere woonvormen komen waar extra zorg aanwezig is. Zoals bijvoorbeeld woongroepen voor gehandicapten en ouderen en beschut wonen. Op gebied van ruimte wordt aangegeven dat er goed openbaar vervoer moet zijn, aanvullend vervoer voor mensen met een handicap, veilige en goed begaanbare looproutes, en er moeten voldoende voorzieningen zijn.

Fig.3.1.1. Het STAGG-model (IWZ, 2001)



3.2 Het Scandinavisch Model

De inspiratiebron voor de woonzorgzone, bevindt zich in Scandinavië. In Noorwegen, Denemarken en Zweden is de ouderenzorg een gemeentelijke aangelegenheid. In Scandinavische landen wordt zorg bovendien gezien als een vorm van sociale dienstverlening, en niet zozeer als een vorm van gezondheidszorg. Daardoor staat niet het medische model centraal, maar meer het welzijnsmodel van begeleid wonen. Ook kleine gemeenten organiseren zelf een sluitend pakket van voorzieningen. Grote gemeenten werken met een districtenmodel, dat wijken van gemiddeld 10.000 inwoners uitrust met een eigen zorg- en dienstencentrum, een eigen thuiszorgteam en eigen budgetverantwoordelijkheid. In Nederland is het Scandinavische voorbeeld een inspiratiebron voor woonzorgconcepten, waarin de focus gericht is op het wijkniveau, zoals bijvoorbeeld woonzorgzones, servicezones en zorgvriendelijke wijken. Met name Denemarken, waar het voorzieningenniveau zeer hoog is, is een voorbeeld. Juist in dat land is de laatste tien jaar een volledige scheiding van wonen en zorg doorgevoerd, waardoor het voor de zorg niet meer uitmaakt of iemand in een woonzorgcomplex woont of ergens individueel in de wijk. Overigens zien we ook in

Denemarken dat ouderen willen verhuizen naar seniorenwoningen in de nabijheid van wijkvoorzieningen. Daardoor ontstaat, ondanks het ruime thuiszorgpakket, een spontane zonering. (Nouws en van der Linden, 2003). Met de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die zorgt voor meer decentralisatie van wonen en zorg naar gemeentelijke overheden wordt in Nederland een situatie gecreëerd die net als in Scandinavië uitgaat van een gedecentraliseerde verantwoordelijkheid voor wonen en zorg. Het scheiden van het wonen en zorg is hierin een belangrijk punt. Wonen en zorg wordt niet als één voorziening aangeboden zoals dat bijvoorbeeld in een zorginstelling gebeurt, maar wonen wordt apart van de zorg aangeboden. Het beleid is zo op elkaar afgestemd dat zorg los van het wonen kan worden ingekocht. Binnen een bepaald gebied op complex kan op deze manier door bewoners zorg aangevraagd en geleverd worden. Deze zorg is niet altijd aanwezig zoals in een instelling, maar er is alleen zorg aanwezig als het nodig is. Ook het in elkaar schuiven van de beleidsterreinen wonen en zorg en welzijn zorgt ervoor dat er meer integraal beleid kan worden gevoerd op het gebied van wonen en zorg.

3.3 Criteria voor Woonzorgzones

Naast deze twee modellen is in de publicatie '*aan de slag met woonzorgzones*' van het KCWZ aan de hand van bevolkingsprognoses een aantal criteria opgesteld voor de woonzorgzone.

- 1,2% van de woningen zijn clusterwoningen of vormen van beschut wonen voor mensen met sociale of cognitieve beperkingen.
- 1,5% van de woningen bevindt zich in woonzorgcomplexen deze zijn voor ouderen met behoefte aan veilig zelfstandig wonen met zorginfrastructuur.
- 3,7% van de woningen is integraal toegankelijk en individueel aangepast met mogelijkheid van intensieve thuiszorg (aanleunen op afstand) voor mensen met uitsluitend fysieke beperkingen. In totaal zou daarmee 6,5 % van de woningvoorraad uit 'buitengewone woningen' bestaan. 50% van de woningen binnen de woonzorgzone moet levensloopbestendig zijn, de 6,5% buitengewone woningen is hier onderdeel van. Hiermee is tevens duidelijk dat in de woonzorgzone het 'gewoon wonen' dominant blijft. Naast deze percentages woningen, geschikt voor ouderen zijn er op gebied van wonen, zorg, dienstverlening, infrastructuur en de woonomgeving nog een aantal andere eisen waar een woonzorgzone aan moet voldoen (Nouws en van der Linden, 2003).

Wonen

In een woonzorgzone dient een bovengemiddeld percentage van de woningen integraal toegankelijk dan wel aanpasbaar te zijn. Integraal toegankelijk betekent dat personen met veel voorkomende lichamelijke handicaps de woningen moeten kunnen bewonen en bezoeken. Ook betekent dit dat de woningen rolstoeltoegankelijk zijn. Aanpasbaar betekent dat de woningen op relatief eenvoudige en goedkope wijze integraal toegankelijk kunnen worden gemaakt. Het percentage integraal toegankelijke woningen in de woonzorgzone zou minimaal 5 - 6% moeten bedragen. Het percentage aanpasbare woningen, die bovendien nultrede (zonder trap) toegankelijk zijn, zou minimaal moeten corresponderen met het landelijk verwachte aantal ouderen en gehandicapten als percentage van de bevolking: ongeveer een derde deel. Voor nieuw te bouwen wijken dient, in verband met de nodige keuzevrijheid, een percentage van ten minste tweederde deel aanpasbare woningen te worden aangehouden. Het streven is anderzijds dat het percentage zorgbehoevende huishoudens ook in de woonzorgzone op den duur de

10% niet zal overschrijden; anders zou de woonzorgzone worden tot een uitgebreid woonzorgcomplex, in plaats van een gewone wijk met een beschut woonmilieu. (Nouws en van der Linden, 2003)

Zorg

Binnen een woonzorgzone dient binnen loopafstand, dat wil zeggen binnen een straal van circa 200 meter, een 24-uur bezette zorgpost aanwezig te zijn. In het STAGG-scenario heet dit een zorgkruispunt. Deze kan liggen in een verzorgingshuis, verpleeghuis met wijkfunctie of in een kleinschalige geclusterde woonvorm met 24-uurszorg. Het is het letterlijke kruispunt van de woonzorgzone. Alle woningen binnen de zone moeten met een alarmsysteem potentieel kunnen aanleunen tegen deze zorgpost. Het clusterwonen wordt in het algemeen gelegen binnen een kleinere straal (circa 50 m) van de zorgpost in verband met het 24-uurs toezicht; het beschut wonen iets verder weg, maar binnen de 200 meter loopafstand. Zowel het beschut wonen als het geclusterd wonen is zoveel mogelijk geïntegreerd in de 'gewone' woningbouw. In een cirkelgebied met een straal van 200 meter treffen we in een gemiddelde naoorlogse woonwijk ongeveer 200 woningen aan. Wil er ook binnen het cirkelgebied nog sprake zijn van een gemengde populatie, dan zou het aantal woningen aangemerkt als zorgwoningen niet meer dan de helft moeten bedragen. (Nouws en van der Linden, 2003)

Maatschappelijke infrastructuur en dienstverlening

In een woonzorgzone dient een verhoogd niveau van 'diensten aan huis' te worden aangeboden, zoals:

- Actieve sociaal/medische of personenalarmering met 24-uurs alarmopvang met professioneel bemande centrale en professionele alarmopvolging zo mogelijk passieve personenalarmering via activiteitsmeting.
- Inbraak- en brandalarmering met gegarandeerde alarmopvolging.
- Garantie op noodhulp met directe tijdelijke opname of tijdelijke (aanvullende particuliere) thuiszorg.
- Dienstenpakket al dan niet geclusterd in een abonnement met diverse breng- en comfortdiensten.
- Mogelijk ook een klussendienst, boodschappendienst, warme maaltijdservice, was- en strijkservice.
- Mogelijkheid tot deelname aan sociaal-culturele en recreatieve activiteiten binnen de woonzorgzone.

Fysieke infrastructuur en woonomgeving

Iedere woning binnen een woonzorgzone dient te zijn aangesloten op een netwerk van looproutes dat de woning verbindt met het wijkservicecentrum, de primaire winkels en de haltes van het stedelijk openbaar vervoer. Dit routestelsel dient tot en met de genoemde centra en vervoermiddelen te voldoen een barrièrevrije toegankelijkheid, sociale veiligheid en heldere oriëntatie. Ook buiten de routes dient de woonomgeving een verhoogde gebruiks- en verblijfskwaliteit te hebben (Nouws en van der Linden, 2003).

Tabel 3.3 Eisen Woonzorgzone (Bovensectorale werkgroep wonen en zorg, 2004)

wonen	welzijn/diensten	zorg
bovengemiddeld percentage zorggeschikte woningen	beschikbare, bereikbare en toegankelijke haaldiensten een goede infrastructuur voor de brengdiensten	beschikbare 24-uurs zorg binnen loopafstand (straal 200 m)
Voorbeelden: - levensloopbestendige woningen - woonkeurwoningen - opgepluste woningen - nultredenwoning - zorgwoning	Voorbeelden: - alarmering - vervoer (gespecialiseerd en openbaar) - maaltijden (breng en haal) - hulp bij huishouding - activiteiten - ondersteuning in het zelfstandig wonen - bereikbare winkels voor dagelijks levensonderhoud - bereikbare postagentschap en/of bank - bereikbaar openbaar vervoer - de woonomgeving is zeer toegankelijk en veilig	Voorbeelden - hulp bij ADL - alarmopvolging (gepland, ongepland en bij calamiteiten) - in de woonzorgzone aanwezige gemeenschappelijke ruimten of zorgruimten - tijdelijk verblijf - langdurig verblijf

3.4 Doelstellingen woonzorgzones

Momenteel zijn er veel initiatieven die moeten leiden tot realisatie van een woonzorgzone. De database van het KCWZ geeft een overzicht van alle (aangemelde) woonzorgzones in Nederland. Een groot aantal projecten verkeert nog in de plan en ontwerpfase, slechts een klein deel is daadwerkelijk operationeel. (tabel 3.4.1)

Tabel 3.4.1 Ontwikkelingsfases woonzorgzones

ontwikkelingsfase	aantal
Initiatief/visievorming	10
Ontwerp/plan	35
Uitvoering bouw	16
Operationeel	4
Totaal	

De diverse woonzorgzones verschillen allen van omvang, opzet, en deelnemende actoren. De doelstellingen die beoogd worden met realiseren van een woonzorgzone verschillen dan ook per case. Dit wordt onder meer beïnvloed door de locatie (platteland vs. stadswijk), maar ook door de samenstelling van de wijk, en de heersende problemen op gebied van ouderenhuisvesting binnen het gebied waarin de woonzorgzone komt te liggen. De bestaande infrastructuur, de vraag naar zorg, (afhankelijk o.a. demografische en sociale verhoudingen binnen de wijk) en de individuele wensen van de actoren zorgen voor verschillende doelstellingen. Wel zijn er een aantal doelstellingen geformuleerd door organisaties als KCWZ, en het ministerie van VROM die voor alle woonzorgzones gelden:

- Woonzorgzones moeten betere voorwaarden op wijkniveau creëren voor het zelfstandig wonen van mensen met een zorgbehoefte. De behoefte daaraan is groot en zal de komende jaren alleen maar toenemen. (Nouws en van der Linden, 2003).
- Woonzorgzones zijn een middel om zorg en diensten weer meer in de wijken te brengen. In principe zijn het gewone wijken bedoeld voor een doorsnee van de bevolking. Maar ook mensen die beperkingen hebben en daardoor meer zorg en dienstverlening nodig hebben, kunnen in deze wijken blijven wonen. Woonzorgzones creëren op wijkniveau betere voorwaarden voor het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen van mensen met een zorgbehoefte (Aedes Arcades, 2001).
- Het bevorderen van de *extramuralisering* van intramurale zorgvormen (verpleeghuis, verzorgingshuis, instellingen voor gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen). Mensen moeten langer in hun eigen woning moeten kunnen blijven wonen, om zo de toenemende vraag naar ouderenhuisvesting op te vangen. Ook wordt hiermee de keuzevrijheid vergroot voor zorgbehoevende burgers en wordt hun maatschappelijke integratie bevorderd.
- De ruimtelijke bundeling van wonen, zorg en welzijn binnen woonzorgzones moet zorgen voor een doelmatige inzet van schaarse zorg en heeft het als doel het gevoel van veiligheid bij cliënten en hun verwanten te verhogen (Meulen en van der Arts, 2005).
- De woningvoorraad aanpassen aan de toekomstige vergrijzinggolf, woningen binnen de woonzorgzone moeten voor een groot deel levensloopbestendig zijn, zodat in de toekomst deze woningen indien nodig gebruikt kunnen worden voor ouderenhuisvesting; dit in combinatie met de geboden voorzieningen moet er voor zorgen dat de schaarste in de zorg, nu en in de toekomst, wordt opgevangen (KCWZ, 2006).
- Doel van de woonzorgzone is om iedereen de zorg die hij of zij nodig heeft aan te bieden in de eigen wijk. Mensen blijven in hun eigen omgeving, met familie, vrienden, kennissen (KCWZ, 2006).
- Het creëren van een wijk die geschikt is voor iedereen, maar waar ouderen en zorgbehoevenden ook kunnen wonen. De wijk moet niet een clustering zijn van ouderen en puur gericht op ouderenhuisvesting zijn, maar moet een duurzame wijk zijn die een evenwichtige demografische samenstelling heeft, aangepast voor zorgbehoevenden maar geschikt voor iedereen (IWZ, 2001).

4 Betrokken actoren bij totstandkoming woonzorgzones

De ontwikkeling, realisatie en exploitatie van moderne vormen van ouderenhuisvesting zoals de wijkgerichte aanpak in woonzorgzones vereisen een intensieve samenwerking tussen de gemeente, woningbouwcorporatie, zorginstelling en andere partijen. Dit is een langdurig, complex proces waarbij de afstemming van de rol van de verschillende actoren en hun investeringen verre van eenvoudig is. In een wijkgerichte aanpak staat de integratie en combinatie van verschillende functies centraal: de (her)ontwikkeling van huisvesting, zorg, infrastructuur, groen en andere voorzieningen in een bepaalde wijk worden in samenhang beschouwd. Door deze integrale benadering van functies vraagt een wijkgerichte aanpak om samenwerking tussen de actoren die verantwoordelijk zijn voor de verschillende te ontwikkelen functies. Samenwerking tussen bijvoorbeeld

gemeente, woningcorporaties, zorginstellingen en andere partijen kan bij de ontwikkeling van een woonzorgzones een meerwaarde opleveren. Juist vanwege de vele actoren met (deels) overlappende belangen bij de ontwikkeling van woonzorgconcepten kan publiekprivate samenwerking (PPS) noodzakelijk en commercieel aantrekkelijk zijn. In dit hoofdstuk een overzicht van de actoren en hun rol bij de ontwikkeling realisatie en exploitatie van woonzorgzones.

Overheden

Gemeentes

Gemeentes spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van woonzorgzones. Zorg en volkshuisvesting zijn van oudsher beleidsterreinen waarin de gemeente op actief is. De gemeente heeft zijn verantwoordelijkheid op dit gebied, ook maakt het thema wonen en zorg onderdeel uit van het beleidskader als gevolg van de wet stedelijke vernieuwing. Hierin zullen de gemeentes in de toekomst in hun investeringsprogramma's moeten aangeven op welke manier invulling is gegeven aan deze onderwerpen. Ook zorgt de decentralisering van het overheidsbeleid dat er op gebied van wonen, zorg en welzijn meer verantwoordelijkheid bij de gemeente komt te liggen. Met de invoering van de WMO krijgen de gemeentes meer verantwoordelijkheid op het gebied van welzijn en zorg. Ze zullen zelf moeten zorgen voor de financiering en de uitvoering van de zorg binnen de gemeente. De gemeente is dan ook een belangrijke actor bij de ontwikkeling van woonzorgzones, in 94 % van de woonzorgzones die in de database staan van het KCWZ is de gemeente betrokken bij de ontwikkeling ervan. In veel gevallen is de gemeente initiatiefnemer, ook speelt de gemeente een belangrijke rol op gebied van financiering. Veel subsidies die gebruikt worden voor het realiseren van een woonzorgzone worden via gemeentes verkregen. Bijvoorbeeld het investeringsbudget stedelijke vernieuwing en het innovatieprogramma stedelijke vernieuwing. Ook is de gemeente vaak een initiatiefnemer op gebied van woonzorgzones, dit komt vanuit hun verantwoordelijkheid voor het wonen en de zorg binnen de gemeente.

Provincies

Binnen de database van het KCWZ was in slechts 5 gevallen de provincie partij bij de plan en realisatiefase van een woonzorgzone. Waarschijnlijk komt dit doordat de gemeente in eerste instantie verantwoordelijk is voor de ruimtelijke ordening (bestemmingsplan) en zorg (WMO) en wonen. Wel zijn er een aantal provinciale subsidies die ervoor zorgen dat provincies binnen de financiering een belangrijke actor zijn. (bijlage 2) Ook schets de gemeente binnen provinciale omgevingsplannen (POP) en structuurschetsen richtlijnen voor regionaal beleid ten aanzien wonen.

Landelijke overheid

Een actor die indirect een grote invloed heeft op de woonzorgzone is de landelijke overheid. Door beleid en regelgeving zijn zij sturend voor tal van zaken die de woonzorgzone direct aangaan. Zo speelt de eerdere decentralisatie van de zorg, de vernieuwing van de AWBZ, het stimuleren van PPS constructies van wonen en zorg, het integreren van de beleidsvelden wonen, zorg en welzijn een belangrijke rol bij de kansen en mogelijkheden voor woonzorgzones. Ook speelt de landelijke overheid een rol bij de financiering van de zorginstellingen.

Aanbieders wonen, zorg en welzijn

Woningbouwcorporaties

De woningbouwcorporaties hebben als eerste taak het zorgdragen voor de mensen die onvoldoende in staat zijn om op eigen kracht over passende woonruimte te beschikken. De corporaties moeten daarom hun bestuurlijke en financiële inspanningen in eerste plaats richten op het bouwen, instandhouden, en beheren van de woningen die passend zijn voor deze doelgroep. In het per 1 januari in werking getreden besluit beheer socialenhuursector (BBSH) zijn de positie en functie van deze sociale verhuurders binnen de volkshuisvesting vastgelegd. In 2001 is wonen en zorg als extra prestatieveld aan dit BBSH toegevoegd. Wonen en zorg is specifieke taak van de woningbouwcorporaties geworden. Dit verklaart ook de belangrijke positie van deze corporaties bij het tot stand komen en instandhouden van de woonzorgzones. In de praktijk is ook te zien dat corporaties een belangrijke positie innemen bij het ontwikkelen van woonzorgzones.

Zorginstellingen

De zorginstelling maakt een belangrijk deel van een woonzorgzone uit. Binnen een woonzorgzone is het zorgcomplex vaak het middelpunt van waaruit zorg bediend wordt. Afhankelijk van de zorgvraag en de samenstelling van de woonzorgzone wordt vanuit het zorgcomplex vormen van zorg aangeboden aan de bewoners binnen de woonzorgzone. Ook wordt vanuit het STAGG model, een belangrijke rol toegedicht aan deze instellingen/zorgpunten.

Zorgverzekeraars.

De gemeentes gaan over wonen en welzijn, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren hebben de regie over hetgeen geregeld en gefinancierd wordt vanuit de AWBZ. Binnen de financiering speelt de zorgverzekeraar een belangrijke rol. Ook worden de persoonsgebonden budgetten gefinancierd vanuit deze AWBZ. Opvallend is wel dat weinig zorgverzekeraars actief zijn bij de realisatie van de woonzorgzone. Mogelijk komt dit omdat een groot deel van de projecten nog in de initiatieffase zijn, en in de praktijk blijkt dat vooral cooperaties en gemeentes de partijen zijn die initiatief nemen bij realisatie van een woonzorgzone. (Seinpost adviesbureau, 2003) Ook is de zorgverzekeraar wel financier, maar indirect. Op basis van indicatie krijgen zorgbehoevenden een bedrag te besteden, en op basis van geleverde zorg krijgen instellingen artsen en andere zorgverleners vaste bedagen. Zorgverzekeraars financieren dus niet direct zorgfaciliteiten en zorgvoorzieningen.

Welzijnsorganisaties

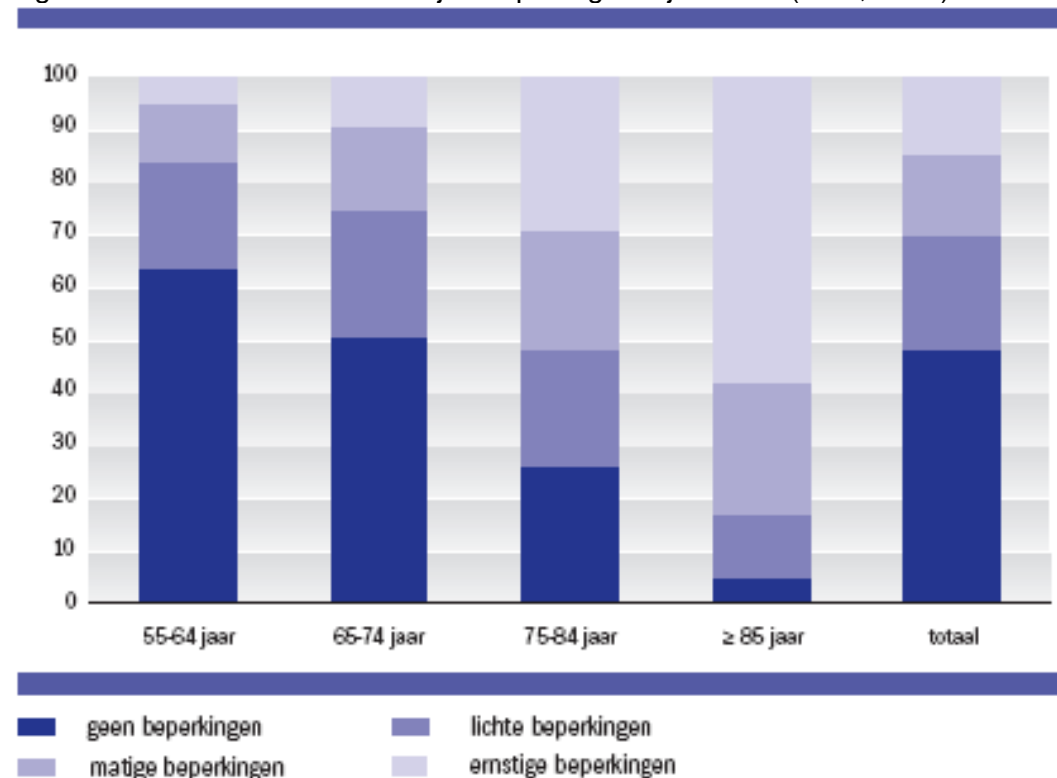
Naast de voorgenoemde actoren zijn er een groot aantal welzijnsorganisaties betrokken bij het totstandkomen van een woonzorgzone. In veel gevallen spelen ook organisaties als thuiszorg, GGZ, gehandicapten zorg een rol bij het tot stand komen van een woonzorgzone. Vooral bij het verlenen van extramurale zorg spelen zij een belangrijke rol. Per woonzorgzone is de rol van deze organisaties verschillend.

Vraagkant

De doelgroep is op te delen in twee segmenten, ten eerste de ouderen die vanwege fysieke en verstandelijke beperkingen afhankelijk worden van zorg, en om die reden niet meer zelfstandig kunnen wonen, en de tweede groep zijn de overige hulpbehoevenden, als bijvoorbeeld lichamelijk en verstandelijke gehandicapten. De groep ouderen is onder te verdelen naar mate van beperking. Er kunnen vier niveaus onderscheiden worden, geen, lichte, matige of ernstige beperkingen. Van matige of ernstige beperkingen is sprake als een persoon grote moeite heeft met uiteenlopende activiteiten of niet meer in staat is deze te verrichten. Bij ernstige

bepkeringen gaat het vrijwel altijd ook om problemen bij de persoonlijke verzorging, bij matige beperkingen om beperkingen bij huishoudelijke activiteiten of de mobiliteit. Het SCP stelt dat hulp bij huishoudelijke activiteiten en mobiliteit planbaar is, en over het algemeen extramuraal te organiseren is, bij persoonlijke verzorging ligt dit anders, dit is moeilijker te plannen en kan afhankelijk van het probleem, niet worden uitgesteld. De ouderen, die persoonlijke verzorging nodig hebben (niveau ernstig), bevinden zich dan ook vooral in woonzorgcomplexen. In figuur 4.1 is te zien dat meer dan 50% van de 55-plussers een beperking heeft, belangrijk is te weten dat naarmate deze mensen ouder worden de beperkingen alleen maar toenemen, in slechts 4% van de gevallen worden beperkingen minder. Vroeger was er een duidelijke scheidslijn tussen de ouderen met een bepaald beperkingsniveau die in een verzorgingstehuis wonen of nog zelfstandig. Tegenwoordig is dat niet meer zo. Het is daarom moeilijk te stellen dat alle personen met ernstige beperkingen in een verzorgingstehuis zitten en personen met lichte beperkingen nog thuis wonen (SCP, 2004). In hoofdstuk 2 is aangegeven dat deze eerste doelgroep, het totaal aantal ouderen, een sterke groei doormaakt. Ook zal het aantal ouderen met lichte tot ernstige beperkingen toenemen door de dubbele vergrijzing. Naast de toename van het aantal ouderen veranderen ook de wensen, zorgvraag, financiële positie en de samenstelling van de doelgroep. Deze veranderingen hebben grote invloed op de wijze hoe zorg binnen een woonzorgzone wordt aangeboden. Over het algemeen hebben de ouderen in Nederland meer te besteden, en ligt ook het opleidingsniveau van de ouderen hoger dan voorheen. Aangezien marktgericht denken steeds belangrijker wordt binnen wonen en zorg, moet er terdege rekening gehouden worden met veranderde samenstelling en wensen van de doelgroep. De doelgroep heeft zich in diverse organisaties georganiseerd, zoals bijvoorbeeld de katholieke ouderenbond en de protestant christelijke ouderenbond.

Figuur 4.1 Ernst van de lichamelijke beperkingen bij 55+ ers (SCP, 2004)



Overige organisaties

Het Kenniscentrum wonen en zorg (KCWZ)

In dit onderzoek wordt regelmatig verwezen naar het KCWZ, Het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg is een gezamenlijke activiteit van Aedes, de vereniging van woningcorporaties en Arcares brancheorganisatie verpleging en verzorging. Het Kenniscentrum denkt mee met zorginstellingen en woningcorporaties die nieuwe woonzorgprojecten of woonzorg arrangementen willen realiseren. Het brengt kennis en informatie inzake wonen en zorg bijeen en stelt deze beschikbaar.

Overige

Als laatste zijn er nog een aantal overige organisaties die hun plek vinden binnen de woonzorgzone. Deze zijn in sommige gevallen ook betrokken bij het tot stand komen van een woonzorgzone. Binnen een woonzorgzone bevindt zich meestal een apotheek, een huisarts, een fysiotherapeut en andere aanbieders van zorg. Ook kan men hier denken aan verstrekkers van hulpmiddelen of andere ondersteunende voorzieningen. Naast deze organisaties zien we ook dat bij bepaalde woonzorgzones scholen, kinderdagverblijven en bibliotheken betrokken zijn bij de initiatieffase. (database KCWZ, 2006)

4.1 Samenwerking tussen actoren en PPS

Publiek private samenwerking (PPS) is een samenwerkingsverband waarbij overheid en bedrijfsleven, met behoud van eigen identiteit en verantwoordelijkheid, gezamenlijk een project realiseren op basis van een heldere taak- en risicoverdeling. Het resultaat van de samenwerking is meerwaarde: een kwalitatief beter eindproduct voor hetzelfde geld, of dezelfde kwaliteit voor minder geld. Er ontstaat voordeel voor beide partijen. Voor het bedrijfsleven ontstaan niet alleen nieuwe kansen op een groeiende markt, ook kan het zelf bijdragen aan een vanuit commercieel perspectief aantrekkelijk project. De overheid creëert perspectief op een hogere kwaliteit en een reductie van projectkosten. Het doel van publiek private samenwerking (PPS) is het realiseren van meerwaarde en efficiëntiewinst. Dit ligt binnen bereik als overheid en bedrijfsleven ieder datgene doen waar ze het best in zijn; er ontstaat zo een win-win situatie. Niet voor niets slaan overheid en bedrijfsleven steeds vaker de handen ineen om grote publieke investeringsprojecten op efficiënte wijze te realiseren. Een PPS-project moet aan een aantal criteria voldoen, bij een PPS-project:

- werken overheden en bedrijfsleven samen op basis van duidelijke, contractueel vastgelegde afspraken.
 - is contractueel vastgelegd wie waarvoor verantwoordelijk is en wie welke kosten en risico's draagt.
 - gaat het om het realiseren van zowel maatschappelijke als commerciële doelen.
 - verwachten beide partijen dankzij de samenwerking en de inbreng van ieders specifieke deskundigheid een beter resultaat tegen dezelfde kosten te realiseren (of hetzelfde resultaat tegen geringere kosten).
 - behoudt elke partij zijn eigen identiteit en verantwoordelijkheid.
- (Ministerie van financiën, 2005)*

Gezien deze criteria is het moeilijk de woonzorgzone als publiek private samenwerking (PPS) te zien, de partijen werken wel samen met als doel een wijk geschikt voor ouderen, met daarin huisvesting, voorzieningen op gebied van zorg een aangepaste infrastructuur en zorg aan huis. Maar er is een duidelijke tweedeling in de belangen van de partijen. De overheid (publieke partij) zorgt vanuit haar verantwoordelijkheid voor het wettelijke minimum van zorgaanbod en woningaanbod.

De private ondernemingen krijgen ruimte om binnen de wijk extra voorzieningen te ontwikkelen die wel rendabel te exploiteren zijn. Ieder doet zijn eigen ding, er is niet direct sprake van samenwerking om één project te realiseren. Deze bijzondere vorm van samenwerking wordt in de literatuur wel *recombinatie* genoemd (Weening van der Heijden, Hertogh en Hobma, 2005). Daaronder verstaan we een combinatie tussen twee of meer gespecialiseerde partijen, handelingen en producten die elkaar versterken. In feite gaat het bij recombineren om het maken van slimme combinaties tussen sectoren die elkaar ondersteunen om succesvol te zijn. Er is sprake van doen waar je goed in bent: de corporatie in huisvesting, de zorgverlening in het verlenen van zorg, etc. De samenwerking tussen de actoren binnen de woonzorgzone is meer als recombinitie aan te merken dan PPS. Er is een groot aantal actoren betrokken bij de realisatie, ontwikkeling en exploitatie van woonzorgzones. Veel actoren hebben andere belangen, of juist overlappende belangen. Er is vooral een groot verschil tussen de belangen van publieke partijen aan de ene kant en private partijen aan de andere kant. De private partijen die marktgericht handelen hebben belang bij een commercieel rendabele zorg, terwijl de prioriteit van de publieke partijen in eerste instantie ligt bij hun verantwoordelijkheid voor de huisvesting en zorg voor ouderen. De samenwerking tussen publieke partijen en private partijen bij het creëren van een woonzorgzone kan gezien worden als publiek private samenwerking. Maar de vraag is of het voor private partijen wel interessant is om in wonen en zorg te investeren. De zorg is een verantwoordelijkheid voor de overheid en moeilijk rendabel te exploiteren. Ook is het volgens ingenieursbureau *Oranjewoud* voor marktpartijen nu niet aantrekkelijk genoeg om te investeren in 'zorg onroerend goed' (Weening van der Heijden, Hertogh en Hobma, 2005). Dit komt mede door de relatieve kleinschaligheid van onroerend goed in de AWBZ als je dit vergelijkt met bijvoorbeeld ziekenhuizen. Op dit moment wordt er veel geld uitgegeven aan faciliteiten en gemeenschappelijke activiteiten om ouderen binnen hun complex of wijk een goede leefomgeving te kunnen bieden. Het gebruik van deze faciliteiten staat echter niet in verhouding tot de kosten. Ook zijn deze kosten niet terug te verdienen; het zijn puur kosten die gemaakt worden om de kwaliteit van leven voor de ouderen te verhogen. Uit de publicatie *publiek private samenwerking in de gezondheidszorg, een vergelijkende studie* van het bouwcollege voor ziekenhuizen 2004 komen nog een aantal nadelen van PPS in de zorg naar voren.

- Het effect op de rentekosten, doordat PPS een ander risicoprofiel met zich meebrengt.
- Afschrijvingskosten zullen hoger uitvallen omdat private investeringen, zeker ook in combinatie met een contractperiode van 25 jaar, sneller moeten worden afgeschreven dan in de zorg gebruikelijk.
- Ook op het punt van belastingen zal PPS een kostennadeel kennen dat in kaart gebracht moet worden. Een traditioneel ziekenhuis is een onderneming die prestaties levert die vrijgesteld zijn van BTW.
- De private partij zal in zijn prijs rekening houden met een te realiseren winstmarge, die mede zal moeten worden gezien in relatie tot de verwachte efficiencyverbetering.
- Het moet vooraf duidelijk zijn wat er gebeurt indien het langjarige PPS-contract in verband met niet daarin voorziene ontwikkelingen moet worden opgebroken.
- Nagegaan zal moeten worden hoe het zich verhoudt tot de bestaande wet- en regelgeving en welke mogelijkheden en randvoorwaarden hier bijvoorbeeld ten aanzien van instandhoudingsmiddelen uit voortvloeien.

Ondanks het feit dat PPS op het vlak van wonen, zorg en dienstverlening moeilijk en complex is, wil de overheid PPS constructies in de wonen zorg en welzijn stimuleren. Elk van deze partijen heeft zijn eigen competenties. De kwaliteiten die in het algemeen aan private partijen worden toegeschreven, zijn hun gerichtheid op de marktvrage en hun bewaking van budget en tijd. Om tot effectieve en efficiënte combinaties in het complexe veld van wonen, zorg en diensten te komen, lijkt het noodzakelijk dat partijen hun kennis en vaardigheden combineren, mede omdat de partijen in belangrijke mate van elkaar afhankelijk zijn voor het realiseren van de eigen doelstellingen. De toetreding van en samenwerking met nieuwe, private partijen kan bovendien leiden tot innovatieve oplossingen, dat wil zeggen, doorbraken voor problemen die tot op dat moment niet werden opgelost. Dat is buiten het terrein van wonen, zorg en dienstverlening meermalen bewezen. Volgens het ministerie van VROM en het ministerie van VWS is publiek private samenwerking in woonzorg dienstverleningsarrangementen kansrijk. Ook zegt VROM dat het maatschappelijk noodzakelijk en commercieel aantrekkelijk is voor de particuliere sector om te investeren in de markt voor wonen, zorg en dienstverlening' (VROM-a, 2005).

5 De financiering van woonzorgzones

Er bestaat (nog) geen geïntegreerde financiering voor woonzorgvoorzieningen. Er is nog altijd sprake van een aantal gescheiden financieringstromen. De financiering van de drie aspecten van woonzorg (wonen, zorg en service) wordt gerealiseerd uit de eigen budgetten van de betrokken organisaties. Deze organisaties verrichten activiteiten in de wijk die ze toch al zouden doen. Woningcorporaties kunnen woningen bouwen en infrastructuur realiseren vanuit de huuropbrengsten. Zorgaanbieders financieren gebouwen op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en vanuit de AWBZ budgetten. Welzijnsinstellingen krijgen de middelen voor hun activiteiten en gebouwen uit de gemeentebegroting. Per 2012 draagt de zorgsector volledig risico voor de investeringen in huisvesting (kapitaallasten). Nu krijgt elke instelling een vast budget voor die kapitaallasten. Als het aantal bewoners of cliënten daalt, heeft dat geen financiële consequenties voor de instelling. Met de nieuwe regelingen krijgen intramurale instellingen alleen geld van de overheid voor de zorg die ook echt geleverd wordt. In dat bedrag zijn behalve de kosten voor de zorg, ook die van de huisvesting verrekend (integrale tarieven). Geen klanten betekent ook geen vergoeding van de kapitaallasten. Instellingen krijgen meer financiële verantwoordelijkheid, maar daar staat tegenover dat ze ook meer vrijheid krijgen. De overheid bepaalt straks niet meer wat en hoe er gebouwd wordt. Instellingen gaan zélf bepalen hoe ze investeren in huisvesting. Een verblijfsinstelling kan bijvoorbeeld besluiten om het 'wonen' aan woningcorporaties over te laten. Uiteindelijk moet marktwerking er voor zorgen dat het aanbod beter afgestemd wordt op de vraag. (VWS, 2006)

Naast de financiering uit eigen budgetten zijn er verschillende subsidies en regelingen op landelijk en provinciaal niveau waarop aanspraak kan gemaakt worden voor woonzorgprojecten. (zie ook figuur 8.2 en bijlage 2) De belangrijkste regelingen zijn: *de subsidieregeling diensten bij wonen en zorg*, het *Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing*, het *SVn Plusfonds voor leefkwaliteit in stedelijke vernieuwing*, de *vernieuwing Regeling subsidies diensten Kenniswijk 2004* en de *tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling*.

De subsidieregeling diensten bij wonen met zorg

De subsidieregeling diensten bij wonen met zorg is er op gericht om intramuraal opname te voorkomen en om te stimuleren dat cliënten die nu nog in een instelling wonen weer zelfstandig gaan wonen. Met de regeling kunnen diensten gesubsidieerd worden die langer zelfstandig wonen mogelijk maken.

Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing (ISV)

Gemeenten kunnen op grond van het ISV financiële middelen krijgen voor fysieke ingrepen met het oog op de revitalisering van het stedelijke gebied. In het actieplan *investeren voor de toekomst* van VROM en VWS wordt het ISV vermeld als een instrument voor het realiseren van de kwantitatieve opgave tot 2015 voor wonen met zorg en welzijn. Het totale budget bedraagt € 1,3 mld. Het ISV maakt een onderscheid tussen rechtstreekse gemeenten en niet-rechtstreekse gemeenten. De niet-rechtstreekse gemeenten kunnen worden onderverdeeld in programmagemeenten en projectgemeenten. De rechtstreekse gemeenten zijn de dertig grote GSB-steden (G30). De rechtstreekse gemeenten ontvangen hun bijdrage direct van het Rijk in het kader van het Grote stedenbeleid. De niet-rechtstreekse programmagemeenten dienen een subsidieverzoek in door middel van een Meerjaren Ontwikkeling Programma (MOP) bij de provincie en zij ontvangen ook hun bijdrage van de provincie. Voor de niet-rechtstreekse projectgemeenten is de provincie budgetbeheerder. Voor deze gemeenten gelden specifieke regels, die door de provincies in een eigen verordening zijn vastgelegd. De voornemens op het gebied van de stedelijke vernieuwingsopgave worden vastgelegd in de Meerjaren ontwikkelingsprogramma's (MOP's). In die MOP's geven gemeenten aan welke concrete prestaties zij de komende vijf jaar zullen leveren op het gebied van wonen. Zij moeten een betere balans tussen vraag en aanbod realiseren en aangeven hoeveel volledig toegankelijke woningen zij aan de voorraad zullen toevoegen, hetzij door nieuwbouw, hetzij door aanpassing van bestaande woningen.

SVn Plusfonds voor leefkwaliteit in stedelijke vernieuwing

Het Stimuleringsfonds Volkshuisvesting Nederlandse gemeenten (SVn) heeft zijn eigen vermogen omgezet in een revolverend investeringsfonds. Bij dit fonds kunnen deelnemende gemeenten een 'zachte' lening krijgen voor projecten die bijdragen aan leefbaarheid en leefkwaliteit in stedelijke herstructureringswijken en dorpskernen. Voorbeelden zijn buurtcentra en projecten wonen/zorg voor ouderen en maatschappelijke functies.

Regeling subsidies diensten Kenniswijk 2004

Subsidieregeling tot en met 2005 voor diensten via hoogwaardige ICT-infrastructuren. Voor bijvoorbeeld communicatie systemen binnen de woonzorgzone.

Woonzorgstimuleringsregeling

Iedereen wil graag zo lang mogelijk zelfstandig in zijn eigen huis kunnen blijven wonen. Dat geldt zeker ook voor mensen die van zorg afhankelijk zijn. Om nieuwe ideeën te stimuleren die ervoor zorgen dat er meer mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, trad op 1 oktober 2000 de *tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling* (WZSR) in werking. Naast deze financieringsregelingen bestaan er ook een groot aantal gemeentelijke subsidies, een overzicht hiervan is te vinden in bijlage 3

Figuur 5.1 Overzicht subsidies

Regeling	Doel	Kansen	Opmerkingen
Investeringsbudget Stedelijke vernieuwing (ISV)	Ingrijpende verbetering van naoorlogse wijken	Locaties, medefinanciering van transformatie en nieuwbouw	Plannen zijn goeddeels al in uitvoering
Innovatieprogramma Stedelijke Vernieuwing (IPSV)	Ondersteuning van innovatieve ideeën plannen en projecten gericht op stedelijke vernieuwing met de nadruk op herstructureringsopgaven	Versnelling en een kwaliteitssprong in de stedelijke vernieuwing	Aanvragen voor 2003: tot 1 mei 2003
Tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling	Stimuleren van de bouw van zorgvoorzieningen met scheiden wonen en zorg	Medefinanciering van onderzoek, projectkosten	De regeling houdt op te bestaan. De laatste 'tender' is in de eerste helft van 2003. Projecten rond alarmeringapparatuur en wijksteunpunten krijgen voorrang
WZV infrastructuur scheiden wonen en zorg verzorging en verpleging	Bouw van zorginfrastructuur voor ouderen bij scheiden wonen en zorg	Medefinanciering van servicecentra	
Tijdelijke subsidieregeling extramuraal dienstverlening	Financiering van welzijnsvoorzieningen van verzorging- en verpleeghuizen	Oplossing voor het 'welzijns gat' wanneer verzorgings- en verpleeghuizen extramuraliseren	In de maak
Huursubsidie voor onzelfstandige woonruimte	Huursubsidie voor bewoners van onzelfstandige woonruimte, bijvoorbeeld een zit/slaapkamer in een groepswoning	Hierdoor wordt het scheiden van wonen en zorg betaalbaar voor de cliënt	De regeling verandert ieder jaar. Let goed op de voorwaarden: VROM geeft beschikkingen af
Diverse provinciale subsidieregelingen	Stimulering van vernieuwend beleid op het gebied van wonen en zorg	Verscheidene mogelijkheden voor medefinanciering	Zie voor een overzicht www.kenniscentrumwonenenzorg.nl
Wet Voorzieningen Gehandicapten	Financiering aanpassingen woningen	Soms mogelijkheden voor complexgewijze aanpassing	Hangt af van de gemeente in kwestie
Twee nieuwe financieringsregelingen			
Subsidieregeling diensten bij wonen met zorg	Financieren diensten aan huis, extramuraal 'patienten'	Stimuleren extramuraal zorg, stimuleren woonzorgzone	Per 2007 Onderdeel WMO
beleidsregel zorginfrastructuur	Financiering zorgsteunpunten in wijken en buurten	Stimuleren extramuraal zorg op wijkniveau, stimuleren zelfstandig wonen	Vergoeding kosten exploitatie zorgsteunpunt.

Twee nieuwe financieringsregelingen.

Naast deze bestaande subsidieregelingen zijn er twee nieuwe financieringsregelingen op gebied van wonen en zorg. *De subsidieregeling diensten bij wonen met zorg* en de *beleidsregel zorginfrastructuur*. Deze subsidieregelingen zijn in het leven geroepen om extramuralisering van de zorg te stimuleren, en stimuleren indirect ook de ontwikkeling van de woonzorgzone. De subsidieregeling *diensten bij wonen en zorg* geeft aanbieders de mogelijkheid om diensten te leveren aan mensen met een verblijfsindicatie om zelfstandig blijven wonen. Bijvoorbeeld

door het stimuleren van diensten zoals maaltijden of alarmering aan huis. Daarmee kunnen mensen die anders in een instelling zouden moeten verblijven hun zelfstandigheid langer behouden of eerder terugkrijgen. De subsidieregeling diensten bij wonen met zorg is met terugwerkende kracht per 1 januari 2004 in werking getreden en gaat per 2007 op in de WMO. De regeling geldt voor alle AWBZ-diensten en is alleen bedoeld voor mensen met een verblijfsindicatie. De regeling staat open voor alle zorginstellingen, welzijnsinstellingen en woningcorporaties. Zorgkantoren voeren de regeling uit. Ook verblijfsinstellingen die hun interne zorg- en ondersteuningsaanbod beschikbaar maken voor mensen die zelfstandig blijven of gaan wonen, kunnen profiteren van de regeling.

De *beleidsregel Zorginfrastructuur* financiert de inrichting van zorgsteunpunten in wijken en buurten. Een zorgsteunpunt in de buurt maakt het mogelijk voor gehandicapten of ouderen om zelfstandig te blijven wonen, ook als ze veel zorg nodig hebben. Het zorgsteunpunt levert zorg en ondersteuning, als het nodig is 24 uur per dag. Met de invoering van de beleidsregel zorginfrastructuur is een vergoeding mogelijk voor de kosten van energie, belastingen, inrichting en het onderhoud van het zorgsteunpunt. Verder valt de financiering van technologie voor 24-uurszorg onder de nieuwe beleidsregel. Het gaat bijvoorbeeld om een alarmeringssysteem waarmee zorgverleners 24 uur per dag cliënten in de gaten kunnen houden. De kapitaallasten (de huur, rente of afschrijving van het pand) voor het zorgsteunpunt werden al vergoed door de 'overgangsregeling kapitaallasten extramurale zorgverlening'. De nieuwe beleidsregel past in het beleid van VWS om zelfstandig wonen te bevorderen, ook voor mensen die veel zorg nodig hebben. Eerder werd bekend dat mensen die in een verblijfsinstelling wonen en de stap willen zetten om zelfstandig te wonen in aanmerking komen voor een lagere eigen bijdrage. Zo kunnen ze geld sparen voor het verhuizen en herinrichten van een nieuwe woning (VWS, 2006).

5.1 Kosten Intramuraal versus extramuraal

Een van de belangrijkste ontwikkelingen die ten grondslag ligt aan de opkomst van de woonzorgzone is de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de kostenstijging die dit met zich mee brengt. De overheid wil door middel van extramuralisering van de zorg de kosten van de zorg naar beneden brengen. Door hervorming van de AWBZ en wonen en welzijn moeten meer mensen in hun eigen woning kunnen blijven wonen naarmate ze meer zorg nodig hebben. Maar hoe verhouden zich de kosten tussen intramurale zorg en extramurale zorg? Uit onderzoek van het Sociaal cultureel planbureau (2005) is gebleken dat de kosten voor extramurale zorg sterk lager liggen dan die voor intramurale zorg. Uit het onderzoek blijkt dat de kosten per persoon per jaar 15964 euro verschillen in het voordeel van extramurale zorg. (fig 5.1.1) Het onderzoek is gebaseerd op de vergelijking van intramuraal wonende mensen met dezelfde kenmerken als extramuraal wonende, dus dezelfde beperkingen. Wordt de extramurale zorg goed georganiseerd, bijvoorbeeld vanuit het woonzorgzone complex zal dit kostenbesparingen met zich mee brengen (SEO, 2005).

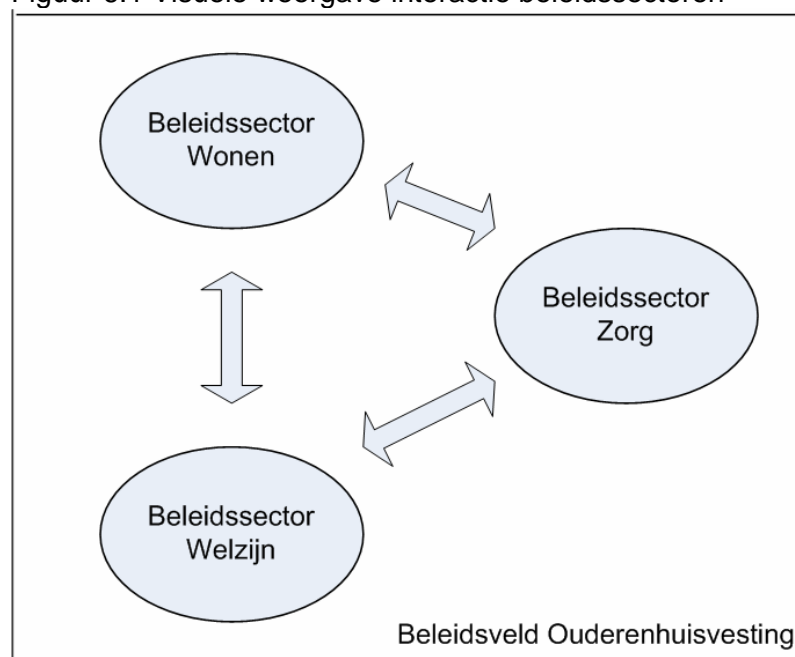
Figuur 5.1.1 Kosten Intramuraal versus extramuraal (SEO, 2005).

	Kosten intramuraal (1)	Kosten extramuraal (2)	Saldo: (1) – (2)
Omvang groep	42682	49174	4
Binnen de gezondheidszorg AWBZ	20967	5201	15766
- verzorgingstehuis	16000		
- thuiszorg		1081	
WVG	1016	837	
ZFW en particuliere ziektekosten			
- hulpmiddelen	719	616	
- overig	3232	2667	
Buiten de zorg de gebruiker	5900	6110	
- geluk		+3	
- kosten wonen en zorg		6000	
- eigen bijdrage zorg	5900	110	
- administratieve lasten			
Buiten de zorg overig maatschappij	40	1144	
- huursubsidie		420	
- welzijnsvoorzieningen gemeenten	40	104	
- mantelzorg		620	
verminderde verstoring belasting en premieheffing			-1512
saldo			15964

6 Ontwikkelingen op het beleidsterrein wonen, zorg en welzijn.

In vorige hoofdstuk is een indruk gegeven van de woonzorgzone in de praktijk. Naast de ontwikkelingen op demografisch gebied en de veranderingen binnen de AWBZ, is de ontwikkeling van het overheidsbeleid direct van invloed op de ontwikkeling van woonzorgzones. In dit hoofdstuk een overzicht van de verandering van het overheidsbeleid. Lange tijd zijn de beleidsvelden wonen, zorg en welzijn afzonderlijke beleidsterreinen geweest. Het ministerie van VROM was verantwoordelijk voor het wonen, het ministerie volksgezondheid welzijn en sport (VWS) voor de andere twee beleidsterreinen. Maar wordt er meer aandacht besteed aan de combinatie van beleid integraal gericht op wonen, zorg en welzijn.

Figuur 6.1 Visuele weergave interactie beleidssectoren



De in 2000 verschenen nota 'Mensen, Wensen, Wonen' besteedt ruime aandacht aan vraagsturing en ontschotting. 'Wonen en zorg' wordt uitgeroepen tot zesde prestatieveld, waarover woningcorporaties voortaan expliciet verantwoording moeten afleggen. Nieuwe regelingen (zoals de tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling) leggen een verbinding tussen de beleidsvelden wonen, welzijn en zorg en de aanbieders binnen deze terreinen worden opgeroepen om samen 'woonarrangementen' te leveren. Een voorbeeld hiervan is de woonzorgzone. Door het toenemende aantal ouderen en de verandering van deze groep is de overheid genoodzaakt zijn beleid op deze problematiek verder af te stemmen. Het huidige overheidbeleid is gericht op, decentralisatie van de verantwoordelijkheden voor de zorg, extramuralisering van de zorg, stimuleren van PPS constructies in de zorg en meer marktwerking (vraaggestuurdheid) in de zorg. Door verschillende maatregelen wil de overheid dit bereiken, in onderstaand stuk meer hierover. Naast de aandacht die aan deze problematiek wordt geschonken van uit de nota wonen, wordt ook de AWBZ aangepast, en komt er in 2006 de nieuwe wet maatschappelijke ondersteuning.

Extramuralisering en decentralisatie

Onder invloed van de eerder genoemde stijging van de groep ouderen en hulpbehoevenden wil de overheid deze mensen langer thuis laten wonen (extramuralisering). VWS en VROM stimuleren de bouw en verbouw van woninge. Om langer thuis te kunnen blijven wonen wordt de woonomgeving aangepast en wordt gezorgd dat er in wijken en buurten zorg en ondersteuning op afroep beschikbaar is. Er zijn verschillende aanpassingen nodig om het voor mensen met een beperking mogelijk te maken om zelfstandig te wonen. Zo moeten de woningen aangepast worden, de woonomgeving moet veilig zijn en in de buurt moet genoeg zorg (zoals verpleging) en diensten (zoals maaltijden en alarmering) te krijgen zijn. (ministerie, VWS 2005) De woonzorgzone is een vertaling van dit beleid naar de praktijk. Om deze extramuralisatie te realiseren wil de overheid:

- Meer woningen bouwen die geschikt zijn voor mensen met lichamelijke beperkingen. In de periode 2002-2015 moeten er 395.000 aangepaste woningen bijkomen. Woningcorporaties gaan de woningvoorraad aanpassen aan de vergrijzende bevolking. Ze moeten daarbij samenwerken met zorg- en welzijnsinstellingen en instanties die zich bezighouden met ruimtelijke ordening en veiligheid.
- Een drempelloze woonomgeving wijk of buurt. In bestaande wijken worden afstapjes van stoep en straat geëffend.
- Corporaties en zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van domoticavoorzieningen (domotica is woontechnologie voor mensen met een beperking).
- Er moeten meer zorgsteunpunten in de wijk komen die zorg op afroep (oftewel 24-uurszorg) leveren. VWS stimuleert verblijfsinstellingen om hun zorg en diensten ook te leveren aan mensen die thuis wonen.
- De WMO maakt het straks mogelijk om zorg en ondersteuning dichterbij de mensen te regelen. De WMO stimuleert mantelzorg, vrijwilligerswerk en buurtactiviteiten; allemaal factoren waarmee mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen blijven wonen.

Een groot deel van de mensen die nu in een intramurale instelling verblijven zouden volgens de overheid met de nodige voorzieningen thuis kunnen wonen. Of in elk geval in woonzorgvoorzieningen die meer kwaliteit, zelfstandigheid en privacy bieden

dan de huidige instellingsgebouwen. Het scheiden van wonen en zorg wordt hierbij als belangrijk middel gezien. Concreet betekent dit dat er een juridische en financiële scheiding plaatsvindt tussen het verblijf/wonen en de zorg. Naast de extramuralisering van de zorg wordt het wonen en zorg gedecentraliseerd. Gemeentes worden er verantwoordelijk voor dat iedere burger volwaardig kan meedoen in de maatschappij. Volgens de landelijke overheid kan de gemeente beter vaststellen wie welke voorzieningen nodig heeft, de gemeente zit immers dicht op de plaatselijke situatie. Ook krijgen cliëntorganisaties meer inspraak in het beleid door de gemeente gevoerd. Deze decentralisatie naar gemeentelijke overheden is vastgelegd in de wet maatschappelijke ondersteuning, in het volgende hoofdstuk hier meer over.

Meer concurrentie, marktwerking en vraagsturing.

De overheid stimuleert marktwerking op de zorgmarkt. Er komen meer aanbieders die naar de gunst van de cliënt dingen en een breed scala aan producten in de markt zetten. Dat leidt tot meer concurrentie en meer keuze voor de cliënt. Om de uitbreiding van zorgvoorzieningen te stimuleren, heeft het kabinet de drempels verlaagd voor startende zorgondernemingen. Ook aanbieders die al langer meedraaien, mogen hun zorgaanbod uitbreiden. Zo kan bijvoorbeeld een verpleeghuis zorg aan huis gaan leveren.

Om een omschakeling van aanbod- naar vraagsturing te realiseren, is gekozen voor de invoering van het Persoonsgebonden Budget (PGB). Met een PGB kiezen mensen zelf een aanbieder van zorg en bepalen ze zelf - binnen de grenzen van de onafhankelijk gestelde indicatie - hoe de zorg precies wordt ingevuld. Door middel van deze keuzevrijheid heeft de consument meer vrijheid om de zorg in te kopen die hij wil en bij de instelling die hij wil waardoor marktwerking bevordert wordt. Dit PGB wordt vooralsnog bekostigd uit de AWBZ. Iedereen die door ziekte, handicap of ouderdom zorg nodig heeft, komt via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in aanmerking voor PGB. Het PGB is een keuzemogelijkheid naast de gebruikelijke hulp die rechtstreeks via een zorginstelling wordt geleverd. De PGB-regeling geldt sinds 1995. Het aantal mensen dat voor een PGB kiest, neemt ieder jaar fors toe. Eind 2004 maakten 69.500 mensen gebruik van de regeling. 95% van hen beoordeelt de zorg als goed of zeer goed. Het zorgkantoor in de regio krijgt meer mogelijkheden om goed en doelmatig zorg in te kopen bij aanbieders, onder andere door het afschaffen van de contracteerplicht. Zorginstellingen op hun beurt krijgen meer vrijheid om dwars door sectoren heen zorg te leveren en zich desgewenst te ontdoen van hun vastgoedcomponent. Deze vastgoedcomponent kan op deze manier door andere partijen, zoals bijvoorbeeld corporaties of ontwikkelaars worden ingevuld. (VWS, 2004) Naast het persoonsgebonden budget probeert de overheid ook de mantelzorg te stimuleren. Mantelzorg is een overkoepelend begrip voor de zorg die familieleden, vrienden, kennissen of burens vrijwillig en onbetaald verlenen aan een hulpbehoevende naaste (bijvoorbeeld kind, partner, grootouders). Kenmerkend is de reeds bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn naaste. Bij mantelzorg gaat het om de extra zorg die de normale zorg voor elkaar in een huishouden te boven gaat. De mantelzorg is de laatste jaren weer in opkomst, dit komt mede door de toename van allochtone ouderen; in veel culturen is het gebruikelijk dat de familie de zorg draagt voor ouders en ouderen. Ook probeert de overheid mantelzorg te stimuleren. In de nota *zorg nabij* heeft de overheid de speerpunten van dit beleid geconcretiseerd.

Decentralisatie

In toenemende mate worden zaken die voorheen tot de taak van het rijk behoorden tot verantwoordelijkheid van lokale overheden gemaakt. Voor wonen, zorg en welzijn hebben de gemeenten een belangrijke verantwoordelijkheid, zeker met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. (zie meer over de WMO in hoofdstuk 7) Halverwege het jaar 2000 verscheen, relatief onopgemerkt, een rapport van een interdepartementale werkgroep over de vraag of de Wet voorzieningen gehandicapten andere regelingen niet te veel zou overlappen. Het rapport pleit voor een 'gemeentelijk dienstenstelsel' waarin naast de Wvg ook belangrijke onderdelen van de AWBZ (bijvoorbeeld de huishoudelijke hulp), de Ziekenfondswet (vervoer en hulpmiddelen) en de welzijnswet (de diensten van Welzijn Ouderen) zouden kunnen opgaan. Het kabinet aarzelde om de aanbevelingen zonder meer te omarmen, maar inmiddels wordt op het ministerie van VWS serieus gewerkt aan een studie naar een 'brede dienstenwet'. Dit alles past in het algemene streven naar vermaatschappelijking en scheiding van wonen en zorg. Wanneer meer zorgbehoevende mensen in gewone woonwijken wonen en daar gebruik maken van gewone wijkvoorzieningen, moeten gemeenten over voldoende instrumenten beschikken om dat te faciliteren.

Bevorderen publieke private samenwerking in de zorg

De overheid is bezig om PPS te stimuleren, en probeert de wet en regelgeving aan te passen om PPS aantrekkelijk te maken. Volgens de overheid moet er meer samenwerking met het bedrijfsleven zijn om nieuwe combinaties van wonen, zorg en welzijn aan te bieden aan de ouderen van de toekomst. Minister Dekker en staatssecretaris Ross-Van Dorp schrijven dit in de publicatie '*Nieuwe vormen van samenwerking in wonen, zorg en dienstverlening*'. De bewindslieden constateren dat er weliswaar veel plannen zijn voor PPS, maar dat er nog maar weinig praktijkvoorbeelden bestaan waar al ervaring wordt opgedaan met deze samenwerking. Voor private partijen blijft het moeilijk om te investeren in de zorg. Om rendabel in zorg te investeren moeten er andere vormen van samenwerking komen (zie ook hoofdstuk 4).

7 De modernisering van de zorg

De laatste jaren is onder druk van de vergrijzing en het stijgen van de kosten voor de zorg het zorgstelsel ingrijpend veranderd. Om de zorg betaalbaar te houden, en beschikbaar voor iedereen is de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) gewijzigd, en wordt vanaf 2007 de wet maatschappelijke ondersteuning van kracht. Deze veranderingen zijn direct van invloed op de kansen voor woonzorgzones. In dit hoofdstuk een korte beschrijving van de veranderingen en de gevolgen ervan.

De WMO en modernisering AWBZ

In 2007 komt er een nieuwe wet, de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen uit de AWBZ gaan er op den duur in op. De bedoeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning is dat mensen zo veel mogelijk voor zichzelf en elkaar zorgen, de verantwoording verschuift van overheid naar de burger zelf en de gemeente. De WMO is een gevolg van het overheidbeleid en heeft het doel de verantwoordelijkheid voor de zorg te decentraliseren. De gemeente wordt met de WMO verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van de aandachtsgroep binnen hun gemeente. De gemeente moet er voor zorgen dat iedere burger volwaardig kan deelnemen aan de

maatschappij. Als het iemand niet lukt om zelf ondersteuning te regelen, kunnen ze bij de gemeente terecht. Daarbij mogen ouderen en mensen met een beperking geen drempels ervaren. Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren. De ene gemeente zal investeren in vrijwilligerswerk en een andere gemeente zal een sportclub ondersteunen die zich inspant voor ouderen en gehandicapten. De gemeente heeft volgens het ministerie van VWS beter zicht op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. De gemeente weet welke organisaties ingeschakeld kunnen worden en aan welke voorzieningen burgers behoefte hebben. Gemeenten moeten burgers en cliëntenorganisaties betrekken in hun plannen voor de WMO, en moeten d.m.v. een zorgloket wonen, zorg en welzijn toegankelijk maken voor de consument. Een gevolg van de invoering van de WMO is dat er gemeentelijke verschillen kunnen ontstaan in het aanbod van wonen en zorg. De vraag is of dit geen nadelig effect zal hebben op de keuzevrijheid van de burger. De mogelijkheid is aanwezig dat de ene gemeente wel bepaalde voorzieningen aanbiedt, en de andere niet, zodat de zorgbehoevenden mogelijk beter af zal zijn in een andere gemeente. (WMO waarnemer, 2006)

De AWBZ

Aanpassing van de AWBZ moet ervoor zorgen dat de cliënt centraal komt te staan bij de vraag naar zorg. Ook moeten mensen de noodzakelijke zorg langer thuis kunnen ontvangen. De modernisering van de AWBZ past in het beleid om 'zorg op maat' te leveren; cliënten kunnen kiezen voor de zorgvoorziening of -aanbieder die ze zelf wensen. De zorgverlening gaat daarom niet meer uit van het bestaande aanbod, maar van de zorg die een individu nodig heeft. Door uit te gaan van zeven functies in plaats van instituties - zoals thuiszorg, verpleeghuis, verzorgingstehuis of dagverblijf - komt de juiste zorg sneller bij de juiste persoon. Deze zeven functies zijn huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf en vervoer. De zorg wordt los gekoppeld van het 'verblijf' als bijvoorbeeld het verzorgingstehuis of het dagverblijf. Binnen de woonzorgzone wordt dit ook naar de praktijk vertaald, ouderen moeten vanuit hun zelfstandige woning en vanuit instellingen gebruik kunnen maken van deze zeven functies. De uitgaven in de AWBZ zijn de laatste jaren sterk gegroeid. Het kabinet neemt daarom maatregelen om deze groei te beheersen. De AWBZ wordt daarbij teruggebracht tot de kern: alleen de onverzekerbare zorg (zoals langdurige opname in een instelling) en een aantal echte zorgfuncties die bij mensen thuis geboden worden, worden straks nog uit de AWBZ vergoed. Alle AWBZ-functies die niet direct met zorg te maken hebben, zullen op den duur uit de volksverzekering verdwijnen (VWS, 2006).

Het Zorgloket

Naast de ontwikkelingen op gebied van overheidsbeleid en de vernieuwing van de WZBZ en de opkomst van de WMO is het zorgloket een nieuwe bergip binnen het wonen, zorg en welzijn. Een van de verplichtingen die de gemeente in het kader van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning krijgt, is het organiseren van een toegang voor haar inwoners tot alle WMO diensten, dit heeft vorm gekregen in het zorgloket. Op dit moment zijn er in veel gemeenten al de zogenaamde zorgloketten actief, ook bied het de mogelijkheid online bepaalde informatie en diensten aan te vragen. Het zorgloket heeft als doel alle inwoners van een gemeente makkelijk toegang te verlenen tot alle diensten op gebied van wonen, zorg en welzijn. Alle actoren op gebied van wonen, zorg en welzijn zijn via dit loket te bereiken. Naast

decentralisatie wordt door middel van dit zorgloket ook de keuzevrijheid voor de burgers vergroot, ze kunnen bij dit loket advies krijgen over de mogelijkheden van zorg en wonen, en zo hun eigen keuze maken, voor bijvoorbeeld een PGB of gewone vergoeding van zorg (VWS, 2006).

7.1 Kansen voor woonzorgzones.

De voorgaande ontwikkelingen bieden kansen voor de woonzorgzone. Het Scandinavisch model wat deels ten grondslag ligt aan het concept woonzorgzone gaat uit van een gecentraliseerde overheid. Ook het STAGG model gaat uit van kleinschalige gebieden, wijken waarbinnen een stelsel van extramurale zorg georganiseerd wordt rondom een aantal zorgpunten en een intramurale instelling. Belangrijk is dan ook dat binnen deze zone de kansen zijn om dit te ontwikkelen. De decentralisatie van de zorg (WMO) zorgt ervoor dat gemeentes meer de regie in handen krijgen binnen hun eigen gemeente op gebied van zorg. Voorheen had de gemeente wel de regie om op gebied van wonen en infrastructuur maar niet op gebied van zorg. Doordat de gemeente nu op alle beleidsterreinen meer zeggenschap krijgt is het makkelijker om initiatieven als woonzorgzones te realiseren. Ook biedt de ontwikkeling van het PGB meer kansen voor de woonzorgzone. Bewoners kunnen zelf kiezen hoe ze hun budgetten besteden, er zal hierdoor meer financiële en maatschappelijke draagkracht komen voor meer extramurale functies omdat hier simpelweg voor gekozen kan worden. Voorheen was binnen de instelling alles gestandaardiseerd, veel speelde zich af binnen de instelling. Infrastructuur binnen de wijk was niet van belang. Ook vervoer en maaltijdvoorziening is op kleinere schaal aanwezig, en hierdoor minder rendabel georganiseerd. Ook biedt de stimulering van PPS binnen het beleidsveld wonen en zorg kansen voor de woonzorgzone. Ondanks het feit dat PPS nog niet veel wordt toegepast binnen de zorg is intensieve samenwerking tussen de partijen bijvoorbeeld recombinitie, wel een voorwaarde voor de ontwikkeling van een woonzorgzone. Het wordt door de nieuwe wet en regelgeving op dit terrein makkelijker om samenwerkingsverbanden aan te gaan, ook worden partijen zich bewust van het belang van samenwerking. De veranderingen in de AWBZ, meer keuzevrijheid, zorgt ervoor dat er meer variatie op gebied van wonen en zorg mogelijk is. Commerciële partijen kunnen inspelen op de wensen van de consument, de ouderen. Zo wordt het ook voor deze partijen aantrekkelijker op deze markt te opereren en past het aanbod van zorg en wonen beter bij de vraag van de ouderen. Het feit dat de drempels voor nieuwe zorgondernemers verlaagd zijn, en zorgondernemers andere diensten mogen aanbieden (verpleeghuizen kunnen nu zorg aan huis leveren) maakt het mogelijk om binnen bestaande wijken het aantal diensten op gebied van zorg makkelijk uit te breiden. Hierdoor wordt het makkelijker om binnen wijken woonzorgzones te realiseren.

8 De woonzorgzone in de praktijk

In de voorgaande hoofdstukken is een en ander verteld over het begrip woonzorgzone, de financiering, de betrokken actoren, de ontwikkelingen die geleid hebben tot het tot stand komen van dit concept en het overheidsbeleid t.a.v. van wonen zorg en welzijn. In dit hoofdstuk een indruk van hoe een drietal woonzorgzones in de praktijk vorm hebben gekregen. Gekozen is voor deze drie woonzorgzones omdat er duidelijke beschrijvingen van het concept beschikbaar zijn en omdat ze al in de operationele fase verkeren. Gekozen is voor de woonzorgzones

Skewiel-Trynwalden te Tytjerkstradeel, Rundgraafpark te Veldhoven en Steunstee te Bellingwedde.

8.1 Skewiel-Trynwalden te Tytjerkstradeel

De Trynwalden beslaan een omvangrijk gebied met zeven dorpen en twee gehuchten ten noordoosten van Leeuwarden. De woonzorgzone beslaat een gebied met een diameter van 12 kilometer rond het verzorgingstehuis Heemstra State in Oenkerk. Er is gekozen voor een volledige vermaatschappelijking van wonen, welzijn, zorg en dienstverlening. Het verzorgingshuis Heemstra State heeft plaatsgemaakt voor een multifunctioneel servicecentrum met functies voor de gehele gemeenschap. De zorg is volledig geextramuraliseerd, wonen en zorg is daarmee ontkoppeld. Alle aanbieders op het gebied van wonen, welzijn, zorg en dienstverlening hebben zich verenigd in een soort supermarkt. De diensten worden geleverd vanuit een *facilitair centrum*, 7 dagen per week, 24 uur per dag. Om het geheel te verbinden is een vervoersinfrastructuur opgezet en een elektronische infrastructuur, door middel van een domoticaproject. Zogenaamde "omtinkers" als consultants/makelaars functioneren volledig aan de vraagzijde en bemiddelen op het gehele terrein van wonen, welzijn, zorg en dienstverlening. Naast het verzorgingshuis is door woningcorporatie *Woon!* een appartementencomplex gerealiseerd. Vanuit dit complex kunnen de bewoners gebruik maken van de voorzieningen aangeboden vanuit het facilitair centrum. In principe kunnen alle 50 plussers in de gemeente gebruik maken van de diensten. (HHM, 2004)

Betrokken actoren

Bij de woonzorgzone Skewiel-Trynwalden zijn de volgende actoren betrokken: Het voormalig verzorgingshuis Heemstra State; thuiszorg Friese Wouden; zorggroep Noorderbreedte; Stichting welzijn ouderen; corporatieholding Friesland; gemeente Tytjerkstradeel. Aanjager van het project is het voormalig verzorgingshuis Heemstra State, de samenwerkingsconstructie was eerst stichting met project structuur. Nu doorstart van oude stichting van het verzorgingshuis. De participanten vormen een raad, adviserend aan de bestuurder. (Database KCWZ, projectbeschrijving Skewyl-Trynwalden)

Doelstellingen

In de visie van Skewiel blijven ouderen zo lang mogelijk normaal wonen in hun eigen huis, in hun eigen omgeving, met hun eigen sociale netwerk. Dit moet bereikt worden door het levensloopbestendig maken van de woningen, als ook door de herstructurering van alle dorpen in de regio om op die manier de leefbaarheid te handhaven en waar nodig te verbeteren (HHM, 2004).

Financiering Trynwalden

De zorgverlening wordt gefinancierd door de AWBZ en de cliënt. Wonen en welzijn worden gefinancierd door VROM (huursubsidie), gemeente (aanpassingen woning (Wvg), sociaal culturele diensten, vervoer (Wvg)) en de cliënt (huisvesting, overig vervoer, overige persoonlijke uitgaven). De dienstverlening wordt gefinancierd door provincie (domotica) en de cliënt (sociale alarmering, levensonderhoud). Zoals in het hoofdstuk over financiën is geschetst wordt het project gefinancierd vanuit de bestaande geldstromen, omdat er nog geen financieringsregeling bestaat voor de woonzorgzone. Uit onderzoek is gebleken dat de totale kosten voor de zorg en huisvesting voor de overheid georganiseerd vanuit het woonzorgzoneconcept 0,7 %

hoger liggen dan wanneer het na traditioneel model georganiseerd wordt. (zie figuur: 8.1.1) Ook blijkt dat de kosten voor de cliënt stijgen, dit komt vooral omdat de cliënt in veelgevallen zelf verantwoordelijk wordt voor huisvesting en levensonderhoud door de extramuralisering van de zorg. Deze kostenstijging van 0.7% lijkt paradoxaal ten opzichte van hoofdstuk 5. Hier wordt immers een kostenvoordeel van 15000 euro geschetst voor extramurale zorg ten op zichte van intramurale zorg. Dit verschil is te verklaren in de kosten voor aanpassing van de woning, dit zijn eenmalige kosten, welke niet meegenomen zijn in het onderzoek waar in hoofdstuk 5 aan gerefereerd is.

Figuur 8.1.1 Kosten innovatieve versus traditionele zorg (HHM, 2004)

Door overheid geregisseerd	Verzorgingsgebied	
	Traditioneel	Innovatief
<i>Prijspeil 2002</i>		
Kostencomponenten		
Zorg	€ 3.329.300,-	€ 2.444.600,-
Verblijf (huursubsidie)	€ -	€ 121.600,-
Aanpassing woning (Wvg)	€ -	€ 15.200,-
Sociaal culturele diensten & ondersteuning vrije tijd	€ 213.900,-	€ 254.300,-
Ouderenadvisering (omtinkers)		€ 164.700,-
Vervoer (Wvg)	€ 156.700,-	€ 156.700,-
Domotica		€ 31.700,-
Totaal	€ 3.699.900,-	€ 3.188.800,-

Kern van de woonzorgzone Tynwalden is de extramuralisering van de zorg. bewoners wonen niet meer in een zorgcentrum maar overal in het gebied, maar vooral geconcentreerd rondom de voorzieningen (het appartementencomplex). Hiernaast worden de voorzieningen en zorg zoveel mogelijk naar de cliënten toe gebracht. Eigenlijk verandert er niet zo heel veel, er is eigenlijk sprake van een "verdund woonzorgcomplex", en worden de voorzieningen en omgeving op een andere manier ingericht, zodat ouderen binnen dit gebied goed kunnen wonen. De kosten voor de zorg worden hierdoor aanzienlijk lager, omdat de kosten voor een intramurale opname veel hoger zijn dan wanneer iemand in zijn eigen huis verzorgd wordt. Dit komt vooral door de vastgoedcomponent van de intramurale verzorging. Intensieve samenwerking tussen de actoren zorg voor een goede organisatie van de diensten die extramuraal geleverd worden. Woningbouwcorporatie *Woon!* zorgt voor levensloopbestendige woningen in de directe omgeving van het facilitair centrum. Thuiszorg is goed geregeld en het facilitair centrum heeft eigen vervoersvoorzieningen. Iedere organisatie doet mee in het geheel en voert vanuit eigen bedrijfsvoering diensten uit (HHM, 2004).

8.2 Rundgraafpark te Veldhoven

Rundgraafpark bestaat uit twee seniorenappartementen met 40 koop- en 117 huurappartementen. Naast deze appartementen bevat het Rundgraafpark drie groepswoningen, een kinderdagverblijf, dagverzorging voor ouderen uit de buurt, een

grand café, een winkel, twee kort verblijf kamers en een ruimte voor recreatieve activiteiten. De appartementen voldoen aan alle kwaliteitscriteria van de levensloopbestendige woning; brede deuren, toegankelijk sanitair en de aanwezigheid van moderne communicatiemiddelen. (elk appartement beschikt over een beeldgeluid voorziening) Dankzij deze voorzieningen is 24-uurs bereikbaarheid en acute hulp binnen het Rundgraafpark mogelijk. Thuiszorgorganisatie Zuidzorg en zorgcentrum Meerveld leveren in samenwerking met elkaar zorg aan de bewoners. Deze bewoners hebben vrije keuze met betrekking tot de zorgaanbieder, er kunnen dus ook andere zorgaanbieders actief zijn binnen de woonzorgzone. De Stichting Welzijn Ouderen Veldhoven levert welzijnsactiviteiten.

Doelstellingen

Het leven in de instellingen en bijzondere woonvormen moet zo veel mogelijk lijken op een normale woonsituatie. Daarnaast wil men de bewoners in de regio Veldhoven een woonplek in de eigen omgeving bieden, die hen de mogelijkheid geeft hun eigen sociale netwerk in stand te houden.

Betrokken actoren

Belangrijkste actoren die gezorgd hebben voor realisatie en zorgen exploitatie van het Rundgraafpark zijn zorgcentrum Merefelt en Zuidzorg (thuiszorgorganisatie) In een samenwerkingsverband aangegaan in 2004 hebben zij de grondslag voor de woonzorgzone gelegd. Naast deze twee actoren zijn nog een aantal actoren betrokken bij de woonzorgzone namelijk, regionale stichting zorgcentra de Kempen, woningstichting Aert Swaens, stichting welzijn ouderen Veldhoven, gemeente Veldhoven, stichting de Plaatse, GgZE, Viedome (communicatiesystemen), Mextal en Simac (leveranciers software). De samenwerking is georganiseerd middels een stuurgroep-projectgroep. (Project Rundgraafpark Veldhoven, Zuidzorg 2005)

Financiering

Het artikel *Rundgraafpark: wonen met zorg in de wijk* uit Het tijdschrift Thuis in zorgvernieuwing (nr 25. november 2005) geeft aan dat de financiering op de traditionele manier geregeld is, omdat de regelgeving op dit moment nog geen andere mogelijkheid biedt. Medicijnen en zorg worden vanuit de ziektekostenverzekering en AWBZ gedekt. De financiering van de zorgverlening vindt plaats via stapeling van de individuele budgetten van bewoners vanuit de 7 functies van de AWBZ. (PGB, AWBZ) De financiering van het wonen wordt geregeld door de corporatie. De bewoners betalen rechtstreeks aan de corporatie, indien nodig kan de bewoner gebruik maken van de huursubsidie. Naast de huur wordt er een bedrag aan servicekosten betaald waaruit onder meer het communicatiesysteem wordt bekostigd. Kortom een opeenstapeling van budgetten, en financieringsregelingen zorgt voor de financiering en exploitatie van de woonzorgzone.

Organisatie diensten en zorg

De zorg wordt verleend door de betrokken instellingen, medewerkers van GGZ, thuiszorg, de zorginstelling Merefelt en het zorgcentra de Kempen verlenen zorg binnen de woonzorgzone vanuit de bestaande organisaties. Naast de zorg worden binnen de woonzorgzone een aantal diensten aangeboden die beschikbaar zijn voor de inwoners van de woonzorgzone. Gemeente en ouderenbonden zijn betrokken bij deze diensten, uitgangspunt is de vraag van de bewoners.

Binnen de woonzorgzone worden de volgende diensten aangeboden:

- Maaltijdservice
- sociale veiligheid
- klussendienst, boodschappen- en bibliotheekservice, administratieve- en klussendiensten, honden uitlaatservice, linnenservice, naai- en verstelwerk, pedicure aan huis, kapper, tuinonderhoud
- ontspanningsfunctie
- informatie/bemiddeling
- diensten met betrekking tot mobiliteit en vervoer
- winkel

(Zuidzorg, 2005)

Net als bij de woonzorgzone in Tytjerkstradeel ligt de nadruk op het aanbieden van extramurale zorg rondom het woonzorgcomplex. De nieuwe appartementen in de directe omgeving zijn voorzien van communicatiemiddelen, en zijn zo ingericht dat ouderen met beperkingen er kunnen wonen en zorg vanuit het zorgcomplex kunnen ontvangen. Naast de zorgvoorziening is er binnen de woonzorgzone een leefomgeving gecreëerd die buitengewoon geschikt is voor ouderen, winkels, recreatievoorzieningen, hand en spandiensten en diensten met betrekking tot vervoer zijn in de directe nabijheid beschikbaar.

8.3 Steunstee te Bellingwedde

Bellingwedde is een plattelandsgemeente in Oost-Groningen, met een groot aantal oudere inwoners. Steeds meer voorzieningen, zoals winkels, banken en vestigingen van zorginstellingen verdwijnen naar de grotere plaatsen buiten de gemeente. Voor bewoners, vooral ouderen, die aangewezen zijn op hun directe woonomgeving, levert deze ontwikkeling de nodige problemen op, omdat men zolang mogelijk zelfstandig in het eigen dorp wil blijven wonen. De woonzorgzone Steunstee vindt op een heel ander niveau plaats dan voorgenoemde twee voorbeelden. Bewoners, instellingen en gemeente hebben gezamenlijk een oplossing gezocht voor het verdwijnen van voorzieningen in de vorm van een Steunstee. Dit is een centraal gelegen ruimte in het dorp waar bewoners deel kunnen nemen aan verschillende activiteiten en gebruik kunnen maken van diverse diensten en hulp krijgen bij het oplossen van problemen.

Steunstee biedt op een nieuwe manier een kleinschalige voorziening voor dorp of buurt. Via onderzoek hebben bewoners over deze opzet mee kunnen denken. Vertegenwoordigers van diverse groepen in de Werkgroep Welzijn Ouderen, hebben door herschikking van budgetten in financieel opzicht een flinke bijdrage geleverd om de Steunstee's op te kunnen zetten. Een stuurgroep van samenwerkende Woon-Welzijns- en Zorginstellingen en gemeente heeft de realisatie van het Steunsteemodel mogelijk gemaakt en zorgt voor de benodigde onderlinge afstemming en het gezamenlijke beleid. Stichting Welzijn is de initiatiefnemer en verzorgt de uitvoering van het geheel. Steunstee is gestart vanuit het beleid om ouderen zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen, maar sindsdien heeft het zich ontwikkeld tot een algemene voorziening die zorgt voor een verbetering van de leefbaarheid in een dorp of buurt. De benodigde ondersteuning en afstemming tussen de Steunstee's wordt verzorgd door de coördinator dorpsbeheer. Ook de contacten tussen de dorpsbeheerders en de diverse instellingen worden door haar verzorgd (Welthuis 2006, Steunstee, 2006 en Reiderland, 2005)

Doelstelling en uitgangspunten

Steunstees vergroot de leefbaarheid in dorpen en buurten voor bewoners. Vooral wanneer ze hulpbehoevend zijn of worden. Ze wil de bewoners in staat te stellen veilig en prettig zelfstandig te kunnen blijven wonen in de eigen woonomgeving. Uitgangspunten zijn hierbij: de bewoners bij de planvorming te betrekken, zodat de activiteiten en het dienstenaanbod aansluiten bij hun behoeften. Integratie, er wordt gewerkt vanuit een brede benadering, die onderbouwend is voor de algemene leefbaarheid. Kleinschaligheid, om te kunnen zorgen voor een maximale ondersteuning van kwetsbare bewoners en een hoge efficiency. Bij het opzetten van een Steunstees wordt optimaal gebruik gemaakt van bestaande voorzieningen, bijvoorbeeld door huisvesting in een wooncomplex of dorpshuis.

Door ontmoetingsactiviteiten worden de onderlinge contacten tussen bewoners versterkt. Daardoor versterkt het sociale netwerk en de zelfredzaamheid. Bij Steunstees kunnen bewoners terecht voor haal- en brengdiensten van verschillende soorten organisaties. Voor haaldiensten kan men zelf naar Steunstees gaan, voor overige diensten, waar bewoners normaal gesproken verder voor moeten, kan men zich bij Steunstees aanmelden. Steunstees worden ook het loket voor de WMO. Bewoners kunnen met vragen en problemen op allerlei terreinen terecht bij Steunstees. Voor kwetsbare bewoners is de Steunstees Regisseur beschikbaar, die de inzet van Woon-, Zorg- en Welzijnsdiensten kan regelen. Verder wordt er preventieve ondersteuning geboden aan speciale groepen, waaronder 75-plussers (seniorenvoorlichting) en mantelzorgers.

Financiering

Activiteiten die in en vanuit Steunstees worden georganiseerd, worden in principe betaald door de deelnemende bewoners zelf. De structuur van het geheel wordt gefinancierd door de deelnemende partners, straks onder meer door inzet van de WMO. Door gebruik te maken van ruimtes die toch al op een organisatie drukken (buurthuis, ruimte bij een zorgcentrum, woning in renovatiegebied) zijn de huisvestingskosten grotendeels te drukken. De Steunstees Consulents worden gefinancierd vanuit het huidige welzijnsbudget (Welzijn Ouderen), aan te vullen met de loketfunctie vanuit de WMO. Ook de Wooncorporaties kunnen uren/taken bij de consulents onderbrengen. (KCWZ, 2006 en Steunstees, 2006)

Organisatie

Het Steunsteesmodel zorgt binnen een gemeente voor de gehele afstemming van Woon, Welzijns en Zorgvoorzieningen, zowel op beleids- als op uitvoerend niveau. De gemeente kan de regie van het geheel voeren, maar laat de organisaties alle ruimte voor eigen ontwikkelingen. Het model biedt tevens de mogelijkheid bepaalde zaken op regionaal niveau af te stemmen, maar de besluitvorming blijft altijd op gemeentelijk niveau.

Bij de woonzorgzone Steunstees ligt de nadruk op aanbieden en samenbrengen van diensten en voorzieningen in hun directe woonomgeving. In tegenstelling tot de eerder genoemde praktijkvoorbeelden is er bij Steunstees sprake van een aantal verspreide "Steunstees", elke kern bevat een Steunstees die zich bevindt in een zorginstelling of dorpshuis. Via deze Steunstees hebben ouderen toegang tot diensten als thuiszorg, hulpdiensten en andere zorg en welzijnsdiensten, een soort

van zorgloket. Naast deze diensten worden in de Steunstees ontspannings en ontmoetingsactiviteiten georganiseerd.

8.4 De praktijk samengevat

Uit de genoemde praktijkvoorbeelden blijkt dat de basis van de woonzorg in de praktijk het organiseren van extramuraal zorg en dienstverlening is met als basis een zorgcentrum van waaruit de diensten centraal in de wijk worden aangeboden. Vanuit dit centrum worden haal- en brengdiensten aangeboden. Het hiërarchische niveau van centra zoals in het STAGG wordt aangedragen vindt in de praktijkvoorbeelden niet echt plaats, mogelijk omdat het hier gaat om relatief kleinschalige woonzorgzones. Ook is er niet duidelijk sprake van de zonering zoals deze in het STAGG model geschetst is. In de praktijkvoorbeelden beslaat de zone een gemeente, of een aantal dorpen. De zone wordt eigenlijk bepaald door het gebied waarbinnen de actoren al actief waren. De belangrijkste actoren binnen de praktijkvoorbeelden zijn de thuiszorgorganisaties, zorgcentra en woningbouwcorporaties. De drie functies, de haalfuncties, de brengfuncties en de interne functies uit het STAGG model komen duidelijk terug in de praktijkvoorbeelden. Zorg en gemaksdiensten als bijvoorbeeld klussendienst, maaltijdvoorziening en thuiszorg worden vanuit het zorgpunt aan huis geleverd. Daarnaast zijn bepaalde haalfuncties als ontspanning, ontmoeting en advies te verkrijgen in het zorgpunt of zorgcentrum. En bevinden interne functies zich traditioneel binnen het zorgcentrum. Ook zijn er binnen de praktijkvoorbeelden private organisaties betrokken bij de exploitatie van de woonzorgzone, maar zij houden zich voornamelijk bezig met het aanbieden van eigen diensten, zoals bijvoorbeeld het aanbieden van huur- en koopwoningen geschikt voor ouderenbewoning. Zij krijgen binnen de woonzorgzone de ruimte om te ontwikkelen en te exploiteren. De financiering wordt geregeld uit bestaande budgetten voor zorg, wonen en welzijn.

9 Knelpunten woonzorgzones

Vanuit de literatuur en de praktijkvoorbeelden is een aantal knelpunten naar voren gekomen ten aanzien van de woonzorgzone, in dit hoofdstuk een overzicht van deze knelpunten.

9.1 Het begrip en de omvang van de woonzorgzone

Ten eerste zijn er een aantal misverstanden ten aanzien van het begrip woonzorgzones. Het begrip zonering zorgt in eerste instantie voor misverstanden. Het begrip zonering is onderdeel van het juridische kader van ruimtelijke ordening, binnen een zone mogen bepaalde dingen wel en daarbuiten niet. (bijvoorbeeld een tippelzone) In het geval van woonzorgzones is dit niet het geval, het is niet zo dat buiten de woonzorgzone geen zorg wordt verleend. Ook bestaat er geen eenduidige definitie. In de ontwikkelingsfase kan dit voor problemen zorgen, partijen scharen zich hierdoor achter hetzelfde begrip, maar in de uitvoeringsfase blijkt dat de partijen iets anders voor ogen hadden. (van Rossum, 2003) In de praktijk wordt duidelijk dat de criteria en modellen uit hoofdstuk 3 niet altijd eenduidig toe passen zijn. Het Scandinavisch model gaat uit van een sterk gedecentraliseerde organisatie van zorg en wonen, terwijl in Nederland dit alles nog sterk centraal geregeld wordt. Het proces naar decentralisatie is wel in gang gezet, maar toch is de landelijke overheid nog sterk verantwoordelijk voor vele facetten van het wonen en welzijn. Een lastig punt is ook de vaste ruimtelijke begrenzing die met het begrip zone samenhangt. Soms is

een gehele wijk een woonzorgzone, soms een deel ervan, maar soms ook een landelijk gebied (zoals bijvoorbeeld Trynwalden en Steunstee Bellingwedde) De werkwijze om een plangebied op te delen in functionele bestemmingen, het zogeheten 'vlekkenplan' is praktijk in de ruimtelijke ordening. Maar deze exactheid is misschien voor het hier bedoelde doel niet echt op zijn plaats. De opgave is om nabijheid te garanderen tussen voorzieningen en aangepaste woningen; tussen de vraag en het aanbod van diensten en zorg. De actieradius van de benodigde zorg – vooral bij ongeplande zorg of noodhulp - is groter afhankelijk van de gebruikte vervoermiddelen. De uitbreiding van de zone is misschien nodig om meer vraag te hebben voor een haalbare zorgexploitatie. Voor de mensen met beperkingen die diensten en zorg moeten gaan halen is er misschien wel enige reden om de afstanden kort te houden, maar ook voor deze groep kun je afvragen of de loopafstand maatgevend moet zijn. Het is juist deze groep die gebruik maakt of kan maken van eigen elektrisch vervoer of van aangepast vervoer. Maar die voorzieningen moeten dan wel goed in orde in zijn. De woonzorgzone is in dit stadium geen afbeelding van de werkelijkheid, maar eerder een dimensie van een wijk of een instrument om te toetsen of aan de gestelde voorwaarden wordt voldaan. De voorzieningen voor zorg en diensten – in de STAGG-termen: zorgkruispunten en activiteitencentra – zijn niet over de wijken verspreid, al was dat wel de bedoeling. De voorzieningen voor zorg en diensten zijn meestal met andere maatschappelijke voorzieningen gehuisvest in multifunctionele voorzieningen.

9.2 De Financiering

De financiering van de woonzorgzone is een moeilijk punt. Waar in een woonzorgzone de beleidsterreinen wonen, zorg en welzijn samenvallen binnen één concept, is er voor de realisatie van deze woonzorgzone nog geen integrale financieringsregeling. De financiering gebeurt nog vanuit de eigen budgetten van de verschillen de actoren (zie hoofdstuk 5) Naast deze budgetten wordt er geput uit diverse subsidiepotten van VROM, VWS, gemeentelijke en provinciale subsidies en een aantal andere fondsen. Het ontbreken van een integrale financieringsregeling zorgt ervoor dat het moeilijker wordt om een woonzorgzone te realiseren. In de praktijk blijkt het eenvoudiger om de aangepaste huisvesting binnen het woningbouwprogramma te brengen dan een gedeconcentreerde infrastructuur in de vorm van activiteitencentra en zorgkruispunten van de grond te krijgen. Daar zijn verschillende redenen voor genoemd. De kapitaalslasten voor deze extramurale zorginfrastructuur zijn niet volledig binnen de zorgexploitatie te brengen. Je hebt namelijk er veel woningen nodig om activiteitencentra draaiende te kunnen houden. Het resultaat is complexgewijze huisvesting in het centrumdeel van de wijk met voorzieningen direct in de buurt. Dit is niet echt het wonen binnen de eigen woonomgeving waar de woonzorgzone op doelt. Voor de ontwikkeling van vastgoed binnen de zorgsector blijft de financiering ook een lastig punt. Met de genormeerde kapitaalslasten voor de zorginfrastructuur is in grote steden geen dekkende exploitatie mogelijk. De vierkantemeterprijs voor vastgoed (150 euro per m²) is te hoog voor zorgfuncties of woonfuncties en meestal afgestemd op commerciële functies. Het laatste punt t.a.v. de financiering is de verantwoording van de AWBZ gelden. AWBZ gelden mogen uitsluitend besteed worden aan zorg; moeilijk is het om precies aan te geven welk deel binnen een woonzorgzone in zorg en welk deel aan andere zaken, als bijvoorbeeld bereikbaarheid, sociale veiligheid, woningaanpassing wordt besteed.

9.3 Verschillende belangen publieke en private partijen

De verschillen tussen aan de ene kant de publieke partijen en aan de andere kant de private partijen zorgen voor problemen. De wens om binnen woonzorgzones een groter aandeel private partijen actief te krijgen binnen de exploitatie van de zorg ligt moeilijk. Voor commerciële partijen moet de investering in of binnen de woonzorgzone een rendabele investering zijn. Belangrijk voor een rendabele bedrijfsvoering is de omvang van de afzetmarkt. Vaak is de afzetmarkt binnen de woonzorgzone te klein. In het STAGG model wordt naar wijken van 10.000 inwoners gerekend, in de praktijk anders, er zijn veel kleinschaliger initiatieven op het gebied van woonzorgzones zoals Steunsteet in Bellingwedde. De vraag is in hoe verre het concept aansluit bij de praktijk. In de praktijk wordt duidelijk dat private partijen alleen diensten uitvoeren die buiten het woonzorgzoneconcept om ook al door hun uitgevoerd worden, zoals bijvoorbeeld ontwikkeling van appartementen die geschikt zijn voor ouderen. De zorgcomponent wordt door publieke partijen aangeboden als thuiszorg en zorginstellingen. Deze diensten zijn voor private partijen moeilijk rendabel uit te voeren, temeer omdat ze onder verantwoordelijkheid vallen van de overheid en dat de private partij weinig zeggenschap heeft wat betreft de invulling van de diensten.

9.4 Overige knelpunten

Een van de belangrijkste speerpunten van het huidige beleid t.a.v. wonen en zorg is de keuzevrijheid van de burgers te vergroten, ook het concept woonzorgzone zou hier aan moeten bijdragen. Maar het begrip woonzorgzone, en de bijgeleverde handleiding, het STAGG-model, beperken zich tot de aanbodelementen voor mensen met beperkingen. Daardoor staat een tegenovergesteld beeld dan bedoeld is. Ook is de bepaling van de toekomstige zorgvraag in nieuwe woonwijken lastig. De meest eenvoudige toepassing is om de vraag gelijk te stellen aan de gemiddelde zorgvraag in Nederland en op deze wijze een aanbod uit de bijgeleverde typologie van aangepaste woningen samen te stellen. Dan kom je uit op de benodigde 4% aangepaste woningen. Er zijn in de nieuwbouw redenen om hier voorzichtiger mee om te gaan. Er is een ander vraagpatroon te verwachten in nieuwe woonwijken waar de sociale woningbouw nog maar een bescheiden rol speelt. In de grote steden loopt bovendien het aantal ouderen sterk terug en daarmee ook de zorgvraag. Ook zorgt de decentralisatie van de zorg voor verwarring. Decentralisatie brengt de verantwoordelijkheid voor de zorg veelal bij de gemeente. De vaagheid rond het begrip gemeentelijke zorgplicht kan leiden tot verschillen op gebied van gemeentelijk beleid. Ook zorgen de grote veranderingen binnen de zorg en welzijn voor onrust, gemeentes krijgen meer verantwoordelijkheid op grond van de WMO, en met het PGB verandert de vraag naar zorg. Voor Publieke partijen en private partijen als gemeentes verandert er ineens erg veel. Dit nodigt uit tot nieuwe initiatieven als woonzorgzones maar ook kunnen de vele veranderingen het proces vertragen.

10 Conclusies

Voorgaande hoofdstukken hebben een breed overzicht gegeven van de ontwikkelingen die geleid hebben tot realisatie van de woonzorgzone en de inhoud van het concept, in dit hoofdstuk zal een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1.

10.1 Wat is precies een woonzorgzone ?

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de eerste onderzoeksvraag, Wat is precies een woonzorgzone, welke ontwikkelingen hebben geleid tot dit concept en wat zijn de doelstellingen die bij dit concept horen? De woonzorgzone is een concept dat er op gericht is binnen een bepaalde wijk of zone een intergraal aanbod van wonen zorg en welzijn te bieden. De voorzieningen, het woningaanbod, de infrastructuur en beschikbaarheid van zorg zijn zodanig dat de wijk buitengewoon geschikt is voor ouderen. De zorg en voorzieningen zijn zodanig beschikbaar en bereikbaar dat de ouderen ook vanuit hun eigen woning gebruik kunnen maken van deze zorg, zodat zij langer in hun eigen huis kunnen blijven wonen. Zorg aan huis, technische voorzieningen als belsystemen, en beveiliging en een fysieke infrastructuur geschikt voor ouderen zorgen voor een levensloopbestendige wijk. Een bovengemiddeld aantal woningen is expliciet geschikt voor ouderenbewoning, en levensloopbestendig, zodat mensen ook als ze zorgbehoevend worden kunnen blijven wonen in hun huidige woning. Doelstellingen van de woonzorgzone zijn:

- Het creëren van betere voorwaarden op wijkniveau voor mensen met een zorgbehoefte. Dit moet ervoor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.
- Het terugbrengen van diensten in de wijk, dit moet ervoor zorgen dat mensen langer in de eigen wijk kunnen blijven wonen.
- Het bevorderen van de *extramuralisering* van intramurale zorgvormen (verpleeghuis, verzorgingshuis, instellingen voor gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen). Om de toenemende vraag naar ouderenhuisvesting op te vangen.
- Het bundelen van de beleidsterreinen wonen, zorg en welzijn, om te zorgen voor een doelmatige inzet van de schaarse zorg als gevolg van de vergrijzing.
- De woningvoorraad aanpassen aan de toekomstige vergrijzinggolf.
- Het creëren van een wijk die geschikt is voor iedereen, voor zorgbehoevenden en 'mensen die geen zorg nodig hebben. Een wijk moet duurzaam en levensloopbestendig worden en tegelijkertijd een evenwichtige demografische samenstelling hebben.
- Het creëren van een levensloopbestendige woningvoorraad, en een levensloopbestendige wijk.

Aan de basis van de woonzorgzone staan het STAGG model en de situatie zoals wonen en zorg in Scandinavië georganiseerd is. Het STAGG model legt de nadruk op een hiërarchisch voorzieningennetwerk van zorgpunten binnen de wijk. Door zorg in de nabijheid van het wonen te brengen is het voor ouderen makkelijker de beschikking te krijgen over de zorg. Deze zorg wordt niet alleen in de zorginstelling of het zorgpunt geleverd maar ook extramuraal, zodat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. De zorg en het wonen wordt in het STAGG model onderverdeeld naar drie functies, de haalfunctie, de brengfunctie en de interne functie. Patiënten en hulpbehoevenden worden niet meer ingedeeld op soort gebrek, dus geen GGZ, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, en de onderverdeling die hier weer ondervalt maar in plaats hiervan wordt het aanbod georganiseerd rond de drie functies. Er zijn dus niet drie organisaties voor het wonen van gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten maar één organisatie voor de aan te bieden functie. Het Scandinavisch model gaat uit van een gedecentraliseerd georganiseerde ouderenzorg. Gemeente is verantwoordelijk voor de zorg, en organiseert dit in nauwe samenwerking met betrokken actoren, op gemeentelijk niveau.

Er zijn een aantal ontwikkelingen gaande die vanuit verschillende invalshoeken de ontwikkeling van de woonzorgzone beïnvloeden. De eerste ontwikkeling is de *vergrijzing en dubbele vergrijzing*. Hierdoor zal de vraag naar woningen die geschikt zijn voor ouderen toenemen. Ook zal de zorgvraag sterk toenemen. De tweede ontwikkeling is de *extramuralisering*. Het overheidsbeleid is erop gericht de zorg zoveel als mogelijk buiten de muren van de instellingen aan te bieden. Een derde ontwikkeling betreft de *woonwensen* van ouderen. Bij voorkeur wonen ouderen zelfstandig en dus niet collectief in bijvoorbeeld verzorgingshuizen. Er wordt door ouderen pas verhuisd wanneer dit noodzaak is, met name wegens toenemende lichamelijke beperkingen. Daarbij komt dat een groot deel van de ouderen ook in de financiële positie verkeert om de zelfstandige woonbehoefte te realiseren. Een vierde ontwikkeling is de *decentralisatie*. In toenemende mate worden zaken die voorheen tot de taak van het rijk behoorden tot verantwoordelijkheid van lokale overheden gemaakt. Voor wonen, zorg en welzijn hebben de gemeenten een belangrijke verantwoordelijkheid, zeker met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die waarschijnlijk vanaf 2006 van kracht wordt.

10.2 De betrokken actoren en financiering

Er zijn een groot aantal actoren betrokken bij het tot stand komen en exploiteren van een woonzorgzone blijkt uit de initiatieven die tot nog toe genomen zijn op het gebied van woonzorgzones. De overheden spelen een belangrijke rol op gebied van financiering, beleid, het creëren van voorwaarden en het nemen van initiatieven. In het bijzonder neemt de gemeente als overheid een belangrijke positie in. Door de decentralisering (WMO) van de zorg is de gemeente in hogere mate verantwoordelijk geworden voor zorg en welzijn binnen de gemeentegrenzen. Ook is de gemeente een belangrijke speler op de grondmarkt, op het gebied van infrastructuur en speelt zij qua financiering een belangrijke rol. Naast de overheden spelen ook de woningbouwcorporaties een belangrijke rol bij het tot stand komen van de woonzorgzone, zij hebben een belangrijke positie op de woningmarkt in de woonzorgzones, en spelen vanuit die positie een belangrijke rol. Verder zijn er de zorginstellingen en zorgorganisaties, welzijnsorganisaties, en andere zorg gerelateerde organisaties die de zorg binnen een woonzorgzone moeten aanbieden. Als laatste zijn er tal van andere organisaties die bij verscheidende woonzorgprojecten betrokken zijn, bijvoorbeeld kinderdagverblijven, bibliotheken en scholen. Op gebied van financiering is er nog geen integrale regeling voor het woonzorgzone concept. De betrokken actoren putten uit hun eigen budgetten, er worden in veel gevallen werkzaamheden verricht die men anders ook deed, alleen gebeurt het nu in samenwerking met andere organisaties, met als achterliggende gedachte het creëren van een woonzorgzone. De gemeentes spelen een belangrijke rol, zij beschikken vanuit hun verantwoordelijkheid voor wonen, zorg en welzijn en voor de infrastructuur en de openbare ruimte. over budgetten hiervoor (bijvoorbeeld vanuit de WMO en het investeringsbudget stedelijke vernieuwing). Vanuit deze verantwoordelijkheid kunnen delen van de woonzorgzone financieren. Naast de budgetten van de actoren als corporaties en zorginstellingen zijn er tal van landelijke en provinciale subsidieregelingen waar gebruik van gemaakt kan worden.

10.3 Het programma van eisen en de criteria

Ten grondslag aan de woonzorgzone ligt onder andere het STAGG model. In dit stedenbouwkundige model staan een aantal reizen waaraan de woonzorgzone moet voldoen. Naast dit STAGG model heeft Aedes-Arcades een aantal criteria opgesteld

waaraan een woonzorgzone moet voldoen. Op verschillende gebieden worden er eisen gesteld: op stedenbouwkundig niveau, wat betreft de woningvoorraad, de beschikbaarheid van zorg, de infrastructuur en de woonomgeving. Binnen de wijk wordt een voorzieningsaanbod op gebied van wonen en welzijn gecreëerd met een bepaalde hiërarchie. De kern van de woonzorgzone is het wijkdienstencentrum, in de praktijk vaak een woonzorgcomplex van waaruit diensten op gebied van zorg en welzijn worden aangeboden, daarnaast staan in de wijk kleinere zorgpunten die voor iedereen makkelijk bereikbaar zijn en aangepaste woonvormen voor mensen die 24-uurs zorg nodig hebben. Elders in de wijk bevinden zich nog een aantal activiteitencentra en een hoog percentage woning specifiek geschikt voor bewoning door zorgbehoevenden. De belangrijkste criteria zijn:

- 1,2 % van de woningen zijn clusterwoningen of vormen van beschut wonen
- 1,5% van de woningen bevindt zich woonzorgcomplexen.
- 3,7% van de woningen moet integraal toegankelijk zijn en individueel aangepast met mogelijkheid van intensieve thuiszorg.
- Een bovengemiddeld percentage van de woningen binnen een woonzorgzone moet levensloopbestendig zijn. Dit betekent dat de woningen integraal toegankelijk zijn of makkelijk aanpasbaar. Meer dan 4 % van de woningen moet integraal toegankelijk zijn en meer dan 25 % aanpasbaar.
- Zorg moet op loopafstand beschikbaar zijn, of deze zorg moet op afroep binnen 10 minuten beschikbaar zijn.
- Binnen de woonzorgzone moet een geavanceerde vorm van dienstverlening en infrastructuur zijn.
- De woonomgeving binnen een woonzorgzone is barrièrevrij en veilig.

10.4 Hoe wordt in de praktijk vorm gegeven aan het concept woonzorgzone ?

Vanuit de voorbeelden van een drietal woonzorgzones die momenteel operationeel zijn is in hoofdstuk 8 een indruk gegeven van de woonzorgzone in de praktijk. Hieruit wordt duidelijk dat het zwaartepunt ligt bij het extramuraliseren van de zorg in combinatie met het creëren van levensloopbestendig wonen in de directe omgeving van het zorgpunt. Uit onderzoek is ook gebleken dat extramuraal zorgverlening goedkoper is dan het verlenen van intramuraal zorg, een goede organisatie van extramuraal zorg zal dus in ieder geval zorgen voor een financieel succes. Hierdoor biedt het een oplossing voor het probleem die ten grondslag ligt aan de ontwikkeling van de woonzorgzone: de sterk stijgende kosten door de toename van ouderen. Binnen de voorbeelden wordt de zorg vanuit een centraal gelegen instelling verleend. Er wordt naast deze zorgpunten een goed netwerk opgezet voor het aanbod van deze diensten, en er wordt in de directe nabijheid van de instellingen levensloopbestendige ouderenhuisvesting gecreëerd van waaruit deze diensten makkelijk bereikbaar zijn. Voor de overige delen van de woonzorgzone is de zorg ook makkelijker bereikbaar door een goed georganiseerd netwerk van vervoer, communicatiemiddelen en thuiszorg. Deels worden punten uit het STAGG model en overgenomen, maar het fijnmazige hiërarchische stelsel van een centraal zorgpunt en meerdere zorgkruispunten is in praktijkvoorbeelden slecht zichtbaar. De diensten zijn vooral in één centraal geconcentreerd. Ook wordt de zonering voortvloeiende uit het STAGG model niet direct toegepast, de zone die door deze woonzorgzones beslagen wordt is eigenlijk de gemeentegrens. Belangrijk in de voorbeelden is de goede organisatie van de diensten zodat deze beschikbaar zijn voor de doelgroep. Wel wordt er rekening gehouden met het duurzaam, levensloop bestendige wonen. De nieuw gebouwde appartementencomplexen voldoen aan deze eisen. In de

praktijk wordt duidelijk, dat invulling van het begrip woonzorgzone sterk samenhangt met de bestaande structuren binnen zorg wonen en welzijn

10.5 Kansen en bedreigingen voor de woonzorgzone

Er zijn een groot aantal ontwikkelingen naar voren gekomen die het concept woonzorgzone beïnvloeden. Een groot aantal ontwikkelingen, beleidmaatregelen en veranderingen kunnen als kans voor de woonzorgzone gezien worden, maar ook heerst de vraag of het model zoals in de theorie geschetst is, toepasbaar is in de praktijk. In deze paragraaf wordt afgesloten met een soort van SWOT analyse. Welke ontwikkelingen zijn kansen voor de woonzorgzone, en wat zijn zwakke punten of bedreigingen? Een moeilijk punt is het spanningsveld tussen generiek en specifiek, de woonzorgzone is enerzijds een specifiek, en anderzijds een generiek concept. Er wordt getracht heel specifiek een model te creëren om daarmee een oplossing te bieden voor de ouderenhuisvesting en het zorgprobleem. Vanuit de overheid wordt door decentralisatie van de zorg (WMO) getracht meer specifiek beleid te voeren op gebied van wonen en zorg. Het woonzorgzoneconcept wordt door gemeentes gebruikt om dit beleid vorm te geven. Ook is de woonzorgzone een heel specifiek concept wat voor een bepaald gebied, met bepaalde demografische, ruimtelijke en sociale structuur "op maat" wordt vormgegeven, het is niet mogelijk om een model te maken voor elke wijk in Nederland toepasbaar. Aan de andere kant is het woonzorgzoneconcept en generiek model, het STAGG model wat ten grondslag aan het concept ligt, biedt een algemeen stedenbouwkundig model voor de inrichting van een woonzorgzone, toepasbaar op elke wijk. Er worden duidelijke cijfers genoemd op gebied van inwoneraantallen en diameters voor bepaalde zones, Deze omvang en afmetingen zijn volgens STAGG bepalend voor het wel of niet rendabel zijn van een woonzorgzone. Het probleem is dat deze aantallen niet altijd overeen komen met de praktijk. Ook wordt er centraal, generiek, beleid gevoerd wat in het woonzorgzoneconcept wordt uitgewerkt, zoals bijvoorbeeld de extramuralisatie van de zorg. In de praktijkvoorbeelden komen de zones en "harde" cijfers van het STAGG model dan ook minder naar voren, ook is het hiërarchisch model niet duidelijk zichtbaar in deze woonzorgzones. Wel worden een aantal andere specifieke maatregelen uit dit model toegepast als bijvoorbeeld de communicatiesystemen, het vervoersnetwerk, en zorgnetwerk, maar dan toegepast op de bestaande situatie en niet naar normering binnen het STAGG model.

Naast dit spanningsveld zijn er nog een aantal bedreigingen/zwakke punten t.a.v. het woonzorgzoneconcept (zie hoofdstuk 9). Ten eerste wordt de definitie woonzorgzone door partijen verschillend beoordeeld, er bestaat nog geen eenduidige definitie voor de woonzorgzone, dit leidt er toe dat partijen zich in de voorbereiding achter het zelfde begrip denken te scharen. Daarnaast gebeurt het creëren van een woonzorgzone vanaf de aanbodkant. Er wordt een vorm van wonen en zorg aangeboden. Speerpunt van het huidige beleid op gebied van wonen en zorg is het bevorderen van de keuzevrijheid van de burgers. Ook verschillen de belangen van publieke en private partijen. Een belangrijk punt binnen een woonzorgzone is het aanbod van de zorg, de private partijen hebben hier weinig over te vertellen, en dienen wel hun bedrijfsvoering hierop af te stemmen. Ook is de omvang van een woonzorgzone niet altijd groot genoeg om diensten rendabel te exploiteren, dit zorgt ervoor dat een private partij niet altijd kansen ziet om te investeren binnen de woonzorgzone. De financiering van de infrastructuur in de vorm van zorgkruispunten en activiteitencentra en de ontwikkeling van vastgoed binnen de woonzorgzone is moeilijk, de kapitaallasten van deze voorzieningen zijn niet binnen de zorgexploitatie

te brengen en er zijn erg veel woningen nodig om deze draaiende te houden. Met de genormeerde kapitaallasten voor zorginfrastructuur is in grote steden geen dekkende exploitatie mogelijk wegens de hoge vierkantemeterprijs van vastgoed. Als laatste zorgt de verantwoording van AWBZ gelden voor problemen, welk deel van de investeringen binnen de woonzorgzone zijn investeringen in zorg en welk deel in andere belangrijke punten als bijvoorbeeld bereikbaarheid, sociale veiligheid en infrastructuur? Zijn delen van deze punten onderdeel van zorg of behoren ze onder andere budgetten te vallen. Naast deze knelpunten bieden de huidige ontwikkelingen op demografisch gebieden, en het daaruit voortvloeiende overheidsbeleid voor kansen voor de woonzorgzone. Het woonzorgzoneconcept legt de nadruk op een sterke extramuralisatie van de zorg. In de praktijkvoorbeelden blijkt dat binnen deze woonzorgzone de nadruk op extramuralisatie ligt. Dankzij innovatieve ontwikkelingen kan hier nog meer vooruitgang geboekt worden, en zal er mogelijk nog meer extramurale zorg worden aangeboden. Deze goedkopere extramurale zorg zorgt voor een lagere financiële druk op de zorg en welzijn. Ook biedt de decentralisatie van de zorg (WMO) kansen voor de woonzorgzone. Gemeentes zijn belangrijke actoren bij realisatie van woonzorgzones. Als gemeentes meer de regie kunnen voeren over wonen, zorg en welzijn biedt dit perspectief voor de woonzorgzones, die ook op gemeentelijk schaalniveau gerelaliseerd worden. Als laatste biedt de ontwikkeling van het persoons gebonden budget (PGB) mogelijk kansen voor de toekomst, momenteel wordt er nog niet op grote schaal gebruik gemaakt van het PGB. De administratieve lasten en de onbekendheid met het PGB zorgt nog voor terughoudendheid bij consument, maar als dit in de toekomst meer gemeengoed wordt biedt dit kansen voor private partijen om activiteiten te ontplooiën op gebied van wonen en/of zorg. Deze keuzevrijheid van de client/zorgvrager biedt kansen voor privaat initiatief.

Gebruikte Literatuur

- Aedes-Arcades, *Woonzorgzones voor ouderen en anderen*, Utrecht, 2001.
- Bouwcollege voor ziekenhuizen, *Publiek Private Samenwerking in de Gezondheidszorg, Een Vergelijkende Studie*, Utrecht, 2004.
- Bovensectorale wekgroep wonen en zorg Noord Holland, *Handboek wonen, welzijn, zorg*, Amsterdam, 2004.
- CBS, *bevolkingstrends jaargang 53*, Heerlen/Voorburg, 2005.
- Gemeente Reiderland, *Plan van aanpak gemeente Reiderland*, Reiderland 2005.
- Harkes D, Aedes-Arcades kenniscentrum Wonen en Zorg, *Verslag studiereis Arcades*, 2002.
- Hoeksma Hopman en Menting organisatieadviseurs, *Kosteneffecten Trynwalden tweede versie*, Enschede, 2004.
- Innovatieprogramma wonen en zorg (IWZ), *Woonzorgzones*, Rotterdam, 2001
- Innovatieprogramma wonen en zorg (IWZ), *Planologische kerngetallen wonen en zorg*, Utrecht, 2002.
- Klaver Drs. A.M.J., Economisch Instituut voor de bouwnijverheid, *Demografie en Bouwproductie*, Amsterdam, 2003.
- Krijger E., *Thuis in zorgvernieuwing: Rundgraafpark: wonen met zorg in de wijk*, no 25, 2005.
- Meulen en van der Arts, *Wat is woonzorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, RIVM, 2005.
- Ministerie van financiën, *Focus op publiek-private samenwerking*, Den Haag 2005.
- Ministerie VROM a, *Nota Mensen wensen wonen*, Den Haag, 2000.
- Ministerie VROM b, *Kwaliteit voor doelgroepen*, Den Haag, 2002.
- Ministerie VROM c, *Beter thuis in wonen, Kernpublicatie woningbehoefteonderzoek*, Den Haag, 2002.
- Ministerie VROM d, *Met zorg gekozen, woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*, Den Haag, 2004.
- Ministerie VROM e, *PRIMOS prognosemodel voor bevolking, huishoudens en woningbehoefte*, Den Haag, 2002.
- Ministerie VWS, *Mantelzorg 2001 – 2005 ontwikkelingen en evaluatie*, Den Haag, 2005.
- Ministerie VWS, *Zorg nabij*, Den Haag, 2001.
- Nouws en van der Linden, *Aan de slag met woonzorgzones*, Aedes Arcades, Utrecht, 2003.
- Phouben & Mulder, *Ouderenhuisvesting in Europees perspectief*, Utrecht, 1999.
- Pooter de H., *WMO en WWB: De gemeente aan het stuur*, WMO waarnemer, Kluwer, April 2006.
- Rossum van., RIGO research en advies, *De Westelijke Tuinsteden van Amsterdam Projectbeschrijving bij 'Idealen in aanbouw: woonwijken met diensten en zorg'*, Utrecht, 2005.
- SCP, *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*, Den Haag, 2004.
- Seinpost adviesbureau B.V., *Goede samenwerking, weinig vooruitgang. De stand van zaken van woonzorgzones in Nederland*, Arnhem, 2003.

- Singelenberg J., WMO gevolgen voor aanbieder van wonen zorg en welzijn, Utrecht, 2004.
- Stichting Architectenonderzoek gebouwen gezondheidszorg (STAGG), *Verblijven of wonen, zorg voor ouderen*, Amsterdam 1995.
- Weening H., van der Heijden J., Hertogh M., Hobma. F, *Nieuwe vormen van samenwerking in wonen, zorg en dienstverlening*, Delft 2005.

Internet

- CBS 2005, Statline, www.CBS.nl, Heerlen/Voorburg: CBS, 2006.
- Innovatieprogramma wonen en zorg, www.iwz.nl, woonzorgzone moerwijk, 2006.
- KCWZ Database woonzorgzones, www.kenniscentrumwonenzorg.nl, 2006.
- Ministerie VWS 2006, www.minvws.nl, Dossier WMO en AWBZ.
- Ministerie van financiën, www.minfin.nl, 2006.
- Quintes Vastgoed, ww.quintismaatschappelijkvastgoed.nl, vastgoedbeleid en positionering, 2006.
- Steunstee Bellingwedde, www.steunstee.nl, 2006.
- Welthuis adviesbureau, www.welthuis.info, 2006.