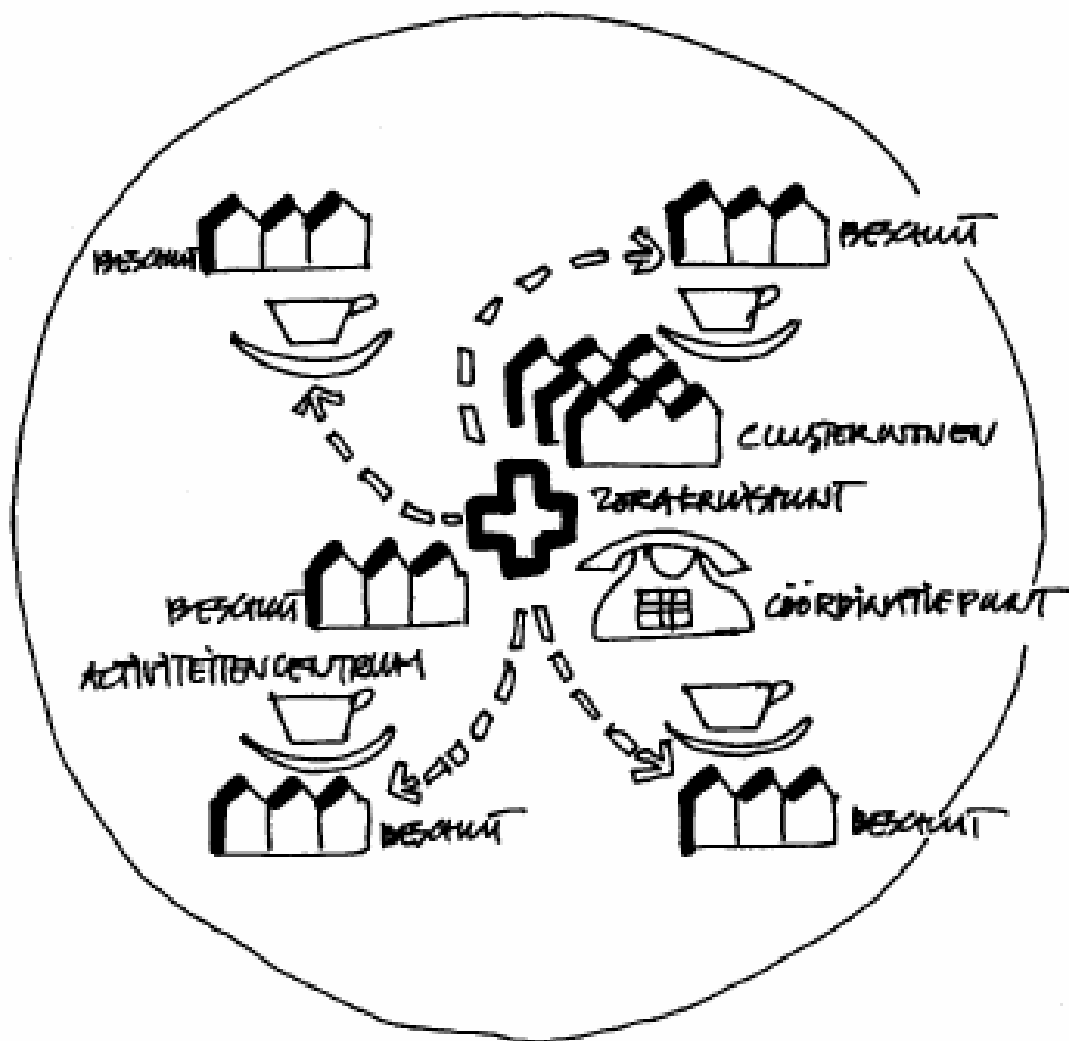


Zorgen over Woonzorgzones

Een onderzoek naar knelpunten tijdens
het implementatieproces



Erwin Posthumus

Rijksuniversiteit Groningen,
Januari 2005

Zorgen over Woonzorgzones

Een onderzoek naar knelpunten tijdens
het implementatieproces

Erwin Posthumus

Advies- en Ingenieursbureau DHV
Locatie: Groningen en Amersfoort



Afstudeerrichting Technische Planologie
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen



Voorwoord

Het voor u liggende rapport is het resultaat van een onderzoek naar de knelpunten tijdens het implementatieproces van woonzorgzones. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het afstudeeronderzoek, wat de afsluiting is van mijn opleiding Technische Planologie aan de faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Ik heb het onderzoek verricht in de vorm van een stage bij het adviesbureau DHV op de locaties in Groningen en Amersfoort.

De focus van mijn scriptie is gericht op knelpunten, maar ook tijdens mijn onderzoeksperiode heb ik de nodige knelpunten ondervonden. Het mag zeker een proces van lange adem genoemd worden. Vooral in het begin is er veel onduidelijkheid geweest over het onderwerp. Na steeds verder afbakenen en verschuivingen in het onderwerp is dit het uiteindelijke onderzoek geworden.

Zonder de hulp en medewerking van een aantal mensen had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen en deze mensen wil ik dan ook bedanken. Vanuit de universiteit heb ik begeleiding gekregen van Tom van der Meulen, die mij met zijn kritieken en bruikbare ideeën scherp wist te houden. Van DHV wil ik met name Rob Pot en Yvonne Klein Rouweler bedanken voor de opmerkingen van hun kant. Ook mijn vriendin Janneke en moeder Tjitske wil ik bedanken voor de redactionele eindcontrole van mijn scriptie.

Tot slot ben ik hen die hebben meegewerkt aan de interviews dank verschuldigd.

Lippenhuizen, januari 2005

Erwin Posthumus

Samenvatting

Speciale doelgroepen als gehandicapten of ouderen hebben speciale huisvesting nodig. Het aanbod van deze speciale huisvesting is momenteel in Nederland veel te klein en er is een aantal ontwikkelingen gaande die deze kloof tussen vraag en aanbod vergroot. De behoefte tot 2015 aan geschikte woningen bedraagt momenteel 395.000 woningen voor hulpbehoevende doelgroepen. Daarom wordt er volop nagedacht over mogelijke oplossingen en zijn er lokaal projecten gestart om aan deze behoefte te kunnen voldoen. Een oplossing die steeds meer navolging in Nederland krijgt en internationaal zijn waarde al heeft bewezen is het concept van de woonzorgzone.

Een woonzorgzone ontstaat echter niet zomaar. Het blijkt dat het implementatieproces van ideevorming tot daadwerkelijk realisatie, een weg is waarbij de nodige obstakels worden ondervonden. Zo constateert Reinders (2003) in haar rapport *Goede samenwerking, weinig voortgang* dat een groot aantal projecten vertraging heeft opgelopen. In voorliggend rapport is dieper ingaan op verschillende aspecten van dit implementatieproces en is een inventarisatie gedaan naar de knelpunten. De doelstelling luidt als volgt:

Inzicht krijgen in de achterliggende oorzaken van de stroeve implementatie van het woonzorgzone-concept in Nederland, en vervolgens aanbevelingen te doen zodat in de toekomst deze implementatie soepeler kan verlopen.

De centrale vraag in het onderzoek is de volgende:

Hoe ziet het planningsproces van woonzorgzones er in de praktijk uit en welke knelpunten worden hierbij ondervonden?

Deze vraagstelling wordt verder uitgewerkt aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- *Welke knelpunten ontstaan in de samenwerking tussen de betrokken actoren?*
- *Welke knelpunten ontstaan in de projectstructuur van projecten?*
- *Welke knelpunten ontstaan door de aanwezige randvoorwaarden?*

Om een antwoord op deze vragen te vinden zijn er acht gesprekken gevoerd met projectleiders van verschillende projecten door het land. Voorbeelden hiervan zijn IJburg in Amsterdam, Moerwijk in Den Haag en De Krakeel in Hogeveen. Daarnaast is er ook een gesprek geweest met een medewerker van het IWZ. Het IWZ is een kennisinstituut vanuit de overheid welke als adviseur kan optreden bij woonzorgprojecten, maar zelf ook regelmatig de projectleidersrol vervult. Op basis van de gesprekken is een knelpuntenlijst ontwikkeld. Deze lijst is vervolgens teruggestuurd naar de geïnterviewde personen met daarbij de vraag of zij konden aangeven in welke mate een knelpunt als hinderlijk werd ervaren. Dit heeft geresulteerd in een prioriteitenlijst van knelpunten.

Er staat een aantal ontwikkeling aan de basis van de opkomst van woonzorgzone in Nederland. De belangrijkste hiervan zijn de vergrijzing, de extramuralisering, het politieke beleid en de veranderde maatschappelijke positie va ouderen. In de toekomst zal door de vergrijzing het aandeel ouderen snel gaan stijgen. Door een betere gezondheidszorg zal ook

het aandeel oude ouderen steeds groter worden. Het is vooral deze groep waar de ouderdomsgebreken het leven meer en meer gaan bepalen. Naast de vergrijzing speelt ook de extramuralisering een belangrijke rol. Extramuralisering betekent letterlijk het buiten de muren halen van de zorg. Wat het wil zeggen is dat steeds meer mensen die eerst intramuraal in bijvoorbeeld verzorgingshuizen verbleven, nu steeds meer gestimuleerd worden zelfstandig – met de nodige hulp – te gaan wonen. Resultaat van deze ontwikkeling is dat de vraag naar geschikte woningen in een geschikte woonomgeving zal gaan stijgen.

Een woonzorgzone is reeds als een mogelijke oplossing genoemd. In Nederland heeft de woonzorgzone in 1999 in de vinex-locatie IJburg intrede gedaan. In 1995 echter had het Amsterdams architectenbureau Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) het concept al omarmd in het boek ‘Verblijven of wonen, zorg voor ouderen’. In het jaar 2000 waren er in een landelijk register 6 woonzorgzones bekend. Momenteel is dit aantal ruim vertienvoudigd.

Een woonzorgzone gaat uit van een wijk met een groot gedeelte aangepaste huisvesting in een geschikte omgeving waar een ruim zorg- en dienstenaanbod kan worden geleverd. Er zijn geen wettelijke normen waaraan een woonzorgzone moet voldoen, maar het STAGG heeft wel bepaalde richtlijnen ontwikkeld. Een groot deel van de huisvesting moet aanpasbaar zijn gebouwd of snel aan te passen zijn (flexibel bouwen). Daarnaast moet een aantal huizen ook volledig toegankelijk worden gebouwd. Het zorg- en dienstenaanbod heeft als uitgangspunt dat het niveau van respectievelijk een verzorgingshuis en een woonzorgcomplex moet worden gehaald. Het STAGG heeft hiervoor scenario's ontwikkeld. De woonomgeving tenslotte moet veilig zijn en zo goed mogelijk toegankelijk zijn voor alle doelgroepen. Verder is het belangrijk dat bepaalde voorzieningen in de nabijheid zijn van zorgclusters.

Het implementatieproces van een woonzorgzone is één van lange adem. Er zijn veel verschillende actoren aanwezig die elk hun belangen behartigen en de financiering en wet- en regelgeving gelden als harde randvoorwaarden. Het aantal betrokken actoren is veelzijdig als gevolg van de integrale benadering van het vraagstuk. Zorgaanbieders, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, gemeente en andere al dan niet maatschappelijke instellingen zijn actoren op het operationele niveau. Op het strategische niveau zijn Aedes, Zorgverzekeraars Nederland en het Rijk aanwezig. Om het proces te structureren wordt vaak een indeling in een aantal fasen gemaakt, namelijk de initiatief-, de visie-, de ontwerp- en de realisatiefase. In de visiefase wordt vaak de organisatiestructuur ontwikkeld, waarin de taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen wordt vastgelegd. Het proces heeft daarbij te maken met een aantal randvoorwaarden, namelijk de financiering, de wet- en regelgeving en de bestaande fysiek structuren. Deze randvoorwaarden bepalen het kader waarbinnen de woonzorgzone zich kan ontwikkelen. Het hierboven geschetste proces moet leiden tot de uiteindelijke woonzorgzone, maar blijkt zoals gezegd veel te leiden tot vertragingen. De knelpunten die leiden tot deze vertraging zijn hieronder opgesomd.

Actoren

- Er blijkt vooral in de beginfase soms weinig vertrouwen te zijn tussen de participerende actoren.
- De aanwezige bedrijfs- en cultuurverschillen leiden vooral in de beginfase van projecten tot frustratie en onbegrip en staan daarmee een goede teambuilding in de weg.

- De verschillende ambitieniveaus waarmee partijen participeren, kunnen leiden tot impasses over de inhoudelijke doelstellingen.
- Het enthousiasme van partijen kan na de beginfasen snel af kan nemen, wanneer resultaten uitblijven en het intensieve werken niet wordt beloond.
- Concurrentie tussen verschillende actoren staat een goede samenwerking in de weg. Concurrenterende instellingen zullen nooit optimaal kunnen samenwerken.

Projectstructuur

- Er is sprake van een onvoldoende sturing in projecten waardoor beslissingen moeilijk worden genomen.
- Een onvoldoende horizontale coördinatie tussen verschillende deelprojecten verhindert een optimale samenwerking tussen partijen.
- De verticale afstemming is niet voldoende waardoor taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn..
- De verschillende planninghorizonten van de participanten veroorzaakt dat de fasering van projecten moeilijk is.
- Het blijkt dat wanneer projecten concreter worden, de algemene overeenstemming die er in de eerste fasen was kan omslaan naar een situatie waarin partijen lijnrecht tegen elkaar komen te staan
- Het loskoppelen van wonen en zorg veroorzaakt bij de faseringproblemen omdat wonen en zorg tegelijk op maat moeten worden geleverd. Vanuit bedrijfsmatig perspectief is dit vaak niet de gewenste situatie

Randvoorwaarden

- De verschillen in de wijze waarop de partijen aan financiële middelen komen, leiden tot onzekerheid en onduidelijkheid over toekomstige financieringsmogelijkheden.
- De huidige wet- en regelgeving is te sectoraal opgesteld en veroorzaakt daardoor een jungle van regelgeving. Ook maakt de huidige structuur het onmogelijk geldstromen vanuit wonen, zorg en welzijn te bundelen, waardoor er geen compensatie binnen het project kan plaatsvinden.
- De wet- en regelgeving is veel te onduidelijk. Projectorganisaties hebben moeite zich de wetgeving eigen te maken en zijn vervolgens veel tijd kwijt met het uitleggen van de wetgeving.
- Incidenteel worden er knelpunten ondervonden wat betreft de bestaande fysieke structuur door bijvoorbeeld te weinig ruimte of een weinig kansrijke woningvoorraad voor aanpassing.

De opsomming beschrijft de knelpunten maar geeft verder geen informatie over de mate waarin een knelpunt als hinderlijk wordt ervaren. In onderstaande tabel is dit wel gedaan. De knelpunten zijn onderverdeeld in een vijftal (kleur)categorieën. Hoe donkerder het hokje is gekleurd hoe hinderlijker het knelpunt wordt ervaren. De laatste kolom geeft de som per knelpunt weer, waaruit kan worden afgeleid welke knelpunten als meest hinderlijk worden ervaren.

Knelpunt	Project	1	2	3	4	5	6	7	8	9	som
Actoren											
Weinig vertrouwen		3	2	3	1	-	2	1	2	5	19
Bedrijf- en cultuurverschillen		3	4	2	3	-	5	4	3	3	27
Verschillend ambitieniveau		2	3	3	2	-	3	3	2	4	22
Afnemen enthousiasme		1	1	4	4	-	3	2	2	3	20
Interne concurrentie		4	2	2	1	-	2	3	1	3	18
Projectorganisatie											
Ontbreken van sturing		1	1	3	2	-	3	1	1	5	17
Slechte horizontale afstemming		4	3	3	1	-	3	2	1	2	19
Slechte verticale afstemming		2	1	1	1	-	3	3	2	5	18
Verschil in planninghorizons		4	4	3	3	-	5	3	2	3	27
Concreetheid plannen		2	4	3	4	-	3	1	2	4	23
Relatie Wonen en Zorg		4	2	3	1	-	4	1	3	2	20
Randvoorwaarden											
Verschillen in financieringswijze		3	5	4	4	-	5	4	3	4	32
Jungle van wetgeving		4	5	4	5	-	3	3	4	2	30
Onduidelijk beeld wetgeving		3	4	5	3	-	3	3	2	3	26
Fysieke structuur		1	2	3	2	-	3	3	1	3	18

Tab. S.1: Prioriteitenlijst van knelpunten

Duidelijk is dat vooral de financiering en de wet- en regelgeving donker zijn gekleurd. Dit is op zich opmerkelijk omdat de overheid de ontwikkeling juist wil stimuleren met bijvoorbeeld subsidies, kennisuitwisseling en beleid. De financiering en wet- en regelgeving zijn momenteel echter nog te veel gebaseerd op de sectorale benadering van het vraagstuk en zorgen in de nieuwe situatie vooral voor verwarring. Ook de verschillende planninghorizons en de cultuurverschillen worden als hinderlijke knelpunten gezien. De nieuwe samenwerking verlangt van de betrokken instellingen vanuit één organisatie te werken, maar de aanwezige verschillen staan dit dus in de weg. Woningcorporaties, zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en gemeente zullen allemaal moeten proberen minder aan de eigen denk- en werkwijze vast te houden en op zoek te gaan naar mogelijke aanknopingspunten voor een gezamenlijke denk- en werkwijze. Opvallend is verder dat het IWZ (kolom negen) drie keer een knelpunt met vijf heeft gewaardeerd, terwijl andere projectleiders vooral enen en tweeën hebben ingevuld. Dit is waarschijnlijk te verklaren met het feit dat het IWZ meer onafhankelijk en daarmee objectiever is dan de andere projectleiders. De projectleiders zijn betrokken bij één project welke zich op dit moment in een planproces bevindt, terwijl het IWZ geen binding heeft met één specifiek project van dit moment.

Om de invloed van de bestaande knelpunten te verminderen is er een aantal aanbevelingen gedaan, zoals het beperken van betrokken actoren uit dezelfde sector, het verdiepen van de initiatieffase, een verbreding van de visiefase en het aanpassen van de wet- en regelgeving aan de nieuwe situatie.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	8
Lijst van figuren en tabellen	9
Lijst met afkortingen	10
Hoofdstuk 1. Introductie	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Aanleiding	12
1.3 Doel- en vraagstelling	12
1.4 Plan van aanpak	13
1.5 Leeswijzer	14
Hoofdstuk 2. Ontwikkeling van de woonzorgzone	16
2.1 Inleiding	16
2.2 Contextuele ontwikkelingen	16
2.2.1 Vergrijzing	16
2.2.2 Extramuralisering	17
2.2.3 Politieke beleid	17
2.2.4 Sociaal-culturele positie	18
2.2.5 Resultaat: Tekort aan aangepaste huisvesting	18
2.3 Ontstaan van de woonzorgzone	18
2.4 Slot	19
Hoofdstuk 3. Kenmerken van een woonzorgzone	20
3.1 Inleiding	20
3.2 STAGG-model	20
3.3 Doelgroepen	21
3.4 Huisvesting	23
3.5 Zorg- en dienstverlening	24
3.6 Openbare ruimte	24
3.7 Slot	25
Hoofdstuk 4. Kenmerken van het proces	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Betrokken partijen	26
4.3 Processtructuur	29
4.3.1 Organisatiestructuur	29
4.3.2 Fasering	30

4.3.3 Formele structuur	32
4.4 Randvoorwaarden	32
4.4.1 Financiering	33
4.4.2 Wet- en regelgeving	34
4.4.3 Bestaande fysieke structuren	36
4.5 Slot	36
Hoofdstuk 5. Knelpunten tijdens de implementatie	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Samenvatting casussen	38
5.3 Samenwerking	39
5.4 Projectorganisatie	41
5.5 Randvoorwaarden	44
5.6 Prioriteitenlijst van de knelpunten	46
5.7 Slot	46
Hoofdstuk 6. Conclusies en aanbevelingen	48
6.1 Inleiding	48
6.2 Knelpunten	48
6.3 Conclusies	50
6.4 Aanbevelingen	51
Literatuur	53
Bijlage 1 Beschrijving casussen	57
Bijlage 2 Vragenlijst	65
Bijlage 3 Knelpuntenschema	66

Lijst van figuren en tabellen

Lijst van figuren

<i>Figuurnummer</i>	<i>Titel</i>	<i>Bladzijde</i>
1.1	De aspecten van de woonzorgzone	2
1.2	Onderzoeksopzet	3
2.1	Grijze druk in 1950-2100	6
2.2	Ouderen op andere posities	7
3.1	Onderverdeling van functies	10
3.2	Stedelijk STAGG-model	11
3.3	Zorginfrastructuur in IJburg (Haveneiland)	14
4.1	Actorenschema	22
4.2	Organisatiestructuur bij woonzorgzoneprojecten	23
4.3	Vertrouwdheid in relatie met onzekerheid	24
4.4	Faseindeling van het planproces	25
4.5	Ontwikkelingskader van de woonzorgzone	26
4.6	Geldstromen bij woonzorgzoneprojecten	27
4.7	Huidige en toekomstig zorg wetstelsel	29
5.1	Cultuurverschillen zijn alom aanwezig	32
6.1	Synthese van de hoofdstukken	40

Lijst van Tabellen

<i>Tabelnummer</i>	<i>Titel</i>	<i>Bladzijde</i>
S.1	Prioriteitenlijst van knelpunten	V
2.1	De behoefte aan speciale woningen	7
3.1	Doelgroepenmatrix	12
3.2	Overzicht kenmerken	15
5.1	Overzicht projecten	31
5.2	Prioriteitenlijst knelpunten	38
6.1	Prioriteitenlijst van knelpunten	40

Lijst met afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensbehoeften
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bbsh	Besluit beheer sociale huursector
IPO	Interprovinciaal Overleg
ISV	Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing
IWZ	Innovatieprogramma Wonen en Zorg
LVIO	Landelijke Vereniging van Indicatieorganen
STAGG	Stichting Architecten Bureau Geestelijke Gezondheidszorg
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VROM	Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijk Ondersteuning
WRO	Wet op de Ruimtelijke Ordening
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WZSR	WoonZorgStimuleringsRegeling
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Hoofdstuk 1. Introductie

1.1 Inleiding

“Beste lezer(es)

Ik ben Alexander van Wayenburg (30 jaar). Door zuurstoftekort na mijn geboorte ben ik mijn levenlang gebonden aan de rolstoel. Sinds 1992 woonde ik in voorzieningencentra. Ik had een eigen kamer van zestien vierkante meter en deelde een woonkamer, keuken en sanitair met vijftien medebewoners.

Toen kreeg ik een gouden kans in mijn schoot geworpen. Er werd een project opgestart voor mensen met een lichamelijk handicap in Amsterdam. Aangepaste woningen werden gebouwd midden in de grote stad. Dat betekende vrijheid en uitdaging!

In de praktijk kwam er echter nog heel wat bij kijken en moesten de nodige hobbels worden genomen. Maar ondanks die tegenslagen heb ik geen spijt en zou ik voor geen goud terug willen. Ik woon in mijn eigen huis, in mijn eigen straat. Ik heb contact met mijn eigen burens en krijg vrienden op bezoek. Dit maakt voor mij het leven veel meer waard!”

Bovenstaande tekst is een fragment uit ‘*Het Jungle Boek*’ (Van Nispen, 2002) en is een reactie van een lichamelijk gehandicapte die door een nieuwbouw project een zelfstandige woning krijgt toegewezen. Dat deze man inmiddels al dertig jaar is, mag zijn pret niet drukken, maar mag toch wel opvallend genoemd worden. Waarom is er niet eerder voor geschikte woonruimte gezorgd?

De oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk in het feit dat de aandacht van de Rijksoverheid de laatste decennia niet is uitgegaan naar speciale doelgroepen, maar vooral naar het standaard gezin en er daardoor een tekort is ontstaan aan geschikte huisvesting (Singelenberg, 2001^b). Momenteel is er ook nog een aantal ontwikkelingen gaande die deze kloof tussen vraag en aanbod vergroot. De toekomstige vergrijzing en de extramuralisering in de gezondheidszorg zijn hier voorbeelden van. De behoefte tot 2015 aan geschikte woningen bedraagt momenteel 395.000 woningen voor hulpbehoevende doelgroepen (VROM, 2003).

Daarom wordt er volop nagedacht en zijn er lokaal projecten gestart om aan deze behoefte te kunnen voldoen. Een oplossing welke steeds meer navolging in Nederland krijgt en internationaal haar waarde al heeft bewezen is het concept van de woonzorgzone. Het centrale idee van een woonzorgzone is het realiseren van aangepaste huisvesting met daarbij aandacht voor de combinatie van zorg, welzijn en een geschikte woonomgeving en zo nieuwe mogelijkheden voor mensen uit hulpbehoevende groepen te creëren (fig. 1.1). Het feit dat iemand zorg nodig heeft mag niet met zich meebrengen dat iemand buiten de samenleving komt te staan. Dit geldt bijvoorbeeld nu vaak wel voor verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, dementerende ouderen of ouderen met ouderdomsgebreken. Een woonzorgzone kan deze situatie doorbreken. Het is niet zo dat een woonzorgzone alleen voor hulpbehoevende doelgroepen is ontworpen, integendeel. Het is juist een voorwaarde dat een meerderheid van de bewoners niets met zorg te maken heeft. De term woonzorgzone wordt dan ook niet door iedereen omarmd; levensloopbestendige wijk of servicewijk zijn ook termen die worden gebruikt (Harkes, 2004).

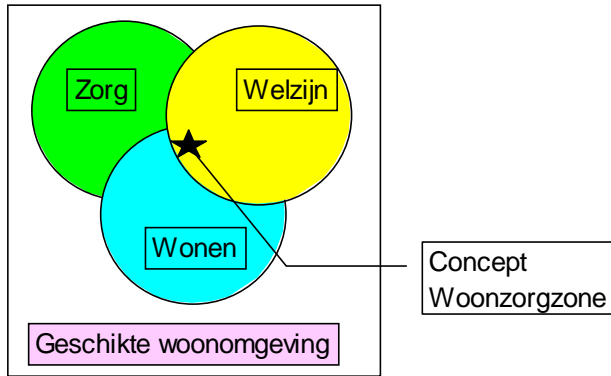


Fig. 1.1: De aspecten van de woonzorgzone

1.2 Aanleiding

Een woonzorgzone ontstaat echter niet zomaar. Het blijkt dat het implementatieproces van ideevorming tot de daadwerkelijk realisatie, een weg is waarbij de nodige obstakels worden ondervonden. Zo constateert Reinders (2003) in haar rapport *Goede samenwerking, weinig voortgang* dat een groot aantal projecten vertraging heeft opgelopen. Voorliggend rapport zal dieper ingaan op verschillende aspecten van het planproces en een inventarisatie doen naar de knelpunten die leiden tot de vertragingen in de implementatie.

1.3 Doel- en vraagstelling

Het onderzoek is gericht op de planning van woonzorgzones en de knelpunten die daarbij worden ondervonden. De doelstelling van het onderzoek is:

Inzicht krijgen in de achterliggende oorzaken van de stroeve implementatie van het woonzorgzone-concept in Nederland, en vervolgens aanbevelingen doen zodat in de toekomst deze implementatie soepeler kan verlopen.

Deze doelstelling wordt geoperationaliseerd in de volgende centrale vraagstelling:

Hoe krijgt het planningsproces van woonzorgzones in de praktijk vorm en welke knelpunten worden hierbij ondervonden?

Om een antwoord te vinden op deze vraag, wordt de centrale vraag gespecificeerd in een aantal deelvragen. Antwoorden op deze deelvragen resulteren gezamenlijk in een antwoord op de hoofdvraag.

- *Welke knelpunten ontstaan in de samenwerking tussen de betrokken actoren?*
- *Welke knelpunten ontstaan in de projectorganisatie van projecten?*
- *Welke knelpunten ontstaan door de aanwezige randvoorwaarden?*

1.4 Plan van aanpak

De wijze waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden is het resultaat van een aantal keuzes. Een eerste keuze was welke *onderzoeksmethode* het meest geschikt zou zijn voor de beantwoording van de hoofdvraag. Er is gekozen om diepte-interviews met betrokken partijen bij een woonzorgzone-project te houden omdat in een persoonlijk gesprek uitgebreid kan worden ingegaan op opgedane ervaringen in zo'n proces. Daarnaast komen door de persoonlijke benadering de relaties tussen partijen goed tot hun recht. Een gevolg is wel dat de onderzoeksgegevens subjectief zijn, en dat hier wel steeds rekening meegehouden moet worden.

Een tweede keuze betrof het te onderzoeken object, oftewel de *afbakening*. Er is een afbakening gemaakt op basis van een drietal criteria:

- Ten eerste moest het project een woonzorgzone betreffen waarin de vier aspecten huisvesting, zorgaanbod, dienstverlening en woonomgeving een rol spelen.
- Ten tweede moest het project minstens de initiatieffase en grotendeels de visiefase hebben doorlopen.
- Ten derde is gekozen voor projecten die zich in een stedelijke omgeving bevinden.

Op basis van deze criteria is een achttal projecten geselecteerd. Deze projecten worden in hoofdstuk 5 genoemd en in bijlage 1 uitvoerig beschreven. Ook is het Innovatieprogramma voor Wonen en Zorg (IWZ), een kennisinstituut vanuit de overheid welke zelf als projectleider of als adviesgever kan participeren, benaderd voor een gesprek. Dit gesprek was dus niet zozeer gericht op één project, maar meer op de ervaringen met meerdere projecten.

Een derde keuze die gemaakt moest worden, was *welke partij* benaderd moest worden voor het interview. De uitkomsten van een interview zijn interpretaties van de geïnterviewde persoon over het project en zijn daardoor erg afhankelijk van de geïnterviewde. Er is voor gekozen om projectleiders te interviewen omdat zij geacht worden een totaalbeeld van het project te hebben.

Op basis van de gesprekken is een knelpuntenlijst opgesteld. Deze knelpuntenlijst is vervolgens teruggekoppeld aan de praktijk. De acht projectleiders hebben hierbij per knelpunt een waardering gegeven, zodat een prioriteitenlijst is ontstaan op basis van de mate waarin knelpunten als hinderlijk worden ervaren. Er bestaan echter wel verschillen tussen de fasen waarin de projecten zich bevinden, zodat het mogelijk is dat projectleiders bepaalde knelpunten verschillend waarderen. Om de waarderingen zo goed mogelijk te kunnen vergelijken, zijn deze verschillen zijn zo klein mogelijk gehouden (zie tab. 5.1).

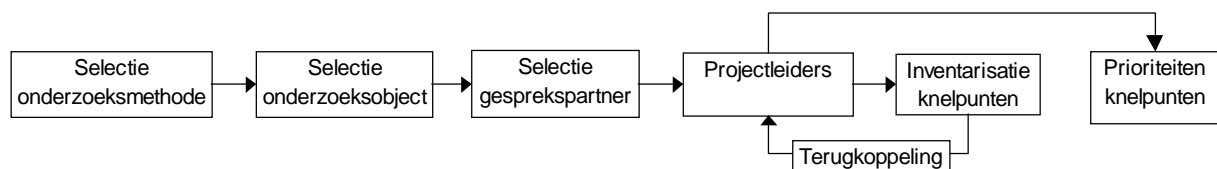


Fig. 1.2: Onderzoeksopzet

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt stilgestaan bij de ontwikkeling van de woonzorgzone. Hierbij komen de contextuele ontwikkelingen die aan de basis staan van het ontstaan van de woonzorgzone aan bod en wordt een beeld geschetst van de ontwikkeling van de woonzorgzone in Nederland. In

het derde hoofdstuk zal de woonzorgzone op haar inhoudelijke kenmerken worden beschreven. Er wordt begonnen met een bespreking van het STAGG-model, waarna de verschillende inhoudelijke kenmerken van de woonzorgzone aan bod komen. In hoofdstuk 4 staat het planproces centraal en wordt ingegaan op de betrokken actoren, de processtructuur en de aanwezige randvoorwaarden. Dit hoofdstuk zal een opstap zijn voor hoofdstuk 5 waarin de resultaten van het gevoerde onderzoek aan bod komen. Er zal hier uitvoerig worden ingegaan op de ondervonden knelpunten en de mate waarin zij het proces kunnen vertragen. Hoofdstuk 6 betreft tenslotte de conclusies en een aantal aanbevelingen.

Hoofdstuk 2. Ontwikkeling van de woonzorgzone

2.1 Inleiding

Het concept woonzorgzone kan een bijdrage leveren aan een oplossing in het vraagstuk hoe ouderen en andere mensen met beperkingen zelfstandig kunnen functioneren in onze maatschappij. Het concept woonzorgzone is in Nederland nog een relatief jong begrip, aangezien deze pas in 1999 voor het eerst genoemd werd in het projectplan van IJburg, Amsterdam.

In dit hoofdstuk komen allereerst in paragraaf 2.2 de ontwikkelingen aan bod die aan de basis liggen van het ontstaan van dit concept. Deze ontwikkelingen bevinden zich op het demografische, politieke, gezondheidskundige en sociale vlak. Vervolgens zal in paragraaf 2.3 beschreven worden hoe de ontwikkeling in Nederland plaats heeft gevonden cq. plaatsvindt.

2.2 Contextuele ontwikkelingen

Deze paragraaf belicht een aantal ontwikkelingen die van invloed zijn of zijn geweest op het ontstaan van de woonzorgzone. Er wordt ingegaan op de vergrijzing, extramuralisering in de gezondheidszorg, het politieke beleid en als laatste de sociaal-culturele positie van speciale doelgroepen.

2.2.1 Vergrijzing

Uit bevolkingsprognoses van het CBS blijkt dat Nederland aan de vooravond staat van een vergrijzinggolf. Vergrijzing is volgens het CBS (2004) de bevolking van 65 jaar of ouder in procenten van de totale bevolking. Er zijn verschillende manieren om de vergrijzing weer te geven. Het CBS gebruikt vooral de grijze druk, die het aantal 65-plussers per honderd 20-64 jarigen weergeeft. In figuur 2.1 zijn de prognoses van de grijze druk tot aan het jaar 2100 schematisch weergegeven (CBS, 2000).

In 1950 telde Nederland per honderd 20-64 jarigen veertien personen van 65 jaar en ouder. Deze grijze druk is de afgelopen eeuw toegenomen van 14 naar 22 nu en zal de komende decennia nog sterker toenemen. Het CBS (2003) becijfert dat vanaf 2010 de grijze druk sterk toeneemt en in 2040 zal zijn gestegen tot 43 procent. Na 2040 neemt de grijze druk weer wat af omdat de naoorlogse generatie dan grotendeels overleden is.

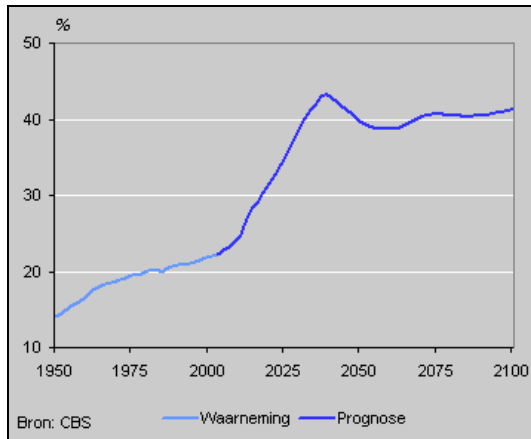


Fig 2.1: Grijze druk in 1950-2100

De vergrijzinggolf is het resultaat van een aantal demografische ontwikkelingen. Ten eerste is de levensverwachting als gevolg van een betere gezondheidszorg gestegen. Door deze langere levensverwachting neemt het aantal ouderen, en vooral het aantal óude ouderen, toe. Bij een sterke stijging van het aantal ‘oude ouderen’, wat wil zeggen mensen van 80 jaar en ouder, wordt er ook wel gesproken van dubbele vergrijzing (CBS, 2003).

Ten tweede zal de babyboomgeneratie uit de jaren 1946 - 1965 vanaf 2010 de leeftijd van 65 jaar bereiken. Dit verklaart de sterk stijgende ouderenpopulatie vanaf 2010 die in de figuur goed te zien is (Huisman, 2000).

Een derde oorzaak is dat er door uiteenlopende redenen sinds de tweede helft van de jaren zestig een afname van het vruchtbaarheidscijfer is waar te nemen. Deze afname heeft ertoe geleid dat de verhouding tussen jongeren en ouderen is veranderd en de grijze druk nu veel sterker stijgt dan bij een stijgende levensverwachting alleen (Huisman, 2000).

2.2.2 Extramuralisering

In de gezondheidszorg vindt een verschuiving plaats in de werkwijze. De focus is namelijk steeds minder gericht op intramurale instellingen, maar is juist veel sterker gericht op de extramuralisatie van de zorg. Extramuralisatie van de zorg houdt het scheiden van wonen en zorg in, of letterlijk vertaald ‘het buiten de muren halen van de zorg’ (Aedes-Arcares, 2004). Hierdoor ontstaan mogelijkheden voor mensen die in hun eigen omgeving zorg willen ontvangen en niet meer per sé intramuraal moeten worden opgenomen. Uit onderzoek blijkt dat cliënten intramurale verblijfsvoorzieningen steeds meer ontoereikend vinden wat betreft de kwaliteit van het wonen en het dagelijks leven en vaker zelfstandig willen wonen (VROM, 2003). De extramuralisatie vindt vooral plaats in de zorgsector, de gehandicaptenzorg en de GGZ (Aedes-Arcares, 2004^b).

2.2.3 Politieke beleid

De huidige opvatting van de Nederlandse overheid, is dat ouderen zoveel mogelijk en zo lang mogelijk zelf keuzes moeten kunnen maken wat betreft hun levenswijze (VWS, 2001). Op gebied van huisvesting betekent dit dat het voor ouderen mogelijk moet zijn zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen. Dus ook wanneer ouderen door bepaalde ouderdomshandicaps niet meer kunnen wonen in een ‘normale’ woning. De ministeries van VROM en VWS werken daarom nauw samen om tot een integraal beleid te komen. Deze uitgangspunten

worden ook gedeeld voor andere hulpbehoevende groepen als gehandicapten en psychiatrische patiënten.

2.2.4 Sociaal-culturele positie

Een vierde ontwikkeling die heeft geleid tot de ontwikkeling van de woonzorgzone, is een verandering in het denken van hulpbehoevende doelgroepen over zich zelf en over hoe zij in de samenleving willen staan. Door ondermeer de individualisering en toegenomen welvaart nemen zij momenteel een andere plaats binnen de samenleving in dan een aantal decennia terug (fig. 2.2). Ouderen met beperkingen of gehandicapten willen liever niet meer wonen in zorginstellingen, maar hebben veel meer de wens om zelfstandig met hulp te kunnen wonen in een vertrouwde omgeving (VROM, 2003).



Fig. 2.2: Ouderen op andere posities

2.2.5 Resultaat: Tekort aan aangepaste huisvesting

Voorgaande ontwikkelingen hebben elk hun aandeel in de stijgende vraag naar geschikte huisvesting. Deze vraag vergroot de bestaande kloof tussen vraag en aanbod van geschikte huisvesting voor hulpbehoevende groepen (Singelenberg, 2001^b). Daarom wordt er de komende jaren behoorlijk geïnvesteerd om aan de behoeften, zoals die in onderstaande tabel uiteengezet zijn, te kunnen voldoen. Deze cijfers zijn gebaseerd op nationaal niveau (VROM, 2003).

	2002 - 2010	2002 – 2015
Integraal toegankelijke woning	156.000	280.000
Beschermd wonen	99.000	115.00
Totaal	255.000	395.000

Tabel 2.1: De behoefte aan speciale woningen

Er is een verdeling gemaakt tussen integraal toegankelijke woningen en beschermd wonen. In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op deze vormen van huisvesting. Het aantal te realiseren woningen ligt volgens VROM echter nog hoger dan de 395.000 omdat niet alle nultredenwoningen bewoond zullen worden door gehandicapten en ouderen, maar ook door anderen groepen, bijvoorbeeld mensen met kleine kinderen.

2.3 Ontstaan van de woonzorgzone

Een groot gedeelte van de te realiseren woningen zal komen te staan in wijken waarbij het woonzorgzoneconcept is toegepast. De inspiratiebron van het concept is de ouderenzorg in Scandinavische landen, waar wonen, zorg en welzijn de verantwoordelijkheid van gemeenten zijn. Door deze hoofdrol van gemeenten zijn hier goede voorwaarden aanwezig voor een integrale aanpak. De gemeenten decentraliseren hun middelen vervolgens naar districten van ongeveer 10.000 inwoners, die zo kunnen beschikken over een compleet pakket voorzieningen op alle zorgniveaus (Harkes, 2001). Denemarken organiseert bijvoorbeeld wonen en zorg op het niveau van wijk of dorp. Iedere wijk van circa 10.000 inwoners heeft een eigen wijkteam, die zorg aanbiedt in zowel gewone huizen als zorgcomplexen (Singelenberg, 2002).

In Nederland heeft de woonzorgzone in 1999 in de vinex-locatie IJburg intrede gedaan. Hier werd met een woonzorgzone een gebied bedoeld waarbinnen een bepaald pakket aan (zorg)diensten kan worden gegarandeerd, zodat dit pakket in de meeste gevallen de intramurale zorg kan vervangen (Gemeente Amsterdam, 1999). In 1995 echter had het Amsterdams architectenbureau Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) het concept al omarmd in zijn boek 'Verblijven of wonen, zorg voor ouderen'.

In het jaar 2000 zijn er zes woonzorgzones in voorbereiding geregistreerd bij het Innovatie programma Wonen en Zorg (Aedes-Arcares, 2004^b). Ook de politiek begint het concept met de beleidsbrief 'Wonen en zorg op maat' in haar beleid op te nemen, al is het onder de noemer zorgvriendelijke wijken (VWS, 2001^b). Zowel het ministerie van VROM als VWS willen projecten stimuleren en ondersteunen, wat onder meer is uitgemond in de tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling, waarmee projecten subsidie kunnen ontvangen (VROM, 2004^c).

Momenteel is het aantal projecten waarin het concept woonzorgzone een belangrijke rol speelt vertienvoudigd (Aedes-Arcares, 2004^b). Deze projecten zijn verspreid over heel Nederland en vaak in stedelijke gebieden te vinden. Dit wil echter niet zeggen dat er in landelijke gebieden geen ontwikkelingen gaande zijn. De woonzorgzone in de Trynwalden bewijst bijvoorbeeld dat woonzorgzones ook op het platteland succesvol kunnen worden toegepast (Trynwalden, 2004).

2.4 Slot

De komst van de woonzorgzone is een resultante van een aantal ontwikkelingen die in dit hoofdstuk is beschreven. Ten eerste zal door de toekomstige vergrijzing het aandeel ouderen in Nederland snel zal stijgen. Zeker na 2010 zal Nederland in een snel tempo vergrijzen. Ten tweede wordt in de gezondheidszorg sterk ingezet op de extramuralisering, waardoor bewoners van bijvoorbeeld verzorgingshuizen, intramurale instellingen voor gehandicapten en psychiatrische instellingen in normale wijken worden gehuisvest. Verder is de mentaliteit van ouderen in de loop der jaren veranderd en geven ouderen steeds meer de voorkeur aan het zelfstandig thuis blijven wonen. Ook de politiek steunt deze ontwikkelingen. Zowel het ministerie van VROM als VWS streeft in haar beleid naar een zo groot mogelijke keuzevrijheid voor alle mensen.

In 1999 heeft Nederland voor het eerst kennis gemaakt met de woonzorgzone, toen het onderdeel werd van de projectplannen van IJburg. Daarna is de ontwikkeling snel verlopen en momenteel is het aantal projecten de honderd gepasseerd.

In het volgende hoofdstuk zal verder worden ingegaan op hoe aan de verschillende onderdelen van de woonzorgzone – huisvesting, zorgaanbod, dienstenaanbod en openbare ruimte – invulling wordt gegeven.

Hoofdstuk 3. Kenmerken van een woonzorgzone

3.1 Inleiding

Zoals gezegd, is een woonzorgzone een concept waarin de sectoren wonen, zorg en welzijn worden geïntegreerd in een geschikte woonomgeving zodat ouderen, gehandicapten en andere hulpbehoevende doelgroepen zelfstandig kunnen wonen. Hiermee kan een woonzorgzone ook wel worden gezien als een overtreffende trap van het woonzorgcomplex. Waar deze complexen zijn bedoeld om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen de muren van het complex, voegt de woonzorgzone de dimensie toe van integratie in de wijk (Harkes, 2001). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van een woonzorgzone. Er zal worden stilgestaan bij de doelgroepen, huisvesting, zorgvoorzieningen, dienstenaanbod en woonomgeving. Eerst komt echter het STAGG-model aan bod, welke ook al in het vorig hoofdstuk is genoemd.

3.2 STAGG-model

Met de Scandinavische organisatie als inspiratiebron heeft het architectenbureau STAGG een aantal planologische modellen in het boek 'Verblijven of wonen, zorg voor ouderen' geïntroduceerd (Hoekstra, 1995). In het STAGG-model worden ruimtelijke scenario's geschetst voor ouderenzorg in het jaar 2015. In 2000 is een geactualiseerde versie van het oorspronkelijke rapport verschenen, waarin het model is verbreed van alleen ouderenzorg naar alle doelgroepen van zorg, dus ook gehandicapten en psychiatrisch zieken (Heuvelink, 2001).

Het model gaat uit van een stadswijk of dorp met een ideale grootte van 10.000 inwoners. Een wijk van 10.000 inwoners biedt voldoende draagvlak voor het organiseren van wonen en zorg¹. Binnen een wijk of dorp moet een compleet pakket van zorgvoorzieningen, dienstenaanbod en geschikte huisvesting aanwezig zijn. Het model maakt binnen deze indeling een verder onderscheid naar (fig. 3.1):

- Haalfuncties, zaken waarvoor de klant zijn huis verlaat en elders aanklopt
- Brengfuncties, zaken waarvoor de aanbieder naar het huis van de klant komt
- Interne functies. Dit is het geval als de aanbieder in het gebouw zetelt waar ook de klant woont

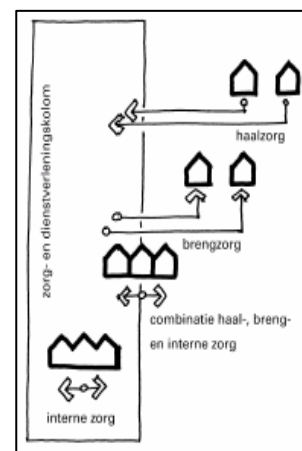


Fig. 3.1: Onderverdeling van functies

¹ Dit is geen harde voorwaarde: er zijn inmiddels ook kleinere woonzorgzones van bijvoorbeeld 5.000 inwoners of grotere woonzorgzones tot wel 20.000 inwoners ontwikkeld (Singelenberg, 2001^b)

Deze diensten worden ondergebracht in een bepaalde zorginfrastructuur in de wijk. Het model maakt onderscheid tussen een activiteitscentrum, een zorgkruispunt en een coördinatiepunt (fig. 3.2). Maar ook een gezondheidscentrum en verschillende steunpunten moeten een plaats krijgen in de wijk (Heuvelink, 2001).

Activiteitscentrum

Dit is de locatie waar de haaldiensten vanuit worden geleverd. Daarnaast is er vaak ruimte voor recreatie, ontmoeting en andere welzijnsactiviteiten. Een activiteitscentrum leent zich er uitstekend voor om samen met andere functies, zoals school, sport of kinderopvang, geplaatst te worden in een multifunctioneel centrum.

Zorgkruispunt

Dit is de locatie van waaruit zorg- en dienstverlening wordt gedistribueerd over de wijk. Er is ruimte voor dagopvang en tijdelijke opname. Ook kan hier een gezondheidscentrum worden ontwikkeld. Dit is vaak een verzameling van voorzieningen, zoals een huisartsgroep, een apotheek of een fysiotherapeut

Coördinatiepunt

Een coördinatiepunt doet dienst als centraal loket, waar mensen informatie en advies kunnen inwinnen, en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd.

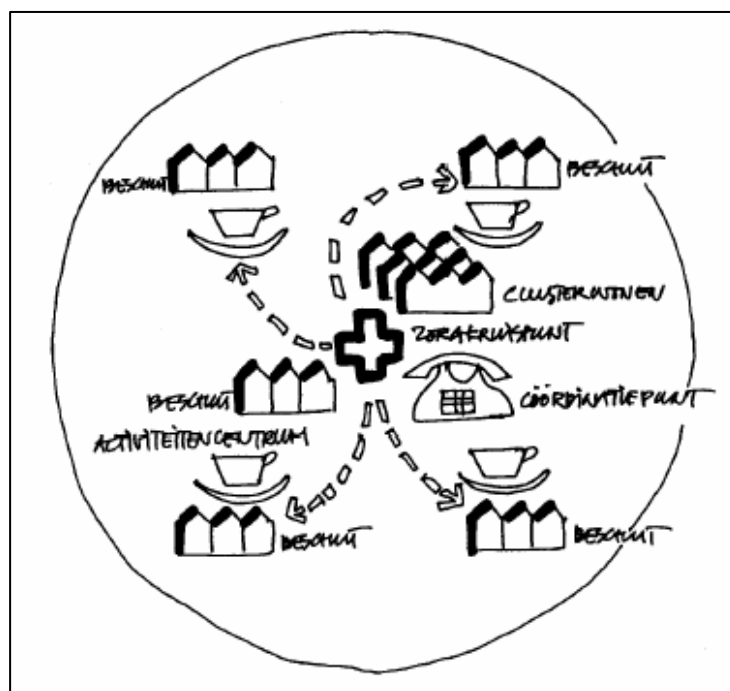


Fig. 3.2: Stedelijk STAGG-model²

3.3 Doelgroepen

De groep hulpbehoevenden bestaat voor de meerderheid uit ouderen, met chronische gebreken, mobiliteitsproblemen of dementie. Naast ouderen is een woonzorgzone ook geschikt voor gehandicapten en psychiatrische patiënten. Voor deze groepen kunnen

² Het STAGG-model maakt onderscheid tussen het stedelijk en het landelijk gebied

kleinschalige woonvormen worden gerealiseerd, waar zij onder begeleiding zelfstandig kunnen wonen (Aedes-Arcades, 2004). Drenth (2001) heeft een doelgroepenmatrix ontwikkeld waarin een onderverdeling is gemaakt op basis van de lichamelijke en de verstandelijke beperkingen (tab. 3.1).

De lichamelijke beperkingen zijn ingedeeld in drie niveaus:

- Mensen met lichte beperkingen in de sfeer van een slechte conditie of lopen met een stok.
- Mensen met matige lichamelijke beperkingen, bijvoorbeeld het gebruik van een handbewogen rolstoel
- Mensen met zware lichamelijke beperkingen en die zware mobiliteitshulpmiddelen nodig hebben, zoals elektrische rolstoelen en tilliften.

De verstandelijke beperkingen zijn eveneens ingedeeld in drie niveaus:

- Mensen zonder verstandelijke of psychiatrische beperkingen.
- Mensen met een lichte tot matige verstandelijke psychiatrische beperking
- Mensen met een zware verstandelijke of psychiatrische beperking.

Wanneer in de doelgroepenmatrix deze twee kenmerken worden geplaatst, ziet dat er als volgt uit:

		Ernstige verstandelijke beperking	Matige verstandelijke beperking	Niet of lichte verstandelijke beperking
		Beschermd wonen	Begeleid wonen	Beschut wonen
Ernstige lichamelijke beperking	Zorginfra-structuur	Ernstig meervoudig gehandicapten	Minder zelfredzame lichamelijke gehandicapten	Huidige focusdoelgroep
Matige lichamelijke beperking	Integraal toegankelijk	Dementerende ouderen	Chronische patiënten psychiatrie	
Niet of lichte lichamelijke beperking	Aanpasbaar gebouwd	Gedragsproblematiek / autisme		

Tabel 3.1: Doelgroepenmatrix (Bron: Drenth, 2001)

In de grijze cellen van de tabel staat de behoefte die een doelgroep heeft op het gebied van wonen en zorg. Deze verschillende vormen worden in de volgende paragrafen verder uitgewerkt. De lege cellen rechtsonder zijn niet gedefinieerd en vertegenwoordigen doelgroepen die lichte of geen beperkingen hebben en daardoor geen beroep op speciale woonprogramma's hoeven te doen. Wel hebben deze mensen vaak de behoefte aan extra veiligheid, beschutting en voorzieningen aan huis. Hierbij kan gedacht worden aan de wens voor een huismeester, sociale alarmering, een centrale toegang met beveiliging of een gemeenschappelijke ruimte.

3.4 Huisvesting

Kernpunt in de huisvesting is dat er voldoende geschikte woningen in de wijk staan voor de verschillende doelgroepen met elk hun eigen behoeften. Dit betekent dat er enerzijds eisen gesteld worden aan de fysieke geschiktheid van de woning en anderzijds er bepaalde woonprogramma's aanwezig moeten zijn.

3.4.1 Fysieke geschiktheid

De criteria ten aanzien van de fysieke geschiktheid van woningen zijn opgenomen in een drietal keurmerken die aan huizen wordt gegeven, te weten het Bouwbesluit, de NEN 1814 en de Woonkeur. Deze keurmerken bevatten ook eisen voor aangepaste woningen.

Het Bouwbesluit bevat standardeisen die met de aanpasbaarheid van woningen te maken hebben. Aanpasbaar gebouwde woningen zijn niet rolstoelgeschikt, maar kunnen wel eenvoudig geschikt worden gemaakt voor rolstoelgebruik (Stb., 2003).

De NEN 1814 bevat de formele eisen voor woning die integraal toegankelijkheid moet zijn. Dit is een woning die zonder hak- en breekwerk toegankelijk en bezoekerbaar is tot en met het niveau van de handbewogen rolstoel (NEN, 2004). De NEN 1814 is echter niet geschikt voor alle situaties. Voor zwaar zorgafhankelijke doelgroepen is er een tweetal aanvullingen met extra zorginfrastructuur: er is extra ruimte in de woning nodig voor zware mobiliteitshulpmiddelen en er dient ruimte te zijn voor het personeel dat assistentie verleent.

Tenslotte is de Woonkeur relevant, waarin ondermeer de eisen uit het Seniorenlabel in zijn opgenomen. De Woonkeur beoordeelt een woning op drie categorieën, namelijk de woonomgeving, het woongebouw en de woning zelf (Singelenberg, 2001^b).

3.4.2 Woonprogramma's

Naast de ontwikkeling van geschikte woningen is het mogelijk kleinschalige woonprogramma's te ontwikkelen die inspelen op de sociale en psychische behoeften van bewoners. Deze vormen zijn geschikt voor de mensen die extra aandacht nodig hebben. In de doelgroepenmatrix is al een drietal woonvormen genoemd, die hieronder zijn gedefinieerd (Nouws, 2003).

Beschermd wonen

Deze woonvorm betreft mensen met behoefte aan 24-uurs toezicht en bestaat uit één woning met zowel privé-vertrekken als een gemeenschappelijke woonkamer met keuken. Clusterwonen en groepswonen zijn hiervan voorbeelden.

Begeleid wonen

Dit is een woonvorm waarbij een aantal zelfstandige wooneenheden is gesitueerd in een woongebouw of binnen een straal van een gemeenschappelijke huiskamer of hulppost. Voor mensen met de behoefte van 24-uurs zorg zijn deze woonvormen geschikt.

Beschut wonen

Deze woonvorm is vooral geschikt voor ouderen die nog gezond en mobiel zijn, maar het op prijs stellen te wonen in een comfortabel en beschut woongebouw. Diensten, als bijvoorbeeld een huismeester en sociale alarmering, zijn bij deze woonvorm een verplichting.

3.5 Zorg- en dienstverlening

Uitgangspunt van een woonzorgzone is dat een vergelijkbaar zorgaanbod kan worden geboden als in een intramurale instelling en een vergelijkbaar niveau van veiligheid en deelname aan sociaal verkeer mogelijk moet zijn als binnen een woonzorgcomplex (Harkes,

2001). Het zorg- en dienstenaanbod wordt vaak volgens het STAGG-model georganiseerd. Er is dan ook sprake van een onderverdeling in haal-, breng- en interne voorzieningen.

Voorbeelden van haalzorg zijn het spreekuur van de dokter, de tandarts en de fysiotherapeut. Wat betreft diensten kan gedacht worden aan boodschappen doen, recreatieve bezigheden en hobbyactiviteiten. Deze voorzieningen zijn meestal geclusterd in een activiteitencentra of in een gezondheidscentrum. Bij brengzorg moet gedacht worden aan medische alarmering, de thuiszorg en ongeplande 24-uurs zorg. De brengfuncties wat betreft diensten zijn bijvoorbeeld maaltijddiensten, alarmering of een vervoerservice. De interne functies omvatten langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht. Het aanbod van zorg komt het best tot zijn recht wanneer er voldoende zorginfrastructuur in de wijk aanwezig is. In onderstaande figuur is de zorginfrastructuur van de wijk IJburg weergegeven. Het middelste punt is het wijkcentrum en de buitenste twee punten zijn zorgsteunpunten, van waaruit het grootste gedeelte van de wijk kan worden voorzien van zorg (Gemeente Amsterdam, 1999).

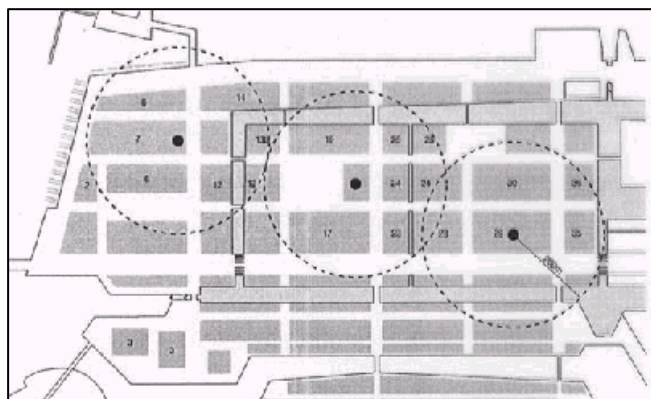


Fig. 3.3: Zorginfrastructuur in IJburg (Haveneiland)

Om aan het uitgangspunt te kunnen voldoen zijn er door het bureau STAGG richtlijnenontwikkeld voor de zorgvoorziening in een woonzorgzone. Zo dient er binnen loopafstand (200-300m) altijd een 24-uurs bezette zorgpost aanwezig te zijn, die zowel zorg op afspraak als niet-planbare zorg kan bieden. Ook mag de responstijd van een zorgverlener aan huis – de tijd die nodig is om op oproep een patiënt te bereiken – niet meer dan tien minuten bedragen (Singelenberg, 2001^b). Deze richtlijnen gelden voor het stedelijk model van de woonzorgzone. In plattelandszones wonen er binnen de stedelijke normen vaak te weinig cliënten om zo'n inrichting van de zorgverlening rendabel te maken.

3.6 Woonomgeving

Bij het inrichten van de woonomgeving moet rekening worden gehouden met eventuele beperkingen van de gebruikers. Omdat de gebruikers van de woonomgeving een zeer gevarieerde groep betreft, wordt de woonomgeving vaak volgens het principe 'design for all' ontworpen (Harkes, 2001). Er zijn verschillende handreikingen gepubliceerd voor het inrichten van woonwijken. In het 'Pluspakket Veiligheid' van de Woonkeur zijn bijvoorbeeld verschillende eisen opgenomen, die worden ingedeeld in stedenbouwkundige randvoorwaarden en de openbare ruimte (Woonkeur, 2004).

De stedenbouwkundige randvoorwaarden gaan in op de aspecten verkeer en vervoer, woningdifferentiatie en het voorzieningenaanbod. Wat betreft het verkeer en vervoer, betekent dit dat elke woning aangesloten dient te zijn op een netwerk van veilige looproutes

dat de woning verbindt met nabij gelegen voorzieningen. Hiervoor is het concept van de voetgangerscirkels ontwikkeld, waarin criteria op het gebied van samenhang, veiligheid, herkenbaarheid, directheid en functionaliteit zijn opgenomen (Veenbrink, 2003). Daarnaast dient er een goede openbaar vervoer verbinding en een halte in de nabijheid aanwezig te zijn.

De eisen voor de openbare ruimte in een woonzorgzone zijn grotendeels afkomstig van bestaande richtlijnen voor de huidige wijken. Zij omvatten aandachtspunten, zoals de openbare verlichting, tunnels, parkeren en fietsenstallingen en straatmeubilair (Woonkeur, 2004). Verder is er nog het Politiekeurmerk Veilig Wonen dat zich focust op een veilige omgeving, en waar bijvoorbeeld fietsstallingen, speelpleinen, straatmeubilair, bushaltes en verlichting aspecten van zijn (Nouws, 2003). Vaak kunnen er op gedetailleerd niveau ook nog enige voordelen worden gehaald. Grosshans (2001) noemt bijvoorbeeld eigen parkeerplaatsen, stimulerende inrichting van het groen en brievenbussen in een speciale entreehal.

3.7 Slot

In deze paragraaf zijn de kenmerken van de woonzorgzone aan bod gekomen. Een woonzorgzone moet voldoende aanbod van geschikte woningen hebben waarbij de mogelijkheid wordt geboden om zowel zorg als diensten thuis te kunnen ontvangen en dat in een woonomgeving die volgens het principe ‘design for all’ is ontworpen. In onderstaande tabel zijn de richtlijnen voor de verschillende onderdelen weergegeven.

Onderdeel		Richtlijnen
Wonen	Fysiek	Toegankelijkheid Extra voorzieningen Zorginfrastructuur
	Programma's	Zorginfrastructuur Personeelsvoorzieningen
Zorgvoorzieningen		Verscheidene vormen van zorg
Dienstenaanbod		Verscheidene vormen van diensten Domotica
Woonomgeving		Veilige looproutenetwerk Veilige openbare ruimte OV-netwerk Nabijheid voorzieningen

Tabel 3.2 Overzicht kenmerken met betrokken partijen (Extr. = Extramuraal)

In het volgende hoofdstuk komt de procesmatige kant van de woonzorgzone aan bod. Er wordt aandacht besteed aan de partijen die participeren in deze projecten, de processtructuur van deze projecten en tenslotte de randvoorwaarden waarmee deze projecten te maken hebben.

Hoofdstuk 4. Kenmerken van het proces

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 is reeds aangegeven dat het implementatieproces van de woonzorgzone vaak niet soepel verloopt. De knelpunten die hier ten grondslag aan liggen zullen in het volgende hoofdstuk worden behandeld. In dit hoofdstuk wordt eerst een beeld geschetst van het planproces van een woonzorgzone.

In paragraaf 4.2 wordt ingegaan op de verschillende partijen die betrokken zijn bij het implementatieproces. In 4.3 komt de projectstructuur aan de orde, waarin de fasering, de organisatiestructuur en de formele structuur behandeld worden. Als laatste zullen de aanwezige randvoorwaarden, te weten de financiering, de wet- en regelgeving en de bestaande fysieke structuren, worden beschreven.

4.2 Betrokken partijen

De betrokken actoren zijn in te delen als strategische actoren en operationele actoren. De strategische actoren zijn vooral bezig met de lange termijn en maken hiervoor beleid, terwijl operationele actoren betrokken zijn in concrete projecten. De Rijksoverheid, de provincie, Aedes en Zorgverzekeraars Nederland worden vaak als de strategische actoren beschouwd. De operationele actoren zijn de gemeente, welzijnsinstellingen, woningcorporaties, zorgaanbieders, bewoners en (maatschappelijke) instellingen.

Rijksoverheid

Het Rijk, vooral in de vorm van de ministeries van VWS en VROM, ziet voor zichzelf een stimulerende en faciliterende rol weggelegd. Het ministerie van VROM heeft met de Nota Wonen in 2001 haar woonbeleid voor de komende tien jaar uiteengezet waarin het bevorderen van wonen en zorg op maat één van de vijf inhoudelijke kernthema's is (VROM, 2004). VWS heeft eveneens ingezet op het vergroten van de keuzevrijheid en de zelfstandigheid van mensen in alle levensfasen, zoals dat in de beleidsbrief 'Wonen en zorg op maat' (2001) is verwoord.

In de praktijk betekent dit dat het Rijk een aantal maatregelen heeft genomen. Ten eerste hebben de ministeries van VROM en van VWS het Innovatieprogramma Wonen en Zorg opgericht, met als doel informatie te verzamelen, te ordenen en toegankelijk te maken. Ook heeft VROM met de woningcorporaties afspraken gemaakt over de inspanningen die zij dienen te leveren op het gebied van woningen. Deze afspraken hebben een wettelijk karakter gekregen in het Besluit beheer sociale huursector (VROM, 2004^c). Ten derde verstrekt het Rijk subsidie, zoals de WZSR, die van oktober 2000 tot oktober 2003 van kracht was, ter stimulering van innovatieve woon-zorg projecten, (VROM, 2003^b).

Provinciale overheid

De provincie ziet meestal een stimulerende en faciliterende rol voor zichzelf bij de ontwikkeling van woonzorgzones of andere projecten op het raakvlak van wonen, zorg en welzijn (VROM, 2003). Dit krijgt vorm door bijvoorbeeld provinciale subsidies, het verruimen van contingenten of begeleiding van projecten. Ze moet daarvoor zorgen voor een goede afstemming tussen gemeenten op het gebied van ouderenhuisvesting en zorgstructuren.

De afstemming van de beleidsvelden wonen en zorg kan bij uitstek plaatsvinden op provinciaal niveau, gezien de regionale dimensie van zowel de woningmarkt als het zorgaanbod (Provincie Noord-Holland, 2002). Instrumenten om tot deze afstemming te komen zijn zorgvisies, streekplannen en structuurvisies (IPO, 2003).

Aedes

Aedes is de vereniging van alle woningcorporaties en behartigt de belangen van de woningcorporaties op het strategische niveau. Hier treedt Aedes in overleg met zowel de Rijksoverheid en Zorgverzekeraars Nederland om tot een bepaalde beleidslijn te komen en strategische afspraken te maken (Aedes, 2004).

Zorgverzekeraars Nederland / Zorgkantoren

Teneinde mensen met een beperking in staat te stellen zelfstandig thuis te blijven wonen, moet in de woningen ook passende zorg worden geleverd. De aanspraak op zorg is geregeld in het verzekeringssysteem AWBZ, waarover zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben (LVIO, 2004). De uitvoering hebben de zorgverzekeraars overgedragen aan een 32-tal regionaal werkende zorgkantoren, welke de taak hebben voldoende en passende zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Daarnaast houden de zorgkantoren in de gaten of een woonzorgzone bijdraagt aan vergroting en betere spreiding van het zorgaanbod (VROM, 2003).

Regionaal Indicatieorganen

Het indicatieorgaan is een onafhankelijke organisatie die de zorgbehoefte van mensen vaststelt die in aanmerking komen voor zorg die vanuit de AWBZ wordt vergoed. Wanneer een indicatiebesluit is genomen, wordt deze doorgestuurd naar het zorgkantoor en de instanties die de zorg moeten leveren. Bij veel van de in totaal 74 RIO's kan ook een aanvraag worden gedaan voor advies over voorzieningen die worden gefinancierd vanuit de Wvg (LVIO, 2004).

Gemeentelijke overheid

Gemeenten zijn op meerdere fronten betrokken bij de realisering van woonzorgzones en hebben dus een veelzijdige taak. Zij kunnen namelijk zowel initiatiefnemer zijn van projecten als regievoerder voor initiatieven vanuit de markt. Daarnaast is de gemeente ook vanuit meerdere sectoren betrokken bij woonzorgzones. De gemeente is namelijk verantwoordelijk voor de openbare ruimte, maar ook voor het welzijnsbeleid. Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor de realisatie van de essentiële voorwaarden voor het zelfstandig kunnen blijven wonen met zorg en diensten aan huis. Zo is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van het welzijnsbeleid en de verstrekking van hulpmiddelen uit de Wvg (VNG, 2004).

Welzijnsinstellingen

De verantwoordelijkheid van de invulling van het welzijnsbeleid ligt bij de gemeente en verschilt dus daarmee ook per gemeente (Alsem, 2003). De uitvoerende taken zijn echter toegedeeld aan de welzijnsinstellingen. Zij zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en de kwantiteit van het dienstenaanbod in de wijk.

Woningcorporaties

Woningcorporaties hebben sinds 2001 op grond van het Besluit beheer sociale huursector een prestatieverplichting op het zogenaamde 6^e prestatieveld, het gebied van wonen en zorg en dienen zich hiervoor te verantwoorden aan het Rijk. De corporaties hebben als taak voldoende

geschikte woningen realiseren en te zorgen voor de geschikte voorwaarden in woningen voor het gebruik van domotica (Aedes, 2004).

Zorgaanbieders

De zorgaanbieders bestaan uit een zeer grote en diverse groep instellingen en bedrijven die de daadwerkelijke zorg aan mensen leveren. Vaak is een intramurale instelling bij de planning betrokken, van waaruit de extramuralisering plaatsvindt. Daarnaast zijn er thuiszorgbedrijven aanwezig die de zorg bij de mensen thuis op zich nemen. Wanneer de inhoudelijke invulling van de woonzorgzone start, worden ook eerstelijns voorzieningen als doktoren, tandartsen bij het proces betrokken (Singelenberg, 2002^b).

Andere (maatschappelijke) instellingen

Hieronder valt een groot aantal lokale instellingen die afhankelijk van het project kunnen participeren in een woonzorgzone. Dit zijn bijvoorbeeld detailhandel, culturele voorzieningen, horeca, sportvoorzieningen, scholen, kinderopvang, enzovoorts. Deze instellingen worden betrokken om bijvoorbeeld te komen tot de realisering van een bepaalde voorziening of het toegankelijk maken van bestaande voorzieningen.

Bewoners

De bewoners van de wijk, zijn de gebruikers van het uiteindelijke resultaat. Er moet daarom ook goed worden gekeken naar wat de wensen van deze gevarieerde groep zijn. Dit kan bijvoorbeeld door een enquête, de aanwezigheid van inspraakmomenten of een permanent klankbord met bewoners.

Commerciële woningaanbieders

Ouderen en mensen met een handicap zijn op dit moment voor een belangrijk deel georiënteerd op de sociale huursector, maar de particuliere woningsector wint terrein. Het is nog niet voorgekomen dat commerciële investeerders betrokken zijn bij de planning van woonzorgzones (Aedes-Arcares, 2004). Uit onderzoek is echter gebleken dat vrijwel alle beleggers en ontwikkelaars zich op de woonzorgmarkt oriënteren, om in de toekomst aan de woonwensen van de groeiende groep welvarende ouderen te kunnen voldoen (Stec Groep, 2002). De commerciële aanbieders zullen zich in de toekomst mogelijk ook mengen in het planproces en zo de differentiatie, de keuzevrijheid en de doorstroming op de woningmarkt vergroten (VROM, 2003).

Overzicht

De belangrijkste actoren die betrokken zijn bij de realisering van een woonzorgzone zijn hierboven beschreven. Voordat een analyse kan worden gemaakt van de samenwerking tussen deze partijen, is het van belang te weten hoe zij gepositioneerd zijn in het beleidsveld. In onderstaand figuur is deze positionering van de actoren en de relatie tussen actoren weergegeven. In de figuur wordt een viertal typen relaties onderscheiden. Deze typen geven de belangrijkste relatie tussen actoren weer, in werkelijkheid zal een relatie veel veelzijdiger zijn.

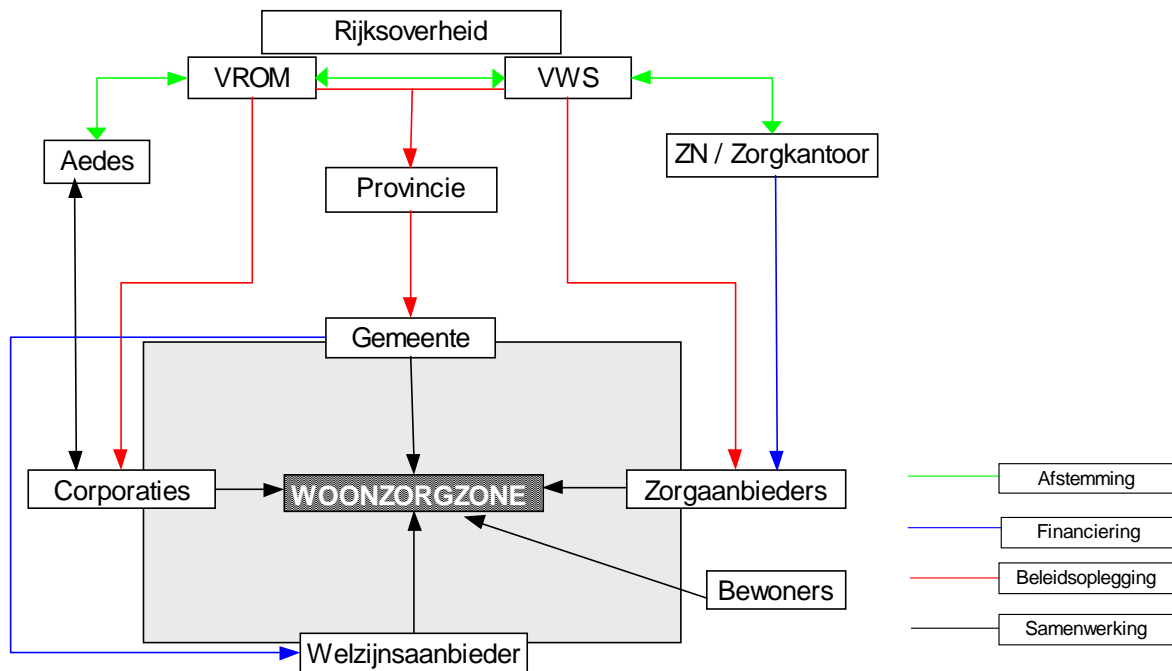


Fig. 4.1: Actorenschema

In de figuur zijn instellingen op het operationele schaalniveau rondom de grijze rechthoek geplaatst. De scheiding tussen een strategisch en een operationeel niveau kan misschien enigszins misleidend zijn. Ook op operationeel niveau is namelijk sprake van een tweedeling, te weten een strategische bovenlaag waarin doorgaans de directeuren van de betreffende instellingen zich bevinden en een operationele onderlaag waar de werknemers onder vallen.

4.3 De processtructuur

In deze paragraaf wordt ingegaan op de structuur van het proces van woonzorgzones. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende drie aspecten: de organisatiestructuur, de fasering en de formele structuur.

4.3.1 Organisatiestructuur

De organisatiestructuur van een project heeft volgens Daft (2004) een drietal functies. Ten eerste maakt zij duidelijk hoe de verticale sturing verloopt. Ten tweede groepeerde een structuur individuen in een bepaalde subgroep. Als laatste maakt de structuur inzichtelijk hoe de communicatie en de coördinatie moet plaatsvinden binnen een project. Onderstaande figuur geeft weer hoe de organisatiestructuur bij woonzorgzones vaak wordt opgezet (Nouws, 2003).

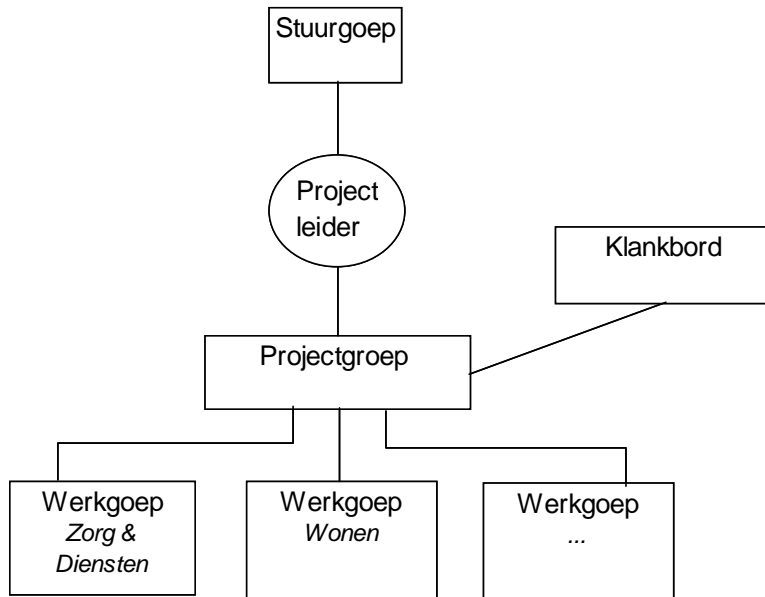


Fig. 4.2: Organisatiestructuur bij woonzorgzoneprojecten

In de projecten wordt vaak in een aantal deelprojecten gewerkt. Hierdoor hoeft niet iedereen met elkaar om de tafel te zitten en wordt het proces niet nodeloos ingewikkeld. Tussen de verschillende deelprojecten is er wel sprake van afhankelijkheid, dus is het belangrijk dat er coördinatie plaatsvindt.

De projectleider voert de regie over de projectgroep en moet zorgen voor de stroomlijning van de verschillende deelprojecten. Daarnaast is het een taak van de projectleider te zorgen voor de communicatie met de stuurgroep.

In de stuurgroep zitten vaak de directieleden van de betrokken organisaties. Deze stuurgroep heeft de algemene verantwoordelijkheid van het project en neemt de strategische beslissingen. Zij worden door de projectleider op de hoogte gehouden van de gang van zaken in het project.

Het zwaartepunt van de structuur ligt bij de projectgroep. De projectgroep voert onder leiding van de projectleider de dagelijkse regie over het project. Hier worden inhoudelijke besluiten genomen en vindt ook het overleg plaats. In de projectgroep zijn alle partijen die betrokken zijn bij de inhoudelijke vraagstukken aanwezig. In de projectgroep vindt ook de informatie-uitwisseling en de afstemming van de deelprojecten plaats.

In het klankbord zitten deskundige cliëntvertegenwoordigers, zoals de seniorenraad, toegankelijkheidscommissies en ouderenbonden. De rol van het klankbord is advies en informatie geven aan de projectgroep.

De werkgroepen zijn gefocust op één onderdeel van de woonzorgzone, omdat het niet efficiënt is om alle besluiten te hoeven nemen in de projectgroep. Zo hoeft bijvoorbeeld een corporatie niet alle ins en outs te weten van de totstandkoming van een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders.

4.3.2 Fasering

Wijnen (2001) verstaat onder fasering het omschrijven, ordenen en uitvoeren van alle inhoudelijke activiteiten of werkzaamheden die een directe bijdrage leveren aan het bereiken

aan het resultaat. Hierbij berust de fasering op een aantal principes, te weten *eerst denken, dan doen* en *het werken van grof naar fijn*. Het begin van processen wordt dan ook vaak gekenmerkt door een grote onzekerheid en weinig kennis over het project en over elkaar. Hier is nog onduidelijk wie welk aandeel neemt, welke financiering mogelijk is, welke randvoorwaarden er gelden, enzovoorts. Gaandeweg het proces wordt duidelijker welke kant ieder van de partijen op wil en welke mogelijkheden er zijn. In figuur 4.3 wordt dit ook weergegeven.

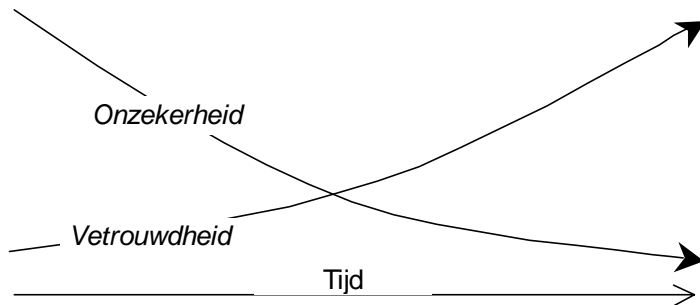


Fig.4.3: Vertrouwdheid in relatie met onzekerheid

Het planproces van woonzorgzone wordt door Nouws (2003) opgedeeld in de volgende fasen:

- Initiatieffase
- Visiefase
- Ontwerpfase
- Realisatiefase

In de initiatieffase komt het idee tot stand en zal er een gezamenlijk enthousiasme moeten ontstaan bij de betrokken partijen, die worden vertegenwoordigd door de directie van de betreffende instellingen. De aanwezige partijen bestaan meestal uit de gemeente, een woningcorporatie, een zorginstelling en het welzijnswerk. De fase eindigt met de ondertekening door alle partijen van een intentieverklaring, waarin men uitspreekt dat er een gezamenlijke visie wordt uitgewerkt.

In de visiefase wordt een gezamenlijke visie uiteengezet waar alle partijen zich in kunnen vinden. In dit stadium zal duidelijk moeten worden welke concessies er noodzakelijk zijn en welk draagvlak aanwezig is voor de woonzorgvoorzieningen. Ook wordt er hier in grote lijnen naar de haalbaarheid van de woonzorgzone gekeken. De fase eindigt met een visiedocument, waarin een beschrijving wordt gegeven van de huidige en de wenselijke situatie van het gebied en van de projectstructuur van het project.

In de ontwerpfase worden ideeën uitgewerkt die het project handen en voeten moeten geven en worden deze ideeën op hun haalbaarheid getoetst. Het gaat hier bijvoorbeeld om het uitwerken van woonprogramma's, inrichting van de openbare ruimte en het ontwerp van het multifunctioneel centrum. Als deze fase is beëindigd moeten er verschillende plannen zijn waarin de bouw of renovatie van woningen en voorzieningen is uitgewerkt en het ondertekenen van verschillende conceptovereenkomsten. Ook zal het haalbaarheidsonderzoek moeten hebben aangetoond of de realisering wel mogelijk is.

In de realisatiefase worden de details van het project ingevuld en wordt er begonnen met de activiteiten die tot de daadwerkelijke woonzorgzone leiden, zoals nieuwbouw, aanpassingen en de realisatie van zorg- en dienstenstructuren. Daarnaast worden er voorbereidingen getroffen voor de gewijzigde situatie, bijvoorbeeld op het gebied van personeel

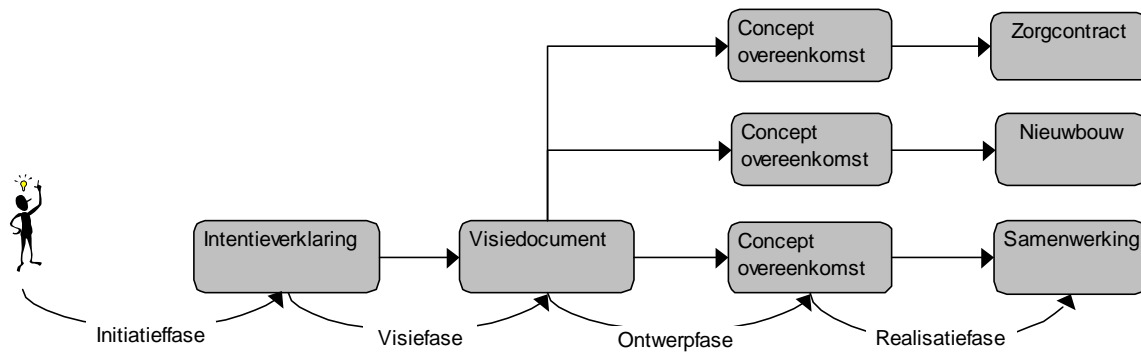


Fig. 4.4: Fasering van het planproces

4.3.3 Formele structuur

De formele structuur heeft betrekking op mate van formaliteit die de betrokken actoren aan de samenwerking wordt gegeven. De formele structuur wordt vastgelegd in een samenwerkingsdocument dat alle partijen ondertekenen. Voorbeelden hiervan zijn intentieverklaringen, samenwerkingsovereenkomsten, convenanten en stichtingen. Hierin kan bijvoorbeeld worden vastgelegd wie de participanten zijn, wat de rechten en de plichten zijn, wat de looptijd is van de overeenkomst en hoe te handelen bij geschillen (Aedes-Arcare, 2004). De formele structuur is afhankelijk van de lokale situatie en verschilt per project. De volgende factoren hebben invloed de wijze waarop de juridische structuur is ingevuld:

- de mate van samenwerking
- de mate waarin partijen bekend met elkaar zijn
- de mate waarin risico gelopen wordt
- de mate waarin partijen dat risico willen afdekken
- de wens om een eigen naam te kunnen hanteren
- de mate waarin het samenwerkingsverband zelfstandig rechtshandelingen moet kunnen verrichten.

4.4 Randvoorwaarden

De randvoorwaarden die bij woonzorgzone het ontwikkelingskader bepalen worden in deze paragraaf behandeld. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de financiering, de wet- en regelgeving en de huidige fysieke structuren (fig. 4.5.)

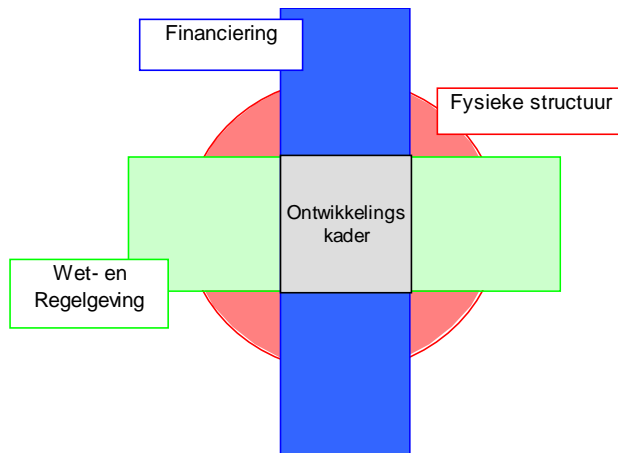


Fig. 4.5: Randvoorwaarden tijdens de planning

4.4.1 Financiering

De financiering van woonzorgzones bestaat uit een aantal verschillende geldstromen, namelijk die vanuit de betrokkenen instellingen en via subsidies.

Een reeds beëindigde, maar wel een subsidie die veel invloed heeft gehad, is de *woonzorgstimuleringsregeling*. Deze tijdelijke subsidie van VROM en VWS is gestart in oktober 2000 en liep tot oktober 2003 met als doel de implementatie van nieuwe combinaties van wonen, zorg en dienstverlening te stimuleren (VROM, 2003).

Tegenwoordig is er de *Subsidieregeling diensten bij wonen en zorg*, die is gericht op het voorkomen van intramurale opname en om cliënten, die nu in een instelling wonen, te stimuleren weer zelfstandig te gaan wonen. Het gaat dan bijvoorbeeld om subsidies voor alarmeringsservice, maaltijdservice, sociaal-culturele activiteiten en specifieke cliëntondersteuning. Voor 2004 is ruim 49 miljoen beschikbaar (Aedes-Arcares, 2004^b).

Een tweede subsidie is het *Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing* die op 1 januari 2005 haar tweede tijdvak ingaat. Gemeenten kunnen op grond van het ISV-2 financiële middelen krijgen voor fysieke ingrepen met het oog op de revitalisering van het stedelijk gebied. De prestatievelden zijn wonen, omgevingskwaliteit, zorgvuldig ruimtegebruik en fysieke ruimte voor sociale voorzieningen, en kan daarom volgens VROM en VWS een geschikt instrument zijn voor het realiseren van de kwantitatieve opgave tot 2015 voor wonen met zorg en welzijn. Het totale budget bedraagt 1,3 miljard (VROM, 2004^b).

Ook kunnen *provinciale subsidies* tot de geldstromen in een project behoren. Provincies kunnen op eigen initiatief subsidies verlenen die de ontwikkeling van het aanbod aan wonen, zorg en welzijn stimuleren. De mogelijkheden van deze subsidies verschillen dan ook per provincie.

Als laatste kan er geld worden verleend vanuit *fondsen* of publiek-private instellingen. Het project moet dan overeenkomen met bepaalde criteria of een bepaalde visie van een fonds of instelling. Voorbeelden zijn Stichting Experimenten Volkshuisvesting, SenterNovem, Oranjefonds of het nationaal Fonds Ouderenhulp (Aedes-Arcares, 2004^b).

In figuur 4.6 staat een overzicht van de verschillende financieringsstromen. Hier staan ook de geldstromen vanuit de betrokken actoren ingetekend.

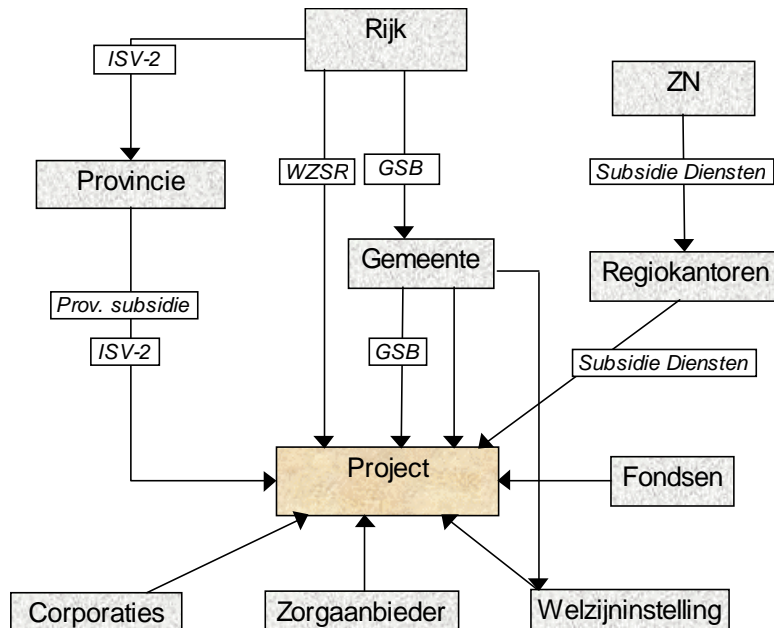


Fig. 4.6: Geldstromen bij woonzorgzoneprojecten

4.4.2 Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving die van kracht is en relevant is bij de implementatie van woonzorgzones is vooral afkomstig van het ministerie van VROM en het ministerie van VWS.

Wet en regelgeving vanuit het ministerie van VROM

Het ministerie van VROM ontwikkelt wet- en regelgeving op het gebied van woningen en ruimtelijke ontwikkelingen. Van toepassing zijn het Besluit beheer sociale huursector, het Bouwbesluit en de Wet Ruimtelijke Ordening van kracht, maar ook regels omtrent huurrecht, huursubsidie en het woningwaarderingstelsel zijn bij deze projecten van toepassing.

Het *Besluit beheer sociale huursector* vormt de juridische basis van het functioneren van woningcorporaties. Het beschrijft op welke terreinen de corporaties actief mogen zijn en wat de toelatingseisen zijn om een woningbouwcorporatie te worden. In 2001 is Wonen en Zorg in de Bbsh toegevoegd als zesde prestatieveld. De corporaties moeten bijdragen aan het tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven (Stb., 2002). De corporaties moeten jaarlijks verslag doen van de voornemens en de geleverde prestaties op dit terrein.

Het *Bouwbesluit* bevat minimum technische voorschriften voor gebouwen zoals woningen, kantoren, winkels en dergelijke. Aspecten zijn bijvoorbeeld veiligheid, bruikbaarheid en milieu (Stb., 2003) Hier is ook in paragraaf 3.4 al kort bij stilgestaan, ook zijn hier twee andere voorschriften behandeld.

Als laatste is de *Wet Ruimtelijke Ordening* van toepassing aangezien hierin het ruimtelijk kader wordt aangegeven door de Rijksoverheid, de provincie en de gemeente. Bestemmingsplannen spelen een rol bij bijvoorbeeld de nieuwbouw van woningen of voorzieningen en het veranderen van bestemmingen

Wet en regelgeving vanuit het ministerie van VWS

Vanuit het ministerie van VWS zijn onder andere de AWBZ, de Welzijnswet, de Overgangsregeling Extramurale Zorgverlening en de Wvg afkomstig. Daarnaast wordt de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning ontwikkeld waardoor er een verschuiving zal plaatsvinden binnen de wetgeving.

De AWBZ regelt zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Eerst wordt degene die aanspraak wil maken op AWBZ-hulp geïndiceerd door een regionaal zorgkantoor. Wanneer deze persoon een indicatie heeft ontvangen, kan er zorg worden geboden in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget, waarmee de ontvanger zelf zijn zorg kan kiezen. De regering is van mening dat deze structuur in de toekomst door de toenemende vergrijzing moeilijk in stand te houden is en daarom worden er aanpassingen gedaan in de AWBZ (Aedes-Arcades, 2004). Zo wordt de indicering aangescherpt en gecentraliseerd en worden voorzieningen die meer het karakter hebben van ondersteuning of sociale begeleiding, zoals huishoudelijke verzorging, ondergebracht in de nieuwe WMO.

De *Welzijnswet* stamt uit 1994 en heeft als doel de zelfredzaamheid van mensen te stimuleren, personen in een achterstandspositie mogelijkheden te geven tot verbetering en het welbevinden van personen in de samenleving te bevorderen. De *Welzijnswet* is geen wet met prestatievelden maar beschrijft op hoofdlijnen het gewenste beleid (Alsem, 2003).

Het algemene uitgangspunt van de *Wet voorzieningen gehandicapten* is dat mensen met een beperking zo zelfstandig mogelijk moeten kunnen leven. Individuele burgers kunnen beroep doen op deze wet en aanspraak maken op voorzieningen voor het dagelijkse leven zoals aanpassingen in woningen, rolstoelen of vervoer (Alsem, 2003).

Extramurale functies, ook als daarvoor moet worden gebouwd, vallen buiten de bestaande regelgeving. Het College Tarieven Gezondheidszorg heeft daarom de *Overgangsregeling kapitaalslasten extramurale zorgverlening* ontwikkeld, waarmee zorginstellingen aanspraak kunnen maken op financiële middelen voor het huren of bouwen van benodigde zorgruimten.

In de toekomst zal de ook WMO een rol gaan spelen. De WMO zal volgens planning vanaf 2006 stapsgewijs ingevoerd moeten worden en zal een regeling zijn voor alle vormen van ondersteuning die het mensen mogelijk maakt om zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren. Bijvoorbeeld in de vorm van begeleiding en huishoudelijke verzorging. Maar ook welzijnsactiviteiten, opvoedingsondersteuning, woningaanpassingen en informatie en advies. Hiermee wil het kabinet een duidelijker onderscheid maken tussen ‘zorg’ en ‘maatschappelijke ondersteuning’ en de huidige versnippering aanpakken. De Wvg, de Welzijnswet en delen van de AWBZ vallen straks onder de WMO (fig. 4.5). De gemeente krijgt de verantwoordelijkheid over de WMO. Door de maatschappelijke ondersteuning op lokaal niveau te organiseren en alles achter één loket te hebben, moet er meer duidelijkheid en samenhang voor de burger ontstaan.

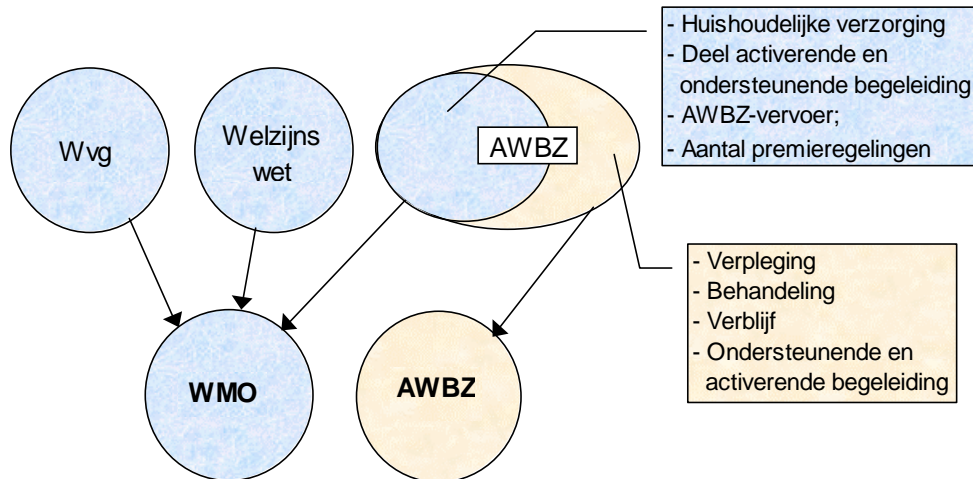


Fig. 4.5: Huidige en toekomstig wetstelsel in de zorg

4.4.3 Bestaande fysieke structuren

Het karakter van de bestaande locatie kan eveneens worden gezien als een randvoorwaarde welke de mogelijkheden en de onmogelijkheden van een project bepaalt. Te denken valt bijvoorbeeld aan bestaande wegen, wandelpaden, het aanwezig zijn van open ruimte, bestaande voorzieningen, de grondprijs en het type woningen.

4.5 Slot

In dit hoofdstuk is een indruk gegeven van het planningsproces van woonzorgzones. In eerste instantie zijn de actoren behandeld die participeren in dit proces. De basis van de woonzorgzone bestaat uit de primair in de zone werkzame woningcorporatie, de primair aanwezige zorgaanbieder, het welzijnswerk en de gemeente. Vaak is er aan de zorgkant uitbreiding nodig, namelijk met de participatie van de thuiszorg of gehandicaptenzorg. Later in het proces worden meer partijen betrokken zoals eerstelijns gezondheidspraktijken of vrije beroepsbeoefenaren, wijkgebonden detailhandel, horeca, scholen en kinderopvang.

Vervolgens is ingegaan op het implementatieproces van een woonzorgzone. Hier is stilgestaan bij de organisatiestructuur, de fasering en de formele structuur van het proces. De organisatiestructuur bestaat vaak uit een stuurgroep, een projectgroep met daarin een projectleider en een aantal werkgroepen. In de werkgroepen worden per onderdeel verschillende ideeën uitgewerkt. Het traject naar het eindresultaat gaat volgens een aantal fasen, te weten de initiatieffase, de visiefase, de ontwerpfase en de uitvoeringsfase. Het project doorloopt deze fasen en wordt steeds concreter uitgewerkt. Elke fase heeft een specifiek doel en eindigt met een bepaald product. De formele structuur van projecten kan verschillen. Er is een aantal factoren genoemd die van invloed zijn op de deze structuur, waaronder de mate van samenwerking en aanwezige risico's.

Als laatste zijn de financiering, de wet- en regelgeving en de bestaande fysieke structuren uitvoerig behandeld, die samen de ontwikkelingsmogelijkheden bepalen voor projecten. De financiering bestaat uit subsidies en eigen vermogen, waardoor er een aantal verschillende financieringsstromen ontstaat. De wet- en regelgeving is vooral afkomstig vanuit het ministerie van VROM en VWS. Deze is van toepassing op vormen van nieuwbouw of verbouw en op de uitvoering van het werk in de verpleging en verzorging. De bestaande

locatie vormt door onverplaatsbare gebouwen en bestaande verkeerswegen een randvoorwaarde waar eveneens rekening mee moet worden gehouden.

In het volgende hoofdstuk komen de procesmatige kenmerken nogmaals aan bod, maar nu vanuit een ander perspectief. Nu staan niet zo zeer deze kenmerken zelf centraal, maar de knelpunten die worden ondervonden bij de invulling van deze kenmerken.

Hoofdstuk 5. Knelpunten tijdens de implementatie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de resultaten van het onderzoek naar de knelpunten tijdens de planning van woonzorgzones aan bod. Er wordt allereerst een samenvatting gegeven van de acht onderzochte woonzorgzones. In Bijlage 1 worden de casussen uitvoeriger beschreven. Vervolgens komen de uitkomsten van het onderzoek aan bod, waarbij een indeling wordt gemaakt op basis van de in hoofdstuk 1 gestelde onderzoeksvragen.

- *Welke knelpunten ontstaan in de samenwerking tussen de betrokken actoren?*
- *Welke knelpunten ontstaan in de projectorganisatie van projecten?*
- *Welke knelpunten ontstaan door de aanwezige randvoorwaarden?*

Deze drie vragen worden respectievelijk in paragraaf 5.3, 5.4 en 5.5 behandeld. In paragraaf 5.6 is aan de hand van een terugkoppeling een prioriteitenlijst van de knelpunten opgesteld, welke in een tabel wordt gepresenteerd. Het hoofdstuk zal met het slot in 5.7 eindigen.

5.2 Samenvatting casussen

In het project is een achttal projecten onderzocht. In onderstaande tabel staan deze projecten genoemd. Er zal een samenvatting worden gegeven van het ontstaan, de inhoudelijke kenmerken en de betrokken actoren.

Project	Stad	Fase	Projecttype
IJburg	Amsterdam	Realisatie	Vinex
Ondiep	Utrecht	Ontwerp	Herstructurering
Zwolle-Zuid	Zwolle	Visie	Projectgebonden
Staatsliedenkwartier	Zutphen	Ontwerp	Projectgebonden
Krakeel	Hoogeveen	Ontwerp	Herstructurering
Leidsche Rijn	Utrecht	Ontwerp	Vinex
Moerwijk	Den Haag	Realisatie	Herstructurering
Dillenburg	Leidschendam	Ontwerp	Herstructurering

Tabel 5.1: Overzicht projecten

Ontstaan

Het initiatief tot een woonzorgzone blijkt te verschillen per project. Vaak is echter wel de gemeente betrokken bij het initiatief. Soms als de initiatiefnemer of anders als partij waarmee de initiatiefnemer samenwerking wil aangaan. In Hoogeveen en Amsterdam is bijvoorbeeld het initiatief gekomen van een zorgaanbieder. In Leidschendam was de corporatie de initiatiefnemer.

Hoe het plan van de woonzorgzone in het bestaande beleid wordt verweven verschilt eveneens. In Zwolle en Zutphen is het project geen onderdeel van een groter project, maar staat het op zichzelf. In Den Haag, Utrecht (Ondiep), Hoogeveen en Leidschendam is het

project onderdeel van een herstructureringsplan. In Amsterdam en Utrecht (Leidsche Rijn) is het concept van de woonzorgzone vanaf het begin geïntegreerd in het ontwerp.

Inhoud

Ouderen zijn in alle gevallen één van de doelgroepen waarop de projecten zijn gericht. In Hoogeveen, Amsterdam en Zutphen speelt de gehandicaptenzorg naast de ouderenzorg een belangrijke rol. De maatschappelijk zwakke groepen zijn alleen in IJburg aangetroffen als onderdeel van een woonzorgzone.

Om tot een voldoende aanbod van geschikte woonruimte te komen zetten corporaties in alle projecten in op het verbeteren van bestaande woningen, wat vaak de goedkoopste manier blijkt te zijn. Daarnaast wordt er op kleinschalige schaal nieuwbouw toegepast. Ook gerichte woningtoewijzing vindt in de meeste projecten plaats.

Het zorgaanbod bestaat in de meeste projecten uit verschillende vormen van zorg. Er wordt in veel projecten een voorzieningencluster op het gebied van gezondheid gerealiseerd, waar dan vaak huisarts, tandarts, fysiotherapeut, kinderopvang en de apotheek zijn gesitueerd. De welzijnsdiensten zijn vaak omvangrijk in de wijk. Vaak betreft het hier deels bestaande diensten, die bijvoorbeeld bestaan uit boodschappenservice, een klusjesman of activiteiten.

De openbare ruimte wordt in alle projecten zo veel mogelijk geschikt gemaakt voor de speciale doelgroepen. Hoe dit gedaan wordt verschilt per project. In Zwolle is gekozen voor het inventariseren en oplossen van praktische knelpunten als obstakels, drempels en het ontbreken van rustplekken. Er kan echter ook gekozen worden voor een grootschaliger herinrichting. In Utrecht (Ondiep) en Leidschendam is de openbare ruimte opnieuw ingericht waarbij de ‘all-design gedachte’ het uitgangspunt is geweest. Ook in Den Haag zijn voetgangerscirkels ontworpen, is er extra beheer en onderhoud en wordt er gewerkt aan een plan om verkeersstromen te scheiden door middel van een tunnel. In de vinex-wijken IJburg en Leidsche Rijn wordt vanaf het begin rekening gehouden met de speciale eisen van verschillende doelgroepen.

Actoren

De belangrijkste actoren zijn de gemeente, de woningcorporatie, de zorgaanbieder en de welzijnsinstelling. Deze vier partijen zijn verantwoordelijk voor de noodzakelijke onderdelen van een woonzorgzone, en zijn daarom standaard betrokken. Daarnaast kunnen ook andere bedrijven of lokale instellingen, zoals horecaondernemers, onderwijsinstellingen of sportverenigingen in het project betrokken worden. In de stad Utrecht speelt de provincie, die in dit project het projectleiderschap op zich heeft genomen, een grote rol. Deze opmerkelijke situatie is een gevolg van een gebrek aan mankracht bij de gemeente welke in eerste instantie het project aanstuurde.

5.3 Samenwerking

Het actorenveld van de woonzorgzone is zoals in hoofdstuk 4 duidelijk is geworden zeer rijk geschakeerd. Er zijn vanuit de sectoren wonen, zorg, welzijn en openbare ruimte een aantal verschillende instellingen betrokken. Er is ook opgemerkt dat deze instellingen vaak gekenmerkt wordt door een strategisch en een operationeel niveau. Ook de overheid kan in de vorm van verschillende bestuurslagen betrokken zijn bij projecten. Kort gezegd is er een groot aantal partijen op verschillende bestuurslagen en vanuit verschillende achtergronden bij deze

projecten betrokken. Mede als gevolg van deze veelzijdigheid aan actoren wordt er een aantal knelpunten ondervonden.

Knelpunten in de samenwerking

Ten eerste blijkt er soms sprake van *weinig vertrouwen* tussen de verschillende partijen in het project. De partijen zijn elk betrokken bij het project op basis van eigen doelstellingen, en blijken geen 100% vertrouwen in elkaar te hebben. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de verschillende instellingen decennia lang naast elkaar hebben gewerkt en deze vorm van samenwerking vrij nieuw is. De partijen zijn nieuw voor elkaar en moeten wennen aan de nieuwe situatie. Dit knelpunt manifesteert zich dan ook vooral in de beginfase van het project.

Bij de onderzochte projecten werd het huidige vertrouwen over het algemeen goed genoemd, wat een gevolg kan zijn van het feit dat alle projecten de initiatiefase hebben doorlopen en er inmiddels vertrouwen is opgebouwd. Het bleek echter dat een aantal projecten in de initiatiefase wel te maken heeft gehad met vertrouwenskwesaties. Een voorbeeld was de situatie in Amsterdam. Hier was er sprake van een slechte relatie cq. vertrouwen tussen de twee gemeentelijke instellingen, namelijk het Ontwikkelingsbedrijf en de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling. Deze twee instellingen waren vanuit de gemeente beiden betrokken bij het project, maar opereerden meer als concurrenten in hetzelfde project (Kompier, 2004).

Ten tweede ontstaan in de samenwerking bij woonzorgprojecten knelpunten door *verschillen in cultuur en bedrijfsvoering*. Deze verschillen zijn een logisch gevolg van de verschillende achtergronden van partijen. Ieder van de partijen heeft een eigen wijze van werken en heeft daarmee een eigen cultuur ontwikkeld. Cultuurverschillen uiten zich bijvoorbeeld in verschillen in taal of in de snelheid waarmee besluiten worden genomen. Bedrijfsmatige verschillen uiten zich bijvoorbeeld in verschillen in strategie, in tijdhorizons of in financieringswijze. De verschillen blijken zich vooral te manifesteren tussen de harde kant – de openbare ruimte en huisvesting – en de zachte kant – de zorg- en dienstverlening. Maar ook tussen welzijn en zorg bestaan zeker verschillen. Verschillen in de cultuur blijken vooral in het beginstadium van het project te ontstaan, en zullen meestal naarmate het project verder vordert verminderen. Verschillen in bedrijfsvoering blijven echter vaak gedurende het gehele proces, en kunnen dan ook in alle fasen voor knelpunten zorgen.

Het voorbeeld in Moerwijk illustreert goed hoe verschillen in bedrijfsvoering de samenwerking tussen ontwerpers van de openbare ruimte en in dit geval de zorgaanbieder kunnen beïnvloeden. In Den Haag waren de stedelijke ontwerpeisen voor het nieuwe stedenbouwkundig plan van Moerwijk al vroeg ontwikkeld. Later bij de planning van de zorg in de wijk bleek dat deze eisen – in dit geval de maximale bouwhoogte – de rendabele bedrijfsvoering van een verzorgingshuis onmogelijk maakten (Hulsebosch, 2004). Een ander voorbeeld in Utrecht (Ondiep) laat zien hoe cultuurverschillen leiden tot een verschillend taalgebruik. Hier was onenigheid over hoe de mensen in de wijk moesten worden gedefinieerd. Voor de gemeente en provincie waren het inwoners, de zorginstellingen dachten vooral in cliënten en voor de corporatie waren het huurders. Dit lijkt een kleinigheid, maar heeft toch geleid tot relatief veel ‘verloren’ tijd. Uiteindelijk is voor de benaming bewoners gekozen (Dolman, 2004).



Fig 5.1: Cultuurverschillen zijn alom aanwezig

Als derde ontstaan er knelpunten in de samenwerking wanneer partijen een *verschillend ambitieniveau* hebben. Elke partij heeft haar eigen ambitie met de participatie in het project en die blijkt niet altijd overeen te komen met de ambitie van andere partijen. Er kunnen bijvoorbeeld verschillen aanwezig zijn in de doelstellingen of in de snelheid waarmee het proces doorlopen wordt. Deze verschillen worden vooral in de visie- en ontwerpfase duidelijk, waar van alle afzonderlijke visies één gezamenlijke visie moet worden gesmeed, en kunnen dan een behoorlijk obstakel zijn.

In Utrecht (Leidsche Rijn) is er sprake geweest van verschillende ambitieniveaus wat betreft de realisatie van levensloopbestendige woningen. De gemeente had als doel een 100% levensloopbestendige wijk en ging met deze gedachte het planproces in. De corporaties, die verantwoordelijk waren voor deze opgave, waren echter veel minder ambitieus. Zij wilden in verband met de kosten een lager aandeel levensloopbestendig bouwen en zagen niet in waarom per sé die 100% moest worden gehaald. De onderhandelingen hebben veel tijd en energie gekost, en hebben uiteindelijk geleid tot een groeiemodel als compromis (De Leede, 2004). Er mag dan een oplossing zijn gevonden, de relatie bleek behoorlijk bekoeld geraakt. Ook in Zwolle speelde er een gelijkwaardig probleem, zij het op het gebied van de levering van zorg (Kuipers, 2004)

Een vierde knelpunt is het *afnemen van enthousiasme* naarmate het proces in een verder stadium komt. Een proces tot een woonzorgzone is één van lange adem, en niet alle partijen blijken in bezit van zo'n lange adem. Oorzaken hiervan is dat er in de beginfase veel wordt gesproken en overlegd, maar dat tastbare resultaten vaak lang op zich laten wachten.

De onderzochte projecten herkennen het probleem allemaal of zijn bewust van dit risico. In Zwolle kenmerkte het beginstadium zich door enthousiasme van alle partijen en waren er hoge verwachtingen van de samenwerking. Na verloop van tijd werd dit enthousiasme minder. Dit bleek bijvoorbeeld uit het feit dat afspraken moeilijker te plannen waren en de creativiteit daalde (Kuipers, 2004).

Een vijfde knelpunt is de *interne concurrentie* tussen de betrokken instellingen. Deze concurrentie speelt vooral op het gebied van welzijn en zorg, aangezien de extramuralisering de bestaande structuur verandert. Er zal dus een nieuwe structuur opgezet moeten worden waarbij de vraag 'wie levert welke zorg op welke locatie' moeilijk is te beantwoorden. Een bijkomend obstakel is dat verzorginghuizen bij de realisering van woonzorgzones door de extramuralisatie veel cliënten kwijt kunnen raken aan de thuiszorg. Ook bij grootschalige projecten waar een aantal zorgaanbieders of woningcorporaties is betrokken komt interne concurrentie voor.

In de meeste projecten zijn er problemen ontstaan door de concurrentie binnen het project. In Hoogeveen waren vier betrokken zorgaanbieders die er gezamenlijk niet uit kwamen, waarna er een extern bureau is ingehuurd (Tijmsma, 2004). Ook in IJburg ondervond men problemen door concurrentie. Hier is een vergaand model ontwikkeld, waarin het personeel van de betrokken zorgaanbieders geïntegreerd werd in een gezamenlijke wijkorganisatie (Kompier, 2004).

5.4 Projectorganisatie

In paragraaf 4.3 is de projectorganisatie van woonzorgzones reeds aan bod gekomen. In deze paragraaf wordt ingegaan welke knelpunten er tijdens het implementatieproces van een woonzorgzone ontstaan in de projectorganisatie.

Er wordt in de praktijk grotendeels vastgehouden aan de organisatiestructuur zoals die in paragraaf 4.3.1 is besproken waarbij een stuurgroep, een projectleider, een projectgroep, werkgroepen en een klankbord aanwezig zijn. Er zijn wel per project specifieke kenmerken aan te wijzen. De projecten in Amsterdam en in Utrecht (Leidsche Rijn) zijn bijvoorbeeld onderdeel van een nieuwe vinex-locatie waardoor hier een andere communicatiestrategie was gewenst dan bij projecten in herstructureringswijken. Zo hoeft men hier geen rekening te houden met de wensen van de huidige bewoners, maar is er juist een marketingstrategie ontwikkeld om bewoners aan te trekken. Ook de invulling van de deelprojecten verschilt. In Utrecht (Ondiep) en Zutphen is er bijvoorbeeld een deelproject aanwezig voor onderwijs. In Amsterdam heeft men als antwoord op lokale problemen een deelproject gericht op de sociaal zwakke doelgroepen als daklozen en drugsverslaafden.

De fasering blijkt in alle projecten, op wat definitieverschillen na, grotendeels overeen te komen met de fasering zoals in paragraaf 4.3.2.

De formele structuur bestaat in de meeste projecten uit het ondertekenen van in eerste instantie een intentieverklaring en later in het proces een samenwerkingsovereenkomst. Er is echter in een aantal projecten gekozen voor een andere aanpak die vaak beter bij de lokale situatie aansluit. In Den Haag is gekozen voor een sterke juridische vorm, waarbij een stichting in het leven is geroepen waar alle partijen in zijn opgenomen. Dit betekende dat er een zelfstandig orgaan ontstond die zelf over financiële middelen beschikte. In Zutphen is juist gekozen voor een veel minder sterke juridische vorm. Hier hadden de partijen doordat zij al veel werkervaring met elkaar hadden, veel vertrouwen in elkaar.

Het aanbrengen van enige mate van structuur in het proces is noodzakelijk. Uit onderstaande knelpunten blijkt echter dat dit nog een lastige opgave kan zijn voor de projectorganisatie.

Knelpunten in de organisatiestructuur

Ten eerste is gebleken dat het *ontbreken van sturing* als knelpunt wordt ondervonden. Dit wordt veroorzaakt door onduidelijkheid omtrent de regierol. Er is namelijk een groot aantal partijen betrokken die alle gelijkwaardig in het project zijn geparticipeerd waardoor het moeilijk is de regie aan één partij toe te kennen. Zo komt het voor dat er geen partij is aangewezen voor de regie van het project, of wanneer er wel iemand is aangewezen, dit spanningen veroorzaakt. Deze regievoerder komt namelijk in een spanningsveld waar hij enerzijds verantwoordelijk is voor taken vanuit de eigen achtergrond maar tegelijkertijd ook de belangen van het gehele project in het oog moet houden.

In Utrecht (Ondiep) en Hoogeveen werden knelpunten als gevolg van de invulling van de regierol ondervonden. In Utrecht werd het project in eerste instantie gevoerd op lokaal niveau. Hier moest de gemeente het project trekken, maar bleek in de praktijk hier onvoldoende mankracht, kennis en geld voor te hebben, waardoor de regierol in de praktijk ontbrak. Dit is opgelost doordat de provincie de regie voor de eerste fasen heeft overgenomen en dit bij aanvang van het uitvoeringsstadium zal overdragen aan de gemeente (Dolman, 2004). In Hoogeveen was de regievoering de taak van de zorgstichting. Dit bleek hier problemen te veroorzaken in de samenwerking met de corporatie, omdat deze vond dat er te veel nadruk op het zorgaspect werd gelegd (Tijmsma, 2004).

Een tweede knelpunt is een *onvoldoende horizontale afstemming*. De horizontale afstemming behelst de communicatie en coördinatie tussen verschillende partijen op hetzelfde

organisatieniveau, bijvoorbeeld tussen deelprojecten. Een slecht horizontale communicatie kan veel oorzaken hebben. Een te groot aantal deelprojecten of het afwezig zijn van goede coördinator maken horizontale afstemming lastig. Dit knelpunt blijkt vooral op te treden wanneer partijen weinig affiniteit met elkaar hebben

In Amsterdam heeft een slechte horizontale communicatie in de projectorganisatie geleid tot een groot aantal voor ouderen en andere hulpbehoevende doelgroepen ontoegankelijke huizen. De communicatie over de overgang van de openbare ruimte naar het privé-gedeelte is onvoldoende geweest. De corporatie heeft hier namelijk intern zeer geschikte huizen gebouwd voor ouderen, maar waar men via een fraai vormgegeven trap bij de voordeur moet komen. Deze fout kon later weer worden hersteld door de corporatie, maar heeft tot veel discussie geleid (Kompier, 2004).

Ten derde blijkt dat er problemen kunnen optreden doordat er een *slechte verticale afstemming* is in het project. Verticale afstemming bestaat uit coördinatie en communicatie tussen verschillende organisatieonderdelen in een project. Er kan ook wel gesproken worden van sturing van het project. Wanneer deze sturing onvoldoende is kan dit leiden tot onduidelijkheden over de verantwoordelijkheden en taken.

In Moerwijk was dit bijvoorbeeld het geval, waardoor het functioneren van de deelprojectgroepen niet optimaal is geweest. De deelprojectengroepen voelden zich soms stuurloos omdat zij geen opdrachten vanuit het bestuur kregen. Het bestuur echter zag de deelproject als denktank en als uitwerkers van de projectonderdelen en verwachtte juist inhoudelijke voeding vanuit de deelprojecten (Hulsebosch, 2004).

Knelpunten in de fasering

Ten eerste ontstaan er door de *verschillende planninghorizons* van partijen knelpunten. De planninghorizon van een actor is de periode die een actor vooruit kan plannen. De partijen hebben elk hun eigen planninghorizon en die kan behoorlijk verschillen. Vooral het verschil tussen de corporaties en de zorg- en welzijnsinstellingen is groot. Corporaties hebben veel eigen vermogen en kunnen daardoor meerdere jaren vooruit te plannen. Welzijnsinstellingen zijn echter afhankelijk van de jaarlijkse gemeentebegroting en kunnen dus minder ver vooruit plannen. Ook de periode die een wijziging van een bestemmingsplan bij de gemeente vergt blijkt tot frustraties te leiden.

In Utrecht (Ondiep) moeten de zorgaanbieders per jaar bekijken hoe ze het zorgpakket gaan indelen en is ook de welzijnsinstelling per jaar afhankelijk van geld van de gemeente. De corporatie kan echter over veel groetere periodes besluiten nemen Momenteel voert een corporatie alleen al anderhalf jaar overleg met een verpleeghuis over samenwerking (Dolman, 2004).

Een tweede knelpunt ontstaat wanneer *plannen concreet worden* en het voor partijen duidelijk wordt welke concessies er moeten worden gedaan. In de initiatiefase en de visiefase discussiëren partijen over de richting die ze uitwillen in het project. Er wordt in deze fasen op hoofdlijnen gedacht waardoor de meeste partijen zich vaak wel in de ideeën kunnen vinden. 'Iedereen gelukkig wonen in ...!' is een doelstelling die alle partijen vaak wel na willen streven. Wanneer echter de plannen aan concreetheid toenemen en meer gedetailleerde besluiten moeten worden genomen, zal de eensgezindheid van de visiefase snel veranderen.

Zo is er een situatie geweest in Roosendaal waar een directeur van een verzorgingshuis in eerste instantie enthousiast participeerde, maar later zich terugtrok toen duidelijk werd dat hij

niet meer alleenbesliser zou worden over zijn instelling (Driest, 2004). In Zutphen was in de visiefase door iedereen enthousiast gediscussieerd over het multifunctionele centrum. Toen in de ontwerpfase een locatie moest worden gevonden, stonden er echter drie partijen lijnrecht tegenover elkaar (Borgonjen, 2004).

Een derde knelpunt is het *loskoppelen van wonen en zorg* wat voor instellingen een moeilijk opgave oplevert. Als wonen en zorg namelijk fysiek van elkaar worden los geknipt, is het bijna onontkoombaar dat de bewoners er vroeger of later zijn dan de zorg. Er moet echter wel vanaf het begin zorg op maat worden geleverd. Wanneer de zorgvraag in het begin lager is dan het aanbod kan dit financiële gevolgen hebben voor de zorginstelling. Ook bij het bouwen van nieuwe locaties speelt dit probleem. De woonomgeving van deze locaties moet van begin af aan al geschikt zijn voor de hulpbehoevende groepen. Bij de opbouw van een wijk zijn echter nog niet alle voorzieningen aanwezig of is de openbare ruimte door de bouw nog niet volledig geschikt

In Zwolle had vooral de zorgaanbieder problemen. Bij de organisatie van zorg is voldoende draagvlak van zorgvragers noodzakelijk. Dit draagvlak was echter niet binnen twee jaar te realiseren, zodat de zorg onder andere voorwaarden wilde participeren in het project (Bruins, 2004).

Knelpunten in de formele structuur

De verschillende actoren hebben vaak verschillende ideeën over hoe de formele structuur precies moet worden vorm gegeven. Deze verschillende ideeën kunnen een gevolg zijn van verschillen in kenmerken van instellingen of van bepaalde gevoelens die een instelling, bijvoorbeeld bij een bepaalde samenwerking heeft. Er ontstaat ook zeker discussie over de overeenkomst. Uit deze discussie ontstaat echter vaak in overeenstemming een besluit voor een bepaalde vorm van samenwerking. Het vormen van een formele structuur werd dan ook niet als knelpunt ondervonden in de acht onderzochte projecten.

5.5 Randvoorwaarden

De randvoorwaarden die het ontwikkelingskader van een woonzorgzone bepalen zijn in paragraaf 4.4 reeds aan bod gekomen. Deze blijken in de praktijk ook als harde randvoorwaarden ervaren te worden en projectleiders meer dan eens te frustreren. De financiering van projecten is moeilijk rond te krijgen, de wet- en regelgeving blijkt de mogelijkheden soms behoorlijk in te perken en de bestaande locatie kan gewenste ontwikkelingen letterlijk in de weg staan.

Knelpunten in de financiering

Een eerste knelpunt is de *onzekerheid over de financieringsmogelijkheden* in de toekomst, omdat de actoren elk op verschillende wijze aan financieringsmiddelen komen. Zo beschikken corporaties over een eigen begroting en kunnen vanuit deze begroting vaak jaren vooruit plannen en geld vrij maken. Welzijnsdiensten daarentegen zijn voor hun financiën afhankelijk van de gemeente. Deze partij is dus per jaar afhankelijk van de gemeentelijke begroting hoeveel geld er beschikbaar is gemaakt. De huidige bezuinigingen bij de overheid veroorzaken ook grote onzekerheid doordat niet duidelijk is hoeveel geld in de toekomst door de gemeente kan worden besteed.

In Utrecht hebben bezuinigingen in de gemeente geleid tot het schrappen van een multifunctioneel centrum in de projectplannen van de Leidsche Rijn. Dit centrum was in eerste instantie wel toegezegd door de gemeente, maar dit is dus later weer teruggedraaid. Dit heeft geleid tot frustraties bij andere partijen (De Leede, 2004). In Den Haag is vooral veel frustratie geweest wat betreft de financiering van wijkservicepunten. De weinige mogelijkheden voor de financiering van zorg- en welzijnsinfrastructuur los van de gebouwen waren hier debet aan (Hulsebosch, 2004).

Knelpunten wat betreft de wet- en regelgeving

Er ontstaan ten eerste knelpunten als gevolg van de *verouderde wetgeving*, die niet geschikt is voor de integrale benadering die momenteel wordt gevolgd. De wetgeving is nog erg sectoraal, afkomstig uit de periode dat wonen, zorg en welzijn als losstaande werkvelden werden gezien. Het is hierdoor ook niet mogelijk verschillende geldstromen te bundelen tot één stroom, omdat deze gescheiden dienen te blijven. Daarnaast zijn verschillende sectoren ook weer op te delen zijn in verschillende onderdelen. Zo bestaat in de in de zorg bijvoorbeeld verschillende wetgeving voor gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten.

In Utrecht (Leidsche Rijn) veroorzaakte het sectorale karakter problemen in de financiering. Hier konden de middelen voor de intramurale voorzieningen alleen maar worden gebruikt voor het verpleeghuis en niet voor kleinschalig beschutte woningen. Dit belemmerde de financiering en daarmee de realisering van kleinschalige woonvormen (De Leede, 2004). In Hoogeveen worden problemen ondervonden bij gehandicapten die zelfstandig willen wonen. Zij moeten bijvoorbeeld alleen al voor een rolstoel langs een viertal verschillende instellingen (Tijmsma, 2004)

Een tweede knelpunt dat wordt ondervonden en mede een gevolg is van het vorige knelpunt is dat er *geen duidelijk beeld* van de wet- en regelgeving is. Welke wetten van toepassing zijn en wanneer deze wetten van kracht zijn, blijken vragen die voor veel verwarring zorgen in projecten. Het sectorale karakter leidt tot een jungle van wetgeving voor woonzorgzones en de mogelijke veranderingen van de AWBZ en de komst van de WMO veroorzaken op korte termijn vooral onzekerheid.

Het grootste gedeelte van de geïnterviewde projectleiders is van mening dat de wet- en regelgeving momenteel erg verwarrend en onduidelijk is. In Den Haag is de projectleider die zelf de wet- en regelgeving behoorlijk zegt te begrijpen, veel tijd kwijt aan het uitleggen van de wetgeving aan anderen (Hulsebosch, 2004). Ook in Zwolle zorgen de sectorale wetten voor onduidelijkheid. Vooral de verschillende wetgeving in de zorg wordt als knelpunt gevoeld (Kuipers, 2004).

Knelpunten wat betreft de bestaande fysieke structuur

De bestaande fysieke structuur is een randvoorwaarde waarmee vaak al vroeg rekening kan worden gehouden. Incidentele knelpunten komen wel voor, maar er is nauwelijks een structureel knelpunt in te ontdekken.

In Den Haag was er bijvoorbeeld sprake van een groot gedeelte portiekwoningen in de wijk. Deze woningen zijn nauwelijks geschikt te maken voor ouderen, waardoor de projectorganisatie genoodzaakt was tot prijzige renovaties en nieuwbouw (Hulsebosch, 2004). In Zutphen was de ruimte waar het multifunctionele centrum gerealiseerd moest worden een knelpunt. Het gewenste aantal m² was hier niet aanwezig, waardoor er een minder uitgebreid centrum kon worden gebouwd (Borgonjen, 2004).

5.6 Prioriteitenlijst van de knelpunten

De knelpunten waar tegenaan wordt gelopen tijdens de implementatie van het woonzorgzoneconcept zijn de in vorige paragrafen uitvoerig aan bod gekomen. Er wordt hier verder niets duidelijk over de rol die het knelpunt speelt in het proces. Het éne knelpunt zal namelijk tot meer oponthoud en frustratie leiden dan het andere knelpunt. Om een goed beeld te krijgen van de rol die knelpunten spelen is er een prioriteitenlijst ontwikkeld op basis van de mate waarin een knelpunt als hinderlijk wordt ervaren. In onderstaande tabel is dit weergegeven. De knelpunten zijn onderverdeeld in een vijftal (kleur)categorieën. Hoe donkerder het hokje is gekleurd hoe hinderlijker het knelpunt wordt ervaren. De laatste kolom geeft de som per knelpunt weer, waaruit kan worden afgeleid welke knelpunten als meest hinderlijk worden ervaren.

Knelpunt	Project	1	2	3	4	5	6	7	8	9	som
Actoren											
Weinig vertrouwen		3	2	3	1	-	2	1	2	5	19
Bedrijf- en cultuurverschillen		3	4	2	3	-	5	4	3	3	27
Verskillend ambitieniveau		2	3	3	2	-	3	3	2	4	22
Afnemen enthousiasme		1	1	4	4	-	3	2	2	3	20
Interne concurrentie		4	2	2	1	-	2	3	1	3	18
Projectorganisatie											
Ontbreken van sturing		1	1	3	2	-	3	1	1	5	17
Slechte horizontale afstemming		4	3	3	1	-	3	2	1	2	19
Slechte verticale afstemming		2	1	1	1	-	3	3	2	5	18
Vershil in planninghorizons		4	4	3	3	-	5	3	2	3	27
Conreetheid plannen		2	4	3	4	-	3	1	2	4	23
Relatie Wonen en Zorg		4	2	3	1	-	4	1	3	2	20
Randvoorwaarden											
Verschillen in financieringswijze		3	5	4	4	-	5	4	3	4	32
Jungle van wetgeving		4	5	4	5	-	3	3	4	2	30
Onduidelijk beeld wetgeving		3	4	5	3	-	3	3	2	3	26
Fysieke structuur		1	2	3	2	-	3	3	1	3	18

Tab. 5.2: Prioriteitenlijst knelpunten (nr. 1: Amsterdam, nr. 2: Utrecht (Ondiep), nr. 3: Zwolle, nr. 4: Zutphen, nr. 5: Hoogeveen, nr. 6: Utrecht (Leidsche Rijn), nr. 7: Den Haag, nr. 8: Leidschendam, nr. 9: IWZ.)

Duidelijk is dat vooral de financiering en de wet- en regelgeving donker zijn gekleurd. Dit is op zich opmerkelijk omdat de overheid de ontwikkeling juist wil stimuleren met bijvoorbeeld subsidies, kennisuitwisseling en beleid. De financiering en wet- en regelgeving zijn momenteel echter nog te veel gebaseerd op de sectorale benadering van het vraagstuk en zorgen in de nieuwe situatie vooral voor verwarring.

Ook de verschillende planninghorizons en de cultuurverschillen worden als hinderlijke knelpunten gezien. De nieuwe samenwerking verlangt van de betrokken instellingen vanuit één organisatie te werken, maar de aanwezige verschillen staan dit dus in de weg. Woningcorporaties, zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en gemeente zullen allemaal moeten proberen minder aan de eigen denk- en werkwijze vast te houden en op zoek te gaan naar mogelijke aanknopingspunten voor een gezamenlijke denk- en werkwijze.

Opvallend is verder dat het IWZ drie keer een knelpunt met vijf heeft gewaardeerd, terwijl andere projectleiders vooral enen en tweeën hebben ingevuld. Dit is waarschijnlijk te verklaren met het feit dat het IWZ meer onafhankelijk en daarmee objectiever is dan de

andere projectleiders. De projectleiders zijn betrokken bij één project welke zich op dit moment in een planproces bevindt, terwijl het IWZ minder binding heeft met één specifiek project van dit moment.

5.8 Slot

In deze paragraaf zijn de ondervonden knelpunten aan bod gekomen. Er is eerst een samenvatting gegeven van de onderzochte projecten waar is ingegaan op het ontstaan, de inhoud en de betrokken actoren.

Vervolgens is er gezien dat vanuit het actorenveld een aantal knelpunten ontstaat, te weten door onvoldoende vertrouwen, cultuurverschillen, verschil in ambities, concurrentie tussen betrokken instellingen en het afnemen van enthousiasme naar verloop van tijd. In de projectorganisatie ontstaan ook knelpunten, namelijk het ontbreken van sturing, gebrekkige horizontale en verticale communicatie, verschillende planninghorizons, het lang onduidelijk blijven van gevolgen en planningsproblemen rond het loskoppelen van wonen en zorg. Als laatste worden ook knelpunten in de randvoorwaarden ondervonden. Dit zijn de verouderde wetgeving, de onduidelijke wet en regelgeving, verschillen in financieringswijze en de bestaande fysieke structuur. Uit de prioriteitenlijst van paragraaf 5.7 blijkt vervolgens dat vooral de financiering, de wet- en regelgeving, cultuurverschillen en verschillen in planninghorizons als hardnekkigste knelpunten worden ervaren.

In het volgende hoofdstuk wordt de conclusie van dit rapport uiteengezet en een aantal aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 6. Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

Veel steden, maar ook dorpen op het platteland, hebben de woon-zorg problematiek op de agenda staan of zijn al op één of andere manier bezig met woonzorgzones. De woonzorgzone begint dan ook steeds meer voet aan de grond te krijgen in Nederland, maar blijkt zoals Reinders (2003) constateert weinig echte voortgang te kennen. Deze ontwikkeling is aanleiding geweest voor een onderzoek waar de knelpunten tijdens de planning van woonzorgzones object van studie is. In dit laatste hoofdstuk zal een synthese plaatsvinden tussen de eerdere hoofdstukken, zoals in onderstaand figuur duidelijk wordt. Eerst zullen de knelpunten nogmaals worden opgesomd, waarna vervolgens de conclusie uiteengezet wordt. Het rapport zal eindigen met een aantal aanbevelingen.

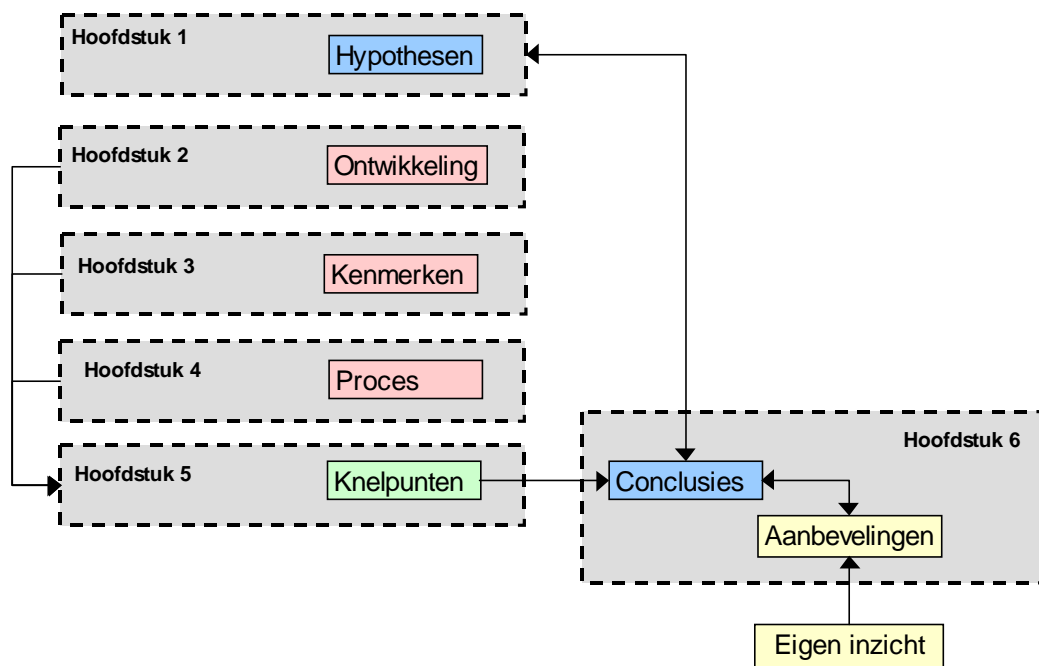


Fig. 6.1: Synthèse van de hoofdstukken

6.2 Knelpunten

De woonzorgzone is momenteel in Nederlandse bezig met een opmars, maar onderhevige studie heeft aangetoond dat een groot aantal knelpunten een vlotte implementatie in de weg staat. In hoofdstuk één zijn onderstaande onderzoeksvragen opgesteld, waar nu op basis van het onderzoek een antwoord op kan worden gegeven.

- *Welke knelpunten ontstaan in de samenwerking tussen de betrokken actoren?*
- *Welke knelpunten ontstaan in de projectorganisatie van projecten?*
- *Welke knelpunten ontstaan door de aanwezige randvoorwaarden?*

Samenwerking tussen actoren

- Er blijkt vooral in de beginfase soms weinig vertrouwen te zijn tussen de participerende actoren.
- De aanwezige bedrijfs- en cultuurverschillen leiden vooral in de beginfase van projecten tot frustratie en onbegrip en staan daarmee een goede teambuilding in de weg.
- De verschillende ambitieniveaus waarmee partijen participeren, kunnen leiden tot impasses over de inhoudelijke doelstellingen.
- Het enthousiasme van partijen kan na de beginfase snel af kan nemen, wanneer resultaten uitblijven en het intensieve werk niet wordt beloond.
- Concurrentie tussen verschillende actoren staat een goede samenwerking in de weg. Concurrerende instellingen zullen nooit optimaal kunnen samenwerken.

Projectorganisatie

- Er is sprake van een onvoldoende sturing in projecten waardoor beslissingen moeilijk worden genomen.
- Een onvoldoende horizontale coördinatie tussen verschillende deelprojecten verhindert een optimale samenwerking tussen de deelprojecten.
- De verticale afstemming is niet voldoende waardoor taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk zijn.
- De verschillende planninghorizonten van de participanten veroorzaakt dat fasering van projecten moeilijk is.
- Het blijkt dat wanneer projecten concreter worden en daarmee de concessies duidelijk worden, de algemene overeenstemming die er in de eerste fasen was kan omslaan naar een situatie waarin partijen lijnrecht tegen elkaar komen te staan
- Het loskoppelen van wonen en zorg veroorzaakt in de fasering problemen omdat wonen en zorg tegelijk op maat moeten worden geleverd. Vanuit bedrijfsmatig perspectief is dit vaak niet de gewenste situatie

Randvoorwaarden

- De verschillen in de wijze waarop de partijen aan financiële middelen komen, leidt tot onzekerheid en onduidelijkheid over toekomstige financieringsmogelijkheden.
- De huidige wet- en regelgeving is nog sectoraal opgesteld en veroorzaakt daardoor een jungle van regelgeving. Ook maakt de huidige structuur het onmogelijk geldstromen vanuit wonen, zorg en welzijn te bundelen, waardoor er geen compensatie binnen het project kan plaatsvinden.

- De wet- en regelgeving is onduidelijk. Projectorganisaties hebben moeite zich de wetgeving eigen te maken en zijn vervolgens veel tijd kwijt met het uitleggen van de wetgeving.
- De bestaande fysieke structuur beperkt de mogelijke ontwikkelingen. Incidenteel worden er knelpunten ondervonden door bijvoorbeeld te weinig ruimte of een weinig kansrijke woningvoorraad voor aanpassing.

In onderstaande tabel zijn de knelpunten op basis van de mate waarin zij als hinderlijk worden ervaren geprioriteerd. De knelpunten zijn onderverdeeld in een vijftal (kleur)categorieën. Hoe donkerder het hokje is gekleurd hoe hinderlijker het knelpunt wordt ervaren. De laatste kolom geeft de som per knelpunt weer, waaruit kan worden afgeleid welke knelpunten als meest hinderlijk worden ervaren.

Knelpunt	Project	1	2	3	4	5	6	7	8	9	som
Actoren											
Weinig vertrouwen		3	2	3	1	-	2	1	2	5	19
Bedrijf- en cultuurverschillen		3	4	2	3	-	5	4	3	3	27
Verskillend ambitieniveau		2	3	3	2	-	3	3	2	4	22
Afnemen enthousiasme		1	1	4	4	-	3	2	2	3	20
Interne concurrentie		4	2	2	1	-	2	3	1	3	18
Projectorganisatie											
Ontbreken van sturing		1	1	3	2	-	3	1	1	5	17
Slechte horizontale afstemming		4	3	3	1	-	3	2	1	2	19
Slechte verticale afstemming		2	1	1	1	-	3	3	2	5	18
Vershil in planninghorizons		4	4	3	3	-	5	3	2	3	27
Concreetheid plannen		2	4	3	4	-	3	1	2	4	23
Relatie Wonen en Zorg		4	2	3	1	-	4	1	3	2	20
Randvoorwaarden											
Verschillen in financieringswijze		3	5	4	4	-	5	4	3	4	32
Jungle van wetgeving		4	5	4	5	-	3	3	4	2	30
Onduidelijk beeld wetgeving		3	4	5	3	-	3	3	2	3	26
Fysieke structuur		1	2	3	2	-	3	3	1	3	18

Tabel 6.1: Prioriteitenlijst van knelpunten (nr. 1: Amsterdam, nr. 2: Utrecht (Ondiep), nr. 3: Zwolle, nr. 4: Zutphen, nr. 5: Hoogeveen, nr. 6: Utrecht (Leidsche Rijn), nr. 7: Den Haag, nr. 8: Leidschendam, nr. 9: IWZ.)

Hieruit blijkt dat het vooral de onzekerheid over de financiering, de wet- en regelgeving, de opstellen van een fasering en aanwezige bedrijfs- en cultuurverschillen knelpunten zijn die als meest hinderlijk worden ervaren.

6.3 Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat er bij de drie aspecten inderdaad een groot aantal knelpunten ontstaat. Hierbij kan een aantal opmerkingen worden geplaatst.

Uit het onderzoek blijkt dat de meest hinderlijke knelpunten zich bevinden in de wet- en regelgeving en de financiering (tabel 6.1). Dit ontstaat doordat de randvoorwaarden van de Rijksoverheid nog niet goed zijn ingesteld op de nieuwe omgeving. De randvoorwaarden zijn nog sterk gebaseerd op de sectorale benadering. Een integrale benadering leidt dan snel tot veel verschillende wet- en regelgeving voor verschillende sectoren en daardoor tot een jungle

van wet- en regelgeving. De overheid blijkt zo, ondanks de intentie de ontwikkeling van woonzorgzones te stimuleren met bijvoorbeeld subsidies en dataverzameling, toch een belangrijke oorzaak van de vertragingen. Een mogelijke oplossing voor deze situatie kan de WMO zijn. Deze wet moet echter nog wel eerst het politieke proces doorlopen.

Het tweede belangrijke knelpunt dat uit de tabel naar voren komt zijn de verschillen tussen de actoren op het gebied van bedrijfsvoering en cultuur. Het is blijkbaar lastig tot een integrale benadering te komen, wanneer tijdshorizons, financieringsstructuren, wijze van bedrijfsvoering – bijvoorbeeld risico-werend of risico-nemend – en bedrijfstaal verschillen. Culturele verschillen worden gaandeweg het project minder, maar verschillen in bedrijfsstructuren blijven vaak voor problemen zorgen. Hierdoor is ook het maken van een algemene fasering vaak een verwarrende opgave en volgen verschillende instellingen vooral hun eigen fasering.

In de volgende en laatste paragraaf van dit rapport zal een aantal aanbevelingen worden gedaan, die kunnen bijdragen aan een oplossing van de knelpunten.

6.4 Aanbevelingen

Dit rapport begon met een brief van Alexander Wayenburg waarin duidelijk werd welke mogelijkheden een woonzorgzone, maar ook andere nieuwe vormen van woonzorgcombinaties, kan creëren voor in dit geval gehandicapten. Ouderen met beperkingen, psychiatrische patiënten en andere hulpbehoevende doelgroepen kunnen eveneens baat hebben bij deze ontwikkeling. Maar ook het standaard gezin zal in een woonzorgzone zijn plek zeker wel kunnen vinden. De aanbevelingen die hier gedaan worden, moeten dan ook resulteren in het verminderen van een aantal knelpunten en leiden tot een beter implementatieproces van de woonzorgzone.

Actoren

- ◆ De verschillen in bedrijfsvoering en cultuur moeten worden erkend. Het is belangrijk dat corporaties, zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en gemeenten bekend zijn van de verschillen die er bestaan.
- ◆ Beperk het aantal betrokken actoren vanuit dezelfde sector bij woonzorgzones. Wanneer er een aantal zorgaanbieders of corporaties betrokken is leidt dit tot slechtere communicatie, concurrentie, veel extra overleg en daardoor een complexer planningsproces

Procesorganisatie

- ◆ Verdieping van de initiatieffase. Leg in de initiatieffase meer nadruk op de verschillen die aanwezig zijn en zorg voor een goed fundament onder de samenwerking. Begin dus niet te snel met de inhoudelijke discussie.
- ◆ Verbreding van de visiefase. Leg hier juist wel nadruk op de inhoudelijke discussie. Stel niet alleen als doel een gezamenlijke visie te bereiken, maar ga op onderdelen al de diepte in. Partijen krijgen zo een duidelijker beeld van de gevolgen.

- ◆ Om het dalen van enthousiasme te vóórkomen cq. het enthousiasme te verhogen kunnen enkele reeds in uitvoering zijnde projecten die binnen het concept passen onder de vlag van de woonzorgzone gerealiseerd worden.

Randvoorwaarden

- ◆ De wet- en regelgeving en het financieringsstelsel moeten worden aangepast op de nieuwe integrale benadering. Hierdoor zal de duidelijkheid en de overzichtelijkheid van de wetgeving toenemen en een betere stroomlijning worden gerealiseerd in de financiële planningen.
- ◆ Het verdient de voorkeur de woonzorgzone te ontwikkelen binnen een groter geheel zoals een herstructureringsplan of wijkontwikkelingsplan. Er zijn hierdoor vaak meer middelen beschikbaar en de woonzorgzone zal hoger op de gemeentelijke agenda komen te staan.

Literatuur

Aedes-Arcares (2004), *Diensten bij wonen en zorg*, Kenniscentrum Wonen-Zorg Utrecht

Alsem, I. (2003), *Wet- en regelgeving Welzijn en zorg; huidige situatie en ontwikkelingen*, Project!Mpuls, Rotterdam

Beets, G.C.N. (2000), *Rimpels in Europa, Veroudering bevolking zet nog 50 jaar door*, in: DEMOS november / december 2000, jaargang 16, NIDI, Den Haag

CBS(2000), *Na 2010 slaat de vergrijzing toe*, Voorburg/Heerlen

CBS (2003), *Geen ontkomen aan vergrijzing*, in: Bevolkingstrends, juli 2003, Voorburg/Heerlen

CBS (2004), *Nederland langs de Europese meetlat - Technische toelichting: Vergrijzing*, Voorburg/Heerlen

Daft, R.L. (2004), *Organization theory and design*, 8th edition. South-Western College Publishing , Mason

Drenth, J. (2001), *Handboek BuitenGewoon Wonen*, Elsevier, Doetinchem

Gemeente Amsterdam (1999), *IJburg, een wijk zonder scheidslijnen*, Amsterdam

Gemeente Hoogeveen (2002), *Projectopdracht en Plan van aanpak Krakeel*, Hoogeveen

Gemeente Leidschendam-Voorburg (2003), *Werkplan Revitalisering Prinsenhof 2003-2004*, Leidschendam

Gemeente Zutphen (2002), *Woonservicezones in Zutphen*, Laagland' advies BV, Amersfoort

Gemeente Zwolle (2004), *Samenwerkingsovereenkomst woonzorgzones*, Zwolle

GG&GD Utrecht (1995), *Gewoon wat kan, speciaal wat moet*, Utrecht

Grosshans, H. (2001), *Wohnumfeld und Quartiergestaltung für das wonen im Alter im Generationsverbund Fraunhofer IRB Verlag, Tübingen*

Harkes, D., Glaser, M. (2001), *Woonzorgzones*, IWZ, Rotterdam

Harkes (2004), *Woonzorgzone of servicewijk*, Aedes-Arcares, Utrecht

Heuvelink, J. (2001), *Verblijven of Wonen; zorg voor iedereen*, STAGG, Amsterdam

Hoekstra, E., Liempd, H. van (1995), *Verblijven of Wonen; zorg voor ouderen*, STAGG, Amsterdam

Huisman, C.C., Wissen, L.J.G. van (2000), *Vergrijzing in de regio*, in: DEMOS augustus 2000, jaargang 16, NIDI, Den Haag

Interprovinciaal Overleg (2003), *Wonen, zorg en welzijn*, brief aan ministerie van VROM, 8 december 2003, Den Haag

Nispén, H. van (2002), *Het Jungle Boek; op gewijde grond*, Studio Meijerij, Amstelveen

Nouws, H., Linden, M. (2003), *Aan de slag met woonzorgzones; Instrumenten voor initiatiefnemers*, Laagland'advies, Amersfoort

Oelkers, B., Rietmeijer, F. (2003), *Wozozo's of zorgzame wijken?*, Adviesbureau Plan & Aanpak, Nieuwkoop

Provincie Noord-Holland (2003), *Stimuleringsprogramma Wonen, Welzijn en Zorg 2003 – 2007*, Haarlem

Provincie Utrecht (2002), *Senioren in Utrecht*, Utrecht

Provincie Zuid-Holland (2001), *Wegwijzer deconcentratie zorginstellingen*, afdeling: Zorg, Cultuur en Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag

Reinders, B.J.M. (2003), *Goede samenwerking, weinig voortgang*, Seinpost Adviesbureau, Amersfoort

Singelenberg, J.P.J. (2001), *Visiedocument Woonzorgzone Krakeel*, IWZ, Rotterdam

Singelenberg, J.P.J. (2001^b), *Woonzorgzones voor ouderen en anderen*, Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, Utrecht

Singelenberg, J.P.J. (2002), *Wonen en zorg voor ouderen in Denemarken: een vergelijking met Nederland*. In: Handboek Wonen en Zorg, Elsevier, Den Haag

Singelenberg, J.P.J. (2002^b), *Woonzorgzone: Het proces van totstandkoming*, Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, Utrecht

Singelenberg, J.P.J. (2002^c), *Woonzorgzone IJburg: een wijk zonder scheidslijnen*, Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen en Zorg, Utrecht

Stichting Ouderenhuisvesting Rotterdam (2002), *Wonen op leeftijd; Schets van een eeuw ouderenhuisvesting*, Van den Bergh en Versluijs BV, Dordrecht

Stichting Woonzorgzone Moerwijk (2003), *Bedrijfsplan 2004*, Den Haag

Stb. (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden) (2002), *Besluit Beheer Sociale Huursector*. Besluit van 9 oktober 1992. (Stb.193, 2002)

Stb (Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden) (2003), *Bouwbesluit*, Besluit van 7 augustus 2001. (Stb. 216, 2003)

Stec Groep (2002), *Private Aanbieders op de woonzorgmarkt*, Nijmegen

Vidomes (2003), *Visiedocument: wonen en leven aan de Dillenburgsingel*, Woningcorporatie Vidomes, Leidschendam

VROM (2003), *Investeren voor de toekomst, de kwantitatieve opgave voor wonen, zorg en welzijn*, Ministerie van VROM, Den Haag

VROM (2003^b), *Toelichting van de gewijzigde Tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling*, Ministerie van VROM, Den Haag

VROM (2004), *Nota Wonen; Mensen, wensen, wonen*, Ministerie van VROM, Den Haag

VROM (2004^b), *Beleidskader ISV-2*, Ministerie van VROM, Den Haag

VWS (2001), *Wat doet de rijksoverheid voor ouderen*, Ministerie van VWS, Den Haag

VWS (2001^b), *Wonen en zorg op maat*, Brief aan de Tweede Kamer, 25 juni 2001, Ministerie van VWS, Den Haag

Veenbrink, P. (2003). *De keten is zo sterk als de zwakste schakel; vergrijzing betekent ook de woonomgeving aanpassen*, in: *Handboek Wonen en Zorg*. Elsevier, Den Haag

Wijnen, G. (2002). *Projectmatig werken*, Het Spectrum, negentiende druk, Utrecht

Internetpagina's

Aedes (2004), www.aedes.nl, Bezocht: 18 oktober 2004

Aedes-Arcares (2004^b), www.kenniscentrumwonzorg.nl, thema: Woonzorgzones. Bezocht 8 september 2004

IWZ (2004), www.iwz.nl. Bezocht: 12 september 2004

Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (2004), www.lvio.nl. Bezocht: 25 oktober 2004

NEN (2004), www.nen.nl. Bezocht: 5 november 2004

Trynwalden (2004), www.trynwalden.nl. Bezocht: 25 oktober 2004

Verenigde Nederlandse Gemeenten (2004). www.VNG.nl. Bezocht op 12 oktober 2004.

VROM (2004^c), www.vrom.nl, bezocht: 22 september 2004

Woonkeur (2004). www.woonkeur.nl, 28 september 2004

IJburg (2004), www.ijburg.nl. Bezocht: 12 september 2004

Interviews

Dhr. P. Driest, medewerker IWZ, Utrecht
Geïnterviewd op: 9 juni 2004

Mevr. C. Dolman, projectleider Levenslustig Ondiep, Provincie Utrecht
Geïnterviewd op: 15 juni 2004

Dhr. V. Kuipers, projectleider Woonzorgzone Zwolle-Zuid, Gemeente Zwolle
Geïnterviewd op: 16 juni 2004

Dhr. R. Everard, projectleider Woonzorgzone Leidschendam, Woningcorporatie Vidomes
Geïnterviewd op: 17 juni 2004

Dhr. K. Borgonjen, projectleider Woonservicezone Staatsliedenkwatier, Gemeente Zutphen
Geïnterviewd op: 18 juni 2004

Dhr. K. Brunsing, wijkcoördinator Zwolle-Zuid, , Gemeente Zwolle
Geïnterviewd op: 21 juli

Dhr. V. Kompier, projectleider IJburg, Ontwikkelingsbedrijf Amsterdam.
Geïnterviewd op: 22 juni 2004

Mevr. L. Hulsebosch, projectleidster Moerwijk, Hulsebosch management Den Haag.
Geïnterviewd op: 5 juli 2004

Dhr. P. De Leede, projectleider Leidsche Rijn, Projectbureau Leidsche Rijn
Geïnterviewd op: 6 juli 2004

Mevr.A. Tijsma, projectleidster Woonzorgzone Krakeel, Zorgstichting Icare
Geïnterviewd op: 8 juli 2004