
Iedere morgen nieuwe zorgen

Handvatten voor een soepel realisatieproces van woonzorgzones

Groningen, augustus 2005

Arjen Nieveen

Ingenieurs- en adviesbureau Oranjewoud
Business unit Stad & Ruimte
Afdeling Stedelijke Ontwikkeling



Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen
Technische Planologie



Gebruikte foto's: Pepijn van den Broeke Fotografie [<http://www.pepijnfoto.nl>]

Voorwoord

Dit onderzoek is voor mij de afronding van de studie Technische Planologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek is een resultaat van zes maanden stage bij het ingenieurs- en adviesbureau Oranjewoud en een periode van afzondering, thuis achter de pc. Dat het schrijven van een afstudeerscriptie een lastige opgave kan zijn is mij niet ontgaan. Daarom wil ik graag een aantal personen bedanken voor hun hulp bij de totstandkoming van dit onderzoek.

Ten eerste wil ik Oranjewoud en in het bijzonder Pieter Witzenburg bedanken voor de leerzame stage, de begeleiding tijdens deze stage en het aanreiken van verschillende denkrichtingen omtrent het onderwerp van het onderzoek. Gerard Heins wil ik bedanken voor zijn begeleiding vanuit de Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen en zijn opbouwende kritieken en adviezen. Ook Jelger Visser en Christiaan Zuidema wil ik bedanken voor hun adviezen, vooral tijdens het opstarten van het onderzoek. Alle geïnterviewde mensen wil ik bedanken voor hun tijd en het delen van hun expertise.

Tenslotte wil ik graag Wilma de Vries bedanken voor haar liefde en steun, zodat ik mij volledig kon richten op het schrijven van dit onderzoek.

Groningen, augustus 2005

Arjen Nieveen

Samenvatting

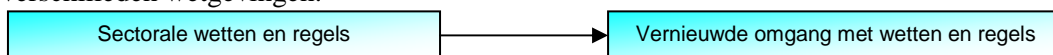
Aanleiding voor dit onderzoek is de vaststelling dat de realisatie van woonzorgzones achter blijft bij de schijnbare behoefte aan concepten zoals woonzorgzones. In de laatste tien jaar zijn er 60 projecten gestart met de realisatie van woonzorgzones. Hiervan zijn momenteel slecht twee projecten volledig klaar met de daadwerkelijk uitvoering. Vooral het ontbreken van op woonzorgzones toegesneden wet- en regelgeving en de beschikbaarheid van financiën als randvoorwaarden voor de realisatie van woonzorgzones blijken voor belemmeringen te zorgen volgens Posthumus (2005). In dit onderzoek is bekeken wat mogelijkheden zijn om het realisatieproces van woonzorgzones soepeler te laten verlopen door naar oplossingsmogelijkheden te zoeken voor de gesignaleerde belemmeringen in wet- en regelgeving en financieringswijze.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een literatuurstudie naar onder andere de kenmerken van woonzorgzones, de doelgroep voor woonzorgzones, het realisatieproces van woonzorgzones, relevante wet- en regelgeving, het beleidskader en de betrokken actoren. Daarnaast zijn interviews afgenomen met dertien experts op het gebied van woonzorgzones om te onderzoeken op welke wijze wet- en regelgeving belemmerend zijn voor het realisatieproces van woonzorgzones, op welke wijze vormen van financiering belemmerend zijn voor het realisatieproces van woonzorgzones en welke mogelijkheden er zijn om de belemmeringen door wet- en regelgeving en financieringsvormen te verkleinen.

Uit het onderzoek blijkt dat wet- en regelgeving niet concreet knellend zijn, maar dat vooral de veelheid aan wet- en regelgeving en de tijd die nodig is om procedures te doorlopen belemmeringen lijken te vormen voor het realisatieproces van woonzorgzones. Mogelijkheden om met deze belemmeringen om te gaan is voornamelijk een goede procesregie en veel geduld. De belemmeringen in de financieringswijze ontstaan voornamelijk door de kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing in het zorgsysteem waardoor er meer marktwerking komt in de aanbidding van zorg. Daarnaast zorgt de vraag: “wie gaat wat betalen?” voor moeizame samenwerking tussen actoren. Dit kan worden voorkomen door goede onderhandeling en concrete afspraken over de financiële investering. Een opsomming van de gesignaleerde belemmeringen in verband met de mogelijke oplossingsrichtingen staat hieronder.

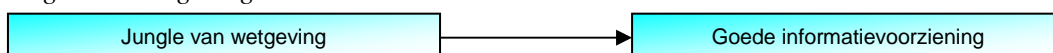
(Tegenstrijdige) wetten en regels

Tegenstrijdigheid in wet- en regelgeving kan niet worden aangetoond. Wel kan worden gesteld dat wetgeving allerminst stimulerend is door het sectorale karakter van de verschillende wetgevingen.



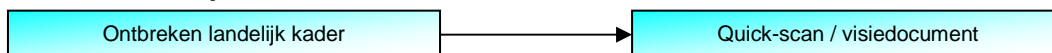
Een oplossingsrichting hiervoor lijkt vernieuwde omgang met bestaande wetten en regels. Deze nieuwe omgang houdt vooral in de grenzen van wetten en regels op te zoeken om het maximum uit de plannen voor woonzorgzones te halen. Hierbij is een goede invulling van de procesregie van groot belang.

Jungle van wetgeving



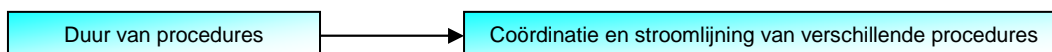
De veelheid aan wet- en regelgeving zorgt voor een jungle waar actoren moeilijk mee om kunnen gaan. Een oplossing voor dit probleem lijkt goede informatievoorziening, bijvoorbeeld in de vorm van een centraal loket met informatievoorziening omtrent alle wetten en regel binnen de zorg, welzijn en wonen.

Ontbreken landelijk kader



Door decentralisatie voelt de Rijksoverheid zich alleen nog verantwoordelijk voor de strategische hoofdlijnen. Hierdoor worden vanuit de Rijksoverheid geen uitvoeringskaders gegeven waarbinnen de realisatie van woonzorgzones kan plaatsvinden. Sommige actoren hebben moeite dit strategische beleid te vertalen naar de lokale situatie. Een quick-scan of een visiedocument kan voor alle actoren duidelijk maken wat de realisatie van een woonzorgzone concreet inhoud op lokaal niveau.

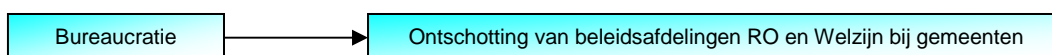
Duur van procedures



Vaak moeten de verschillende procedures onafhankelijk van elkaar worden doorlopen. Het is van belang dat de tussen de verschillende procedures op een goede wijze worden gecoördineerd en gestroomlijnd waardoor de verschillende procedures vlot achter elkaar kunnen worden doorlopen. Hierdoor wordt de tijdsduur die deze procedures nemen wordt geminimaliseerd.

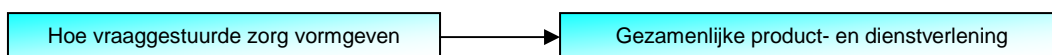
Bureaucratie

Bureaucratie is vaak een probleem dat intern ontstaat bij gemeenten, waar de communicatie tussen de verschillende beleidsvelden – ruimtelijke ordening en welzijn – niet optimaal verloopt.



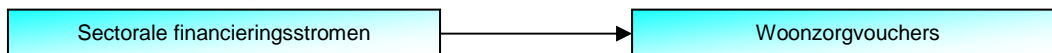
Een ontschotting tussen de beleidsafdelingen ruimtelijke ordening en welzijn intern bij de gemeente lijkt een mogelijkheid om bureaucratie te voorkomen.

Vraaggestuurde zorgfinanciering



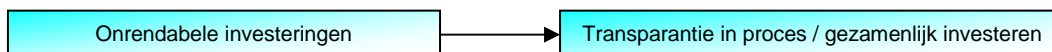
Zorginstellingen blijken huiverig te zijn voor de financiële consequenties van vraaggestuurde zorg. Door de vraagsturing zijn zorgaanbieders niet langer zeker van inkomsten aangezien dit afhangt van de keuze die de klant maakt om bij bepaalde aanbieders zorg af te nemen. Een oplossingsrichting kan een als de verschillende zorginstellingen gezamenlijk nieuwe producten en diensten ontwikkelen in te spelen op de behoeften van zorgbehoevende personen.

Sectorale financieringsstromen



Een mogelijkheid om met sectorale financieringsstromen om te gaan lijkt een geïntegreerde genadering. Er bestaat geen geïntegreerde financiering voor woonzorgzones. Het blijkt dat integrale financiering van de realisatie van woonzorgzones lastig is, maar een geïntegreerde financiering vanuit de zorgbehoevende klanten wel mogelijk in de vorm van woonzorgvouchers.

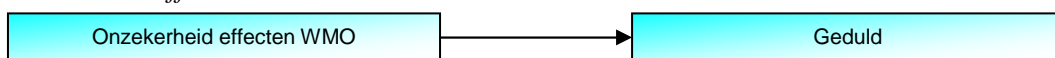
Onrendabele investeringen



Bij zorginstellingen bestaat een onzekerheid over de financiële consequentie van marktwerking in het zorgsysteem. Hierdoor hebben zorginstellingen soms moeite met het doen van onrendabele investeringen, mede door de concurrentie positie die ontstaat met andere zorginstellingen door vraagsturing. Het is daarom bij het realisatieproces van groot belang dat alle informatie over de financiële gevolgen van een woonzorgzone

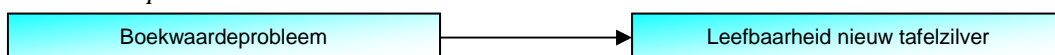
transparant op tafel komen. Daarnaast is er de mogelijkheid om vraagsturing op te pakken om samen te werken met andere zorginstellingen. Het is daardoor mogelijk dat meerdere actoren een gezamenlijke investering doen en daarmee de kosten verdelen.

Onzekerheid effecten WMO



Alhoewel over de inhoud en de consequentie van de WMO al veel bekend is, bestaan er nog veel onduidelijkheden over de effecten van de uitvoering ervan. Deze onzekerheden lossen zich in de loop van de tijd vanzelf op. Duidelijkheid hierover zal komen zodra de WMO daadwerking in werking treedt en de gevolgen concreet tastbaar worden.

Boekwaardeprobleem



Vroegtijdig afschrijving van vastgoed levert vaak een boekwaarde probleem op. Dit kan mogelijk worden opgelost door de vergroting van de leefbaarheid in een wijk of dorp te zien als een nieuwe vorm van tafelzilver voor woningcorporaties en zorginstellingen. Door de betere leefvoorwaarden, zoals sociale samenhang en goede levering van zorg aan huis, worden de woningen in de wijken populair.

Huursubsidie



Het blijkt voor wooncorporaties lastig om de huur van deze nultredenwoningen onder de huursubsidiegrens te houden vanwege de hoge bouw of aanpassingskosten die hiermee gepaard gaan. Oplossingsrichting hiervoor kan zijn dat de huurprijs kunstmatig laag worden gehouden door de woningcorporaties.

Uit de gesignaleerde belemmeringen en de mogelijke oplossingsrichtingen kunnen een aantal algemene handvatten worden destilleert dat bij kan dragen aan een soepel realisatieproces van woonzorgzones:

- Een goede analyse van de behoeften van de doelgroep;
- Het opzetten van een visiedocument waardoor duidelijk wordt wat de uitwerking is van woonzorgzones op lokaal niveau concreet inhoud;
- Een goede procesregie;
- Een open en transparant planproces;
- Een goede informatievoorziening over wet- en regelgeving omtrent woonzorgzones.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	6
Hoofdstuk 1: Inleiding	8
Probleemstelling.....	10
Doelstelling	11
Vraagstelling	11
Plan van Aanpak	11
Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2: Woonzorgzones	13
2.1 Kenmerken van woonzorgzones	13
2.2 Doelgroep.....	15
2.2.1 Vergrijzing	15
2.2.2 Verscheidenheid	16
2.2.3 Zorg- en welzijnsbehoefte	19
2.2.4 Woonbehoefte	19
2.3 Leefomgeving binnen woonzorgzones.....	20
2.3.1 Sociale context	21
2.3.2 Fysieke context.....	22
2.4 Inspelen op veranderingen	23
2.5 Kritiek	25
Hoofdstuk 3: Realisatie woonzorgzones.....	27
3.1 Actoren in het realisatieproces	27
3.1.1 Strategisch niveau	27
3.1.2 Operationeel niveau.....	28
3.2 Rijksbeleid	32
3.2.1 Scheiding wonen en zorg	32
3.2.2 Nota Wonen	33
3.2.3 Nota Ouderenbeleid.....	33
3.2.4 Vraaggestuurde zorg	33
3.3 Provinciaal beleid.....	34
3.4 Instrumenten voor uitvoering	35
3.4.1 Visiedocument.....	35
3.4.2 Quick-scan.....	36
Hoofdstuk 4: Randvoorwaarden woonzorgzones.....	37
4.1 Wet- en regelgeving sectoren Zorg en Welzijn	37
4.1.1 AWBZ.....	37
4.1.2 Wvg.....	38
4.1.3 Welzijnswet.....	38
4.1.4 WMO	39
4.2 Wet- en regelgeving sector Wonen	40
4.2.1 Wet op de Ruimtelijke Ordening.....	40
4.2.2 Besluit Beheer Sociale Huursector.....	40
4.2.3 Woning Waarderingsstelsel.....	41
4.2.4 Huursubsidie	41
4.2.5 Bouwbesluit.....	41
4.3 Financiering sectoren Zorg en Welzijn	43
4.4 Financiering sector Wonen.....	43
Hoofdstuk 5: Belemmeringen	44
5.1 Belemmeringen door wet- en regelgeving	44
5.1.1 (Tegenstrijdige) wetten en regels	45
5.1.2 Jungle van wetgeving	46
5.1.3 Ontbreken landelijk kader	46
5.1.4 Duur van procedures	46
5.1.5 Bureaucratie	46
5.2 Belemmeringen door Financiering	47
5.2.1 Vraaggestuurde zorgfinanciering	48
5.2.2 Sectorale financieringsstromen	48

5.2.3 Onrendabele investeringen	49
5.2.4 Onzekerheid effecten WMO	49
5.2.5 Boekwaardeprobleem.....	49
5.2.6 Huursubsidie	50
Hoofdstuk 6: Oplossingsrichtingen	51
6.1 Oplossingsrichting binnen wet- en regelgeving	51
6.1.1 (Tegenstrijdige) wetten en regels	51
6.1.2 Jungle van wetgeving	52
6.1.3 Ontbreken landelijk kader	52
6.1.4 Duur van procedures	52
6.1.5 Bureaucratie	52
6.2 Oplossingsrichtingen binnen financieringswijze.....	53
6.2.1 Vraaggestuurde zorgfinanciering	53
6.2.2 Sectorale financieringsstromen	54
6.2.3 Onrendabele investeringen	55
6.2.4 Onzekerheid effecten WMO	55
6.2.5 Boekwaardeprobleem.....	55
6.2.6 Huursubsidie	55
Bronnen	56
Bijlage 1: Begrippenlijst	Error! Bookmark not defined.
Bijlage 2: Afkortingenlijst	Error! Bookmark not defined.
Bijlage 3: Figuren- en tabellenlijst	Error! Bookmark not defined.
Bijlage 4: Indeling van senioren voor de onderwerpen woning en woonomgeving, mobiliteit, ontspanning en voorzieningen door Puylaert.....	Error! Bookmark not defined.

Hoofdstuk 1: Inleiding

'Een supermarkt voor geluk; experiment met ouderenzorg in Friesland laat dorpsstructuur intact'

In een Fries dorp werd het oude verzorgingshuis vervangen door een servicecentrum voor de hele omgeving, volgens de bedenker een betere en goedkopere vorm van ouderenzorg. De klant blijft thuis wonen en krijgt wat hij vraagt.

Het echtpaar Dijkema-Kamstra in Gytsjerk woont nog zelfstandig. Vier keer per dag komt er een verzorgende langs. 's Morgens om mevrouw Dijkema (80) die chronische leukemie heeft en moeilijk ter been is, te helpen bij het wassen en aankleden. 's Middags en 's avonds om haar naar en van bed te helpen. Meneer Dijkema (82) wordt zo ontlast.

Wekelijks komt er verder een welzijnswerkster die met mevrouw Dijkema gaat wandelen of borduren. "Laatst zijn we naar de tegeltjesbrug geweest waar portretten opstaan van mensen die de Elfstedentocht hebben gered." En op de achtergrond zijn hun ouderenadviseur Foppe en ergotherapeute Petra aanwezig. "Foppe regelde een hoog-laag-bed en via Petra kreeg ik deze nieuwe stoel." Het echtpaar wil zo lang mogelijk zelfstandig wonen. "Als ik naar zo'n klein kamertje in een verzorgingshuis moet, word ik ziek", zegt Dijkema.

In de Trynwâlden, het noordwestelijk deel van de Friese gemeente Tytsjerksteradiel, is een bijzonder experiment gaande. Het oude verzorgingshuis Heemstrastate maakte plaats voor een multifunctioneel servicecentrum voor de inwoners van de zeven dorpen en twee gehuchten (in totaal 10.000 inwoners) van de streek. Twee kinderdagverblijven, een peuterspeelzaal, buitenschoolse opvang, een praktijk voor fysio- en ergotherapeuten, diverse vergaderruimtes, een hypermodern aangekleed restaurant met designlampen dat oogt als een grand café en een ziekenboeg kregen hier onderdak. Op steenworp afstand zitten huisartsen, tandartsen en de apotheek. Directeur Foeke de Jong van de overkoepelende organisatie Skewiel Trynwalden spreekt graag van een "supermarkt voor welzijn en geluk". "Dit dienstencentrum kostte indertijd 4,5 miljoen gulden in plaats van de tien miljoen gulden die een nieuw verzorgingshuis zou hebben gekost. Alle voorzieningen liggen hier op het schap."

De kern van het project is dat elke 55-plusser zelfstandig moet kunnen blijven wonen in zijn eigen dorp. Gewenste hulp, zoals huishoudelijke ondersteuning, assistentie bij wassen en aankleden of iemand die je vergezelt bij het boodschappen doen, je voorleest of met je gaat wandelen, komt naar de vrager toe. Ook kunnen cliënten in het centrum terecht voor een praatje, een maaltijd, om te biljarten of straks te internetten. Vijf zelfstandig opererende dorpssteams, bestaande uit verzorgenden, verpleegkundigen, huishoudelijke medewerkers en welzijnswerkers, leveren de zorg aan huis. Zelfs verpleeghuiszorg wordt thuis gegeven. Zo is er een cliënte die zelf weinig tot niets kan en gemiddeld tussen de zes tot acht keer per dag bezoek krijgt van een verzorgende, die haar onder meer helpt bij het wassen en aankleden, naar het toilet gaan, even een praatje komt maken, thee voor haar zet of een boterham smeert.

De diensten worden zeven dagen per week, 24 uur per dag aangeboden. Dagelijks maken medewerkers in de eigen keuken 140 warme maaltijden klaar voor ouderen in de omgeving. Ongeveer 40 mensen schuiven in het restaurant zelf aan tafel. Sommigen worden gehaald en gebracht uit de dorpen door een van de 160 vrijwilligers. Een aanpalend appartementencomplex telt 100 woningen die alle beschikken over de nieuwste elektronische snuffjes: in de meterkast zit een computer die brand-, gas- en inbraakdetectoren regelt. Ook is er een bewegingsmelder die een signaal afgeeft wanneer een verwarde bewoner gaat dolen. Elk appartement beschikt over een draadloze telefoonverbinding met de meldkamer van Essent in Sneek. Deze relatief dure voorzieningen sparen volgens De Jong op den duur nog duurdere zorgkosten uit.

Foeke de Jong bedacht, naar Scandinavisch voorbeeld, het concept van de "organische ordening met een menselijke maat" en paarde zorg- aan dorpsvernieuwing. Reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen noemt hij "onmenselijke gevangenissen", waar bewoners de regie over hun leven volledig uit handen geven. Oude mensen die hulp nodig hebben, moet je juist niet "opsluiten", onderstreept hij, maar zo lang mogelijk in hun eigen omgeving houden. "Een goed sociaal netwerk geeft het grootste gevoel van veiligheid. Hebben we iets niet, dan zoeken we een oplossing. We regelen dat er iemand meegaat met een weduwe die voor het eerst zonder haar overleden man naar de kaartclub komt". Voor een welgestelde dame op leeftijd, die als gevolg van vergeetachtigheid "een enorme zorgclaim" had, werd een gezelschapsdame gevonden. Een vraag naar zorg is vaak een vraag om aandacht, zegt hij. "In verzorgingshuizen wordt 's nachts vaak gebeld. Dat is het laatste verweer van bewoners tegen het systeem."

Een opvallend aspect van het experiment is dat elke cliënt een omtinker (ouderenadviseur, in het Fries iemand die voor je zorgt) heeft. De omtinker is er vooral voor de bemiddeling van vragen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Of zoals De Jong het omschrijft: voor het bevechten van de bureaucratie. Het echtpaar Dijkema-Kamstra schrok erg toen het recentelijk van zijn ziekenfonds te horen kreeg dat het moest overstappen naar een particuliere verzekering. Omtinker Foppe werd ingeschakeld en pleegde enkele telefoontjes. De ziektekostenverzekeraar krabbelde terug. "Een pak van ons hart", zegt mevrouw Dijkema.

Uit recent onderzoek blijkt dat de Jongs concept van ouderenzorg aan huis een besparing oplevert van 500.000 euro in de streek. Opname in een verpleeghuis komt nauwelijks voor. Wachtlijsten zijn er niet. Landelijk zou het concept mogelijk een besparing kunnen opleveren van tussen de 600 miljoen tot 750 miljoen euro.

Welzijnswerker Nynke Looyenga helpt een dorpsbewoner met haar wekelijkse boodschappen. Dankzij extra hulp kunnen hulpbehoevenden in een aantal Friese dorpen langer thuis blijven wonen.

Uit het bovenstaande artikel (NRC Handelsblad, 2003) wordt duidelijk dat de Skewiel Trynwâlden een bijzonder voorbeeld is van een woonzorgzone¹ dat succesvol inspeelt op de behoefte aan nieuwe vormen van zorg, waaronder nieuwe vormen van ouderenzorg. Nieuwe vormen van zorg houden vooral in: een steeds meer vraaggestuurde zorg als plaatsvervanger voor aanbodgestuurde zorg en extramurale² zorg in plaats van intramurale³ zorg. Het doel van deze nieuwe vormen van zorg is een situatie die wordt gecreëerd, waarbij zorgbehoevende personen niet langer buiten de samenleving komen te staan door hun zorgvraag. Bij intramurale zorgvoorzieningen zoals in verzorging- en verpleeghuizen wonen ouderen in een kamertje dat onderdeel uitmaakt van een complex, waardoor ze als het ware buiten de maatschappij komen te staan. Het complex biedt wonen, zorg en dienstverleningen gebundeld aan in een all-in overeenkomst. Verzorgingshuizen zijn vooral gericht op toezicht en begeleiding, verpleeghuizen zijn vooral gericht op verzorging en intensieve verpleging (VROM-Raad, 1998). Vaak verhuizen ouderen uit voorzorg naar verzorgingshuizen, onder andere wanneer de levenspartner overlijdt, vanwege de lange wachtlijsten voor een plaats in het verzorgingshuis. In veel van deze gevallen is de zorgvraag echter nog niet zo groot en bestaat deze meer uit een vraag naar aandacht. Hierdoor is de druk op de verzorging- en verpleeghuizen de laatste tijd toegenomen. Wachtrijen worden langer en de kwaliteit van de geleverde zorg is soms schikbarend laag. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt bijvoorbeeld dat de meeste verpleeghuizen de afgesproken minimale zorg niet kunnen leveren. Daardoor is er voor bewoners weinig mogelijkheid om zelf de dag in te delen, of te weinig tijd om te douchen. Ondervoeding en uitdroging en ouderen die in hun uitwerpselen moeten wachten op hulp zijn schrijnende voorbeelden van de soms erbarmelijke zorg in verpleeghuizen (Volkskrant, 2005 B/ IGZ, 2004).

Tegenwoordig kiezen ouderen er steeds vaker voor om zelfstandig te blijven wonen met levering van zorg aan huis wanneer dat nodig is. Op deze manier blijven ouderen onderdeel uitmaken van het maatschappelijke leven. Dit proces van extramuralisering van de zorg stimuleert een scheiding tussen wonen en zorg. Deze scheiding houdt in dat het wonen en de zorg gescheiden worden bekostigd en gescheiden worden geleverd. Het doel hiervan is een emancipatie van patiënt tot consument en kostenbeheersing voor het zorgstelsel (Singelenberg, 2005). De kwaliteit van het wonen, in termen van keuzemogelijkheden, woonruimte en privacy, profiteert sterk van de scheiding van wonen en zorg. Daarnaast neemt vooral de keuzevrijheid toe ten aanzien van een op de individuele situatie toegesneden zorgpakket. Daarnaast blijkt uit een onderzoek van de Stichting Economisch Onderzoek (SEO) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) dat thuis wonen voor ouderen aanzienlijk goedkoper is dan wonen in een verzorgingstehuis (MKBnet, 2005). De scheiding van wonen en zorg is een sterke stimulans voor de overschakeling van het dominante medische model in de zorg naar het 'social services' model, waarbij niet de zorg maar welzijn, dienstverlening en ondersteuning voorop staan (Singelenberg, 2005).

¹ Een woonzorgzone is een gewoon woongebied – stedelijk of dorps – waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet planbare 24-uurs zorg en waar de woningen en woonomgeving levensloopbestendig zijn (Singelenberg en Harkes, 2004). De term woonzorgzone staat onder discussie: het woord 'zorg' wordt geassocieerd met kneuzen en 'zones' suggereert dat de zorg in zekere zin nog steeds intramuraal is, namelijk binnen 'de muren' van de zone. De term woonservicewijk zou een betere zijn, zie ook het artikel 'Woonzorgzone of servicewijk?' van Singelenberg en Harkes (2004). Toch wordt in dit onderzoek de term woonzorgzone gebruikt aangezien deze term in de literatuur over het algemeen meer wordt gebruikt.

² Extramuraal betekend buiten de muren van de betrokken instelling (Van Dale, 2005 B).

³ Intramuraal betekend binnen de muren van een ziekenhuis of andere inrichting plaatshebbend (Van Dale, 2005 C).

Alhoewel de behoefte aan woonzorgzones groot is, blijkt de realisatie ervan vrij lastig. Het concept voor woonzorgzones is al in 1995 uitgewerkt in het zogenaamde STAGG-model⁴. Toch zijn de woonzorgzones de laatste tien jaar niet spreekwoordelijk als paddestoelen uit de grond geschoten. In de Databank Wonen-Zorg⁵ van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg zijn momenteel 60 projecten geregistreerd die zijn gericht op de realisatie van woonzorgzones. Hiervan zijn slechts twee projecten volledig klaar met de uitvoering. Het overgrote deel van deze projecten zitten in de fase van visievorming of de ontwerpfase.



Figuur 1: Fasen waarin de verschillende projecten op het gebied van woonzorgzones zich bevinden. (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 A).

Probleemstelling

Het proces om tot de realisatie van woonzorgzones te komen is een proces van de lange adem. Het proces vergt een hoge mate van samenwerking tussen de betrokken partijen vanuit verschillende beleidsgebieden; wonen, welzijn en zorg. Hierdoor hebben woonzorgprojecten altijd een hoog integraal karakter waarbij veel afstemming tussen de verschillende beleidsgebieden plaats moet vinden. Als gevolg hiervan verloopt het plan- en realisatieproces niet altijd even soepel. In sommige gevallen kan dit leiden tot een stagnatie van het proces om een woonzorgzone te realiseren.

Er zijn verschillende factoren die kunnen bijdragen aan feit dat het realisatieproces van sommige projecten stroef verloopt of zelfs stagneert, bijvoorbeeld bedrijf- en cultuurverschillen of verschillen in planninghorizon tussen de betrokken actoren. Echter de belangrijkste factoren die tot stagnatie in het proces kunnen leiden hebben vooral te maken met de verschillende randvoorwaarden op het gebied van wet- en regelgeving en financiering vanuit de verschillende beleidsgebieden (Reinders, 2003; Postumus 2005).

Vooraf het ontbreken van op woonzorgzones toegesneden wet- en regelgeving en de beschikbaarheid van financiën zijn de grootste problemen. Volgens Posthumus (2005) ontstaat er een knelpunt in het realisatieproces van woonzorgzones door de onzekerheid over de financieringsmogelijkheden in de toekomst, omdat elke actor binnen het proces op een verschillende wijze aan financieringsmiddelen komt. Daarnaast ontstaan volgens hem knelpunten door verouderde sterk sectorale wetgeving dat niet geschikt is voor de integrale benadering van woonzorgzones en is er geen duidelijk beeld van alle wet- en

⁴ STAGG is de Stichting Architecten Onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg. Het STAGG-model wordt verder uitgelegd in hoofdstuk 2.

⁵ Website Databank Wonen-Zorg is:

http://www.kcwz.nl/cgi-bin/databank.cgi?page=databank/zone_lijst&soort=zone

regelgeving dat woonzorgzones betreft (Posthumus, 2005). Er wordt in de literatuur over woonzorgzones vaak gesproken over ‘de jungle van wet- en regelgeving’.

Posthumus (2005) noemt tevens een mogelijke oplossing voor de gesignaleerde knelpunten: aanpassing van wet- en regelgeving en het financieringsstelsel op de nieuwe integrale benadering van woonzorgzones. Dit lijkt een adequate oplossing voor de geschetste problematiek, maar deze oplossing blijkt niet noodzakelijk aangezien er reeds succesvolle woonzorgzones zijn gerealiseerd binnen de huidige wet- en regelgeving en financieringsstelsels.

Doelstelling

In dit onderzoek wordt bekeken wat mogelijkheden zijn om het realisatieproces van woonzorgzones soepeler te laten verlopen door naar oplossingsmogelijkheden te zoeken voor gesignaleerde belemmeringen in de randvoorwaarden wet- en regelgeving en financieringswijze.

Vraagstelling

Deze probleem- en doelstelling leiden tot de volgende hoofdvraag voor dit onderzoek:

Wat zijn mogelijkheden om het realisatieproces van woonzorgzones soepeler te laten verlopen bekeken vanuit de randvoorwaarden wet- en regelgeving en financiering omtrent woonzorgzones?

Om tot een beantwoording te komen van de hoofdvraag is deze opgedeeld in de volgende subvragen:

- Op welke wijze zijn deze wet- en regelgeving belemmerend voor het realisatieproces van woonzorgzones?
- Op welke wijze zijn deze vormen van financiering belemmerend voor het realisatieproces van woonzorgzones?
- Welke mogelijkheden zijn er om de belemmeringen door wet- en regelgeving en financieringsvormen te verkleinen?

Plan van Aanpak

Om tot een beantwoording van de hoofdvraag en de subvragen te komen worden verschillende methoden van onderzoek worden gebruikt. Allereerst is er een literatuurstudie gedaan naar woonzorgzones in het algemeen en het realisatieproces ervan. Daarna is geïnventariseerd welke wet- en regelgeving en welke financieringsvormen betrekking hebben op woonzorgzones.

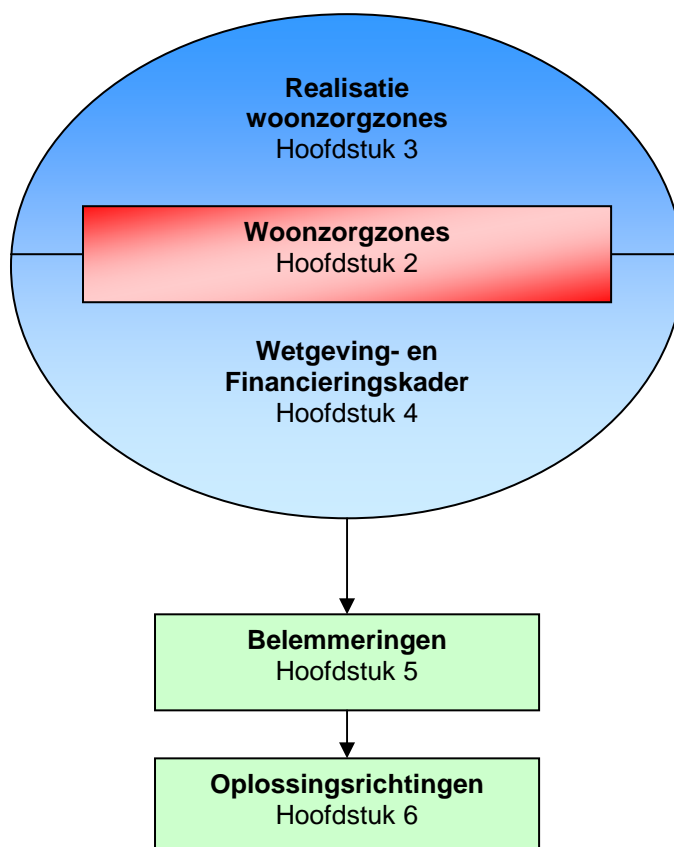
Door middel van mondelinge interviews is bekeken op welke wijze deze wet- en regelgeving en financieringsvormen zorgen voor stroefheid en in sommige gevallen tot stagnatie van het realisatieproces van woonzorgzones. In deze interviews is onder andere ingegaan op het realisatieproces van woonzorgzones en op welke wijze wet- en regelgeving en financieringsvormen hierbij als belemmerend worden ervaren. De interviews zijn gehouden met zes projectleiders van verschillende projecten op het gebied van woonzorgzones. Alle geselecteerde projecten zijn de visievormingsfase voorbij en dus bezig met de daadwerkelijke realisatie, of met het scheppen van voorwaarden – voornamelijk financieel – om realisatie mogelijk te maken. De reden om projectleiders te interviewen is omdat zij een brede, alles overziende kijk hebben op concrete projecten. In de rol van projectleider worden zij daadwerkelijk geconfronteerd met alle belemmeringen die het realisatieproces van woonzorgzones met zich meebrengt en worden gedwongen om met deze belemmeringen om te gaan.

Naast projectleiders zijn er ook interviews afgenomen met zes experts c.q. beleidsmedewerkers op het gebied van woonzorgzones voor een bredere blik op de vraagstelling van dit onderzoek. De meeste van deze experts zijn werkzaam bij instanties

die op een meer strategisch niveau bezig zijn op het gebied van wonen en zorg. Er zijn bijvoorbeeld beleidsmedewerkers geïnterviewd werkzaam op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM), het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV).

Leeswijzer

Allereerst zal in hoofdstuk 2 worden ingegaan op de context van dit onderzoek, namelijk de woonzorgzone. In dit hoofdstuk wordt behandeld wat de kenmerken zijn van een woonzorgzone, wat de doelgroep is en welke kritiek er is op woonzorgzones. In hoofdstuk 3 zal vervolgens worden ingegaan op het beleidskader van woonzorgzones en de actoren op strategisch en operationeel niveau die betrokken zijn in het realisatieproces van woonzorgzones. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de specifieke wet- en regelgeving en wijzen van financiering die van invloed zijn binnen de context van woonzorgzones behandeld. Aan de hand van de afgenomen interviews worden in hoofdstuk 5 de ervaren belemmeringen uiteen gezet, waarna de mogelijke oplossingsrichtingen voor deze belemmeringen worden behandeld in hoofdstuk 6.



Figuur 2: Opbouw scriptie.

Hoofdstuk 2: Woonzorgzones

Aangezien dit onderzoek zich toespit op het realisatieproces van woonzorgzones wordt in dit hoofdstuk kort toegelicht wat het concept van woonzorgzones inhoud, wat het doel is en welke actoren betrokken zijn bij het realisatieproces.

2.1 Kenmerken van woonzorgzones

Een woonzorgzone is een concept dat kan worden gezien als een vervolg op de woonzorgcomplexen⁶ waarmee de scheiding van wonen en zorg is ingezet. Woonzorgcomplexen zijn bedoeld om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen de muren van een complex. Een woonzorgzone voegt daar de dimensie van intergratie in een wijk of dorp aan toe (Singelenberg en Harkes, 2004).

Hierdoor ontstaat een woonwijk waarin optimale condities worden gecreëerd voor de combinatie van wonen met zorg en welzijn. Senioren blijven zelfstandig in de wijk of dorp wonen met de garantie dat zorg direct aan huis kan worden geleverd. Een woonzorgzone beschikt over geavanceerde dienstverlening en infrastructuur, waarbij zorg aanwezig is binnen loopafstand. Hierbij zijn de belangrijkste kenmerken (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001):

- Integrale zorg- en dienstverlening, georganiseerd in multifunctionele wijkcentra;
- Levensloopbestendige woningen en woonomgeving met een goed voorzieningenniveau;
- Een gewoon woongebied waarin de zorg niet domineert;
- Een sociaal en verkeersveilig woonmilieu.

In een woonzorgzone wonen niet alleen ouderen en andere zorgbehoevende mensen, maar vormen zij de minderheid. Hierdoor ontstaat het ideaal van een zo normaal mogelijke samenleving met mensen van verschillende leeftijden. Ook wordt de wijk aantrekkelijk voor doelgroepen die baat hebben bij het verhoogde niveau van dienstverlening, zoals gezinnen met kinderen en vitale senioren (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Een inspiratiebron voor de woonzorgzone in Nederland ligt in Scandinavië. Met name de manier waarop in Denemarken wonen, welzijn en zorg zijn georganiseerd op wijkniveau, waardoor veel meer nadruk op het deel blijven nemen aan het gewone dagelijkse leven ligt, is voorbeeld geweest bij de ontwikkeling van het STAGG-model (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Het STAGG-model

In 1995 publiceerde de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg het boek 'Verblijven of wonen; zorg voor ouderen'. Hierin worden planologische scenario's gepresenteerd voor een stadswijk of plattelandsgebied van 10.000 inwoners. De vraag hoe een wijk eruit zou moeten zien om wonen, welzijn en zorg zo dicht mogelijk bij de bewoners te kunnen organiseren is uitgewerkt in het STAGG-model. In het rapport worden vragen behandeld als; wat is de ideale afstand tot een ontmoetingsplek, wat is de schaal van een herkenbare buurt, moet coördinatie van zorg en dienstverlening op buurtniveau plaatsvinden of kan dat ook op hoger niveau? In november 2000 is het rapport geactualiseerd en verbreedt van alleen ouderen naar alle doelgroepen van de zorg,

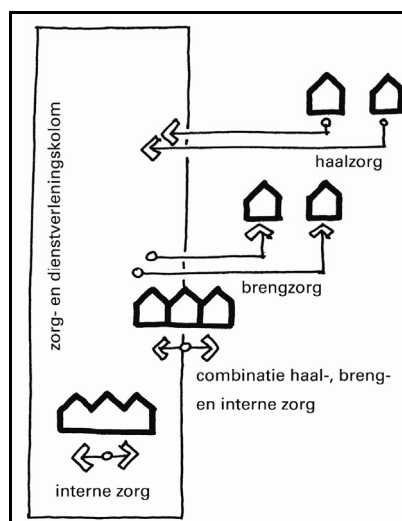
⁶ Woonzorgcomplexen zijn aan het eind van de jaren tachtig ontstaan als opvolger van deels het verzorgingshuis, deels de gemeentelijke woontussenvoorziening voor ouderen. In woonzorgcomplexen kunnen ouderen zelfstandig, maar wel beschut binnen de muren van het complex wonen met facultatieve levering van zorg op maat (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

dus ook gehandicapten en cliënten van psychiatrie en maatschappelijke opvang (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

De STAGG schets een toekomstscenario voor wonen en zorg in 2015. Hierbij wordt uitgegaan van een wijk of dorp met 10.000 inwoners, waarbij de centrale vraag is hoe wonen en zorg georganiseerd moeten worden, er van uitgaande dat het aantal mensen met een zorgbehoefte dat zelfstandig blijft wonen aanzienlijk zal toenemen. Verder wordt in het STAGG-model de aanname gedaan dat ongeveer 500 mensen per 10.00 inwoners een combinatie van wonen en zorg nodig hebben. Hierdoor zal er binnen een dergelijke wijk of dorp voldoende draagvlak voor het organiseren van wonen en (intensieve) zorg (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Het aanbod van wonen, zorg en welzijn zijn in de intramurale zorg met elkaar verweven in één pakket, dat slechts in zijn geheel kan worden afgenomen. In het STAGG-model wordt dit pakket uiteengelegd in afzonderlijke functies onderverdeeld in drie hoofdgroepen; dienstverlening/welzijn, zorg en wonen. Binnen deze indeling onderscheidt de STAGG de volgende functie (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001):

- Functies die worden gehaald door gebruiker;
- Functies die worden gebracht door aanbieder;
- Functies die intern worden geleverd.

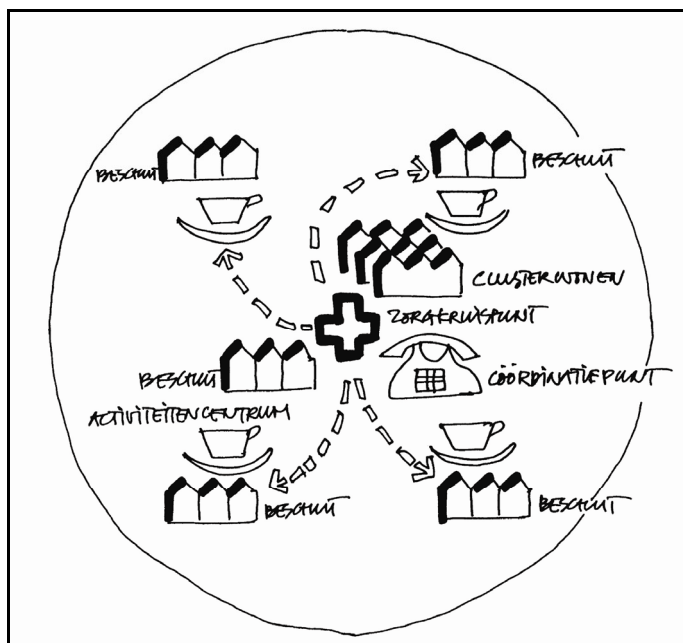


Figuur 3: Organisatie dienstverlening- en zorgfuncties (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Voorbeelden van haalfuncties zijn; boodschappen doen, recreatieve activiteiten, revalidatie, sociale contacten. Aspecten die bij deze functie spelen zijn; afstand tot woning, verkeersstructuur, toegankelijkheid, vervoersmogelijkheden en betaalbaarheid. Voorbeelden van brengfuncties zijn; zorgverlening woningonderhoud, klussen in en om de woning, maaltijdservice, alarmering en boodschappendiensten. Bereikbaarheid is een aspect dat speelt vanuit de optiek van de aanbieder. Aspecten die hier spelen zijn; de afstand tot de klant in relatie tot de frequentie van de dienst, de geschiktheid van de woning voor de dienstverlening en de verhouding tussen de kosten en de baten (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Bij interne levering bevinden de aanbieder en de klant zich op dezelfde plek als de intensiteit en frequentie van de zorgbehoefte dit vereist. Voorbeelden zijn langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

Haalfuncties worden volgens het STAGG-model ondergebracht in activiteitencentra. Een coördinatiepunt is een centraal loket waar mensen informatie en advies kunnen krijgen en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd. Een zorgkruispunt levert 24-uurs zorg, zowel intern als in de wijk. Het zorgkruispunt kan een klein medisch centrum omvatten (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).



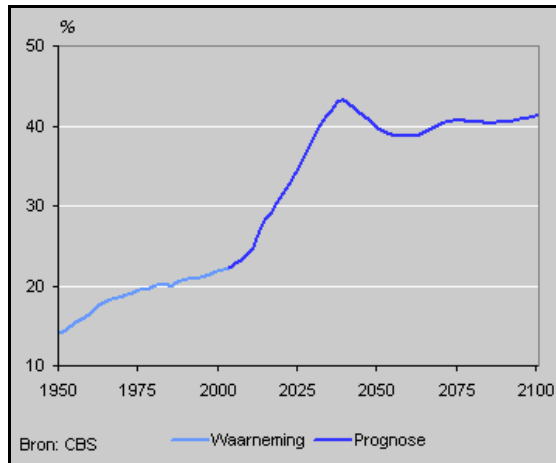
Figuur 4: STAGG-model voor stedelijk gebied (Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg, 2001).

2.2 Doelgroep

Voorals ouderen, maar ook andere zorgbehoevende personen zoals geestelijk- of lichamelijk gehandicapten zijn de doelgroep voor woonzorgzones. Door de komende vergrijzing zal deze doelgroep in de toekomst fors toenemen. Vooral na 2010 neemt het aantal ouderen sterk toe. Samen met het toenemende aantal ouderen nemen ook de onderlinge verschillen toe. De verschillen binnen de groep ouderen hebben onder andere betrekking op verschillende niveaus van financiële en sociale zelfredzaamheid. Er zijn zowel rijke als arme ouderen, zowel ouderen met een hecht sociaal netwerk en ouderen die dat niet hebben. Vooral de verschillen in de financiële spankracht van ouderen zijn groot en worden in de toekomst naar verwachting steeds groter (VROM-Raad, 2005). Hieronder worden de kenmerken van de doelgroep voor woonzorgzones toegelicht.

2.2.1 Vergrijzing

Na 2010 zal het aantal ouderen sterk toenemen. Volgens het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) waren er op 1 januari 2000 ongeveer 3,7 miljoen mensen 55 jaar en ouder, dat is 23% van alle Nederlanders. Dit aantal zal naar verwachting in 2030 zijn gegroeid tot 6 miljoen, 35% van alle Nederlanders (Goumans e.a., 2004). Er zijn een aantal redenen die de komst van deze grijze golf verklaren. Zo neemt de levensverwachting van mensen toe en daarnaast nadert de naoorlogse babyboomgeneratie spoedig een leeftijd van 55 jaar of ouder (Nesselaar, 2001 A). Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) spreekt in over een toenemende grijze druk. Grijze druk is volgens het CBS het aantal personen van 65 jaar of ouder als percentage van het aantal personen van 20–64 jaar. Hierbij valt de groep 20–64-jarigen voor een groot deel samen met de (potentiële) beroepsbevolking, die de lasten van de vergrijzing moet opvangen. Op dit moment is de grijze druk 22 procent. Kort na 2010 is een versnelling in de toename van het aantal ouderen te verwachten. Vanaf dat jaar bereiken de eerste babyboomers van de naoorlogse geboortegeneratie de leeftijd van 65 jaar (Alders, 2003). In figuur 5 staat weergegeven hoe de curve van de grijze druk volgens het CBS verloopt.



Figuur 5: Grijze druk (Alders, 2003).

Rond 2040 bereikt de vergrijzing haar hoogtepunt met een grijze druk van rond de 43 procent, bijna het dubbele van nu. Na 2040 neemt de grijze druk enigszins af, omdat de naoorlogse generatie dan overleden zal zijn. Deze daling zal echter niet sterk zijn, waardoor er beweerd kan worden dat de vergrijzing een structureel verschijnsel is (Alders, 2003).

2.2.2 Verscheidenheid

Binnen de grote groep ouderen bestaan veel onderlinge verschillen op het gebied van koopkracht, gezondheid, vrijetijdsbesteding, opleiding, etc. Om toch enigszins te kunnen omgaan met de diversiteit van de heterogene groep ouderen wordt er toch vaak een opdeling gemaakt in kleinere homogene groepen. Socioloog Becker (1992) onderscheidt bijvoorbeeld vijf verschillende generaties binnen de groep ouderen, terwijl Puylaert (2001) een onderscheid maakt naar leefstijl. Overigens zijn er veel meer indelingen in generaties en leefstijlen mogelijk, maar hieronder worden enkel het onderscheid in generaties volgens Becker en het onderscheid in leefstijlen volgens Puylaert kort toegelicht.

Generaties

Volgens socioloog Becker is het mogelijk om in de grote groep ouderen van tegenwoordig vijf verschillende generaties te onderscheiden, elk met verschillende kenmerken en voorkeuren (Becker, 1992):

- *De vooroorlogse generatie*: de mensen in deze generatie zijn geboren tussen 1910 en 1930. Deze generatie is gevormd door de crisisjaren en de Tweede Wereldoorlog. Hierdoor weten de mensen uit deze generatie hoe belangrijk het is om verzekerd te zijn van een bescheiden vorm van welvaart. Deze generatie kent beperkte levenskansen die later ook nauwelijks worden ingehaald.
- *De stille generatie*: deze generatie is geboren tussen 1930 en 1940. Kenmerken van deze generatie is dat de formatieve periode⁷ grotendeels na de Tweede Wereldoorlog ligt waardoor deze generatie opgroeit in een periode van wederopbouw, welke werd gevolgd door een periode van economische hoogconjunctuur. Ook zijn er voor deze generatie verbeterde onderwijskansen en betreden ze de arbeidsmarkt in een periode waarin de vraag naar arbeid zeer groot is.

⁷ Formatieve periode is de 15^e tot en met de 25^e levensjaar van personen waarbinnen generaties worden 'geprogrammeerd' door ervaringen tijdens deze periode. Dit leidt tot een gedeeld waardepatroon binnen de generatie (Ingen, Dagevos en Beckers, 2004).

- *De protestgeneratie*: is geboren tussen 1940 en 1955. Deze generatie is opgeroeid in toenemende welvaart waardoor de levenskansen relatief gunstig zijn. De formatieve periode was de jaren zestig, waarin voor het eerst een duidelijke jeugdcultuur ontstond.
- *De verloren generatie*: de mensen uit deze generatie zijn geboren tussen 1955 en 1970, een periode met een economische crisis en massale werkloosheid onder schoolverlaters.
- *De pragmatische generatie*: is geboren na 1970 en opgegroeid in een periode van economisch herstel. Door de kleine omvang van de pragmatische generatie is de strijd om goede banen en inkomens kleiner dan bijvoorbeeld de verloren generatie, waardoor de levenskansen beter zijn van de pragmatische generatie.

Uit empirisch onderzoek van Diepstraten, Ester en Vinken (1998) blijkt dat Nederlandse burger een sterk generatiebesef hebben. Drie kwart van de Nederlanders vindt van zichzelf dat hij of zij bij een bepaalde generatie behoort.

Leefstijlen

Puylaert (2001) maakt een onderscheid binnen de grote groep ouderen met behulp van de variabelen tijd, geld en gezondheid. Met behulp van deze variabelen, die volgens hem bepalend zijn voor het ruimtelijke gedrag en locatievoorkeuren van ouderen, komt hij tot vier homogene groepen (Puylaert, 2001):

- *Actief, alles kan*: ouderen die nog met beide benen in het maatschappelijke leven staan en daarin ook geen beperkingen ondervinden door tijd of geld.
- *Actief, met beperkingen*: ouderen die eveneens nog met beide benen in het maatschappelijke leven staan, maar wel worden beperkt door financiële middelen.
- *Hulpbehoevend alles kan*: de gezondheid van deze ouderen zorgt voor beperkingen op het gebied van bewegingsvrijheid. De beperking van de bewegingsvrijheid bepaald in sterke mate het activiteitenpatroon.
- *Hulpbehoevend, met beperkingen*: naast beperkingen door gezondheidsproblemen, zijn ook geld en tijd beperkende factoren.

Met behulp van deze vier groepen komt Puylaert tot een schema waarin voor elke groep is aangegeven hoe de kwalitatieve vraag zich zal ontwikkelen voor de onderwerpen; woning en woonomgeving, mobiliteit, ontspanning en voorzieningen. Dit schema is opgenomen in dit onderzoek als bijlage 1. Overigens geeft Puylaert zelf aan dat het geschetste beeld in dit schema enigszins gechargeerd is.

Vermogenspositie

Over het algemeen stoppen ouderen met werken rond de wettelijke pensioengerechtigde leeftijd⁸. Dit heeft gevolgen voor de inkomensbron en daarmee de financiële situatie van senioren. Voor veel senioren zijn de bestedingsmogelijkheden de laatste jaren toegenomen door goede pensioenregelingen, lijfrenteregelingen, koopsompolissen, beleggingen en een toenemende aantal ouderen heeft veel vermogen opgeslagen in een eigen woning (Nesselaar, 2001 B). Toch zal de inkomenspositie op zich zal niet ver afwijken van het niveau toen de ouderen nog deel uitmaakten van het arbeidsproces. De reden dat de vermogenspositie van ouderen zo goed is ligt niet aan het inkomen, maar aan het vermogen dat zij hebben opgebouwd. Dit blijkt uit tabel 1 waarin de gemiddelde schuld- en vermogensposities van verschillende leeftijdscategorieën staan. Voor de leeftijdscategorie 55-64 jaar is het gemiddelde vermogen €170.800. In dit bedrag is de

⁸ Momenteel is de pensioengerechtigde leeftijd volgens artikel 6:1 van het pensioenreglement 65 jaar.

waarde van de eigen woning verdisconteerd. Wordt de waarde van de eigen woning niet meegenomen in de berekening, dan blijft het gemiddelde vermogen van deze leeftijdscategorie nog altijd ongeveer € 86.500. Als ook de gemiddelde schuld (€44.900) van de leeftijdscategorie 55-64 jaar wordt meegenomen in de berekening blijft een vermogen van €41.600 over. Voor de leeftijdscategorieën 65-74 jaar en 75+ is de vermogenspositie nog beter aangezien deze categorieën over het algemeen de hypotheek op de eigen woningen en de schulden hebben afgelost (Keehnen en Sikkel 2004).

leeftijd	Aantal huishoudens	Schulden	Vermogen		Saldo	
			Excl. Woning	Incl. woning	Excl. Woning	Incl. woning
tot 25	398	12,6	15,1	20,1	2,5	7,5
25-34	1433	55,1	18,1	37	-37	-18,1
35-44	1452	68,2	43,4	95	-24,8	26,9
45-54	1288	66	68,3	141,3	2,3	75,3
55-64	8900	44,9	86,5	170,8	41,6	125,8
65-74	754	17,2	78,2	151,2	61	134
75+	641	9,4	92	143,5	82,7	134,2

Tabel 1: Gemiddelde schulden en vermogen van huishoudens naar leeftijd hoofdkostwinner (* € 1.000) (Keehnen & Sikkel 2004).

Gezondheid

In het proces van ouder worden doen zich veranderingen voor in de fysieke en psychische gesteldheid van ouderen. Vaak gaat het om geleidelijke veranderingen wat kan leiden tot kleine ongemakken en beperkingen. Deze beperkingen zijn op te delen in twee categorieën: lichamelijke beperkingen en geestelijke beperkingen. Hieronder worden beide categorieën kort toegelicht.

Lichamelijke beperkingen

Op hoge leeftijd loopt de gezondheid terug wat in sommige kan leiden tot ernstige gevolgen voor het dagelijks functioneren van ouderen. In tabel 2 staat het voorkomen van een aantal van deze beperkingen opgedeeld naar leeftijd. Hieruit kan worden opgemaakt dat het aandeel ouderen toeneemt dat lichamelijke beperkingen ondervind naarmate ze ouderen worden.

Lichamelijk beperking	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	85+
Zien	3%	5%	8%	17%	38%
Horen	4%	7%	14%	23%	35%
Zitten en staan	14%	23%	29%	47%	61%
Arm / hand	8%	12%	16%	26%	42%
Lopen	7%	14%	23%	46%	73%
Huishoudelijke activiteiten	11%	19%	28%	54%	78%
Persoonlijke verzorging	5%	12%	13%	28%	57%

Tabel 2: Beperkingen naar leeftijd (Keehnen en Sikkel 2004).

Geestelijke beperkingen

De geestelijke gezondheid van ouderen is tot het 70^{ste} levensjaar zeer goed. Hoewel ouderen steeds meer lichamelijke beperkingen ondervinden, hebben ze over het algemeen plezier in het leven en zijn ze positief gestemd. Vanaf 55 jaar voelen ouderen zich over het algemeen vrijer, meer ontspannen, minder depressief en minder eenzaam. Na grofweg het 70^{ste} levensjaar krijgen senioren steeds meer geestelijke problemen (Keehnen en Sikkel 2004). Uit tabel 3 blijkt dat het aantal ouderen met depressies toe neemt naarmate ze ouder worden. Ook ontstaan er vanaf 75-jarige leeftijd verstandelijke problemen zoals het onthouden, begrijpen en redeneren.

Geestelijk stoornis	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar
Angststoornissen	7%	14%	10%
Depressiestoornissen	11%	14%	19%
Verstandelijke stoornissen	3%	6%	19%

Tabel 3: Geestelijke stoornissen naar leeftijd (Keehnen en Sikkel 2004).

Onder de groep mensen met gezondheidsproblemen bevinden zich relatief veel senioren, echter binnen de totale groep senioren is het aandeel met gezondheidsproblemen in de minderheid (Nesselaar, 2001B).

2.2.3 Zorg- en welzijnsbehoefte

Ouderdom komt met gebreken wordt wel eens gezegd. Zodra mensen ouderen worden neemt de zorgvraag steeds verder toe. In eerste instantie krijgen ouderen problemen met zwaar huishoudelijk werk, daarna ontstaan mobiliteitsproblemen en problemen met de persoonlijke verzorging. Diensten zoals huishoudelijke hulp, maaltijdverstrekking, aangepast vervoer, aangepaste voorzieningen in de woning kunnen voorkomen dat er te vroeg beroep wordt gedaan op zwaardere zorgverlening. Afgezien van de huishoudelijke hulp vallen deze diensten onder de verantwoordelijkheid van de gemeente (Goumans e.a., 2004).

Over de vraag van ouderen naar dienstverlening is weinig marktonderzoek gedaan. Toch kan volgens De Klerk (2001) worden gesteld dat huishoudelijke hulp, boodschappendienst, maaltijden en vervoer over het algemeen behoren tot de meest gevraagde diensten. Uit een onderzoek van het Algemeen Voorzieningen Onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt dit niet zo duidelijk (zie tabel 4). Uit tabel 4 blijkt vooral dat de behoefte aan diensten toeneemt naarmate de leeftijd van ouder hoger wordt. Overigens is van de gegevens uit tabel 4 is niet bekend welke organisatie de voorzieningen verstrekken en in welke mate of frequentie (Goumans e.a., 2004).

Welzijnsvoorziening	55-74 jaar	75 jaar en ouder
Boodschappen doen	11%	34%
Maaltijden bereiden	6%	18%
Bed verschonen	13%	36%
De was doen	7%	22%
Klussen met trap	17%	48%
Licht huishoudelijk werk	7%	23%
Zwaar huishoudelijk werk	21%	52%
Reparaties, klusjes	14%	35%
Administratie	6%	20%
Verplaatsingen buiten	9%	34%

Tabel 4: Gebruik van welzijnsvoorzieningen door ouderen naar leeftijd (Brouwer, van Galen en Sogelée, 2002).

Ten aanzien van de zorgbehoefte kan worden gesteld dat momenteel 14% van de ouderen – 65 jaar of ouder – gebruik maakt van thuiszorg, terwijl 5% in een verzorgingshuis woont en 2% in een verpleeghuis. Hierbij neemt de zorgzwaarte van de verpleging en verzorging in alle instellingen – verzorgingshuis, verpleeghuis en de thuiszorg – toe. Dit komt bijvoorbeeld doordat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen (Goumans e.a., 2004).

2.2.4 Woonbehoefte

Ouderen willen steeds vaker langer zelfstandig wonen. Daarnaast staat de ontwikkeling dat ouder mensen minder verhuisgeneigd worden des te ouder ze worden. Zoals uit tabel 5 blijkt is het aandeel ouderen met verhuisplannen binnen de leeftijdscategorie 55-64 jaar 14%. Bij huishoudens van 85 jaar of ouder is de verhuisgeneigdheid afgenomen tot 9%. De gemiddelde verhuisgeneigdheid van alle zelfstandige huishoudens in Nederland is

22%. Verhuisgeneigde ouderen geven naarmate ze ouder worden vaker aan naar een expliciete voor ouderen bestemde woonvorm op zoek te zijn. Hierbij is een bejaarden woning de meest gevraagde vorm van ouderenhuisvesting, gevolgd door de aanleunwoning. Woonzorgcomplexen en verzorgingsflats zijn het minst in trek bij ouderen. Woonzorgcomplexen en serviceflats zijn alleen gewenst door sommige 75-plussers die erg hechten aan de garantie van zorg in de nabijheid (VROM, 2003 A).

leeftijd	Aandeel ouderen met verhuis plannen	Op zoek naar volledig toegankelijke woning	Op zoek naar specifieke ouderenwoning	Gewenste soort ouderwoning		
				Op zichzelf staand	In een complex	Geen voorkeur
55-64 jaar	14%	52%	32%	49%	33%	18%
65-74 jaar	13%	77%	60%	34%	50%	17%
75-84 jaar	12%	89%	83%	22%	66%	13%
85+	9%	91%	92%	7%	78%	16%

Tabel 5: Verhuisplannen en verhuiscwensen van ouderen (VROM, 2003 A).

Bij verhuisgeneigde ouderen blijken een te grote vorige woning, lichamelijke beperkingen en algemene gezondheidstoestand de belangrijkste motieven om te verhuizen (zie tabel 6). Sociale redenen zoals angst of eenzaamheid blijken nauwelijks een reden om te verhuizen (VROM, 2003 A).

Hoofdrede	Subrede	Percentage
Woning	Vorige woning was te groot	26%
	Vorige woning was alleen met trap bereikbaar	10%
	Vorige woning was niet gelijkvloers	23%
	Vorige woning was moeilijk aanpasbaar	6%
Gezondheid	Het (regelen) van het huishouden werd te zwaar	8%
	Lichamelijke beperkingen	27%
	Algemene gezondheidstoestand	29%
	Bang voor gezondheid als er niemand in de buurt is	6%
Sociaal	Bang om alleen thuis te zijn	2%
	Eenzaam	4%
Overig		31%

Tabel 6: Reden waarom ouderen kozen voor woonruimte specifiek bestemd voor ouderen (VROM, 2003 A).

2.3 Leefomgeving binnen woonzorgzones

Ondanks dat ouderen aangeven eenzaamheid nauwelijks een reden is om te verhuizen hechten ouderen – net als andere burgers – wel aan veel waarde aan de leefomgeving waarin ze wonen. Een aantrekkelijke en toegankelijke leefomgeving moet vooral veilig zijn en tegelijk uitnodigen om contact te zoeken met andere buurtgenoten. Vooral voor ouderen wordt deze direct leefomgeving steeds belangrijker, aangezien hun mobiliteit afneemt naarmate ze ouder worden. Hierdoor is het belangrijk dat de leefomgeving van bijvoorbeeld woonzorgzones bepaalde sociale en fysieke kwaliteiten bezit zoals goede toegankelijkheid voor ouderen.

Volgens De Hart (2002) kan de kwaliteit van de leefomgeving worden opgedeeld in drie elementen, waarbij elk element weer is opgedeeld in subelementen:

1. Sociale samenhang en cohesie:
 - sociale, economische en etnische integratie;
 - betrokkenheid bij de buurt en samenleving;
 - onderlinge betrokkenheid en interactie;
 - vrijwilligerswerk, informele zorg en verenigingleven;
2. Fysieke kwaliteit van de leefomgeving:
 - aantal en niveau van de voorzieningen;
 - woningvoorraad;
 - kwaliteit van de woonomgeving;
3. Veiligheid:
 - criminaliteit en slachtofferrisico;
 - onveiligheidsbeleving;
 - verkeersoverlast.

Hieronder zal aan de hand van de elementen van De Hart (2002) de sociale en fysieke context voor de leefomgeving binnen woonzorgzones beschreven.

2.3.1 Sociale context

Zoals uit paragraaf 2.2 blijkt is de verscheidenheid binnen de grote groep ouderen enorm groot. Toch kan over het algemeen worden gesteld dat ouderen in de toekomst beter zijn opgeleid, meer vermogen hebben, vitaler en mondig zijn. Dit heeft gevolgen voor de sociale participatie van ouderen, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk⁹. Vooral mensen met een leeftijd tussen 46 en 75 jaar blijken actief vrijwilliger te zijn. Daardoor lijken ouderen de ruggengraat van de civil society¹⁰ te gaan vormen. De belangrijkste redenen om vrijwilligerswerk te doen zijn volgens Goumans e.a. (2004) het verkrijgen van eigenwaarde, statusverhoging, het aanbrengen van structuur in het dagelijks leven, het onderhouden van sociale contacten en het inzetten van ervaring en capaciteiten voor een nuttige zaak.

Een woonzorgzone creëert voorwaarden waardoor ouderen een onderdeel blijven uitmaken van de maatschappij en daaraan een actieve deelname kunnen leveren. Door een actieve deelname van ouderen binnen een civil society kan de vraag naar zorg afnemen, aangezien een vraag naar zorg in sommige gevallen eerder een vraag naar aandacht betekend. Een gebrek aan goede sociale contacten kan mensen kwetsbaar maken wat kan leiden tot lichamelijke klachten en een hogere zorgconsumptie. Het blijkt dat voldoende en goede sociale relaties een gunstig effect hebben op lichamelijke en geestelijke gezondheid van mensen en daarmee op de levensduur. De precieze reden waarom sociale relaties bijdragen aan de gezondheid en levensduur is nauwelijks bekend. Wel bestaat het vermoeden dat sociaal actieve mensen minder angst en stress ervaren, wat een positief effect heeft op het immuunsysteem (Goumans e.a., 2004).

⁹ Vrijwilligerswerk is werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving (Meijs, 1997).

¹⁰ Er bestaan veel definities over wat een civil society inhoud. Christopher Alexander bijvoorbeeld ziet een civil society als volgt: *'Civil society should be conceived as a solidary sphere in which a certain kind of universalizing community comes gradually to be defined and to some degree enforced. To the degree this solidary community exists, it is exhibited by "public opinion", possesses its own cultural codes and narratives in a democratic idiom, is pattered by a set of peculiar institutions, most notably legal and journalistic ones, and is visible in historically distinctive sets of interactional practices like civility, equity, criticism, and respect. This kind of civil community can never exist as such; it can exist only "to one degree or another".'* (Alexander, 1998: 7).

Over het algemeen kan worden gesteld dat een civil society is opgebouwd uit informele sociale netwerken zoals buurtverenigingen, kerken, belangenverenigingen, sportverenigingen, etc.

Mantelzorg

Naast formele zorg bestaat er ook informele zorg in de vorm van mantelzorg of lotgenotencontact. Mantelzorg is een vorm van zorg waarbij zorgbehoevende personen worden verzorgd door voornamelijk familieleden en in mindere mate door vrienden en burens. Volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) is de definitie voor mantel: “Zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie”. Mantelzorg maakt reeds een groot deel uit van de aan huis geleverde zorg. Momenteel bestaat drie kwart van de zorg aan huis uit mantelzorg (VWS, 2005 A). Naast mantelzorg maakt ook lotgenotencontact een onderdeel uit van informele zorg. Organisaties zoals de Nationale Vereniging Zonnebloem¹¹ bieden ondersteuning in de vorm van gezelligheidsbijeenkomsten, huisbezoeken en hand- en spandiensten (Goumans e.a., 2004).

2.3.2 Fysieke context

De fysieke context van woonzorgzones heeft vooral betrekking op de aanwezigheid en toegankelijkheid van voorzieningen. De kwaliteit van de fysieke leefomgeving speelt bij sociale integratie een belangrijke rol en kan faciliterend zijn voor de sociale context van woonzorgzones. Een slecht toegankelijke leefomgeving kan leiden tot sociale uitsluiting en afzondering (Goumans e.a., 2004).

Toegankelijkheid

Het aantal ouderen met rollators en elektrische mobielen neemt toe terwijl de ruimte van de looppaden in bijvoorbeeld supermarkten hier vaak nog niet op is berekend. Ook de toegankelijkheid van andere voorzieningen zoals de bibliotheek en het buurthuis, en de toegankelijkheid van woningen zijn van belang voor de kwaliteit van de leefomgeving. Daarnaast zijn ouderen gebaat bij een leefomgeving waarin de voetpaden goed worden onderhouden, er veilige oversteeplekken zijn en waarin voldoende rustplekken zijn. Ook een gevoel van veiligheid is van belang binnen een woonzorgzone. Dit positief veiligheidsgevoel kan worden bereikt door goede oversteeplekken, goede straatverlichting en veilige wandelroutes (Goumans e.a., 2004).

Voorzieningen

De aanwezigheid van voorzieningen in de buurt is van groot belang binnen woonzorgzones. Hierbij gaat het niet alleen om zorgvoorzieningen maar ook om voorzieningen zoals een supermarkt, kapper, buurthuis, en bijvoorbeeld ook een tennisbaan of golfterrein voor de actieve ouderen. Vooral in dorpen in het landelijk gebied is er een tendens waarbij deze voorzieningen de dorpen verlaten. Deze vershraling van het voorzieningenniveau van dorpen treft vooral de minder mobiele mensen zoals ouderen en jongeren. Door voorzieningen op een slimme manier te combineren in een wijkservicecentrum lukt het vaak wel een bepaald voorzieningenniveau in stand te houden in deze kleine dorpen. Op deze manier kunnen de wijkservicecentra bijdragen aan de leefbaarheid van de dorpen.

Wijkservicecentra kunnen worden beschouwd als het hart van een woonzorgzone en is een voorzieningencentrum voor wonen, zorg en welzijn. Vaak worden deze functies gecombineerd met andere functies zoals een zorghotel, kinderopvang en grand café. Over het algemeen is er in een wijkservicecentrum sprake van tweerichtingsverkeer van dienstverlening. Enerzijds komen de mensen naar het centrum om diensten te halen en anderzijds dient het centrum als uitvalsbasis voor zorg- en dienstvoorzieningen die bij

¹¹ De Nationale Vereniging de Zonnebloem is een landelijke vrijwilligers organisatie die zich inzet voor langdurig lichamelijke zieken, lichamelijke gehandicapten en hulpbehoevende ouderen. De vrijwilligers van de vereniging bezoeken mensen die door ziekte of handicap aan huis gebonden zijn. Daarnaast organiseren de vrijwilligers tal van activiteiten, dagtochten en aangepaste vakanties.

de wijkbewoners aan huis worden geleverd. De invulling van een wijkservicecentrum verschilt per locatie (Aedes-Acares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 C). Nouws en Van der Linden (2003) beschrijven aan de hand van de onderstaande lijst alle diensten die mogelijk zijn in een multifunctioneel wijkservicecentrum:

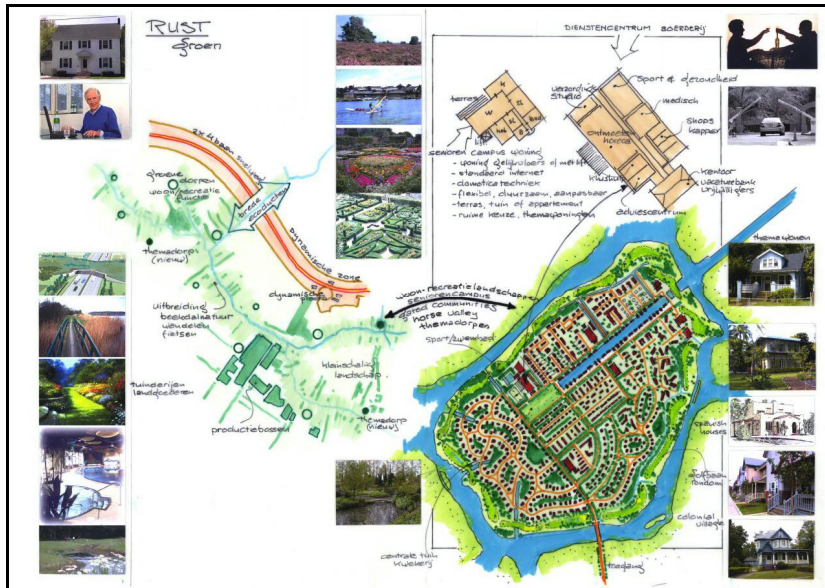
- *Commerciële diensten*: winkels, kapper, pedicure, drogist, café, bank, wasserette, fitness, audiciens, opticiens, prothesemaker, restaurant;
- *Woondiensten*: servicepunt voor de woningbouwvereniging, buurtconciërge;
- *Openbare diensten*: stadsdeelkantoren, bibliotheek, kunstuitleen, inloopbalie gemeente, peuterspeelzaal, wijkbeheer, maar ook religieuze diensten en onderwijs in scholen;
- *Welzijnsdiensten*: activiteitenruimten, maaltijdgebruik, cursussen, voorlichting, kleinschalige dagbesteding, voorstellingen, gezamenlijk koken, buurtoverleg, ouderenadviseur, knutselplaats, kinderopvang, internetcafé;
- *(Para)medische diensten*: Fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, spreekuurpost thuiszorg, alarmeringspost/opvang, hulpmiddelenuitgifte/depot/onderhoud, mantelzorgondersteuning, zorgplanning/uitvalsbasis zorgverleners, prikpost, trombosedienst, kleine ingrepen, administratie/overlegruimtes/management;
- *Zorgdiensten*: dagopvang, dagverzorging, dagbehandeling, nachtopvang, tijdelijk verblijf (huisartsenbedden), spreekuur maatschappelijk werk, 24-uurs zorgsteunpunt, wijkverpleegkundigen, huisartsen, verloskundigen, consultatiebureau, tandarts, apotheek.

2.4 Inspelen op veranderingen

Aangezien de vermogenspositie van een deel van de toekomstige ouderen zal verbeteren zijn het niet langer hoofdzakelijk de publieke partijen die inspelen op de woonzorgmarkt voor ouderen. Ook private partijen ontwikkelen steeds vaker concepten die zijn geënt op het principe van woonzorgzones. Een voorbeeld hiervan is ‘De Seniorenstad’ van Inbo Adviseurs. Dit concept omvat het bouwen van een nieuwe stad dat volledig is ingericht voor senioren. Hierdoor moet vooral een grote diversiteit aan woonmilieus ontstaan dat specifiek aanspreekt op senioren, waardoor de keuzemogelijkheden voor ouderen wordt vergroot (Sievers en Bogers, 2004). ‘De Seniorenstad’ is geïnspireerd door Sun City: een gated community¹² in de Verenigde Staten met ongeveer 41.000 oudere – de gemiddelde leeftijd is 78 jaar – actieve bewoners.

Een ander voorbeeld is het concept van Adviesbureau Oranjewoud om nieuwe dorpen te bouwen in landelijke gebieden met als thema ‘Rust & Groen’. Dit concept maakt onderdeel uit van de regiovisie ‘Noord-Nederland 2030: kleur bekennen!’ en is net als ‘De Seniorenstad’ van Inbo Adviseurs voornamelijk gericht op het creëren van bijzondere woonmilieus voor ouderen. Een achterliggende gedachte dat hierbij meespeelt is dat het wonen – zoals nieuwe dorpen in combinatie met een verhoogd niveau van zorg – mogelijk een nieuwe economische peiler kan zijn voor landelijke gebieden die economisch zwak zijn (Oranjewoud, 2004). Lange tijd was landbouw in het landelijk gebied de belangrijkste economische activiteit. Door de toenemende druk van wereldwijde concurrentie, waardoor steeds meer boerenbedrijven onrendabel worden en ophouden te bestaan, worden functies als recreatie en wonen, maar ook zorg steeds vaker beschouwd als de toekomstige economische dragers van landelijke gebieden (LNV, 2004).

¹² Gated communities zijn volgens Leber en Wekke (2004) een woonwijk waartoe de toegang beperkt is en waarin de publieke ruimte is geprivatiseerd. Borret (2000) geeft als definitie dat gated communities vooral gemeenschappen zijn waarin homogene levensstijlen geclusterd in ruimtelijke woonconcentraties.



Figuur 6: Thema Rust & Groen, onderdeel van de regiovisie 'Noord-Nederland 2030: kleur bekennen (Oranjewoud, 2004).

Veel van dit soort concepten spelen in op het feit dat ouderen steeds minder hechten aan een geografische plek, maar meer aan de kwaliteiten van de directe woon- en leefomgeving door op bepaalde kwaliteiten van deze woon- en leefomgeving in te spelen waarbinnen ouderen een invulling kunnen geven aan een bepaalde leefstijl of identiteit.

Het televisie programma DNW van de VPRO stelde in de aflevering van 25 maart 2002 dat er tegenwoordig veel keuze is in woonvormen die aansluiten bij bepaalde woonwensen van senioren Hieronder staat een overzicht van de opties waaruit de moderne senioren tegenwoordig kunnen kiezen volgens DNW (VPRO, 2002):

- *De woongroep*: een sterke nadruk op gemeenschapsvorming waardoor je verzekerd bent van een hecht sociaal netwerk. In veel gevallen komt de bewonerssamenstelling voort uit een bepaalde gezamenlijke achtergrond.
- *Wonen op de boerderij*: voor mensen die hun oude dag in het groen willen doorbrengen. Een voorbeeld is de Stichting Wonen van Senioren op Boerderijen te Utrecht. Doelstelling van deze stichting is vrijkomende boerderijen geschikt te maken voor gebruik door senioren. Het platteland raakt daarmee niet ontvolkt, boerderijen blijven behouden en senioren kunnen met behulp van hun persoonsgebonden budget zelf een grotere ruimte inrichten. Het verschil met een woongroep zoals hierboven is dat bij deze woonvorm meer nadruk wordt gelegd op de zelfstandigheid van de senioren. Er zijn daardoor meestal geen gemeenschappelijke keukens maar wel een centrale ontmoetingsruimte.
- *Het seniorendorp*: nog een vrij onbekend fenomeen in Europa, maar in de VS schieten ze als paddestoelen uit de grond in de vorm van Sun Cities. Het eerste seniorendorp in de Benlux is inmiddels een feit: in het plaatsje Messancy in België is onlangs het exclusieve 'Village senior' gebouwd. Midden in de Ardennen staat nu een dorp waar je slechts mag wonen als je ouder bent dan vijftig. Het heeft alle faciliteiten die ouderen zich kunnen wensen en de rust die je van een seniorendorp kan verwachten.
- *Das Dorf*: een aparte categorie vormt de gemengde woonomgeving 'Das Dorf', nabij Mühlheim an der Ruhr in Duitsland. Het is een gemeenschap waar ouderen, gehandicapten en gezinnen in gelijke en gelijkwaardige verhoudingen met elkaar wonen en soms samenleven. Ieder helpt elkaar, waar nodig.
- *De kangoeroewoning*: een moderne variant van het intrekken bij de kinderen. Een duplex- of kangoeroewoning is een woning waarbij een gedeelte van het huis –

bijvoorbeeld een aanbouw of de bovenverdiepingen – is omgebouwd tot een aparte woning voor een jong gezin. Zo kunnen het jonge gezin en de oudere elkaar wederzijdse hulp verlenen, zonder al teveel bij elkaar op de lip te hoeven leven.

- *De levensloopbestendige woning*: voor senioren die zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen door middel van woningen die continu kunnen worden aangepast aan veranderende behoeften van de bewoners. Doel is dat de bewoners nooit meer hoeven te verhuizen, ook niet als de behoefte aan zorg toeneemt.
- *Abbeyfield*: is een vorm van groepswonen – overgewaaid uit Groot-Brittannië – voor ouderen die dreigen in een sociaal isolement terecht te komen. Een Abbeyfield-leefgemeenschap bestaat uit een aantal wooneenheden en huizen waarin geringe aantallen oudere inwoners beschikken over een eigen zit- en slaapkamer, gesitueerd binnen het bereik van winkels en andere gemeenschappelijke voorzieningen. Een projectcoördinator zorgt voor zaken die in het verleden veelal door de eigen familie werden gedaan.

2.5 Kritiek

Woonzorgzones lijken een mooi concept waarmee als het ware een betere maatschappij kan worden geschapen. Een maatschappij waarvan ouderen een onderdeel uitmaken en het mogelijk is om ondanks een bepaalde zorgvraag in je eigen huis/wijk/dorp – en daarmee je sociale netwerk – te blijven wonen. Toch is er ook kritiek op woonzorgzones.

De kritiek begint bij de term ‘woonzorgzone’ waardoor het wonen voor ouderen vaak in verband wordt gebracht met zorg en welzijn, terwijl de meeste ouderen en gehandicapten op veel meer terreinen actief zijn. Ouderen kunnen bijvoorbeeld ook sportief, cultureel geïnteresseerd of leergierig zijn. Ouderen met een zorgbehoefte zijn dus niet uitsluitend kwetsbaar. Daarnaast wordt het woord zorg over het algemeen geassocieerd met kneuzen. Volgens het artikel van Oelkers en Rietmeijer (2004) kwam de volgende reactie uit de doelgroep: “*Woonzorgzones: dat zijn toch de wijken waar alle kneuzen wonen?*”.

Ook is er kritiek op woonzorgzones vanwege het woord zone. Het denken in zoneringen kan worden opgevat als een rentabiliteitsgedachte in een sociaal jasje: hoeveel ‘gelijksoortige’ mensen moeten er worden gegroepeerd om voorzieningen rendabel te maken? Uitgaande van deze gedachte kunnen ook verslaafden in een zone worden gegroepeerd – handig voor de methadonbussen en de gebruikersruimtes – of bijvoorbeeld werklozen – efficiënt voor nieuwe CWI-kantoren – zo stellen Oelkers en Rietmeijer (2004) cynisch vast.

Concepten

De voornaamste kritiek op woonzorg-concepten zoals senioredorpen is de vaak geringe integratie van ouderen in de maatschappij. Het lijkt niet sociaal gewenst dat ouderen worden geconcentreerd en – in het geval van gated communities – worden gescheiden van de rest van de samenleving. Zeker gezien de inzet van ouderen bij vrijwilligerswerk en in besturen van verschillende verenigingen kan de samenleving waarschijnlijk niet zonder ouderen. Daarnaast is het ook de vraag of de ouderen zelf wel willen wonen in een omgeving dat wordt gedomineerd door andere ouderen.

Voorzieningenniveau

Het concept voor woonzorgzones gaat – zoals hiervoor is besproken – uit van een grote verscheidenheid van voorzieningen in de direct omgeving van ouderenwoningen. Echter de huidige trend in veel dorpen en wijken is een verschraving van het voorzieningenniveau. Winkels, banken, postkantoren, bibliotheken, etc. sluiten hun deuren vooral in kleine dorpen en stadswijken, waarbij de dienstverlening wordt gecentraliseerd in een hoofdvesting in een grotere kern in de omgeving. Deze ontwikkeling wordt bij commerciële instellingen vaak ingezet vanuit een

kostenbesparingsdoel en bij overheidsinstellingen vanwege kleinere bestedingsruimte vanwege gemeentelijke bezuinigingen. Daarbij komt dat voorzieningen zoals banken vaak worden vervangen door ICT-voorzieningen zoals pinautomaten. Vooral ouderen hebben moeite met het gebruik van dergelijke ICT-toepassingen.

Verantwoordelijkheid inkopen zorg

Vraagsturing van zorg zoals dat wordt toegepast binnen een woonzorgzone heeft als doel het vergroten van de keuzevrijheid van ouderen. Dit is over het algemeen een positieve ontwikkeling, maar legt tegelijk ook de verantwoordelijkheid ten aanzien van het inkopen van deze zorg in handen van ouderen. Het is denkbaar dat er groepen kwetsbare ouderen zijn die niet in staat zijn deze verantwoordelijkheid te nemen. Vandaar ook dat de vraag naar traditionele intramurale zorgvoorzieningen zoals verzorg- en verpleeghuizen waarschijnlijk zal blijven bestaan. Woonzorgzones kunnen worden gezien als een goede aanvulling op intramurale zorgvoorzieningen, maar niet als volledige vervanging ervan.

Hoofdstuk 3: Realisatie woonzorgzones

Bij het realisatieproces van woonzorgzones heeft een hoge integrale karakter doordat er verschillende actoren bij betrokken zijn vanuit de beleidsterreinen wonen, zorg en welzijn. Elk van deze beleidsterreinen heeft opzichzelfstaand beleid waarmee de actoren op operationeel niveau mee te maken hebben bij de realisatie van woonzorgzones. Hierbij kan het rijksbeleid en het provinciale beleid ten aanzien van wonen, zorg en welzijn worden beschouwd als een kader waarbinnen de realisatie van woonzorgzones plaatsvindt op operationeel niveau. In dit hoofdstuk wordt gekeken welke actoren zijn betrokken bij het realisatieproces en op welke wijze het beleid van het Rijk en de provincie een kader vormt voor uitvoering van het rijksbeleid op lokaal niveau.

3.1 Actoren in het realisatieproces

Hieronder worden de verschillende betrokken actoren bij woonzorgzones kort toegelicht. Deze actoren kunnen worden opgedeeld in een strategische niveau en een operationele niveau. Er zal voor elk niveau worden aangegeven welke actoren betrokken zijn bij de realisatie van woonzorgzones.

3.1.1 Strategisch niveau

Actoren op het strategische niveau zijn voornamelijk langs de zijlijn betrokken bij woonzorgzones. Ze zijn niet daadwerkelijk betrokken bij de realisatie, maar bepalen wel de voorwaarden waarbinnen de realisatie kan plaatsvinden. De actoren op dit niveau houden zich voornamelijk bezig met beleidsontwikkeling op langere termijn ten aanzien van woonzorgzones.

Rijksoverheid:

Het strategische beleid dat betrekking heeft op woonzorgzones wordt ontwikkeld de Rijksoverheid – voornamelijk het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) – waarvoor het zich vooral systeemverantwoordelijk voelt. De uitvoering van het rijksbeleid moet decentraal plaats vinden (VROM, 2005 B). Naast beleidsontwikkeling zijn beide ministeries ook bezig met het stimuleren en faciliteren van projecten ten aanzien van woonzorgzones, bijvoorbeeld door middel van de tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling¹³. Voor meer informatie over het rijksbeleid ten aanzien van woonzorgzones en de wetgeving die daaruit voortkomt zie hoofdstuk 3 en 4.

Provincies:

Provincies hebben over het algemeen een faciliterende en stimulerende rol door bijvoorbeeld provinciale subsidies voor woonzorgprojecten. Provincies kunnen in het realisatieproces van woonzorgzones zorg dragen voor een goede afstemming tussen gemeenten op het gebied van ouderenhuisvesting en zorginfrastructuur. Door middel van de provinciale sociale agenda's, zorgvisies en streekplannen kunnen provincies de lange termijn zorgbehoefte in verband brengen met wonen en de ruimtelijke ordening en daarmee kaders scheppen voor de gewenste regionale ontwikkeling. Daarnaast zien provincies er op toe dat er in bestemmingsplannen voldoende ruimte wordt gereserveerd voor wonen met zorg (IPO, 2003; VROM, 2003 B). Meer informatie over het provinciale beleid ten aanzien van woonzorgzones zie hoofdstuk 3.

Aedes:

Aedes is de brancheorganisatie voor woningcorporaties in Nederland en richt zich op het behartigen van de belangen van de bij haar aangesloten ondernemingen. Samen met Acares is de kennisnetwerk voor wonen en zorg opgezet in de vorm van het Aedes-Acraes Kenniscentrum Wonen-Zorg.

¹³ Deze regeling was in werking van 1 oktober 2000 tot 1 oktober 2003 (VROM, 2005 A).

Arcares:

Arcares is de brancheorganisatie voor verpleging en verzorging. Hieronder vallen verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, organisaties voor gehandicapten en/of woningcorporaties. Arcares behartigt de belangen van de aangesloten zorgorganisaties en treedt op als vertegenwoordiger.

Zorgverzekeraars / Zorgkantoren:

De aanspraak op zorg is geregeld in het verzekeringssysteem Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ en hebben daarmee een zorgplicht ten aanzien van de verzekerde. Sinds 1998 is de praktische uitvoering van de AWBZ in handen van de zorgkantoren die door de gezamenlijke zorgverzekeraars in het leven zijn geroepen. Zorgkantoren zijn zelfstandig werkende kantoren – nauw gelieerd aan de regionale zorgverzekeraar – die zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk op elkaar trachten af te stemmen. Nederland is verdeeld in 32 regio's, waarbij in elke regio één zorgkantoor verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ. Naast zorg in natura levert het zorgkantoor ook persoonsgebonden budgetten zodat cliënten zelf zorg kunnen regelen. De indicatiestelling voor de AWBZ-zorg geschiedt door Het Centrum Indicatiestelling Zorg (VROM, 2003 B; Zorgkantoor, 2005). Voor meer informatie over de AWBZ zie hoofdstuk 4.

Centrum Indicatiestelling Zorg:

Het Centraal Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand met een zorgbehoefte in aanmerking komt voor professionele zorg gefinancierd vanuit de AWBZ. Met het indicatiebesluit van het CIZ kan deze persoon vervolgens naar het zorgkantoor (CIZ, 2005).

3.1.2 Operationeel niveau

Op operationeel niveau zijn voornamelijk partijen betrokken die zich bezig houden met de daadwerkelijke realisatie van woonzorgzones en daarmee de opgave van de realisering van aangepaste woningen, de benodigde zorg, welzijnsdiensten en een geschikte woonomgeving.

Gemeenten:

Gemeenten kunnen op verschillende manieren betrokken bij woonzorgzones, bijvoorbeeld als initiator of regisseur van woonzorgprojecten. Ook kan de gemeente een minder actieve houding aannemen en slechts faciliteren bij projecten. Toch zijn gemeenten altijd op een bepaalde manier betrokken bij woonzorgzones aangezien de gemeente voor meerdere aspecten van woonzorgzones verantwoordelijk is. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor lokale woonplannen of woonvisies, woningaanpassingen in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg), het creëren van voldoende en betaalbare ruimte voor zorg- en welzijnsvoorzieningen in bestemmingsplannen en de inrichting van de openbare ruimte. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van het gemeentelijke welzijnsbeleid in de vorm van welzijnsnota's en bijvoorbeeld voor vervoersvoorzieningen uit de Wvg en het verstrekken van hulpmiddelen zoals rolstoelen. Ook wordt er van gemeenten verwacht dat er prestatieafspraken worden gemaakt met woningcorporaties omtrent de woningopgave (VROM, 2003 B). Voor meer informatie over de Wvg en de uitvoering van het gemeentelijke welzijnsbeleid zien hoofdstuk 4.

Woningcorporaties:

De taak van woningcorporaties binnen woonzorgzones is voornamelijk het bouwen van levensloopbestendige woningen¹⁴ en het aanpassen van de bestaande woningvoorraad zodat ouderen in staat worden gesteld langer thuis te wonen, ondanks een toenemende zorgvraag. Daarbij gaat het niet alleen om de realisering van de woningen op zich, maar ook om de realisering van toepassing zoals domotica¹⁵ (VROM, 2003 B). Ten aanzien van deze activiteiten dienen woningcorporaties zich te verantwoorden op grond van het 6^e prestatieveld binnen het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH). Voor meer informatie over de BBSH zie hoofdstuk 4.

Zorginstellingen:

De groep van instellingen en bedrijven die daadwerkelijke zorg leveren aan cliënten is zeer divers. Bij het realisatieproces van woonzorgzones worden vaak intramurale zorginstellingen zoals verzorg- en verpleeghuizen betrokken die willen/moeten extramuraliseren door de scheiding tussen wonen en zorg. Daarnaast worden vaak ook thuiszorgorganisaties en mantelzorgorganisaties betrokken in het proces aangezien deze organisaties reeds zorg aan huis van thuiswonende zorgbehoevende personen leveren. Ook huisartsen, fysiotherapeuten, apotheken, etc. kunnen worden geschaard onder de groep dienstverlenende zorginstellingen waar zorgbehoevende personen baat bij hebben. Voor meer informatie over de scheiding van wonen en zorg zie hoofdstuk 3.

Welzijnsinstellingen:

De verantwoordelijkheid voor het welzijnsbeleid ligt bij de gemeenten. Het doel van welzijnsbeleid is vooral het scheppen van voorwaarden zodat zoveel mogelijk mensen blijven meedoen in de maatschappij. De uitvoering van dit beleid op lokaal niveau betreft vaak het creëren van ontmoetingsplaatsen in wijken en buurten, het stimuleren en faciliteren van vrijwilligerswerk en mantelzorgorganisaties, de ondersteuning van kwetsbare groepen zoals alleenstaande ouderen met een laag inkomen of allochtone ouderen, en het verbeteren van de toegankelijkheid van voorzieningen. Voor meer informatie over het welzijnsbeleid van de gemeente zie hoofdstuk 3.

Overig

Partijen die nog niet altijd bij het realisatieproces van woonzorgzones worden betrokken zijn marktpartijen zoals projectontwikkelaars en commerciële diensten aanbieders. Ook de doelgroep zelf worden zelden betrokken bij de realisatie van woonzorgzones.

Marktpartijen

Projectontwikkelaars richten zich over het algemeen op de realisatie van exclusieve ouderenwoningen voor de hogere inkomenscategorie. Dit is op zich geen slechte zaak als men ervan uitgaat dat de verscheidenheid in de woonwensen toeneemt. Door projectontwikkelaars te betrekken bij de realisatie van woonzorgzones kan de diversiteit in leefstijlen binnen een zone toenemen. Een voorbeeld is de particuliere woonzorgvoorziening Klein Engelenburg (zie figuur 7). Hier is voor ouderen de mogelijkheid gecreëerd te wonen in een monumentaal landhuis met daaromheen een mooi landgoed. Daarbij worden een breed scala aan gemaksdiensten aangeboden, zoals maaltijdverzorging, wassen en drogen en is er de mogelijkheid om bepaalde vormen van zorg – huishoudelijke hulp, persoonlijke begeleiding, verpleging – af te nemen (Domus Magnus, 2005).

¹⁴ Levensloopbestendige woningen is het overkoepelende begrip voor woningen die geschikt zijn of eenvoudig geschikt zijn te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in geval van fysieke handicaps of chronische ziekten van bewoners (Singelenberg, 2003).

¹⁵ Domotica is verzamelnaam voor slimme elektronische voorzieningen in woonhuizen die het wooncomfort vergroten (Van Dale, 2005 A).

Commerciële aanbieder van dienstverlening worden ook niet altijd betrokken bij de realisatie van woonzorgzones. Vaak opereren deze commerciële partijen op hetzelfde marktgebied als zorginstellingen zoals de thuiszorg en mantelzorg. De diensten die door commerciële marktpartijen worden aangeboden rijken van het aanbieden van hulp in de huishouding tot aan zorgverlening voor terminaal zieke mensen. De reden waarom deze partij niet altijd wordt betrokken is niet geheel duidelijk, maar waarschijnlijk vanwege de concurrentiepositie ten aanzien van de overige – niet commerciële – zorgaanbieders en daarbij dat voor deze commerciële marktpartijen de primaire doelstelling is het maken van winst niet een sociale maatschappelijke betrokkenheid. Deze partijen zullen waarschijnlijk minder snel geneigd zijn te investeren in een onrendabele top.

*Woonzorgvoorziening
"Klein Engelenburg"*



Persoonlijke zorg en professionele dienstverlening op maat in een kleinschalige en exclusieve woonomgeving. Particuliere ouderenzorg op landgoed Klein Engelenburg in Brummen, all-in vanaf €3350 per maand.

Voor een uitgebreide brochure of persoonlijke kennismaking:

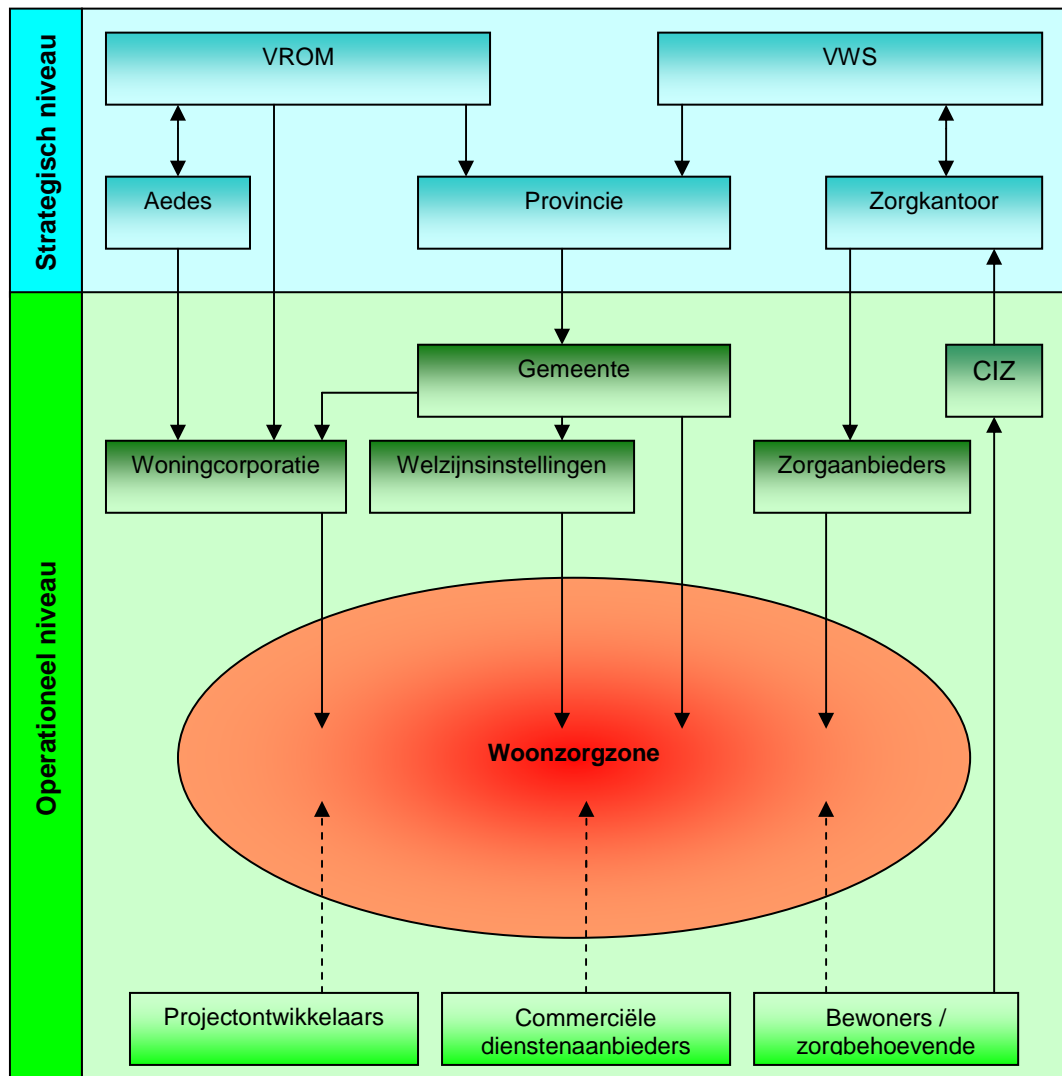
<i>Domus Magnus</i>	<i>020-6768 459</i>
<i>Ceintuurbaan 225</i>	<i>info@domusmagnus.com</i>
<i>1074 CW Amsterdam</i>	<i>www.domusmagnus.com</i>

Figuur 7: Advertentie in de Volkskrant van 13 januari 2005 voor de particuliere woonzorgvoorziening Klein Engelenburg.

Ouderen

Ook de doelgroep – vaak ouderen – worden niet altijd betrokken bij het realisatieproces. Ouderen zijn over het algemeen goed georganiseerd is bijvoorbeeld ouderenbonden, consumentenbonden, mantelzorgorganisaties, vrijwilligerswerkorganisaties, seniorenraden, besturen van kerken en verenigingen, enz. Door deze verschillende organisaties wel bij het realisatieproces te betrekken kan een goed inzicht worden verkregen in de behoeften van ouderen. Daarnaast kunnen deze organisaties nuttig blijken bij voor het verkrijgen van het draagvlak voor de realisatie van woonzorgzones.

De onderlinge verbanden tussen de verschillende partijen op strategisch en operationeel niveau zijn afgebeeld in de onderstaande figuur 8.



Figuur 8: De verschillende actoren van woonzorgzones in onderling verband.

De verschillende actoren die op operationeel niveau concreet bezig zijn met de realisatie van woonzorgzones zijn hebben in het realisatieproces elk met een eigen handelingskader te maken dat wordt gevormd door het beleid van de Rijksoverheid en de provinciale overheden. In de volgende twee paragrafen wordt het beleid van de Rijksoverheid en de provinciale overheden nader toegelicht.

3.2 Rijksbeleid

Door middel van haar beleid wil de Rijksoverheid de zelfstandigheid van ouderen zoveel mogelijk handhaven en de participatie van ouderen in maatschappij zo veel mogelijk bevorderen. Dit moet vooral worden bereikt door de scheiding tussen wonen en zorg en daarnaast meer marktwerking in het systeem van zorgverlening. Deze marktwerking moet vooral tot stand komen door een kanteling van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorgsysteem. Door de scheiding tussen wonen en zorg en een vraaggestuurde zorgsysteem wordt een situatie gecreëerd waarbij ouderen zelf bepalen waar ze wonen, welke zorg ze nodig hebben en bij wie deze zorg wordt afgenomen. Hierdoor krijgen zorgbehoevende personen zoals ouderen meer regie over hun leven en wordt de keuzevrijheid vergroot.

3.2.1 Scheiding wonen en zorg

De scheiding van wonen en zorg is een internationale trend die is begonnen in het midden van de jaren tachtig. Hierbij wordt met de scheiding van wonen en zorg een scheiding bedoeld van bekostiging en de levering van het wonen en de zorg. Gescheiden bekostiging houdt in dat ouderen aparte rekeningen krijgen voor de zorg en voor de woninghuur. Hierdoor wordt de woonruimte losgemaakt uit het zorgstelsel en overgeheveld naar het stelsel van de volkshuisvesting, waardoor er meer keuzevrijheid ontstaat en meer woonkwaliteit en privacy kan worden geboden. Gescheiden levering houdt in dat een zorgbehoevende de mogelijkheid krijgt om ongeacht de woonsituatie alleen de zorg af te nemen van een zorgaanbieder. Tot kort geleden werd in tehuizen en instituten de woonruimte altijd meegeleverd met de zorg (Singelenberg, 2005).

Het scheiden van wonen en zorg dient twee doelen. Ten eerste de emancipatie van de patiënt tot consument. Ouderen zijn voor de levering van zorg niet langer gebonden aan de verplichting tot het wonen in instellingen of tehuizen, maar kunnen indien gewenst thuis blijven wonen. Het verblijf in instituten en tehuizen zou leiden tot een afhankelijke positie van ouderen, tot over verzorging en betutteling, tot verbreking van hun eigen sociale netwerken, en zou de ontwikkeling van lichamelijke en geestelijke beperkingen stimuleren. Door de scheiding van wonen en zorg kan een breed scala aan woonmogelijkheden ontstaan, net als voor mensen die geen zorg nodig hebben. De tweede doelstelling is een kostenbeheersing van het zorgstelsel (Singelenberg, 2005).

Met een gezamenlijk actieplan Wonen & Zorg willen de ministeries van VWS en VROM de scheiding van wonen en zorg mogelijk te maken. De belangrijkste punten uit het actieplan zijn (VROM en VWS, 2005):

- Er moeten meer woningen komen die zijn aangepast op de behoeften van mensen met lichamelijke beperkingen. In de periode 2002-2009 moeten er 255.000 geschikte woningen bijkomen. Dat kan door het bouwen van geschikte woningen of door verbouwing van bestaande woningen;
- De woonomgeving moet even drempelloos zijn als het huis. Daarvoor moeten afstapjes van stoep en straat geëffend worden. Daarnaast moeten kwetsbare mensen – door ouderdom of handicap – zich veilig kunnen voelen in hun eigen huis door middel van een alarmeringssysteem en inbraakbeveiliging;
- Meer aanbod van zorg, en diensten in de directe omgeving. Een evenwichtig aanbod van zorg is de verantwoordelijkheid van Zorgkantoren. Zorginstellingen, corporaties en gemeenten moeten zorgsteunpunt inrichten van waaruit bijvoorbeeld thuiszorg en dagactiviteiten georganiseerd kunnen worden.

Deze punten uit het actieplan Wonen & Zorg zijn verder verwerkt in de verschillende beleidsnota's van de ministeries van VWS en VROM zoals bijvoorbeeld de Nota Wonen en de Nota Ouderenbeleid. Het beleid uit beide nota's is er vooral op gericht dat het voor iedereen mogelijk wordt gemaakt volop mee te doen in de maatschappij.

3.2.2 Nota Wonen

In de Nota Mensen, Wensen, Wonen zijn kwaliteit en keuzevrijheid de sleutelbegrippen van het beleid ten aanzien van het wonen. Het vergroten van keuzevrijheid van de woonconsument is ingezet met de Nota Volkshuisvesting¹⁶ in de jaren negentig door het vergroten van de marktwerking op de woningmarkt. Deze marktwerking blijkt nog verre van perfect te werken waardoor de keuzevrijheid van mensen nog steeds wordt belemmerd. Het wegnemen van de belemmeringen is één van de doelen van de Nota Wonen (VROM, 2004).

Het woonbeleid uit de Nota Wonen richt zich de komende tien jaar op vijf kernopgaven. Eén van deze kernopgave is het bevorderen van wonen en zorg op maat. Hiermee moet het woonbeleid de ontwikkeling van op maat gesneden woon- en zorgarrangementen bevorderen die aansluiten bij de behoeftes van zorgbehoevende mensen. In de Nota Wonen wordt gesteld dat de behoefte aan gecombineerde woonzorgvoorzieningen in de komende decennia fors toe zal nemen door de vergrijzing en extramuralisering (VROM, 2004).

Om de keuzevrijheid van de consument op het gebied van woonzorgzones te vergroten wordt in de Nota Wonen gesteld dat er mogelijk gebruik kan worden gemaakt van woonzorgvouchers¹⁷. Ook moet er onder andere een beter en ruimer woningaanbod komen dat aansluit aan de wensen van zorgbehoevende mensen en moeten de voorzieningen in de wijk goed bereikbaar zijn (VROM, 2004).

3.2.3 Nota Ouderenbeleid

De Nota Ouderenbeleid stimuleert activiteiten om ouderen zo lang mogelijk gezond en fit te laten blijven en ouderen in staat te stellen om een actieve bijdrage aan de samenleving te leveren. Dit kan onder andere door vrijwilligerswerk of mantelzorg of initiatieven nemen op bedrijfseconomisch vlak (VWS, 2005 D).

Ouderen moeten volgens de Nota Ouderenbeleid kunnen beschikken over adequate woonvoorzieningen die zijn afgestemd op individuele behoeften van ouderen. De woonomgeving moet goed toegankelijk zijn voor ouderen – rollatorbestendig – en ouderen moeten zich veilig voelen in hun leefomgeving (VWS, 2005 D).

3.2.4 Vraaggestuurde zorg

Naast de scheiding van wonen en zorg is de kanteling van het zorgsysteem van aanbodsturing naar vraagsturing een belangrijk instrument om de zorg te vermaatschappelijken.

Het verschil tussen vraagsturing en aanbodsturing van het zorgsysteem houdt in dat bij vraagsturing de klant zelf de beschikking heeft over financiële middelen om de zorg in te kopen die de klant zelf nodig acht. Een voorbeeld hiervan is het persoonsgebonden budget (PGB)¹⁸. Bij aanbodsturing krijgt de klant na een indicatiestelling een zorgaanbieder toegewezen waar die de zorg moet leveren. Deze aanbieder heeft vaak vaststaande zorgpakketten, waarin bijvoorbeeld de afname van zorg wordt gekoppeld aan huisvesting binnen een instelling. In de onderstaande tabel staan kort de verschillen tussen vraagsturing en aanbodsturing (Blaauwbroek, 2005).

¹⁶ Ook bekend als de Nota Heerma.

¹⁷ Woonzorgvouchers zijn een soort cheques waarmee ouderen arrangementen van wonen, zorg en welzijn kunnen kopen. Voor meer informatie over woonzorgvouchers zie hoofdstuk 6.

¹⁸ Het persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee mensen zelf zorg, hulp en begeleiding kunnen inkopen. Op deze manier houden zorgbehoevende personen zelf de regie over de zorg die ze ontvangen en daarmee ook de regie over hun eigen leven (Per Saldo, 2005).

Vraagsturing	Aanbodsturing
Hoe zorg ik dat ik mijn leven leid zoals ik het wil?	Waar hoort deze zorgvrager thuis in het systeem?
De hulpverlener / dienstverlener past zich aan bij de doelstelling van de klant	De vrager past zich aan.
Er wordt geïntegreerde dienstverlening geleverd.	Gefragmenteerde dienstverlening.
Succescriterium: leveren de diensten de nodige bijdrage aan mijn leven?	Succescriterium: is de dienstverlener tevreden.

Tabel 7: Verschillen tussen vraag- en aanbodsturing (Blaauwbroek, 2005).

In tegenstelling tot aanbodsturing stelt vraagsturing de consument centraal en niet de aanbieder. De kanteling van het zorgsysteem moet mogelijk worden gemaakt door de modernisering van de AWBZ en de komst van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op de modernisering van de AWBZ, de komst van de WMO en op welke manier dit moet leiden tot vraaggestuurde zorg.

3.3 Provinciaal beleid

Zoals uit de vorige paragraaf bleek hebben provincies vooral een faciliterende en stimulerende rol. Aangezien het beleid ten aanzien van woonzorgzones verschilt per provincie wordt hieronder het beleid van de provincie Groningen als voorbeeld toegelicht. Het beleid van de provincie Groningen vindt zijn neerslag in de regiovisie Zorg in Samenhang 2003-2007, het beleidsplan Wel(en)levend Groningen 2005-2008, en de Nota Bouwen en Wonen 2005-2008.

Regiovisie Zorg in Samenhang 2003-2007

De doelstelling van de regiovisie Zorg in Samenhang 2003-2007 is een vermaatschappelijking van de zorg, waardoor zorgbehoevende personen een onderdeel blijven uitmaken van de maatschappij. Daarbij benadrukt de provincie Groningen het belang van een samenhang in beleid tussen de terrein wonen, welzijn en zorg. De provincie wil haar stimulerende rol invullen door nieuwe initiatieven te ondersteunen door middel van cofinanciering van projecten (Provincie Groningen, 2003).

Beleidsplan Wel(en)levend Groningen 2005-2008

Volgens het beleidsplan van Wel(en)levend Groningen 2005-2008 is wonen-zorg-welzijn één van de speerpunten van het provinciale beleid. Net als in de regiovisie Zorg in Samenhang 2003-2007 houdt dit in dat de provincie samenwerking tussen verschillende partijen wil bevorderen en gemeenten ondersteund in hun regierol door cofinanciering van nieuwe initiatieven. Daarnaast wil de provincie de gemeenten financieel ondersteunen bij het opzetten van lokale informatieloketten omtrent wonen, welzijn en zorg (Provincie Groningen, 2004).

Nota Bouwen en Wonen 2005-2008

De Nota Bouwen en Wonen 2005-2008 van de provincie Groningen is een uitwerking van het Provinciaal Omgevingsplan. De doelstelling vanuit de regiovisie Zorg in Samenhang 2003-2007 en het beleidsplan Wel(en)levend Groningen 2005-2008 worden in de Nota Bouwen en Wonen 2005-2008 ondersteund door nieuwbouw voor niet-zelfstandig wonende gehandicapten en nieuwbouw voor huishoudens die momenteel in instellingen wonen buiten de contingentering te houden (Provincie Groningen, 2005).

3.4 Instrumenten voor uitvoering

Doordat er bij de realisatie van woonzorgzones meerdere actoren vanuit verschillende beleidssectoren betrokken zijn, heeft het realisatieproces een hoog integraal karakter. Door dit hoge integrale karakter is goede communicatie tussen de verschillende actoren over de doelstellingen en de uitwerking van woonzorgzones erg belangrijk. Het is van belang dat er een goede afstemming plaatsvindt tussen de beleidssectoren wonen, welzijn en zorg. In deze paragraaf worden enkele instrumenten toegelicht die de communicatie tussen de verschillende actoren over het realisatieproces van woonzorgzones kunnen structureren.

3.4.1 Visiedocument

Om voor alle actoren het hierboven besproken beleidskader te vertalen naar de gebiedsspecifieke situatie kan gebruik worden gemaakt van instrumenten zoals een visiedocument. In het visiedocument wordt het concept van een woonzorgzone uitgewerkt voor een gebiedspecifieke situatie. Een visiedocument kan het concept woonzorgzone tastbaar en inzichtelijk maken voor een bepaald gebied. Hieronder staan een lijst met de belangrijkste aspecten die kunnen worden behandeld in een visiedocument over woonzorgzones. Deze lijst is voor een groot deel gebaseerd op de lijst met aspecten van Nouws en Van der Linden (2003):

1. *Het te bereiken doel in grote lijnen:*
 - de doelstelling;
 - de doelgroepen;
 - de wensen van de doelgroepen;
2. *Beschrijving van de betrokkenen actoren:*
 - de visie;
 - de klanten;
 - de voorzieningen;
 - de producten;
 - de ontwikkelingen;
3. *Gebiedspecifieke kenmerken:*
 - bevolkingssamenstelling;
 - huisvesting;
 - openbare ruimte;
 - aanwezigheid algemene voorzieningen;
 - aanwezige infrastructuur voor zorg- en dienstverlening;
 - sociaal-economische situatie;
4. *Kansen en veranderingen:*
 - demografische veranderingen;
 - ruimtelijke plannen die op stapel staan voor investeren in de openbare ruimte;
 - mogelijkheden voor woningbouw of woningrenovatie;
 - mogelijkheden voor de bouw of renovatie van zorgvoorzieningen;
 - extramuraliseringsplannen van zorgaanbieders;
 - beschikbare locaties;
5. *Programma voor de woonzorgzone:*
 - de gewenste functies in de nieuwe situatie, samenhang en organisatie;
 - toepassen planologische kengetallen¹⁹;

¹⁹ De planologische kengetallen voor wonen en zorg zijn een hulpmiddel om de transformatieopgave – de overgang van traditionele voorzieningen naar de woonzorgzone – in kaart te brengen voor de lokale of regionale situatie. De kengetallen geven aan hoeveel woningen van een bepaalde woonvorm moeten worden gebouwd in een woonzorgzone, gegeven de omvang van de wijk. De planologische kengetallen voor wonen en zorg zijn hier te vinden: http://www.kcwz.nl/doc/opgave/Planologische%20kengetallen_mei2004.pdf

- de gewenste fysieke kwaliteit van de omgeving, inclusief voorzieningen en huisvesting;
 - het huidige aanbod; in hoeverre wijkt dat af van de wenselijke situatie;
 - de transformatie van het huidige aanbod naar het toekomstige aanbod;
6. *Plan van aanpak:*
- concretiseren van doelstellingen;
 - rol van actoren in het realisatieproces;
 - gewenst (financiële) commitment van actoren;
 - voorstel voor projectorganisatie;
 - fasering en besluitvorming;
 - conceptintentieverklaring.

3.4.2 Quick-scan

De quick-scan is een korte variant van het hierboven beschreven visiedocument. De quick-scan kan worden gebruikt als startdocument in de initiatieffase van de realisatie van woonzorgzones. In de quick-scan worden onder andere suggesties gedaan voor een mogelijke ruimtelijke en organisatorische opzet van de woonzorgzone. De opbouw van de quick-scan kan er als volgt uit zien Nouws en Van der Linden (2003):

1. *Kenmerken van de huidige situatie:*
 - woningaanbod;
 - zorgaanbod;
 - welzijnsaanbod en dienstverlening;
 - de actoren;
 - algemene voorzieningen;
2. *Kenmerken van de vraag:*
 - bevolkingsomvang en –opbouw;
 - omvang van de cliëntgroepen;
 - verwachte ontwikkelingen in de toekomst;
3. *Schets van de woonzorgzone:*
 - naar welke wijken of dorpen gaan de gedachten uit;
 - toepassing kengetallen wonen en zorg;
 - mogelijke voorzieningen en woonvormen;
4. *Projectaanpak:*
 - betrokken partijen;
 - vervolgstappen.

Hoofdstuk 4: Randvoorwaarden woonzorgzones

Het realisatieproces van woonzorgzones vindt plaats binnen bepaalde randvoorwaarden zoals wet- en regelgeving en financiering. De decentralisatie van beleid vindt zijn neerslag in de wet- en regelgeving omtrent woonzorgzones. Binnen dit beleid wordt steeds meer de klant / burger centraal gesteld, een verregaande vorm van decentralisatie. De uitvoering van dit beleid moet mogelijk worden gemaakt door middel van de modernisering van de AWBZ en de komst van de WMO. Hiermee moet een kanteling in het zorgsysteem van vraaggestuurde naar aanbodgestuurde mogelijk worden maken. In dit hoofdstuk worden de randvoorwaarden wet- en regelgeving en financiering bij woonzorgzones nader bekeken.

4.1 Wet- en regelgeving sectoren Zorg en Welzijn

Ten aanzien van de regelgeving rond de zorg en welzijn is een grootte verschuiving op handen van de wet- en regelgeving en financiering. Een verschuiving waarbij de huidige AWBZ wordt aangepast en bepaalde delen van worden opgenomen in de nieuwe WMO.

Het doel hiervan is de verzekeringsuitgaven voor zorg vanuit de AWBZ terug te brengen. Deze uitgaven zijn de laatste jaren sterk gegroeid. Door de scheiding van wonen en zorg kunnen deze kosten worden terug gebracht aangezien de zorg in een intramurale instelling de duurste vorm van zorg is dat wordt gefinancierd vanuit de AWBZ. De AWBZ wordt minder belast als mensen door de scheiding van wonen en zorg langer thuis blijven wonen (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B; VWS, 2005 B).

Door de aanpassing van de AWBZ en de komst van de WMO wordt een duidelijker onderscheid gemaakt tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning. De AWBZ wordt daarbij teruggebracht tot de kern waarbij alleen de onverzekerbare zorg – zoals langdurige opname in een instelling – wordt vergoed. Hierdoor kan straks pas een beroep op de AWBZ worden gedaan bij zware zorg (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B; VWS, 2005 B).

Met de WMO wordt het mensen mogelijk gemaakt om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen en in de maatschappij te functioneren ondanks een zorgvraag. Daarbij moeten de mensen in eerste instantie elkaar helpen. Dat kan bijvoorbeeld met vrijwilligerswerk en mantelzorg, maar ook met goede informatie en advies, opvoedingsondersteuning en huishoudelijke hulp. Bij lichte zorg wordt de verantwoordelijk in eerste instantie bij de burger zelf gelegd: wat je nog zelf kan, moet je zelf doen (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B; VWS, 2005 B).

4.1.2 AWBZ

De AWBZ is een volksverzekering voor bepaalde ziektekosten waarvoor niet kan worden verzekerd bij commerciële zorgverzekeraars. De verzekering geeft recht op verschillende vormen van zorg, zoals thuiszorg, psychiatrische hulp, verpleging en verzorging in intramurale instellingen voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten en in verzorg- en verpleeghuizen (VWS, 2005 B).

Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een indicatiebesluit nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg. Mensen kunnen worden geïndiceerd voor één of meerdere van de volgende functies (CIZ, 2005):

- *Huishoudelijke verzorging*, bijvoorbeeld opruimen en schoonmaken;
- *Persoonlijke verzorging*, bijvoorbeeld hulp bij het douchen, het aankleden of de toiletgang;
- *Verpleging*, bijvoorbeeld wondverzorging, toedienen van injecties en medicijnen;
- *Ondersteunende begeleiding*, bijvoorbeeld hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden;

- *Activerende begeleiding*, bijvoorbeeld gesprekken om gedrag te veranderen;
- *Behandeling*, bijvoorbeeld verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis, tijdelijk of permanent;
- *Verblijf*, bijvoorbeeld behandeling bij het herstel van een operatie of aandoening.

Met de komst van de WMO verandert de huidige AWBZ. Door de aanpassing van de AWBZ komt de cliënt meer centraal te staan bij de vraag naar zorg. Dit past in het beleid om 'zorg op maat' te leveren. De cliënten kunnen door middel van het PGB zelf kiezen welke zorgvoorziening of zorgaanbieder ze willen. Dit budget wordt vooralsnog bekostigd uit de AWBZ. De zorgverlening kan niet meer uitgaan van een vaststaand zorgaanbod, maar moet zorg leveren die een individu nodig heeft. Door uit te gaan van de zeven – hierboven genoemde – functies in plaats van instituties, zoals de thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen of dagverblijven komt de juiste zorg sneller bij de juiste persoon (VWS, 2005 B).

De aanpassingen van de AWBZ stimuleert ook marktwerking op de zorgmarkt. Er komen meer aanbieders die naar de gunst van de cliënt dingen en een breed scala aan producten in de markt zetten. Dat leidt tot meer concurrentie en meer keuzemogelijkheden voor de cliënt. Zorgaanbieders die al bepaalde vormen van zorg leveren mogen hun zorgaanbod uitbreiden waardoor bijvoorbeeld een verpleeghuis zorg aan huis gaat leveren (VWS, 2005 B).

De belangrijkste reden voor een aanpassing van de huidige AWBZ en de komst van de WMO is een kostenbesparing van de AWBZ. Toch lijkt deze kostenbesparing van de AWBZ een ideaalbeeld dat niet gehaald kan worden. Zeker gezien het feit dat de vergrijzing in de toekomst behoorlijk toeneemt, waardoor ook de aanspraak op de AWBZ zal toenemen.

Naast de AWBZ zijn er momenteel nog twee wetten op het gebied van zorg en welzijn, namelijk de welzijnwet en de Wvg. Beide wetten worden bij de modernisering van de AWBZ opgenomen in de WMO.

4.1.2 Wvg

De Wvg de verstrekking van rolstoelen, woon- en vervoersvoorzieningen ten behoeve van de deelname aan het maatschappelijke verkeer van mensen met een handicap. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wvg. Bij deze uitvoering van de Wvg hebben gemeenten een grote mate van beleidsvrijheid en bepalen ze tot op zekere hoogte zelf welke voorzieningen worden verstrekt en hoe hoog een eventuele eigen bijdrage van zorgbehoevende personen is. (NIZW, 2000).

4.1.3 Welzijnswet

De welzijnswet heeft als doel de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en daarnaast de zelfredzaamheid en de deelname aan de samenleving te stimuleren. Personen met een achterstandspositie moeten mogelijkheden worden geboden om hun positie te verbeteren en ook stelt de wet dat het welbevinden van personen in de samenleving op andere wijze moet worden bevorderd. Het landelijke beleid dat volgt uit deze wet vindt zijn neerslag in welzijnsnota's die op gemeentelijk niveau worden uitgewerkt (Kwekkeboom, Roes en Veldheer, 2002). In de welzijnsnota geeft de gemeente aan op welke wijze het welzijnsbeleid in de gemeente wordt georganiseerd en gefinancierd.

4.1.4 WMO

Met de komst van de WMO worden gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning²⁰. Gemeenten moeten het mogelijk maken dat alle inwoners maatschappelijk kunnen meedoen. De WMO is niet een geheel nieuwe wet, maar voegt een aantal bestaande regelingen samen. Het gaat hierbij onder andere om:

- Wvg;
- Welzijnswet;
- delen uit de AWBZ, zoals huishoudelijke verzorging, de openbare geestelijke gezondheidszorg en de ondersteunende en activerende begeleiding (VWS, 2005 B).

Door het samenvoegen van deze verschillende regelingen in de nieuwe WMO moet er vooral meer eenheid komen in het wettelijk kader voor de maatschappelijke ondersteuning. Ook worden door de WMO de verschillende regels onder één loket gebracht waardoor mensen bij één loket terecht kunnen voor alle informatie over de verschillende regelingen (VWS, 2005 B).

Het doel van de WMO is in de eerste plaats om iedere burger in staat te stellen om mee te doen in de samenleving. Het uitgangspunt hierbij is dat iedereen in eerste instantie verantwoordelijk is voor zichzelf en zijn familie. De WMO moet de sociale samenhang in de samenleving versterken, zodat mensen ook een beroep op elkaar kunnen doen voor hulp of ondersteuning. Het gaat daarbij om mantelzorg, vrijwilligerswerk, buurthuizen, sportcentra. Voor mensen die zelf geen ondersteuning kunnen regelen is deze ondersteuning een verantwoordelijkheid van de gemeente. Het gaat dan om individuele voorzieningen als huishoudelijke verzorging, rolstoelen, huisaanpassingen, maar ook om collectieve voorzieningen zoals maaltijdservice (VWS, 2005 B).

Het tweede doel van de WMO is om de maatschappelijke ondersteuning dichterbij de burger regelen door de verantwoordelijkheid ervoor bij de gemeente te leggen. Door het samenvoegen van de Wvg, de Welzijnswet en delen uit de AWBZ kan de WMO de administratieve lasten voor kwetsbare groepen terugdringen. Daarnaast wordt samenwerking tussen de verschillende ondersteuning- en welzijnspartijen in de gemeente gestimuleerd door bijvoorbeeld het opzetten van een multifunctioneel centrum in de wijk (VWS, 2005 B).

²⁰ In de WMO wordt maatschappelijke ondersteuning beschreven aan de hand van negen prestatievelden (VWS, 2005 B):

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Ten derde kan door de komst van de WMO de langdurige en intensieve zorg dat wordt gefinancierd vanuit de AWBZ worden gewaarborgd voor mensen die het nodig hebben. De AWBZ moet weer een verzekering worden voor hoge zorgkosten die mensen niet zelf kunnen betalen of kunnen verzekeren. Daarnaast werkt de WMO preventief doordat mensen in een eerder stadium ondersteuning krijgen ze minder snel zware zorg nodig hebben dat wordt gefinancierd vanuit de AWBZ (VWS, 2005 B).

4.2 Wet- en regelgeving sector Wonen

Door extramuralisering van zorg zijn er verschillende aanpassingen nodig om het voor mensen met een beperking mogelijk te maken zelfstandig te blijven wonen. De woningen moeten worden aangepast, de woonomgeving moet veilig zijn en in de buurt moet genoeg zorg (zoals verpleging) en diensten (zoals maaltijden en alarmering) te krijgen zijn. De wetgeving- en regelgeving binnen de sector Wonen hebben dus voornamelijk betrekking op de mogelijkheden om nultredenwoningen²¹ te bouwen of om bestaande woningen en woonomgeving levensloopbestendige te maken.

4.2.1 Wet op de Ruimtelijke Ordening

De ruimtelijke inrichting van Nederland is formeel geregeld in de Wet op de Ruimtelijke Ordening en vindt haar uitwerking op de drie verschillende beleidsniveaus. Op nationaal niveau via structuurschetsen, structuurschema's, beleidnota's en beleidsbeslissingen. Op provinciaal niveau via het streekplan en op gemeentelijk niveau via het structuurplan en bestemmingsplan (Voogd, 1999). Uit al deze verschillende plannen komen procedures die moeten worden doorlopen bij fysieke ingrepen in de ruimte, zoals het bouwen van nultredenwoningen.

4.2.2 Besluit Beheer Sociale Huursector

Het Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) is de juridische basis voor het functioneren van de woningbouwcorporaties. De combinatie van wonen en zorg is in het BBSH in 2001 toegevoegd als zesde prestatieveld. De corporaties moeten daardoor jaarlijks verslag doen van de voornemens en de geleverde prestaties ten aanzien van dit prestatieveld. Sinds 2003 moeten corporaties hun voornemens op het gebied van wonen en zorg ook op nemen in de bijlagen van het verslag BBSH (Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B). Hierin moet onder meer worden weergegeven de te realiseren groei van:

- Het aantal toegankelijke woningen;
- Het aantal woningen voor bijzondere doelgroepen (ouderen, gehandicapten en overige);
- Het aantal eenheden voor doelgroepen in bijzondere woongebouwen (bijv. verzorgingshuizen, verpleeghuizen, gezinsvervangende huizen, begeleid wonen, psychiatrische inrichtingen).

²¹ Nultredenwoning is een woning die zonder trappen van buiten af bereikbaar is en waarbij de keuken, het sanitair, de woonkamer en minimaal één slaapkamer zich op dezelfde woonlaag bevinden. De drempels in de woning zijn laag of ontbreken (VROM, 2005 B).

4.2.3 Woning Waarderingsstelsel

Met behulp van het Woning Waarderingsstelsel (WWS) wordt de kwaliteit van een huurwoning in punten uitgedrukt. Op basis van dit stelsel kan worden bepaald wat de maximale huurprijs voor de woning mag bedragen. In het WWS is een onderdeel opgenomen waardoor het mogelijk is om de woningwaardering voor zelfstandige woningen met 35% te verhogen, zodra in de huurovereenkomst minimaal een aantal extra voorzieningen en diensten is vastgelegd. Deze regeling wordt omschreven als een regeling voor serviceflatwoningen. Hierbij moeten ten minste de volgende voorzieningen en diensten zijn opgenomen (Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B):

- Een alarmeringsinstallatie, waarbij permanent een persoon aanwezig is om actie te ondernemen;
- Maaltijden die door de verhuurder worden verstrekt in de woning of in een gemeenschappelijke ruimte;
- Het leveren van eenvoudige medische zorg. Daarbij moet minimaal één persoon permanent aanwezig zijn met een geldig EHBO-diploma;
- Een recreatieruimte voor de bewoners en een logeerruimte voor de bezoekers.

4.2.4 Huursubsidie

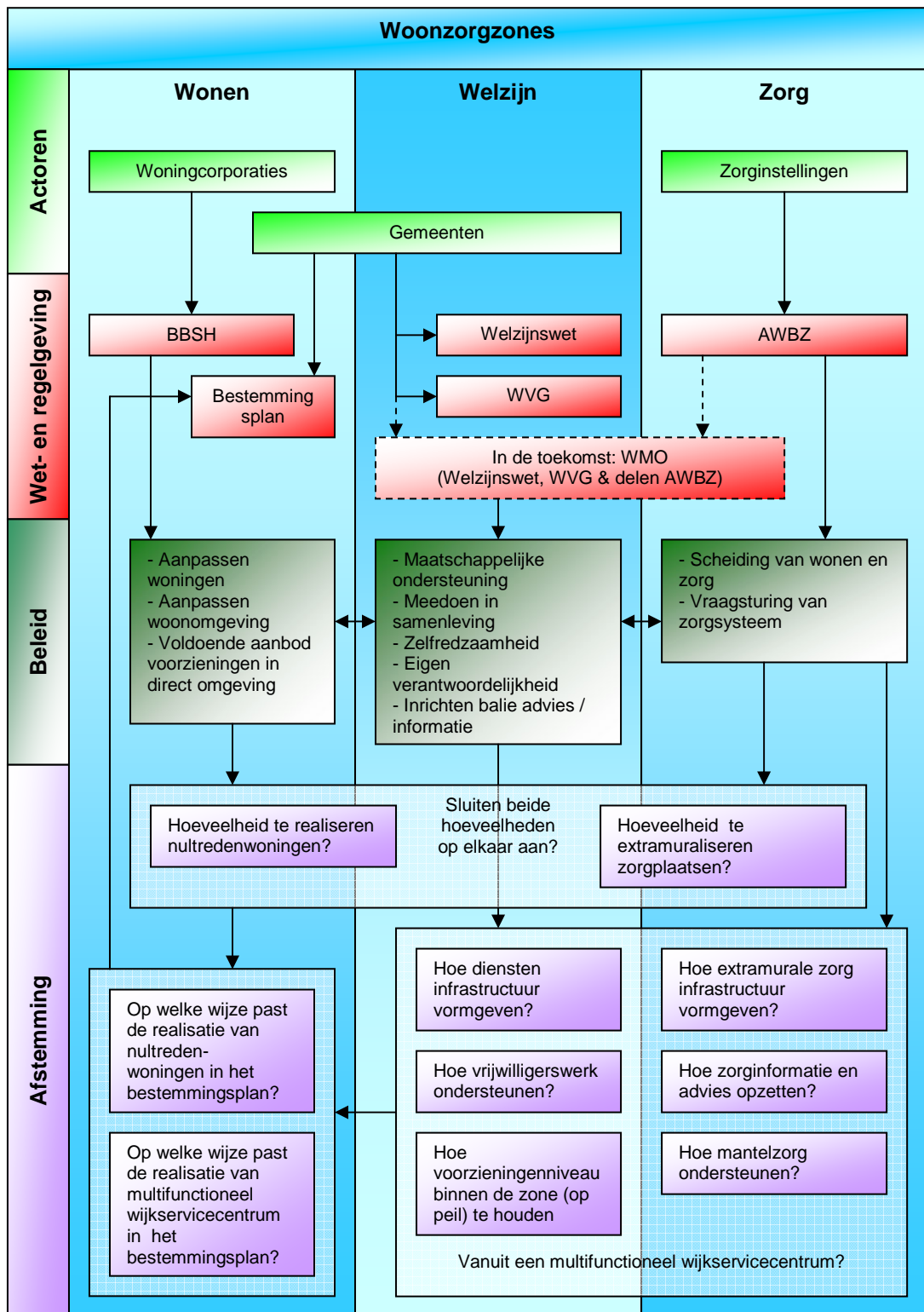
Het recht op huursubsidie is vastgelegd in de huursubsidiewet en geldt voor mensen die de huurprijs niet geheel zelf kunnen betalen. Om voor huursubsidie in aanmerking te komen heeft het ministerie van VROM maximumgrenzen gesteld aan het inkomen en vermogen van huurders. Hierbij gelden voor 65-plussers andere inkomens- en vermogensgrenzen dan voor andere huishoudens (Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B; Stofberg, 2004).

In principe heeft de huursubsidiewet betrekking op zelfstandige woningen. Hieronder worden woningen verstaan met een eigen toegang en waarin voorzieningen, zoals een was- en kookgelegenheid en een toilet niet met anderen gedeeld wordt (Stofberg, 2004). Binnen de huursubsidiewet geldt een maximale huursubsidiegrens. Als de huurprijs hoger is dan het gestelde maximum moet de huurder het volledige huurbedrag zelf te betalen. Echter als de stijging van de huurprijs een verband heeft met het aanbrengen van voorzieningen wegens een handicap bestaat hierop een uitzondering (Stofberg, 2004).

4.2.5 Bouwbesluit

In het bouwbesluit staan de minimum technische voorschriften vermeld waaraan woningen moeten voldoen. Sinds 1 juli 1997 zijn er ook voorschriften opgenomen voor toegankelijkheid en levensloopbestendigheid van woningen (Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B).

De wijze waarop het hierboven besproken beleidskader en de meest relevante wet- en regelgeving op operationeel niveau doorwerkt voor de verschillende actoren is in de onderstaande figuur 9 uitgewerkt per sector.



Figuur 9: De actoren, wetgeving, beleid en afstemming op operationeel niveau per sector.

4.3 Financiering sectoren Zorg en Welzijn

Bij de realisatie van woonzorgzones is het van belang dat intramurale zorgplaatsen extramuraliseren naar de directe omgeving. De financiering van het opzetten van een extramurale zorginfrastructuur komt voor een groot deel voor rekening van de intramurale zorginstelling.

Inkomsten krijgen de zorginstellingen uit de levering van zorg. De financiering van deze zorg vindt plaats via de indicatiestelling van zorgbehoevende personen. Zorgbehoevende personen kunnen voor bepaalde functies worden geïndiceerd en vervolgens de desbetreffende zorg krijgen via het zorgkantoor. Daarnaast kan ervoor worden gekozen een PGB te ontvangen waarmee de zorgbehoevende zelf zijn zorg kan inkopen. Ook kunnen zorgbehoevende personen met eigen vermogen zorg inkopen bij zorgaanbieders (VWS, 2005 C).

De zorgaanbieder wordt gefinancierd via de functiegericht bekostiging. Dit houdt in dat zorgaanbieders begroten en betaald krijgen naar de functies uit de AWBZ die ze leveren. Voorheen werden zorgaanbieder per patiënt betaald, ongeacht hoeveel zorg deze nodig had. Door de functiegerichte financiering kunnen zorgkantoren beter onderhandelen over de inhoud, de kwaliteit en de prijs van de zorg. Zorgkantoren betalen de zorgaanbieders met de invoering van functiegerichte bekostiging naar prestatie. Zorgaanbieders worden hierdoor gestimuleerd het zorgaanbod aan te passen aan de vraag naar zorg. Zorgbehoevende personen krijgen door de functiegerichte bekostiging meer keuzevrijheid en 'zorg op maat' (VWS, 2005 C).

Het idee achter woonzorgzones is een vermaatschappelijking van zorg. Verantwoordelijk voor de financiering van maatschappelijke ondersteuning zoals vrijwilligerswerk of mantelzorg is de gemeente. Daarbij worden welzijnsinstellingen gefinancierd vanuit gemeentelijke subsidies en zijn gemeentes vanuit de Welzijnswet verplicht welzijnsnota's te schrijven waarin staat op welke wijze welzijnsbeleid wordt georganiseerd en gefinancierd. Concrete welzijnsactiviteiten voor ouderen, bijvoorbeeld in de vorm van de wekelijkse bingo in het buurthuis, wordt gefinancierd door de ouderen zelf.

4.4 Financiering sector Wonen

Binnen de sector wonen wordt de bouw van woningen die zijn aangepast aan de bepaalde zorgvraag, zoals bijvoorbeeld nultredenwoningen, voornamelijk gefinancierd door middel van het eigen vermogen van woningcorporaties. Een andere mogelijkheid is dat mensen zelf een woning kopen en deze aanpassen aan de belemmeringen die ontstaan vanuit de zorgvraag. In dit geval worden de woningen gefinancierd vanuit het eigen vermogen van mensen. Woningcorporaties krijgt opbrengsten uit de huur van de woningen.

Subsidies bij realisatie van woonzorgzones

Bij woonzorgzones zijn er veel mogelijkheden om de realisatie ervan gedeeltelijk te subsidiëren. Landelijke subsidiemogelijkheden zijn de Subsidieregeling diensten bij wonen met zorg, het Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing, het SVn Plusfonds voor leefkwaliteit in stedelijke vernieuwing en de Regeling subsidies diensten Kenniswijk 2004 (Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2005 B).

Provinciale subsidies die de realisatie van woonzorgzones kunnen stimuleren zijn per provincie verschillend. Op de website van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg is een helder overzicht van de subsidiemogelijkheden per provincie te vinden²².

²² Zie: http://www.kcwz.nl/regelgeving/subsidies_prov.html

Hoofdstuk 5: Belemmeringen

Zoals in de inleiding al werd genoemd is vooral het ontbreken van wet- en regelgeving en de financieringsmogelijkheden, dat specifiek is toegesneden op de situatie van woonzorgzones, de belangrijkste belemmering voor een soepel realisatieproces. Er wordt gesteld dat de huidige wet- en regelgeving en financieringswijze niet voldoet om een woonzorgzone te realiseren. In dit hoofdstuk wordt bekeken op welke wijze huidige wet- en regelgeving en financieringswijze belemmerend kan zijn voor het realisatieproces van woonzorgzones.

5.1 Belemmeringen door wet- en regelgeving

Om ervoor te zorgen dat zorgbehoevende personen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, waardoor ze een onderdeel blijven uitmaken van de maatschappij en dat deze zorgbehoevende personen – door de scheiding van wonen en zorg – een grote keuzevrijheid hebben ten aanzien van de zorg- en dienstverlening en het woonmilieu waarin ze wonen, zijn bij de realisatie van woonzorgzones zijn onder andere een aantal aspecten van afstemming van belang (zie ook figuur 9):

- Lukt het om door middel van de woonsituatie voorwaarden te creëren zodat mensen ondanks een zorgvraag thuis kunnen blijven wonen en zorg aan huis ontvangen? Bijvoorbeeld door de bouw van nultredenwoningen;
- Lukt het de directe woon- en leefomgeving toegankelijk te maken voor oudere minder valide mensen? Bijvoorbeeld door de openbare ruimtes drempelloos te maken;
- Lukt het ouderen mee te laten doen in de samenleving? Bijvoorbeeld door de ondersteuning van vrijwilligerswerk;
- Lukt het om de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van ouderen te vergroten? Bijvoorbeeld door de ondersteuning van mantelzorg;
- Lukt het om binnen woonzorgzone een zorginfrastructuur op te zetten waardoor de zorg ook daadwerk aan huis geleverd wordt en waarbij binnen de zorglevering marktwerking optreedt zodat de keuzevrijheid van de klant vergroot wordt?

Bij deze aspecten kunnen zowel de wet- en regelgeving als de financieringswijze mede bepalend zijn voor het slagen in de realisatie van een woonzorgzone. Immers voor de bouw van nultredenwoningen moet bijvoorbeeld wel de ruimte zijn. Zowel in de zin van fysieke ruimte om te bouwen en in de zin van mogelijkheden die binnen het bestemmingsplan van de gemeente. Daarnaast is bijvoorbeeld ten aanzien van het opzetten van een extramurale zorginfrastructuur vooral van belang wat de effecten zijn van de financiering vanuit de AWBZ en straks de WMO.

Zoals in de inleiding al werd benoemd ontstaan volgens Posthumus (2005) knelpunten in het realisatieproces door de onzekerheid over de financieringswijze in de toekomst van zorg en door verouderde sterk sectorale wetgeving dat niet geschikt is voor de integrale benadering van woonzorgzones. Daarnaast is ‘de jungle van wet- en regelgeving’ een knelpunt dat kan zorgen voor een stroef realisatieproces. Vooral het ontbreken van op woonzorgzones toegesneden wet- en regelgeving en de beschikbaarheid van financiën zijn de grootste problemen volgens Posthumus (2005). Door middel van interviews met deskundigen op het gebied van woonzorgzones is in dit onderzoek bekeken op welke wijze de knelpunten wet- en regelgeving en financieringswijze in het realisatieproces van woonzorgzones ontstaan.

5.1.1 (Tegenstrijdige) wetten en regels

Uit de interviews blijkt dat alle geïnterviewde personen toegesneden wet- en regelgeving niet noodzakelijk vinden voor de realisatie van woonzorgzones. Dat blijkt ook wel uit het feit dat er reeds enkele woonzorgzones zijn gerealiseerd binnen de huidige randvoorwaarden wet- en regelgeving. Uit de interviews blijkt ook dat geen van geïnterviewde personen daadwerkelijke knelpunten binnen de wet- en regelgeving omtrent woonzorgzones kan aangeven. De knellende wet- en regelgeving blijken niet te bestaan. Het is wel het geval dat de verschillende sectoren erg op zichzelfstaande wetten en regels hebben die geen rekening houden met de wetten en regels van de andere sectoren. Bijvoorbeeld bij de extramuralisering van zorgplaatsen is het van belang dat er in de omgeving voldoende aangepaste (nultreden)woningen zijn om deze plaatsen op te vullen. Soms is de realisatie van nultredenwoningen niet mogelijk binnen het bestemmingsplan. Hierdoor kan wet- en regelgeving niet stimulerend werken voor de realisatie van woonzorgzones. Ondanks het niet stimulerende karakter van wet- en regelgeving kan worden gesteld de wet- en regelgeving van de verschillende sectoren elkaar op geen enkel punt tegen werkt. Er kan dus in plaats van tegenstrijdige wet- en regelgeving beter worden gesproken van (te) sectorale wet- en regelgeving

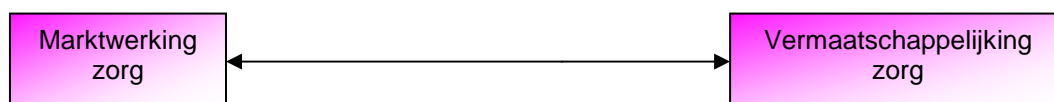
Wet- en regelgeving knellend (n=12)	
Ja	0
Nee	12

Tabel 8: Knellende wet- en regelgeving.

Wet- en regelgeving is dus niet knellend, maar ook zeker niet stimulerend. Wel blijkt uit de interviews dat indien alle actoren volledig achter de doelstellingen van een woonzorgzone staan de realisatie ervan over het algemeen ook wel lukt. Echter door de vrij dwingende wetgeving is het moeilijk om een optimum uit het plan te halen. Daarbij moeten alle actoren binnen hun eigen wetgevingskader op zoek naar de grenzen van wet- en regelgeving om het gezamenlijk doel van woonzorgzones te realiseren.

In sommige gevallen zijn niet alle actoren bereid volledig op zoek te gaan naar deze grenzen binnen het wetgevingskader, mede door financiële onzekerheden. Volgens bijna alle geïnterviewde projectleiders wordt het argument van knellende wet- en regelgeving door actoren gebruikt als een soort oneigenlijk argument omdat de actor niet volledig achter het gezamenlijke doel van een woonzorgzone staat of geen heil ziet in het concept van een woonzorgzone. Dit weinig constructieve gedrag van sommige actoren komt onder andere voort uit de onwil om te extramuraliseren – in het geval van intramurale zorginstellingen – of om samen te werken met andere partijen.

Dit weinig constructieve gedrag van sommige actoren komt vooral voort uit de onzekerheid over de financieringsmogelijkheden van extramurale zorg. De wetgeving op dit gebied pretendeert namelijk twee dingen, namelijk meer marktwerking in de zorg en anderzijds een vermaatschappelijking van zorg waarbij de keuzevrijheid van de klant voorop staat. Volgens sommige geïnterviewde projectleiders gaan deze twee aspecten van het zorgbeleid niet goed samen.



Figuur 10: De twee voornaamste aspecten van het zorgbeleid.

Meer marktwerking in de zorg kan leiden tot een uitholling van het aantal aangeboden zorgpakketten, aangezien zorgaanbieders risicovermijdend gedrag gaan vertonen. Vooral zware zorg – voorheen louter intramuraal geleverd – kan hiervan de dupe worden vanwege de hoge kosten.

5.1.2 Jungle van wetgeving

Het weinig stimulerende karakter van wet- en regelgeving heeft verschillende oorzaken. Onder andere de vaak genoemde ‘jungle van wet- en regelgeving’ speelt hierbij een grote rol. De actoren die zich op lokaal operationeel niveau concreet inzetten voor de realisatie van een woonzorgzone beschouwen de grote hoeveelheid wetgeving als een ondoorgrondelijke jungle. Voornamelijk in de zorgsector is het aantal wetten en regels enorm. *‘Nooit wordt eens een voorschrift geschrapt, er komen er alleen maar bij’, was een veel gehoorde klacht. Onderzoek naar de werkwijze in de zorg, levert een onthutsend beeld op. Een manager in de zorg vertelt dat hij op 433 punten aan twaalf instellingen verantwoording moet afleggen. De inspectie, het zorgkantoor, het ministerie, de cliëntenraden, brancheorganisaties: allemaal willen ze weten of zijn instelling goede zorg levert. En allemaal willen ze net wat anders weten; een heidens karwei om alle vragenlijsten in te vullen.....(Volkskrant, 2005 A).*

De behoefte aan één centraal loket met informatievoorziening omtrent alle wetten en regel binnen de zorg is niet alleen groot bij de gebruikers van de zorg, maar ook bij de zorgaanbieders die participeren in een woonzorgzone.

5.1.3 Ontbreken landelijk kader

Naast de ‘jungle van wetgeving’ vinden lokale actoren het lastig om het rijksbeleid te vertalen naar de lokale situatie vanwege de vaagheid die voorwaardenscheppend decentraal beleid met zich mee brengt. Lokale actoren geven aan behoefte te hebben aan financiële omslagpunten, richtlijnen en kaders en concrete prestatie-eisen voor woningcorporaties (Heuvelink en Sanders, 2005). Dit is een consequentie dat decentralisatie van beleid met zich mee brengt. Door de decentralisatie worden gemeenten verantwoordelijk voor het geven van concrete handvatten omtrent beleid, zoals prestatie-eisen over het aantal te bouwen nultredenwoningen of financiële omslagpunten. Niet iedere gemeente weet deze gedecentraliseerde verantwoordelijkheid op de te pakken en in te vullen.

5.1.4 Duur van procedures

Een grote bron van ergernis is vaak de duur van procedures die voortkomen uit de verschillende wetgevingen, zoals de bestemmingsplanprocedure voor de bouw van nultredenwoningen of de procedure voor het verkrijgen van een indicatiestelling voor bepaalde vormen van zorgverlening. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de beschikbare en gewenste locaties voor de bouw van nultredenwoningen in strijd zijn met het Provinciaal Omgevingsplan en/of het gemeentelijke bestemmingsplan. Bouwverordeningen, welstandscommissies, bezwaar- en beroepsprocedures en bureaucratie van gemeenten zijn daarnaast factoren die vertragend kunnen werken voor het realisatieproces.

5.1.5 Bureaucratie

Gemeenten hebben vaak binnen het realisatieproces van woonzorgzones meerder rollen. Enerzijds zijn gemeenten belast met de procedures van planologische herbestemming voor vrijkomende locaties, zodat er ruimte beschikbaar is om nultredenwoningen of een wijkservicecentrum te ontwikkelen. Deze planologische herbestemming gaat niet altijd even gemakkelijk. Bij de transformatie van een intramurale zorginstelling naar zelfstandige woningen waar zorg aan de deur wordt geleverd ontstaan bijvoorbeeld vooral in het buitengebied omdat de bestemmingswijziging van een algemene bestemming – voor de intramurale zorgvoorziening – naar de bestemming wonen niet altijd mogelijk is vanuit het bestemmingsplan gezien.

Anderzijds is de gemeente belast met het uitzetten van het welzijnsbeleid dat een sociaal-maatschappelijk doel heeft. Deze dubbele pet van de gemeente – de harde ruimtelijk

ordeningsafdeling en de zachte sociale welzijnsafdeling – levert nog al eens ongenoegen op bij de overige actoren. Zorginstellingen en woningcorporaties verwachten van de gemeente een stimulerende rol bij de realisatie van woonzorgzones, mede op basis van het welzijnsbeleid van de gemeente. Ongenoegen bij de overige actoren ontstaat als gemeente enerzijds de actoren stimuleert om te extramuraliseren, maar anderzijds deze ontwikkeling niet stimuleert door bureaucratie bij bijvoorbeeld bestemmingsplanprocedures.

Bureaucratie is vaak een probleem dat intern ontstaat bij gemeenten, waar de communicatie tussen de verschillende beleidsvelden – ruimtelijke ordening en welzijn – niet optimaal verloopt. Er is bij sommige gemeenten sprake van verkokering waardoor de beleidsafdelingen Ruimtelijke Ordening en Welzijn weinig samen aan beleid blijken te werken. Slechte samenwerking tussen de verschillende beleidsafdelingen bij de gemeente kan verschillende oorzaken hebben. Bijvoorbeeld doordat de wethouders van de verschillende afdelingen slecht met elkaar kunnen samenwerken.

De samenwerking tussen de verschillende beleidsafdelingen binnen gemeente is wel nodig, aangezien door de overige actoren verwacht wordt dat de gemeente de regie over de realisatie van de woonzorgzone op zich neemt. Het lijkt ook vanzelfsprekend dat de gemeente de regierol op zich neemt. Uit figuur 9 blijkt dat gemeenten verantwoordelijkheden hebben op alle drie beleidsterreinen. Ten aanzien van de sector wonen is de gemeente verantwoordelijk voor het bestemmingsplan en de prestatieafspraken met de woningcorporaties omtrent het aantal te realiseren nulredenwoningen. Ten aanzien van de sector welzijn is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van het welzijnsbeleid en de Wvg. Ten aanzien van de sector zorg wordt de gemeente bij de komst van de WMO verantwoordelijk voor de prestatieafspraken met de zorginstellingen over bepaalde vormen van zorgverlening.

Overigens blijkt uit de interviews dat het initiatief tot het realiseren van een woonzorgzone niet altijd bij de gemeente ligt. In veel gevallen nemen zorginstellingen of woningcorporaties het initiatief voor de realisatie van woonzorgzones. Wel zijn er hierop uitzonderingen, de gemeente Zutphen en de gemeente Leeuwarden nemen bijvoorbeeld daadkrachtig het initiatief tot de realisatie van woonzorgzones.

5.2 Belemmeringen door Financiering

Zoals blijkt uit de voorgaande paragraaf kan worden gesteld dat echte knelpunten door wetgeving niet voorkomen. In veel gevallen kunnen de knelpunten worden getypeerd als belemmeringen die ontstaan door bureaucratie bij procedures zoals bestemmingsplanprocedures en de duur van dergelijke procedures. Volgens veel geïnterviewden is de financiering – vooral van extramurale, vraaggestuurde zorg – een grotere belemmering voor de realisatie van woonzorgzones dan wet- en regelgeving. De belemmeringen van wet- en regelgeving spelen meer binnen de sector wonen. De belemmeringen van financieringswijze spelen meer binnen de sector zorg.

Vooraf de vraag: “wie gaat wat betalen?” kan een belemmering vormen voor zorginstellingen waardoor de realisatie van woonzorgzones moeizaam van de grond komt. Onzekerheid over financiële consequentie van vraaggestuurde zorg in de toekomst is één van de grootste belemmeringen voor een zorginstelling om te extramuraliseren, ondanks het feit dat het ministerie van VWS met haar beleid volledig inzet op de innovatie van de scheiding van wonen en zorg.

Door onzekerheid over de financiële consequenties van vraaggestuurde zorg worden zorginstellingen voorzichtiger in het doen van investeringen. Alle vormen van innovatie, dus ook de realisatie van woonzorgzones dat als concept vorm geeft aan de innovatie van het zorgsysteem. Aangezien er heden ten dage op bijna alle fronten wordt bezuinigd is er

een gebrek aan financiële middelen om innovaties zoals woonzorgzones uit te voeren. Daarbij komt dat de Stimuleringsregeling voor de realisatie woonzorgzones vanuit de ministeries van VWS en VROM van tijdelijk aard was en het huidige financieringsstelsel van de zorg – via de AWBZ – niet gericht is op extramurale zorg. Al deze factoren maken het lastig voor de actoren op lokaal niveau de financiering van woonzorgzones rond te krijgen.

5.2.1 Vraaggestuurde zorgfinanciering

Uit de interviews blijkt dat de omschakeling van een aanbodgestuurde zorgsysteem naar een vraaggestuurde zorgsysteem de belangrijkste belemmering is op het financieringsvlak. Bij vraagsturing wordt de financiële middelen voor zorg niet langer aan de zorgaanbieders gekoppeld maar aan de klant. Dit geeft voor veel zorgaanbieders, zoals intramurale zorginstellingen veel financiële onzekerheden bij extramuralisering. De zorgaanbieders zijn bij vraagsturing van de zorg niet langer zeker van inkomsten aangezien dit afhangt van de keuze die de klant maakt om bij bepaalde aanbieders zorg af te nemen. Door de omschakeling in het zorgsysteem is extramuralisering vooral een intern financieel probleem van zorginstellingen.

Door de kanteling naar een vraaggestuurde zorgsysteem komt er meer marktwerking in de zorg. Dit betekent dat de verschillende zorginstellingen naar de klanten toe moeten gaan en zorg moeten aanbieden die de klant nodig vindt. Hierbij moeten de wensen van de klanten serieus worden genomen, maar is het ook reëel de klanten te confronteren met de kosten van hun keuzes. Het belang van de klant moet door de concurrentie voorop komen te staan. Het gevaar is echter dat zorginstellingen door de marktwerking risicomijdend gedrag gaan vertonen, waardoor bijvoorbeeld de levering van zware 24-uurszorg onder druk komt te staan. Voor de levering van 24-uurszorg binnen een zone is een bepaalde minimale financiële draagvlak nodig. Dit financiële draagvlak staat op los zand als de zorginstelling niet zeker is van afname van deze vorm van zorg, aangezien de klanten vrij zijn te kiezen voor een andere zorgaanbieder. Dit kan tot gevolg hebben dat de aangeboden zorg wordt uitgehold tot lichte vormen van zorg die voor de zorginstellingen geen financiële risico's meebrengen.

Vraagsturing in het zorgsysteem zorgt voor onzekerheid bij zorginstelling over de inkomsten. Hierdoor worden de zorginstellingen voorzichtig met het doen van investeringen zoals de realisatie van een woonzorgzone. Toch is volgens sommige geïnterviewden het argument van onzekerheid omtrent toekomstige inkomsten in de zorg onjuist. Het blijkt volgens hen dat niet de financiering op zich een probleem is maar de onderhandeling ervan en de wil of onwil van actoren om met verschillende geldstromen om te gaan. De vraag naar zorg zal namelijk blijven bestaan en zelfs toenemen door de vergrijzing. Ook de financieringsmogelijkheden voor zorg vanuit de AWBZ blijven bestaan, zij het voor sommige vormen van zorg een andere (WMO) systeem. Onzekerheid omtrent financieringswijzen wordt gebruikt als een oneigenlijk argument door actoren die niet volledig achter de ontwikkeling van een woonzorgzones staan.

5.2.2 Sectorale financieringsstromen

In de literatuur wordt vaak aangegeven dat de sectorale financieringsstromen niet hanteerbaar zijn voor de integrale benadering van woonzorgzones waardoor belemmering ontstaan. Toch vond geen van de geïnterviewde personen integrale financiering een voorwaarde voor de realisatie van woonzorgzones. De vraag is ook wat er wordt verstaan onder integrale financiering van woonzorgzones en of dit wel mogelijk is bij een volledig extramurale zorginfrastructuur. Binnen de sector zorg bestaat min of meer al een integrale financieringswijze in de vorm van het PGB. Voor een integrale financieringswijze waarbij ook de sector wonen wordt betrokken zou het PGB bijvoorbeeld gekoppeld moeten worden aan het recht op huursubsidie. Dit kan in de vorm van

woonzorgvouchers²³. Echter sommige geïnterviewden stellen dat een volledig integrale benadering van financieringswijze binnen woonzorgzones nieuwe belemmeringen creëert, omdat er dan verschillende financiële normen op één hoop worden gegooid. De eisen die bijvoorbeeld worden gesteld voor het verkrijgen van huursubsidie – hoogte van inkomen en huur – hebben zijn verschillend met de eisen die worden gesteld aan het verkrijgen van een PGB – indicatiestelling op basis van een bepaalde zorgvraag – en kunnen daardoor lastig met elkaar in verband worden gebracht.

5.2.3 Onrendabele investeringen

Door meer marktwerking in het zorgsysteem ontstaan onder andere belemmeringen voor het realisatieproces vanwege tegenstrijdige belangen die verschillende actoren hebben. Enerzijds willen zorginstellingen bijvoorbeeld wel participeren in de realisatie van een woonzorgzone omdat dit goed past in het de uitvoering van het rijksbeleid. Anderzijds willen deze zorginstellingen ook de eigen financiële begroting rond krijgen. Hierdoor hebben zorginstellingen soms moeite met het doen van onrendabele investeringen. Hetzelfde verhaal geldt overigens ook voor woningcorporaties en gemeenten.

Door deze financiële doelstelling ontstaan er belemmering in de samenwerking met name tussen verschillende zorginstellingen of woningcorporaties. Het is bij het realisatieproces van groot belang dat alle informatie over de financiële gevolgen van een woonzorgzone transparant op tafel komen. Niet alle actoren werken daaraan mee omdat deze informatie gevoelig kan zijn vanwege de concurrentiepositie die sommige actoren met elkaar hebben, zoals intramurale zorginstellingen die extramuraliseren en thuiszorgorganisaties. Deze organisaties worden na de extramuralisering van de intramurale zorginstelling zogenaamde conculega's²⁴ van elkaar. Beide actoren gaan zich begeven op dezelfde markt – waar eerst alleen de thuiszorg zich begaf – namelijk het leveren van diensten en zorg aan huis.

5.2.4 Onzekerheid effecten WMO

Alhoewel over de inhoud en de consequentie van de WMO al veel bekend is, bestaan er nog veel onduidelijkheden over de effecten van de WMO in de uitvoering. Door de WMO krijgen gemeenten de regierol min of meer in de schoenen geschoven. Het is echter de vraag hoe gemeente deze taak gaan oppakken mede door de vraag hoeveel financiële middelen de gemeenten krijgen om dit beleid te voeren. Het gevaar hierbij is dat de gemeente veel verantwoordelijkheden krijgt, maar te weinig financiële middelen om deze rol goed te vervullen. Gemeenten worden bijvoorbeeld binnen de WMO niet gecompenseerd voor de gevolgen van de komende vergrijzing. Daarnaast bestaat het gevaar dat de WMO mogelijk een te vrijblijvend karakter heeft. De gemeente kan na de invoering van de WMO zelf de verdeling van financiële middelen uit de WMO invullen. Hierdoor kan de uitwerking van de WMO zeer situatiespecifiek plaats vinden. Dit is een goede zaak, mits gemeenten goed weten om te gaan met deze nieuwe verantwoordelijkheid.

5.2.5 Boekwaardeprobleem

Intramurale zorginstellingen lopen bij de extramuralisering aan tegen het probleem dat veel vastgoed van de zorginstelling nog een hoge boekwaarden heeft. Dit boekwaarde probleem ontstaat doordat de afschrijvingstermijnen van 40 à 50 jaar van het vastgoed in de zorg feitelijk veel korter blijken te zijn, mede door de scheiding van wonen en zorg. Vooral het College sanering ziekenhuisvoorzieningen ligt vaak dwars bij de extramuralisering van zorginstellingen, aangezien het beleid van het college sanering is om het vastgoed van zorginstellingen voor de hoogste prijs te verkopen.

²³ Meer informatie over woonzorgvouchers zie paragraaf 6.2.

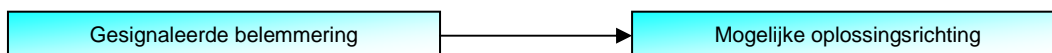
²⁴ Conculega's is een samenvoeging van de woorden collega en concurrent. In de zorg ontstaan conculega's ontstaan door de kanteling naar een vraaggestuurde zorgsysteem.

5.2.6 Huursubsidie

Bij de realisatie van woonzorgzones worden vaak nulredenwoningen gebouwd zodat mensen in staat worden gesteld langer thuis te blijven wonen. Het blijkt voor wooncorporaties lastig om de huur van deze nulredenwoningen onder de huursubsidiegrens te houden vanwege de hoge bouw of aanpassingskosten die hiermee gepaard gaan.

Hoofdstuk 6: Oplossingsrichtingen

In het voorgaande hoofdstuk staat een analyse van de belemmeringen in het realisatieproces van woonzorgzones veroorzaakt door wet- en regelgeving en financieringswijze. In dit hoofdstuk wordt bekeken wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn voor de gesignaleerde belemmeringen. Om enigszins overzicht te creëren wordt aan de hand van de onderstaande figuur 11 wordt per belemmering aangegeven welke oplossingrichting is gevonden.



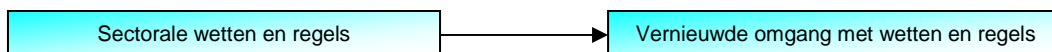
Figuur 11: De koppeling van gesignaleerde belemmeringen aan mogelijke oplossingsrichtingen.

6.1 Oplossingsrichting binnen wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving blijken niet concreet knellend te zijn waardoor aanpassing van wet- en regelgeving op de nieuwe integrale benadering van woonzorgzones overbodig lijkt. Dat blijkt ook wel uit het feit dat er reeds woonzorgzones zijn gerealiseerd binnen de huidige wet- en regelgeving. Vooral de veelheid aan wet- en regelgeving en de procedures die eruit voort komen en de tijd die nodig is om procedures te doorlopen lijken belemmeringen te vormen voor het realisatieproces van woonzorgzones. Mogelijkheden om met deze belemmeringen om te gaan is voornamelijk een goede procesregie en veel geduld.

6.1.1 (Tegenstrijdige) wetten en regels

Tegenstrijdigheid in wet- en regelgeving kan niet worden aangetoond, zoals blijkt uit het voorgaande hoofdstuk. Wel kan worden gesteld dat wetgeving allerminst stimulerend is door het sectorale karakter van de verschillende wetgevingen.

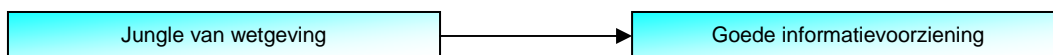


Een oplossingsrichting kan zijn het aanpassen van wet- en regelgeving op de integrale benadering van woonzorgzones. Dit lijkt echter een te rigoureuze oplossing. Binnen de sectoren zorg en welzijn is reeds de WMO in voorbereiding die meer integratie moet brengen tussen zorg en welzijn. Een betere oplossingsrichting lijkt vernieuwde omgang met bestaande wetten en regels. Deze nieuwe omgang houdt vooral in de grenzen van wetten en regels op te zoeken om het maximum uit de plannen voor woonzorgzones te halen. Deze nieuwe omgang met wetten en regels kan bijna alleen plaatsvinden indien het proces om tot realisatie te komen onder een goede regie staat.

Procesregie

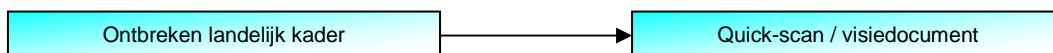
De invulling van de regierol is één van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van de realisatie van woonzorgzones. Aangezien gemeenten verantwoordelijkheden hebben op alle drie beleidsterreinen van woonzorgzones, lijkt het logisch dat zij een invulling geven aan de regierol bij de realisatie van woonzorgzones. Een goede invulling van deze regierol is van belang omdat woningcorporaties en zorginstellingen moeten worden gestimuleerd binnen de eigen sectorale wetgeving het optimum te zoeken zodat de gezamenlijke doelstelling van een woonzorgzone het beste tot zijn recht komt. Voor een goede invulling van de regierol zijn een aantal aspecten van belang. Het is belangrijk dat de gemeente de regierol met overtuigingskracht op zich neemt aangezien het realisatieproces van woonzorgzones een proces is van de lange adem is. De regisseur moet de wil hebben om onmogelijk geachte belemmeringen te willen slechten. Eigenschappen als standvastigheid, charisma, goede onderhandelaar zijn hierbij gewenst. De regisseur moet op het juiste moment, bij de juiste persoon de juiste beslissing forceren. Hierbij is wederzijds vertrouwen tussen de verschillende actoren de regisseur belangrijk.

6.1.2 Jungle van wetgeving



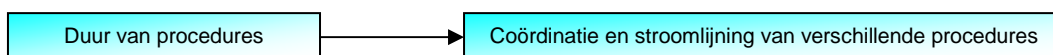
De veelheid aan wet- en regelgeving zorgt voor een jungle waar actoren moeilijk mee om kunnen gaan. Een oplossing voor dit probleem lijkt goede informatievoorziening, bijvoorbeeld in de vorm van een centraal loket met informatievoorziening omtrent alle wetten en regel binnen de zorg, welzijn en wonen.

6.1.3 Ontbreken landelijk kader



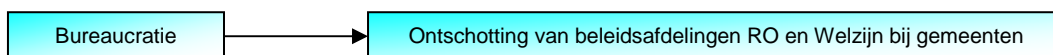
Door decentralisatie voelt de Rijksoverheid zich alleen nog verantwoordelijk voor de strategische hoofdlijnen. Het uitgangspunt is dat maatschappelijke en fysieke problemen worden opgelost op het ruimtelijke of bestuurlijke niveau dat ze spelen. Hierdoor worden vanuit de Rijksoverheid geen uitvoeringskaders gegeven waarbinnen de realisatie van woonzorgzones kan plaatsvinden. Sommige actoren hebben moeite dit strategische beleid te vertalen naar de lokale situatie. Aangezien de planning van woonzorgzones vrij situatiespecifiek is lijkt het een schone taak voor de gemeenten om op een juiste manier beleid te ontwikkelen omtrent woonzorgzones. Een quick-scan of een visiedocument waarin het concept woonzorgzone tastbaar en inzichtelijk wordt gemaakt voor een bepaald gebied door middel van bijvoorbeeld planologische kengetallen, kan dienen als instrument om de communicatie tussen de verschillende actoren te structureren. Hierdoor kan voor alle actoren duidelijk worden wat de realisatie van een woonzorgzone concreet voor de eigen bedrijfsvoering inhoud.

6.1.4 Duur van procedures



Vaak moeten de verschillende procedures onafhankelijk van elkaar worden doorlopen. Het is van belang dat de tussen de verschillende procedures op een goede wijze worden gecoördineerd en gestroomlijnd waardoor de verschillende procedures vlot achter elkaar kunnen worden doorlopen. Hierdoor wordt de tijdsduur die deze procedures nemen wordt geminimaliseerd.

6.1.5 Bureaucratie



Door de invoering van de WMO lijkt het logisch dat vooral gemeenten de rol van procesregie gaan voeren. Om deze rol op de juiste manier te kunnen invullen is veelal een ontschotting nodig tussen de beleidsafdelingen ruimtelijke ordening en welzijn intern bij de gemeente om bureaucratie te voorkomen. Bureaucratie is vaak een probleem dat intern ontstaat bij gemeenten, waar de communicatie tussen de verschillende beleidsvelden – ruimtelijke ordening en welzijn – niet optimaal verloopt. Daarnaast kan het voorkomen dat gemeenten niet de regierol wensen, bijvoorbeeld omdat ze geen heil zien in woonzorgzones. In dit geval lijkt het toch vanuit het oogpunt van maatschappelijke ondersteuning van zorgbehoevende personen aan te raden dat de gemeente in ieder geval een faciliterende rol vervult door bureaucratie rondom de realisatie van woonzorgzones zo klein mogelijk te laten zijn.

6.2 Oplossingsrichtingen binnen financieringswijze

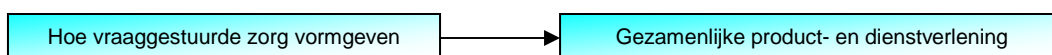
De belemmeringen in de financieringswijze ontstaan voornamelijk door de kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing in het zorgsysteem waardoor er meer marktwerking komt in de aanbieding van zorg. Daarnaast zorgt de vraag: “wie gaat wat betalen?” voor moeizame samenwerking tussen actoren. Dit kan worden voorkomen door direct aan het begin van het realisatieproces duidelijke afspraken te maken omtrent de financiering van onderdelen waar meerder actoren gebruik van maken, zoals de vraag: zie investeert in een alarmsysteem? of wie investeert in de realisatie van een multifunctioneel wijkservicecentrum? Goede onderhandeling en concrete afspraken zijn van essentieel belang voor het soepel laten verlopen van het realisatieproces. In de onderstaande figuur 9 is voor enkele onderdelen uitgewerkt tussen welke actoren afstemming moet plaatsvinden over de financiële investering.

Onderdeel	Afstemming over financiële investering
Invulling van de 24-uurs zorgbewaking	Tussen thuiszorgorganisaties en extramurale zorginstellingen
Realisatie van een multifunctioneel wijkservicecentrum	Tussen woningcorporaties, gemeenten en zorginstellingen
Toepassing van domotica	Tussen woningcorporaties en zorginstellingen

Tabel 9: Afstemming tussen actoren over de financiële investering in bepaalde onderdelen van een woonzorgzone.

Overigens blijkt dat wanneer de woningcorporatie initiatiefnemer is van de realisatie van woonzorgzones het realisatieproces over het algemeen goed verloopt. Dit komt vooral omdat deze actor een brede beschikking heeft over financiële middelen, die bijvoorbeeld naast de bouw van nultredenwoningen ook kunnen worden ingezet voor de realisatie van een wijkservicecentrum. Het doel van woonzorgzones heeft een sociaal maatschappelijk karakter en daardoor eigenlijk niet zo heel veel te maken met fysieke ingrepen in de ruimte. Toch kan de fysieke investeringen in de ruimte van bijvoorbeeld woningcorporaties een katalysator zijn voor de organisatorische ontwikkeling van woonzorgzones. Er moeten mogelijkheden worden gecreëerd zodat woningcorporaties hun financiële middelen breder mogen investeren dan alleen woningbouw. Commissie de Boer (2005) heeft een advies uitgebracht aan VROM over relatie tussen de Rijksoverheid en woningcorporaties onder de titel: ‘Lokaal wat kan, centraal wat moet’ en stelt dat sommige corporaties zich onvoldoende actief inzetten om hun niet onaanzienlijke investeringscapaciteit aan te wenden voor maatschappelijke doelstellingen (Commissie de Boer, 2005).

6.2.1 Vraaggestuurde zorgfinanciering



De voornaamste vraag bij vraaggestuurde zorg is hoe dit te organiseren. Zorginstellingen zijn huiverig voor de financiële consequenties van vraaggestuurde zorg. Door de vraagsturing zijn zorgaanbieders niet langer zeker van inkomsten aangezien dit afhangt van de keuze die de klant maakt om bij bepaalde aanbieders zorg af te nemen. Een oplossingsrichting kan een als de verschillende zorginstellingen gezamenlijk nieuwe producten en diensten ontwikkelen in te spelen op de behoeften van zorgbehoevende personen.

Dit sluit aan bij het zogenaamde ‘one-stop shopping model’ dat een verregaande samenwerking inhoud tussen verschillende zorginstellingen, thuiszorgorganisaties en dienstenaanbieders. Hierdoor kunnen er gezamenlijk zorgproducten ontwikkelen om in te spelen op de vraag van de klanten. Deze gezamenlijke zorgproducten worden op één centraal punt aangeboden, bijvoorbeeld in het wijkservicecentrum. Zorgbehoevende

personen kunnen op één plek terecht voor alle zorg en diensten en combinaties hiervan dat volledig aansluit op de persoonlijke behoefte.

Om zorg- en welzijnsdiensten te integreren stellen Nouws en Van de Linden (2003) twee methoden vast. Beide methoden worden hieronder toegelicht:

Method 1: overlap vaststellen

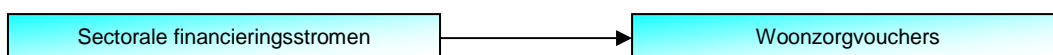
Deze methode houdt in dat aanbieders zelfstandig blijven opereren, waarbij wordt bekeken welke delen van het aanbod van verschillende aanbieders elkaar zodanig overlappen, dat het zinvol is om deze te integreren. bijvoorbeeld twee zorginstellingen – één gericht op ouderen en één gericht op gehandicapten – hebben behoefte aan personeel dat 's nachts een oogje in het zeil houdt. Aangezien dit is een kostbare service is kunnen beide instellingen besluiten om voortaan de nachtzorg gezamenlijk te regelen (Nouws en Van de Linden, 2003)

Method 2: nieuwe indeling

Deze methode houdt in dat de verschillende aanbieders al hun producten en diensten op één hoop vegen en een nieuwe indeling maken op basis van de behoeften van de klant. Dit is een methode die is toegepast in IJburg. In IJburg zijn de volgende nieuwe productgroepen in ontwikkeling (Nouws en Van de Linden, 2003):

- Medische basiszorg, verpleging en psychosociale zorg;
- Paramedische basiszorg;
- Tandheeskundige basiszorg;
- Gespecialiseerde psychiatrische zorg;
- Ouder- en kinddiensten;
- Diensten aan huis;
- Woonondersteuning;
- Opvang met 24-uurs beschikbaarheid;
- Vervoer;
- Informatie, advies en bemiddeling;
- Vrije tijd, educatie en werk.

6.2.2 Sectorale financieringsstromen

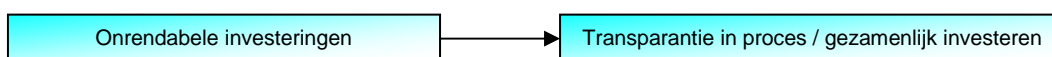


Er bestaat momenteel geen geïntegreerde financiering voor woonzorgzones. Het PGB budget kan worden beschouwd als een geïntegreerde financiering van zorg en welzijn. Ondanks dat sommige geïnterviewde stellen dat geïntegreerde financiering van woonzorgzones juist nieuwe belemmeringen veroorzaakt lijkt geïntegreerde financiering wel mogelijk in de vorm van woonzorgvouchers.

Woonzorgvoucher

Woonzorgvouchers is een cheque waarmee personen naar eigen inzicht een combinatie van zelfstandig wonen, zorg, woningaanpassing, vervoer en welzijnsdiensten kunnen inkopen die het best in de individuele behoefte voorziet. Dit zorgt voor een verdere vergroting van de keuzevrijheid van bewoners van woonzorgvoorzieningen. De woonzorgvoucher bestaat uit huursubsidie, Persoonsgebonden Budgetten voor AWBZ zorg en in soms gemeentelijke regelingen als de Welzijnswet en Wvg, waardoor de voucher kan worden gezien als een vorm van integrale financiering binnen een woonzorgzone. Momenteel wordt binnen sommige projecten geëxperimenteerd met woonzorgvouchers (Singelenberg, 2001).

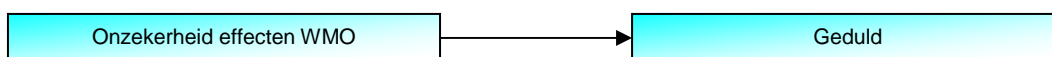
6.2.3 Onrendabele investeringen



Bij zorginstellingen bestaat een onzekerheid over de financiële consequentie van marktwerking in het zorgsysteem. Hierdoor hebben zorginstellingen soms moeite met het doen van onrendabele investeringen, mede door de concurrentiepositie die ontstaat met andere zorginstellingen door vraagsturing. Het is daarom bij het realisatieproces van groot belang dat alle informatie over de financiële gevolgen van een woonzorgzone transparant op tafel komen. Transparantie in samenwerkingsproces is erg belangrijk zodat mogelijke belemmeringen in een vroeg stadium van het realisatieproces bespreekbaar worden gemaakt. Daarnaast is er de mogelijkheid om vraagsturing op te pakken om samen te werken met andere zorginstellingen. Het is daardoor mogelijk dat meerdere actoren een gezamenlijke investering doen en daarmee de kosten verdelen.

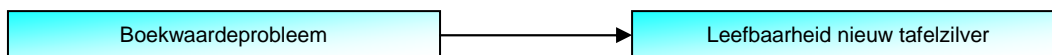
Als actoren niet hieraan willen meewerken vanwege de concurrentiepositie met andere actoren lijkt het verstandig de deelname van actoren aan het realisatieproces hierop te selecteren. Door deze voorselectie kan het aantal actoren in het proces worden verkleind waardoor voorkomen kan worden dat teveel actoren met elkaar concurreren.

6.2.4 Onzekerheid effecten WMO



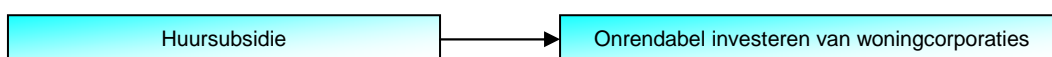
Alhoewel over de inhoud en de consequentie van de WMO al veel bekend is, bestaan er nog veel onduidelijkheden over de effecten van de uitvoering. Deze onzekerheden over de financiële effecten van de uitvoering van de WMO lossen zich in de loop van de tijd vanzelf op. Duidelijkheid hierover zal komen zodra de WMO daadwerking in werking treedt en de gevolgen concreet tastbaar worden.

6.2.5 Boekwaardeprobleem



Vroegtijdig afschrijving van vastgoed levert vaak een boekwaarde probleem op. Dit kan worden opgelost door een andere manier van denken. De vergroting van bijvoorbeeld de leefbaarheid in een wijk of dorp door een woonzorgzone kan worden gezien als een nieuwe vorm van tafelzilver voor woningcorporaties en zorginstellingen. Door de betere leefvoorwaarden, zoals sociale samenhang en goede levering van zorg aan huis, worden de woningen in de wijken populair. Door goede zorg en welzijn kan het vastgoed in een wijk in waarde toenemen vanwege de mogelijke populariteit van deze wijken.

6.2.6 Huursubsidie



Het blijkt voor woningcorporaties lastig om de huur van deze nulredenwoningen onder de huursubsidielgrens te houden vanwege de hoge bouw of aanpassingskosten die hiermee gepaard gaan. Oplossingrichting hiervoor kan zijn dat de huurprijs kunstmatig laag worden gehouden door de woningcorporaties. Dit is voor de woningcorporaties een onrendabele investering welke overigens wel goed past binnen de doelstelling van het advies van Commissie de Boer (2005).

Bronnen

- Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg (2005 A), *Databank Wonen-Zorg*, [<http://www.kcwz.nl/cgi-bin/databank.cgi?page=databank/index>], bezocht op 14-07-2005.
- Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg (2005 B), *Regelgeving en financiering*, [<http://www.kcwz.nl/regelgeving/regelgeving.html>], bezocht op 16-07-2005.
- Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg (2005 C), *Wijkservicecentrum*, [<http://www.kcwz.nl/wijkservicecentrum/index.html>], bezocht op 27-08-2005.
- Alders, M. (2003), *Na 2010 slaat de vergrijzing toe*, Centraal Bureau voor de Statistiek, [<http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2003/1175k.htm>], bezocht op 8-12-2004.
- Alexander, J.C. (1998), *Real civil societies*, Sage, Londen.
- Becker, H. (1992), *Generaties en hun kansen*, Meulenhoff, Amsterdam.
- Blaauwbroek, H. (2005), *Vraagsturing: Samenwerken aan goede zorg en dienstverlening*, [http://www.bbvz.nl/vraagsturing/pdf/inleiding_vraagsturing.pdf], bezocht op 03-08-2005.
- Commissie de Boer (H. de Boer, E. Hooge, P.J. Biesheuvel, P. Meurs, L. van Leeuwen en T. Lensen) (2005), *Lokaal wat kan, centraal wat moet: Nieuw bestel voor woningcorporaties*, [http://www.vrom.nl/get.asp?file=docs/20050517_rapport_cie_de_boer.pdf], bezocht op 25-08-2005.
- Borret, K. (2000), *Gated communities en destructieve stadsbeelden*, [<http://www.dma.be/cvb/as/kino3/DFCHRIS.htm>], bezocht op 12-06-2005.
- Brouwer, J., J. van Galen en G. Sogelée (2002), *Nationale analyse Zorg, welzijn en wonen*, ABF Research, Delft.
- CIZ (Centraal Indicatiestelling Zorg) (2005), [<http://www.ciz.nl>], bezocht op 19-07-2005.
- Diepstraten, I., P. Ester en H. Vinken (1998), *Mijn generatie: Zelfbeelden, jeugdervaringen en lotgevallen van generaties in de twintigste eeuw*, Syntax Publishers, Tilburg.
- Domus Magnus (2005), *Klein Engelenburg*, [www.domusmagnus.com], bezocht op 17-03-2005.
- Glaser, M., D. Harkes en J. Singelenberg (2001), *Woonzorgzones*, Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Rotterdam, [<http://www.iwz.nl/tekstbijlagen/pdf/woonzorgzones.pdf>], bezocht op 19-07-2005.

- Goumans, G., T. Mandemanker, R. van Overbeek, K. Penninx, en A. Schippers (2004), *Ouder worden we allemaal: Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*, NIZW Uitgeverij, Utrecht, [<http://www.nizw.nl/docs/download/ouder%20worden%20we%20allemaal.pdf>], bezocht op 24-08-2005.
- Hart, J. de (2002), *Zekere banden, sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid*, in: *Theoretische uitgangspunten, conceptualisering en doelstellingen*, SCP, Den Haag.
- Heuvelink, J., L. Sanders (2005), *Realisatie van ouderenhuisvesting/ wonen met zorg; Knelpunten en kansen voor gemeenten*, De Vijfde Dimensie.
- IGZ (Inspectie Gezondheidszorg) (2004), *Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet*, persbericht 10-09-2004, [www.igz.nl], bezocht op 04-04-2005.
- Ingen, E. van, J. Dagevos en T. Beckers (2004), *Duurzaamheid in het denken en doen van Nederlandse bevolking*, [<http://spitswww.uvt.nl/web/telos/documents/CD%20verkenningen143-153.pdf>], bezocht op 25-08-2005.
- IPO (Interprovinciaal Overleg) (2003), *Wonen, zorg en welzijn*, brief aan de minister van VROM, 8 december 2003, Den Haag.
- Keehnen, E.A., D. Sikkels (2004), *De grijze markt: de nieuwe oudere*, in: *Senioren & Toerisme, met succes inspelen op de toeristische en recreatieve markt van 50-plussers*, TNO en Agewise, ESBB b.v., Bosch en Duin.
- Klerk, M. de (2001), *Rapportage ouderen 2001: Verandering in de leefsituatie*, SCP, Den Haag.
- Kwekkeboom, R., T. Roes en V. Veldheer (2002), *De werkelijkheid van de welzijnswet: Verkenning van de werking van de Welzijnswet op lokaal, provinciaal en landelijk niveau*, SCP, Den Haag.
- Leber, L., A. van der Wekke (2004), *Gated communities: De nieuwe woontrend in Nederland?*, in: *Tijdschrift voor de Volkshuisvesting*, nr. 4, pp. 34-37.
- LNV (Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit) (2004), *Agenda voor een Vitaal Platteland: Inspelen op verandering*, Den Haag.
- Meijs, L. (1997), *Management van vrijwilligersorganisaties*, NOV, Utrecht.
- MKBnet (2005), *Voor ouderen is thuiswonen goedkoper dan een verzorgingstehuis*, Economisch Statistische Berichten nr. 4451, p. 36, 3 p, [<http://www.mkbnet.nl/Nieuws/bericht.phtml?nid=29518>], bezocht op 07-02-2005.
- Nesselhaar, R. (2001 A), *De vergrijzing, een demografische ontwikkeling met grote gevolgen*, in: *Senioren & Wonen, met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers*, TNO en Senmar Consultancy BV.

- Nesselaar, R. (2001 B), Senioren, een zeer heterogene en interessante doelgroep: kenmerken van de huidige en toekomstige 50+ markt, in: *Senioren & Wonen, met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers*, TNO en Senmar Consultancy BV.
- NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) (2000), *De grote almanak voor informatie en advies*, NIZW, Utrecht.
- Nouws, H., M. van der Linden (2003), *Aan de slag met woonzorgzones: Instrumenten voor initiatiefnemers*, [<http://www.kcwz.nl/doc/woonzorgzones/Aan%20de%20slag%20met%20woonzorgzones.pdf>], bezocht op 04-08-2005.
- NRC Handelsblad (2003), *Een supermarkt voor geluk: Experiment met ouderenzorg in Friesland laat dorpsstructuur intact*, artikel in het NRC Handelsblad van 17-07-2003.
- Oelkers, B., F. Rietmeijer (2004), *Wozozo's of zorgzame wijken?*, [http://www.xs2.nl/docs/wozozo_of_zorgzame_wijken.pdf], bezocht op 28-08-2005.
- Oranjewoud (2004), *Noord Nederland 2030, kleur bekennen!*, Heerenveen.
- Per Saldo (2005), *Het PGB*, [<http://www.pgb.nl/showpage.php?pa=28&menu=1,234>], bezocht op 04-08-2005.
- Posthumus, E. (2005), *Zorgen over Woonzorgzones: Een onderzoek naar knelpunten tijdens het implementatieproces*, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Provincie Groningen (2003), *Zorg in Samenhang 2003-2007*, Provinciale regiovisie, Groningen.
- Provincie Groningen (2004), *Wel(en)levend Groningen*, Beleidsplan Welzijn 2005-2008, Groningen.
- Provincie Groningen (2005), *Nota Bouwen en Wonen 2005-2008: Prioriteit voor uitvoering*, Groningen.
- Puylaert, H.J.M. (2001), Senioren en ruimtelijke ordening, in: *Senioren & Wonen, met succes inspelen op de woningbehoeften van 50-plussers*, TNO en Senmar Consultancy BV.
- Reinders, B.J.M. (2003), *Goede samenwerking, weinig voortgang!: De stand van zaken van woonzorgzones in Nederland*, Seinpost Adviesbureau, in opdracht van Aedes-Arcare Kenniscentrum Wonen-Zorg, Arnhem.
- Sievers, A., A. Bogers (2004), *Ik ben al heel lang bij de tijd: seniorenstad in Nederland*, Inbo Adviseurs Stedenbouwkundigen Architecten.
- Singelenberg, J. (2001), *Woonzorgvouchers*, Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht, [<http://www.iwz.nl/tekstbijlagen/pdf/woonzorgvouchers.pdf>], bezocht op 16-08-2005.

- Singelenberg, J. (2003), *Hoe levensloopbestendig bouwt Nederland?: Gebrek aan gegevens belemmert doeltreffend beleid*, [<http://www.kcwz.nl/doc/levensloopbestendig/Hoe%20levensloopbestendig%20bouw%20Nederland.pdf>], bezocht op 16-08-2005.
- Singelenberg, J. (2005), *Wonen en Zorg, scheiden of integreren?*, Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht, [http://www.kcwz.nl/doc/trends/Wonen%20en%20zorg%20scheiden%20of%20integreren_%20jan%202005.pdf], bezocht op 25-06-2005.
- Singelenberg, J., D. Harkes (2004), *Woonzorgzone of servicewijk: Hoe noemen we woongebieden waar zorg en diensten extra goed geregeld zijn?*, Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht, [<http://www.kcwz.nl/doc/woonzorgzones/Woonzorgzone%20of%20servicewijk.pdf>], bezocht op 25-06-2005.
- Stofberg, R. (2004), *Huursubsidie voor ouderen*, [<http://www.kcwz.nl/doc/regelgeving/Huursubsidie%20juli%202004.pdf>], bezocht op 16-07-2005
- Van Dale Taalweb (2005 A), online woordenboek, [<http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=domotica>], bezocht op 27-08-2005.
- Van Dale Taalweb (2005 B), online woordenboek, [<http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=extramuraal>], bezocht op 21-06-2005.
- Van Dale Taalweb (2005 C), online woordenboek, [<http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=intramuraal>], bezocht op 21-06-2005.
- Voogd, H. (1999), *Facetten van de planologie*, Samson Uitgeverij, Alphen aan den Rijn.
- Volkskrant (2005 A), *Vaste budgetten in zorg doden vernieuwingsdrift: Onderzoekers bepleiten omslag in gezondheidssector: meer concurrentie tussen instellingen en veel minder overheidsbemoeienis*, artikel in de Volkskrant van 01-08-2005.
- Volkskrant (2005 B), *Verpleeghuizen moeten met de billen bloot: Hoofdinspecteur Jenneke van Veen heeft een kwaliteitsnorm nodig om de verpleeghuizen te kunnen controleren*, artikel in de Volkskrant van 23-03-2005.
- VPRO (2002), *De opties voor de laatste jeugd*, televisie uitzending van het programma DNW, aflevering 14, 25-03-2002, [<http://www.vpro.nl/programma/dnw/afleveringen/5477022/items/5669715/>], bezocht op 27-08-2005.
- VROM (Ministerie Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) (2003 A), *Beter thuis in wonen: Kernpublicatie Woningbehoefte Onderzoek 2002*, [<http://www.vrom.nl/get.asp?file=docs/publicaties/wonen3265.pdf&dn=3265&b=vrom>], bezocht op 26-08-2005.

- VROM (Ministerie Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) (2003 B), *Investeren voor de Toekomst: De kwantitatieve opgave voor wonen, zorg en welzijn*, Den Haag, [http://www.vrom.nl/get.asp?file=docs/woonzorg/BriefTK_kwantitatieve_opgave_WZW_sept03.pdf], bezocht op 19-07-2005.
- VROM (Ministerie Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) (2004), *Nota Wonen: Mensen, Wensen, Wonen*, [<http://www.vrom.nl/get.asp?file=docs/publicaties/wonen13542.pdf&dn=13542&b=vrom>], bezocht op 01-08-2005.
- VROM (Ministerie Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) (2005 A), *Dossier Tijdelijke Woonzorgstimuleringsregeling*, [<http://www.vrom.nl/pagina.html?id=2664>], bezocht op 19-07-2005.
- VROM (Ministerie Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer) (2005 B), *Dossier Wonen, zorg en welzijn; kwantitatieve opgave*, [<http://www.vrom.nl/pagina.html?id=11597>], bezocht op 19-07-2005.
- VROM-Raad (1998), *Wonen met zorg*, [<http://www.vromraad.nl/download/a002.doc>], bezocht op 04-04-2005.
- VROM-Raad (2005), *Oude bomen? Oude bomen moet je niet verplaatsen: Advies over ouderenbeleid en wonen*, [<http://www.vromraad.nl/Download/Advies%20Oude%20Bomen2.pdf>], bezocht op 21-37-2005.
- VROM en VWS (Ministeries Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer & Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2005), *Actieplan Wonen met zorg en welzijn: brief aan tweede kamer*, [http://www.vrom.nl/get.asp?file=Docs/wonen/brief_2004057835.doc], bezocht op 02-08-2005.
- VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2005 A), *De mantelzorger in beeld*, [http://www.minvws.nl/images/dvvo-2585645b_tcm10-66656.pdf]. bezocht op 24-08-2005.
- VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2005 B), *dossier Wmo-AWBZ*, [<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/default.asp>], bezocht op 17-07-2005.
- VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2005 C), *Nieuwe bekostiging*, [<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/awbz/nieuwe-bekostiging>], bezocht op 06-08-2005.
- VWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (2005 D), *Nota ouderenbeleid: ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*, [http://www.minvws.nl/images/nota-ouderenbeleid_tcm10-65342.pdf], bezocht op 02-08-2005.
- Zorgkantoor (2005), *Gezamenlijke website zorgkantoren*, [<http://www.zorgkantoor.nl/home.html>], bezocht op 19-07-2005.

Interviews

- Borgonjen, G., Beleidsmedewerker Gemeente Zutphen, projectleider woonservicezone Zutphen, geïnterviewd op 20-05-2005, Arnhem.
- Geffen, W. van, Projectleider Wel Thuis Steunste Bellingwedde, geïnterviewd op 02-05-2005, Winschoten.
- Haspers, H., Beleidsmedewerker Pleyade, projectleider woonzorgzones Arnhem-Zuid, geïnterviewd op 20-05-2005, Arnhem.
- Hensums, D., Adviseur Usus, o.a. projectleider Woonzorgzone Emmercompasuum, geïnterviewd op 26-05-2005, Groningen.
- Jong, F. de, Directeur Skewiel Trynwâlden, geïnterviewd op 11-05-2005, Oentsjerk.
- Kort, W., Beleidsadviseur ministerie VROM, geïnterviewd op 13-05-2005, Den Haag.
- Mandemaker, T., Innovatie medewerker NIZW, geïnterviewd op 02-05-2005, Utrecht.
- Pattje, W., Zelfstandig adviseur & lid van het expertteam grotestedenbeleid (voormalig wethouder Welzijn gemeente Groningen), geïnterviewd op 29-04-2005, Groningen.
- Ploeger, M., Adviseur Toorend & Patners, geïnterviewd op 04-05-2005, Haarlem.
- Propsma, J.M., Projectmanager woonservicezones Gemeente Leeuwarden, geïnterviewd op 11-05-2005, Leeuwarden.
- Singelenberg, J., Programmaregisseur SEV (voormalig directeur Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg), geïnterviewd op 17-05-2005, Rotterdam.
- Stadman, D., Beleidsmedewerker Wonen, Gemeente Assen, geïnterviewd op 25-05-2005, Assen.
- Vos, J., Beleidsmedewerker ministerie VWS, geïnterviewd op 13-05-2005, Den Haag.