

BREDA: PLAN VOOR EEN WOONZORGSTAD MET 15 WIJKEN

Utrecht, september 2003

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg
Jeroen Singelenberg

In Breda is al veel nieuws te zien

Na Leeuwarden heeft begin 2003 ook Breda een plan ontvouwd voor een dekkend stelsel van levensloopbestendige wijken voor de gehele stad (164.000 inwoners).

In het stadsdeel Zuidoost was al sinds 1999 een proefproject met **Centrale Zones** (woonzorgzones) gestart in het kader van het programma 'Geschikt wonen voor iedereen'. In dit kader pionierde Breda met het voor iedereen geschikt maken van de woonomgeving, o.a. door het experiment met **flitslichtoversteekplaatsen** als onderdeel van de **Bredase voetgangerscirkels** voor ouderen en gehandicapten.

Breda heeft al vanaf eind jaren tachtig een staat van dienst opgebouwd op het gebied van wonen en zorg met een stelsel van steunpuntcomplexen. De Stichting Ouderenwerk Breda is er altijd erg actief geweest. Bovendien leverde het grote aantal door corporaties (met steun van de gemeente) opgepluste woningcomplexen Breda in 1999 het informele predikaat 'opplushoofdstad van Nederland' op.

Redenen genoeg om aandacht te besteden aan het plan om het programma 'Geschikt wonen voor iedereen' uit te breiden naar de hele stad Breda, met als speerpunten drie actiewijken en vijf regiewijken.

Proefgebied Zuidoost

Het programma 'Geschikt wonen voor iedereen' is de afgelopen jaren ontwikkeld in een aantal wijken in het district Zuidoost. Naast de ontwikkeling van het model zijn hier inmiddels in samenwerking tussen gemeente en een aantal andere partijen concrete resultaten geboekt:

- naast enkele honderden huurwoningen zijn ook complexen in de koopsector opgeplust;
- een netwerk van toegankelijke 'gele' voetpaden verbindt een aantal opgepluste complexen met de winkelcentra, zorgcentra en andere belangrijke voorzieningen;
- de voorzieningen als winkels, banken en praktijkruimten zijn toegankelijk gemaakt en herkenbaar aan het consumentenkeurmerk;
- een samenwerkingsverband tussen thuiszorg, verzorgingshuizen en welzijn ouderen brengt de verzorgingshuishouding aan huis binnen de Centrale Zone (woonzorgzone)
- in samenwerking met de winkeliersverenigingen zijn diensten als de 'boodschappentaxi' ontwikkeld om minder mobiele mensen in staat te stellen zelf hun boodschappen te blijven doen;
- het verzorgingshuis de Werve in de wijk Ginneken wordt getransformeerd in het eerste zorgkruispunt van Breda: vooruitlopend op de nieuwbouw zijn hierin reeds een aantal buurtgerichte functies ondergebracht.

De proeven met Centrale Zones in Zuidoost worden begeleid door een breed platform met corporaties, zorgaanbieders, ondernemersorganisaties, welzijnsorganisaties en wijk- en ouderenorganisaties.

Maatstaven en normen

Het woonzorgplan voor heel Breda is opgebouwd in de volgende stappen:

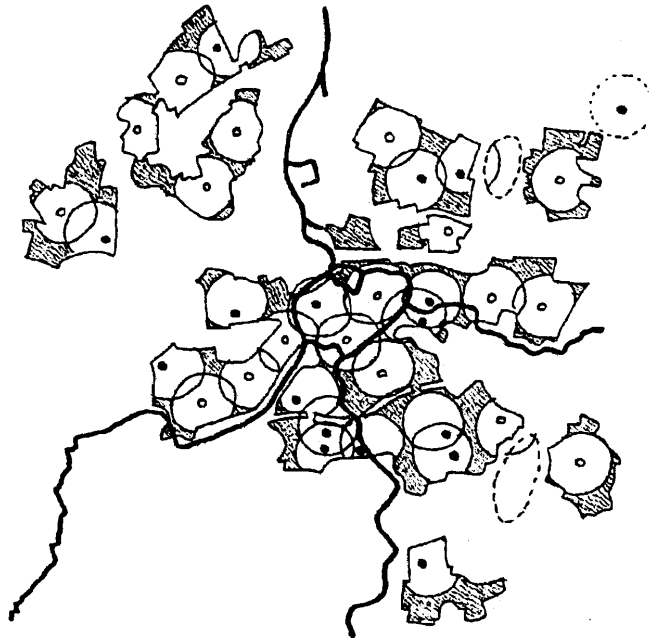
1. **Maatstaven voor een levensloopbestendige wijk:** de landelijke planologische kengetallen uit het STAGG/IWZ-model zijn verder uitgewerkt en geprojecteerd op de werkelijke bevolkingsopbouw in de 15 wijken en dorpen binnen de gemeente Breda.
2. Op basis hiervan zijn toetsbare normen (voor 2003 en 2015) ontwikkeld voor het **wonen** (% aanpasbare woningen en % integraal toegankelijke woningen en % woningen met zorgarrangementen). Bij de classificering van de bestaande woningen is naast de functionele geschiktheid ook gekeken naar het oordeel van senioren over woningen. Er zijn normen geformuleerd voor de **woonomgeving**: aanwezigheid basisvoorzieningen in ieder woongebied, aanwezigheid van een zorgkruispunt dat met de woningen verbonden is via een stelsel van hoogwaardige looproutes en haltes openbaar vervoer binnen 300 meter.
3. Normen voor **zorg en welzijn**: het benodigde volume aan zorg in de vorm van groepswonen/begeleid wonen, woonzorgcomplexen en zelfstandig wonen met thuiszorg per wijk is gebaseerd op een tabel waarin de voor 2015 verwachte bevolkingsopbouw

(vier leeftijdsklassen) is afgezet tegen de percentages met indicaties voor resp. verpleging, verzorging en thuiszorg. De per wijk volgens het STAGG-model benodigde eerstelijns functies op het gebied van zorg en welzijn zijn vervolgens afgezet tegen de thans aanwezige functies.

4. Naast de objectieve geschiktheid voor een aantal aspecten van wonen, woonomgeving, zorg en welzijn is ook gekeken naar de subjectieve beleving van ouderen zelf. Als vergelijkingsbasis is het Bredase gemiddelde genomen.

Zorginfrastructuurplan

In een aparte studie **Zorginfrastructuur subregio Breda** (Quara, september 2002), waarvan ook het Zorgkantoor opdrachtgever was, is voor de 15 wijken van Breda de benodigde zorginfrastructuur uitgerekend, AWBZ-breed, met een accent op maximale extramuralisatie. Uitgangspunt is een structuur met eerstelijns multifunctionele centra in de wijken en twee of drie tweedelijns zorgcentra op stedelijk (subregionaal) niveau. Op basis van de geografische geleding van Breda en de locaties van bestaande zorgvoorzieningen en wijkwelzijnsteunpunten zijn 35 *zorgcirkels* geïdentificeerd met een straal van 500 m, waarvan er 21 met als middelpunt een eerstelijns centrum. Elk centrum bedient gemiddeld 5.000 inwoners.

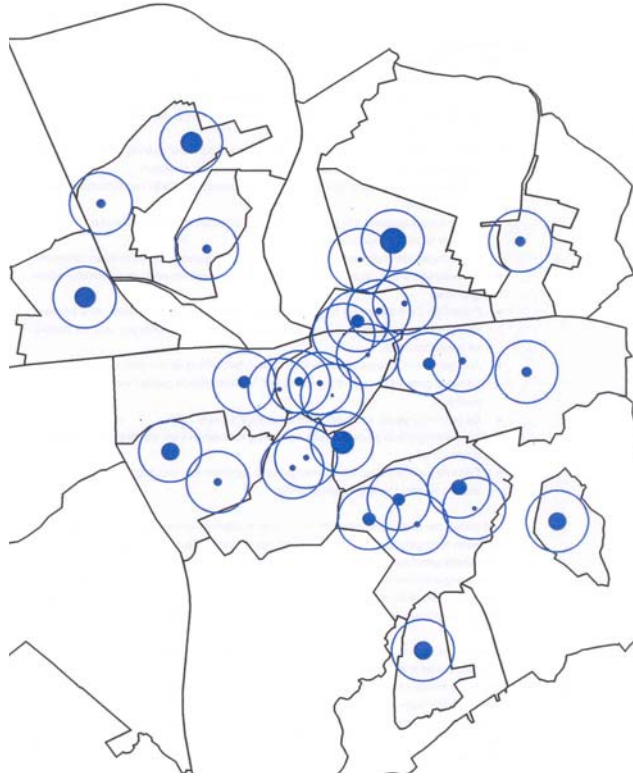


Figuur 1 Zorgcirkels Breda (Quara, sept. 2002)

Centrale zones

De gemeente heeft 32 eveneens cirkelvormige Centrale zones geprojecteerd rond de wijk- en buurtwinkelcentra (zie figuur 2). De zorgcirkels blijken niet geheel samen te vallen met de centrale zones. Inmiddels is overleg gaande over afstemming.

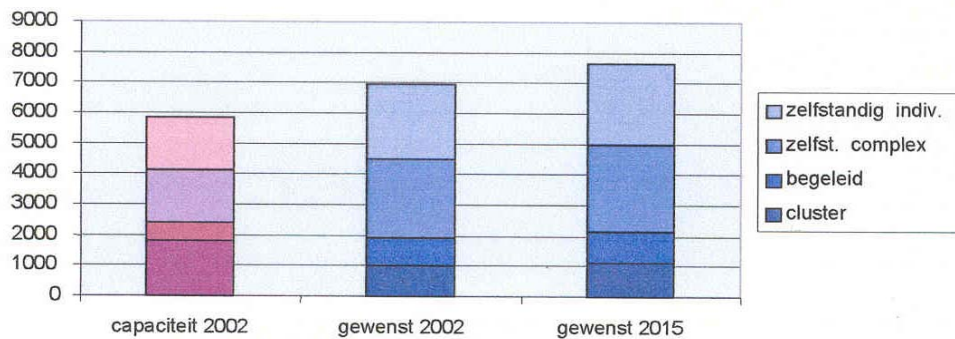
Elk van de 32 centrale zones is getoetst aan de specifieke normen. Als criterium voor potentiële geschiktheid (aanpasbaarheid) van woningen werd in navolging van VROM het begrip 'nultreden woningen' gehanteerd. Voor toetsing van de woonomgeving konden de looproutes nog niet worden geoperationaliseerd, zodat de toetsing is beperkt tot dagelijkse wijkvoorzieningen. Voor zorg en welzijn werd de aanwezigheid van bestaande voorzieningen met een wijkfunctie gemeten. Van de centrale zones scoren er 10 positief ten opzichte van het stedelijk gemiddelde wat betreft de aanwezige concentratie van ouderen (75+) en de aanwezigheid van (potentieel) geschikte woningen. Wat betreft dagelijkse wijkvoorzieningen en zorg- en welzijnsvoorzieningen scoren resp. 22 en 19 centrale zones positief.



Figuur 2 Centrale zones in Breda (Gemeente Breda, dec. 2002)

Uitkomsten van de stedelijke toetsing

In een tweede studierapport **Stedelijke toetsing** is een vergelijking gemaakt tussen de uitkomsten van de voorgaande studies per woongebied en voor de stad als geheel, zodat beleidsprioriteiten kunnen worden gesteld. De conclusie voor de stad als geheel luidt, dat er op papier voldoende capaciteit aanwezig is in integraal toegankelijke en zorggeschikte woonvormen, om ook de behoefte tot 2015 te dekken. Een belangrijk deel van deze capaciteit betreft echter functioneel verouderde woonvormen: verzorgingshuizen, bejaardenwoningen. Ook is er binnen het totaal te weinig capaciteit voor zwaarder zorgbehoevende groepen (beschermd wonen). De stedelijke capaciteit van de extramurale zorg (thans bijna 6000 cliënten) zou moeten groeien tot een kleine 8000 in 2015 (zie figuur 3). Het aantal aanpasbare (nultreden) woningen voor de bredere groep ouderen en licht gehandicapten is met 14% tegenover de benodigde 27% bepaald onvoldoende, en zou dus verdubbeld moeten worden.



Figuur 3 Behoeftte aan extramurale zorg Breda (gemeente Breda, dec 2002)

Conclusies per gebied

De resultaten van de stedelijke toetsing, het onderzoek naar potentiële Centrale Zones en het Zorginfrastructuurplan zijn geïntegreerd in de rapportage **Gebiedsbeschrijvingen (februari 2003)**.

De resultaten van de deelonderzoeken zijn op gebiedsniveau gezet naast de resultaten van onderzoeken en beleidsvisies op het gebied van volkshuisvesting, beheer buitenruimte, welzijn en detailhandel. Daarnaast is in deze gebiedsbeschrijvingen geïnventariseerd welke gemeentelijke en private ontwikkelingen zich in de komende jaren voordoen op het gebied van nieuwbouw, herstructurering en renovatie of nieuwbouw van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Op grond van de resultaten zijn per gebied conclusies getrokken ten aanzien van de wenselijkheid om in het gebied op actieve wijze aan de slag te gaan en in welke tempo dit zou moeten gebeuren. Deze afweging is niet alleen gebaseerd op de uit de stedelijke toetsing gebleken noodzaak; ook is gekeken naar zich belangrijke kansen voordoen waarop kan worden aangesloten, zoals de vervanging van een verzorgingshuis of de herstructurering van een gebied.

Bij de scores per wijk valt op dat in het algemeen de subjectieve scores (meningen van ouderen) positiever zijn dan de objectieve scores. In een aantal wijken geldt dit niet voor de woonomgeving, hetgeen meestal te maken heeft met het feit dat men deze niet geschikt vindt voor ouderen. Alles bij elkaar genomen vallen er vijf wijken op door integrale negatieve scores. Hierop richt zich de speciale aandacht van het beleid. Een andere reden voor prioriteitstelling kan echter zijn een verwachte sterke vergrijzing in een wijk.

Op grond van al deze afwegingen zijn uiteindelijk drie gebieden voorgedragen voor de status van **actiewijken**: een actieve aanpak op korte termijn. Vijf andere gebieden zijn als **regiewijken** aangeduid: op grond van de stedelijke toetsing alleen is er geen aanleiding voor een actieve aanpak op korte termijn, maar er doen zich belangrijke kansen voor waar vanuit de gemeente met een goede regie op kan worden geanticipeerd. In de overige gebieden zal het beleid gericht zijn op 'het benutten van kansen indien deze zich voordoen'. Deze gebieden kunnen dus door actuele ontwikkelingen opschuiven naar regiewijk.

Per gebied is aangegeven waar de beste kansen aanwezig zijn voor de realisatie van een Centrale Zone.

Voorbeeld van een regiegebied: het dorp Prinsenbeek

Prinsenbeek is een wat apart gelegen wijk met 10.400 inwoners aan de westrand van Breda. Tot voor kort was het een zelfstandige gemeente. Er is dan ook een goed voorzieningenniveau en een sterk verenigingsleven. De woningvoorraad bestaat voornamelijk uit eengezinshuizen in de koopsector. Er is nu al een groot tekort aan voor ouderen geschikte woningen. Volgens de gemeentelijke bevolkingsprognose stijgt het aandeel 75+ van 5% nu naar 8% in 2015. Met deze sterke toename wordt het stedelijk gemiddelde overschreden. In het jaar 2015 zijn volgens de toetsingsnormen 365 integraal toegankelijke en 1054 aanpasbare woningen nodig, boven op de geringe huidige voorraad.

Rond het winkelcentrum is een centrale zone (straal van 500 meter) aangewezen, die ongeveer de helft van de bebouwde kom beslaat (zie bijlage 1).

Het plaatselijk verzorgingshuis Hagendonk ligt tamelijk excentrisch. Er zijn plannen voor vervangende nieuwbouw (50 plaatsen), extramuralisatie (32 plaatsen) en een verpleegunit (15 plaatsen). Deze plannen zouden moeten worden aangegrepen om de capaciteit te verplaatsen naar de centrale zone. Voorgesteld wordt een combinatie met het activiteitencentrum de Zilverberk. Er zijn thans geen voorzieningen voor gehandicaptenzorg en GGZ.

Voor de huidige bevolking is de behoefte aan woonzorgarrangementen (AWBZ-breed) berekend op 451 plaatsen, verdeeld als volgt:

- 153 = individueel wonen met thuiszorg
- 142 = verzorgd wonen (zelfstandig wonen in woonzorgcomplex)
- 110 = beschermd wonen (clusterwonen, begeleid en beschut wonen)
- 47 = intramuraal verblijven (bovenwijks zorgcentrum)

Thuiszorg en individuele woningaanpassingen vallen relatief eenvoudig te realiseren. Tegenover een berekende behoefte aan 252 arrangementen verzorgd en beschermd wonen staat echter een huidig aanbod (inclusief plannen) van 97 plaatsen.

Naast de inhaalbehoefte van 155 plaatsen is er, gezien de sterke vergrijzing, bovendien een uitbreiding van de capaciteit met 120 plaatsen nodig.

Hoewel Prinsenbeek op basis van de voorziene tekorten aan geschikte woningen en woonzorgvoorzieningen in aanmerking komt voor een actieve aanpak op middellange termijn, is het dorp vanwege de kansen die zich op korte termijn voordoen nu alvast voorgedragen als regiegebied. De aanleiding bestaat uit de kans tot **reshuffling** van de bestaande capaciteit, een verplaatsing van verpleeghuiscapaciteit van de stad naar Prinsenbeek en een woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten. In een gebiedsplan wordt de ontwikkelingsvisie voor het dorp verder uitgewerkt.

Voorbeeld van een actiegebied: de wijk Hoge Vucht.

Deze naoorlogse wijk met 15.000 inwoners is stedelijk vernieuwingsgebied. De stedenbouwkundige opzet is een geleding in vier buurten, die elk te klein zijn voor een volwaardige centrale zone. Er is alleen een centrale zone geprojecteerd rond het wijkwinkelcentrum (zie bijlage 2). Met het hoge aandeel flats in de sociale huursector en het grotere aanbod aan zorgvoorzieningen per 1000 inwoners 75+ scoort deze wijk objectief beter dan Prinsenbeek. Daar staat tegenover dat woningen, woonomgeving en zorgvoorzieningen veel lager gewaardeerd worden bijkens de bevolkingsenquête. Er zijn problemen rond sociale veiligheid en ervaren overlast door jongeren die hun weerslag hebben op de subjectieve waardering van de wijk, ook in relatie tot wonen en zorg. Er is een groot aandeel ouderen met een laag inkomen dat verwacht hulp nodig te hebben. Aangezien in 2015 voor deze wijk juist een ontgripping van de bevolking wordt verwacht, is vernieuwing en herstructurering tot woonzorgzone voor de korte termijn geboden. Hiertoe zijn in Hoge Vucht al initiatieven ontwikkeld door corporaties en bewoners. In het zorginfrastructuurplan wordt een structuur met drie zorgcirkels voorgesteld, met als middelpunten het verzorgingshuis, een ouderensteunpunt (welzijn) en een gemeenschapshuis.

Het proces: twee sporen naar elkaar buigen

De gemeente heeft een breed draagvlak gecreëerd in de vorm van het Bredaas Integraal Beraad (BIB), waarin alle partijen uit de sectoren wonen, zorg en welzijn zitting hebben. Bovendien zijn de proeven met Centrale Zones in Zuidoost begeleid door een platform met wijk- en ouderenorganisaties. Het college van B&W neemt het advies van het BIB, dat gebaseerd is op de studierapporten van drie externe bureaus plus gemeentelijke diensten, grotendeels over. Alvorens in het najaar van 2003 een definitief standpunt in te nemen willen B&W echter eerst onderzoeken wat het plan organisatorisch en financieel betekent voor de gemeente. Voor 2003 is alvast een bedrag van € 300.000 uitgetrokken voor het stimuleren van geschikt wonen.

In Breda is echter ook een zeker spanningsveld aanwezig tussen twee sporen:

- het gemeentelijk spoor 'geschikt wonen voor iedereen', met participatie van de woningcorporaties, ouderen- en welzijnsorganisaties en enkele verzorgingshuizen
- het subregionaal spoor 'zorginfrastructuurplan' van het Zorgkantoor, met participatie van het merendeel der zorgaanbieders.

De gemeente ambieert een voorhoederol en wil Breda graag tot voorbeeldstad maken bij de omvorming naar het door Scandinavië geïnspireerde model 'Geschikt wonen voor iedereen'. Het zorginfrastructuurplan is meer kwantitatief gericht en kijkt vooral naar de aanwezige en voor 2015 benodigde zorgcapaciteit, plus de globale verdeling over vijf districten binnen de subregio Breda. In het studierapport van Quara worden weliswaar suggesties gedaan voor een verdere spreiding en extramuralisering naar 21 zones in de lijn van het STAGG-model, maar het zorgkantoor committeert zich nog niet expliciet aan deze suggesties. De kwalitatieve invulling wordt vooralsnog overgelaten aan de zorgaanbieders, die een verschillende visie hebben inzake kleinschaligheid en extramuralisering.

Met de standpuntbepaling in het BIB is een belangrijke stap gezet. Alle partijen hebben zich geconformeerd aan een gezamenlijke toekomstvisie. Het is echter nog een eerste stap. Belangrijk is dat het platform van zorgaanbieders in Breda op dit moment actief aan de slag is gegaan met Geschikt wonen voor iedereen.

Gemeente en Zorgkantoor hebben de intentie uitgesproken de onderlinge samenwerking te intensiveren en vast te leggen in een convenant. Op deze wijze wordt ook een eerste stap gezet in de uitwerking van een gezamenlijke regie.

Het College van B&W heeft de diensten opdracht gegeven om op korte termijn één loket te realiseren waar alle bouwaanvragen en initiatieven op het terrein van wonen, welzijn en zorg binnenkomen en kan worden beoordeeld of deze passen binnen de doelstellingen van Geschikt wonen voor iedereen. Het is de bedoeling dat ook het Zorgkantoor in deze procedure gaat participeren.

De gebiedsbeschrijvingen zullen verder worden uitgewerkt tot gebiedsplannen, waarin de gewenste ontwikkelingsrichting wordt vertaald in concrete acties.

Allemaal stappen in de kritische overgang van de conceptuele fase naar de realisatiefase. Eind 2003 moet hiermee een belangrijke hobbel in het planvormingsproces zijn genomen.

Lessen en conclusies

Breda heeft een grote prestatie geleverd door als eerste stad de aanwezige voorzieningen op het gebied van wonen, zorg en welzijn wijk voor wijk in kaart te brengen en te confronteren met de behoefte op middellange termijn. Hierbij is een hoog ambitieniveau neergelegd door de toekomstvisie te baseren op het zogenaamde STAGG-model, hetgeen een hoge mate van extramuralisering, kleinschalige spreiding en integratie met algemene voorzieningen inhoudt.

Juist door deze voorhoedeopstelling te kiezen heeft Breda ook een aantal knelpunten en dilemma's zichtbaar gemaakt, die hieronder punt voor punt worden aangeduid.

- Breda baseert haar prioriteitstelling in hoge mate op de subjectieve geschiktheid van wijken blijkens de **burgerenquête**. Hierdoor worden de objectieve scores in zekere zin **overruled**. In het algemeen blijken de subjectieve scores positiever uit te pakken dan de objectieve, met uitzondering van de wijken met een negatief sociaal klimaat. De vraag is dus, of met de subjectieve scores wel de woonzorggeschiktheid wordt gemeten, dan wel andere dimensies die meer te maken hebben met stedelijke en sociale vernieuwing. Verder kunnen vraagtekens worden geplaatst bij het (mede) baseren van een structuurplan voor de middellange termijn (12 jaar) op de momentele tevredenheid van (oudere) burgers.
- Breda worstelt met de correspondentie tussen de zorginfrastructuur (zorgcirkels) en de algemene wijkvoorzieningen (centrale zones). Deze cirkels overlappen slechts gedeeltelijk. Vandaar ook de wat verwarrende getallenreeksen: 15 wijken, 32 centrale zones, 35 zorgcirkels, 21 zorgkruispunten, 5 zorgdistricten. De helderheid van het STAGG-model met per wijk een compleet zorgkruispunt (gecombineerd met of gelegen nabij algemene wijkvoorzieningen) plus een of meer kleinere zorgsteunpunten, gaat hierbij enigszins verloren. De zorgaanbieders zijn overigens wel bezig om de wijkindelingen af te stemmen met de door de gemeente Breda onderscheiden woongebieden, met inachtneming van de uitgangspunten van het zorginfrastructuurplan.
- Het voorgaande heeft natuurlijk te maken met de legitieme noodzaak om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande gebouwen en voorzieningen. Het duidelijkst zou zijn om eerst de op termijn gewenste structuur weer te geven, en daarna de tussenfasen, waarbij gegevens over afschrijvingstermijnen en vervangingsplannen voor de bestaande zorg- en dienstencentra welkom zouden zijn. Het transformatieproces van de oude naar de nieuwe structuur kan natuurlijk niet van boven af worden gepland, maar dient te berusten op initiatieven van aanbieders. De terughoudendheid van de gemeente is dus terecht, maar structuurbeelden per wijk zullen niettemin houvast kunnen geven. Deze komen er overigens wel aan, aldus de gemeente; we moeten dus nog even geduld hebben.
- Het STAGG-model gaat, in navolging van het Deense voorbeeld, uit van een complete spreiding van woonzorgvoorzieningen naar het wijkniveau, met uitzondering van een beperkte bovenwijkse voorziening voor de zwaarste zorggroepen en de kortdurende zorg. Over de omvang van laatstgenoemde groepen zijn er verschillende visies, waarbij in het algemeen de sector gehandicaptenzorg een radicalere visie op extramuralisering heeft dan de pleeggehuizen en ook de psychiatrie. Deze discussie zou aan de hand van zorgzwaartegegevens ook in de subregio Breda gevoerd moeten worden. Tussen beide stromingen die nu in Breda opereren zou consensus bereikt moeten worden over de mate van extramuralisering die per vierjarige periode haalbaar zou moeten zijn. Door te faseren en het einddoel nog even te laten liggen is meer kans op overeenstemming aanwezig.
- Verder blijkt er een groep lichter zorgbehoevende ouderen te zijn die niet zozeer op de wijk is georiënteerd maar meer op de stedelijke of regionale markt. Zij geven de voorkeur aan wat grotere woonservicecomplexen met zorggarantie op een aantrekkelijke locatie. Dit geldt vooral voor de groeiende middengroepen met wat meer eigen geld en hoger opleidingsniveau. Op dit moment wordt dit marktaandeel geraamd op 10-20% van de woonzorgvraag, maar een verdere groei is mogelijk. Als hiermee geen rekening wordt gehouden loopt men het risico om de wijkvoorzieningen te overdimensioneren.
- Een kanttekening kan nog geplaatst worden bij de gehanteerde bevolkingsprognoses. Hierbij is uitgegaan van de bestaande demografische verdeling in wijken in 2002 zonder rekening te houden met het beleid per wijk. Dit terwijl de ontwikkeling van een woonzorgzone in een wijk

als Hoge Vucht toch het verwachte proces van ontgrijsing zou moeten gaan afremmen. Omgekeerd zou in wijken met een gebrekkige infrastructuur de vergrijzing afgedempt moeten worden.

- Tenslotte een kanttekening bij de **nultredenwoning** als maatstaf voor aanpasbare/ouderengeschikte woningen. Dit woningtype vinden we oververtegenwoordigd in naoorlogse flatwijken, die echter wat betreft de woonomgeving vaak minder positief gewaardeerd worden. Aan de andere kant worden eengezinshuizen in hoog gewaardeerde wijken als ongeschikt gekwalificeerd vanwege de aanwezigheid van een trap binnen de woning. In de praktijk blijken veel eengezinshuizen echter ook tegen redelijke kosten aanpasbaar te zijn (tweede toilet, aangepaste badkamer, luie trap met zo nodig traplift). Een herwaardering van de woningvoorraad is geboden, waarbij de objectieve en subjectieve waarderingsdichten bij elkaar kunnen komen. Opplusmaatregelen blijven echter in beide gevallen nodig.

Nadere informatie:

- J. Seleky, Dienst SAW, Directie Welzijn, 076 – 529 46 77, j.seleky@breda.nl

- R.R. Jobse, projectleider Geschikt wonen voor iedereen, SOAB, 076 – 521 30 80, r.jobse@soab.nl

N.B. Bijlagen 1 en 2 zijn apart te downloaden van de website www.kenniscentrumwonzorg.nl