

WOONZORGZONES VOOR OUDEREN EN ANDEREN

Inleiding en overzicht

Utrecht, 2001

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Drs. J.P.J. Singelenberg Hoofd Kenniscentrum Wonen-Zorg

1. Woonzorgzone in het kort

Een woonzorgzone is een (buiten)gewone woonwijk waar:

- Een meerderheid van de bewoners niets met zorg te maken heeft en die open blijft staan voor iedereen, met of zonder zorgindicatie.
- Bijzondere gastvrijheid aanwezig is, ook in de algemene wijkvoorzieningen, voor mensen met lichamelijke of cognitieve beperkingen
- Rond een aantal steunpunten ook 24-uurs-zorg of afspraak of op afroep kan worden aangeboden, met steun van een goed functionerend communicatiesysteem
- Een hoog percentage van de woningen levensloopbestendig is gebouwd of gemaakt. , dat wil zeggen veilig en toegankelijk voor alle leeftijden
- Het onderscheid tussen intramurale en extramurale zorg komt te vervallen en waar diverse zorgsectoren samenwerken in een gezamenlijk eerstelijns wijkteam.
- Naast de basiszorg ook een goed georganiseerd pakket welzijn en dienstverlening wordt aangeboden aan al dan niet geïndiceerde klanten.
- De aanbieders van wonen, zorg en welzijn een gezamenlijk informatie loket hebben geopend en een keuze kunnen bieden uit een diversiteit aan woonzorgarrangementen
- De woonomgeving buitengewoon vriendelijk is ingericht voor minder mobiele gebruikers, terwijl tevens de sociale veiligheid en het wijkbeheer een dikke voldoende krijgen.

Woonzorgzones ontstaan in nieuwe of bestaande wijken, in steden en op het platteland.

Tot nu toe hebben ze een omvang ergens tussen 5.000 en 20.000 inwoners.

Op den duur zal er behoefte ontstaan aan een kwaliteitscriterium voor woonzorgzones.

Het is niet de bedoeling dat individuele voorzieningen als thuiszorg en woningaanpassingen naar woonzorgzones toe gezogen worden, zodat de voorzieningen buiten de zones verschrallen.

De woonzorgzone beoogt verdunning van 24-uurs-zorg, niet concentratie van thuiszorg.

De woonzorgzone is bedoeld als redelijk alternatief voor intramurale voorzieningen. De groei van woonzorgzones moet dus corresponderen met een afname van intramurale voorzieningen. Hiermee wordt deelname van iedereen aan het maatschappelijk leven bevorderd, terwijl er toch doelmatige en adequate zorg kan worden geboden.

Voor wie de term "woonzorgzone" nog te zorgelijk vindt: er zijn ook andere, neutralere namen in omloop, zoals: dienstzone, servicezone of zorgvriendelijke wijk.

2. Het concept woonzorgzone

Van woonzorgcomplex naar woonzorgzone

Aan het eind van de jaren tachtig ontstond in Nederland als opvolger van deels het verzorgingshuis,

deels de gemeentelijke woontussenvoorziening voor ouderen, het woonzorgcomplex. Het is gebaseerd op het principe van zelfstandig wonen met facultatieve levering van zorg op maat.

Inmiddels telt Nederland anno 2000 bijna 600 woonzorgcomplexen met 33.000 woningen.

De woonzorgzone is een concept dat kan worden gezien als overtreffende trap van een woonzorgcomplex; het beeld van een "geëxplodeerd of verdund woonzorgcomplex" is wel eens gebruikt. Waar woonzorgcomplexen bedoeld zijn om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen de muren van het complex, voegt de woonzorgzone de dimensie toe van integratie in de wijk.

Het woonzorgcomplex voorziet en voorziet nog steeds in een behoefte aan een beschut woonmilieu en biedt de mogelijkheid van complexgewijze servicearrangementen en zorggaranties. Zou hetzelfde niet geboden kunnen worden in een buitengewoon goed geëquipeerd gedeelte van een gewone woonwijk? En zou daarmee niet nog meer gerealiseerd kunnen worden van het ideaal van een zo normaal mogelijke samenleving waarin mensen van verschillende leeftijd samenleven?

Wat is een woonzorgzone?

De zone wordt gekenmerkt door een zodanige combinatie van een wijkzorgcentrum, enkele kleinere zorgsteunpunten, aanpasbare en aangepaste woningen en een barrièrevrij, sociaal veilig en verkeersveilig woonmilieu, dat er een gelijkwaardig alternatief ontstaat voor groepen die nu nog merendeels intramuraal zijn gehuisvest: verzorgings- en verpleeghuis-geïndiceerde ouderen, verstandelijk en ernstig lichamelijk gehandicapten en kwetsbare chronische psychiatrische cliënten. Om het aanleunen op afstand te faciliteren is de woonzorgzone voorzien van een moderne communicatie-infrastructuur.

Binnen de woonzorgzone vormen genoemde doelgroepen niet de exclusieve populatie, maar slechts een minderheid. De woonzorgzone dient ook aantrekkelijk te zijn en te blijven voor de algemene bevolking, in het bijzonder voor doelgroepen die baat hebben bij een verhoogd niveau van dienstverlening in combinatie met een wat beschutte woonomgeving: gezinnen met kinderen, nog vitale ouderen. Daarom wordt de woonzorgzone ook wel als servicezone aangeduid. Dit past tevens in het streven naar een zekere verschuiving van zorg naar dienstverlening en welzijn. In de Nota Wonen en Zorg van VWS en VROM (juni 2001) wordt voor de woonzorgzone het begrip zorgvriendelijke wijk gebruikt. We bedoelen er allemaal hetzelfde mee.

Met de woonzorgzone wordt het wonen van degenen die op zorg zijn aangewezen een normale, alledaagse zaak en hun aanwezigheid in de wijk iets vanzelfsprekends. Zij kijken niet alleen meer uit op bomen en tuinen, maar ook op de bushalte, de glasbak en de supermarkt.

In een dichtbevolkt land als Nederland kan in principe overal thuiszorg worden geboden. Voor intensieve vormen van zorg, zeker voor 24-uurs-zorg, zal, niettegenstaande de technologische ontwikkelingen, om reden van een doelmatige inzet van schaars personeel ook in de toekomst een zekere ruimtelijke bundeling nodig blijven. Indien we de bouw van grote zorgcomplexen willen vermijden, is de woonzorgzone een veelbelovend alternatief.

3. Criteria voor een woonzorgzone

A. levensloopbestendig wonen

In een woonzorgzone dient een bovengemiddeld percentage van de woningvoorraad integraal toegankelijk dan wel aanpasbaar te zijn. Dit betekent dat personen met veel voorkomende lichamelijke handicaps de woningen moeten kunnen bewonen en bezoeken.

Integraal toegankelijk betekent dat de woningen tevens rolstoeltoegankelijk zijn.

Aanpasbaar betekent dat de woningen op relatief eenvoudige en goedkope wijze integraal toegankelijk kunnen worden gemaakt.

Als maatstaf voor beide begrippen kan de NEN-norm 1814 gelden.

Van de Nederlandse sociale huursector is blijkens onderzoek van prof Hooimeijer in 1998 ca 4% beoordeeld als potentieel integraal toegankelijk, d.w.z. tegen geringe kosten op te plussen tot dit niveau.

En groter deel, namelijk 25%, is beoordeeld als aanpasbaar, volgens bovengenoemde omschrijving. Het betreft hier met name galerijflatwoningen, ruime eengezinswoningen en andere (potentiële) nultrede-woningen.

In een woonzorgzone zullen deze gemiddelden bij voorkeur overschreden dienen te worden.

Het scenario voor de woonzorgzone gaat uit van de meest recente landelijke gegevens over de feitelijke situatie en maakt vervolgens een schatting voor het jaar 2015. Er wordt integraal gekeken naar de "bevolking in woningen" zowel als de "bevolking in instellingen".

Percentage van huishoudens:	2000	2015
Ouderen 55+	36 %	45 %
Lich. Gehandicapten 55-	2,5%	2,5%

Bron: VROM, 1998

Op grond van deze cijfers wordt als richtgetal aanbevolen om in nieuw te bouwen woonzorgzones (b.v. de Vinexbouw) tenminste **50%** levensloopbestendige woningen in voorraad te hebben. Deze woningen dienen tenminste te voldoen aan de eisen van Aanpasbaar Bouwen en zo mogelijk aan de overige eisen van levensloopbestendigheid zoals vastgelegd in het landelijke consumentenkeurmerk "Woonkeur" (voorheen: Seniorenlabel).

Voor woonzorgzones in bestaande wijken is dit percentage voorlopig niet haalbaar. Voorde woonzorgzone Moerwijk in Den Haag wordt **25%** aangehouden, met bovendien een lagere toegankelijkheidsnorm ("rollator-toegankelijk" i.p.v. "rolstoeltoegankelijk"). Dit heeft te maken met het gebrek aan ruimte in bestaande flats voor draaicirkels van rolstoelen.

Om woningen op een hoger niveau van toegankelijkheid te brengen is de methode van het *opplussen* bedacht. In woonzorgzones in de bestaande bebouwde kom dienen systematische *opplusplannen* te worden opgesteld door de woningcorporaties en andere institutionele beheerders, terwijl aan particuliere huiseigenaren individuele oppluspakketten op maat dienen te worden aangeboden. In beide gevallen is een gemeentelijke subsidie van toepassing.

B. Zorg aanwezig binnen loopafstand

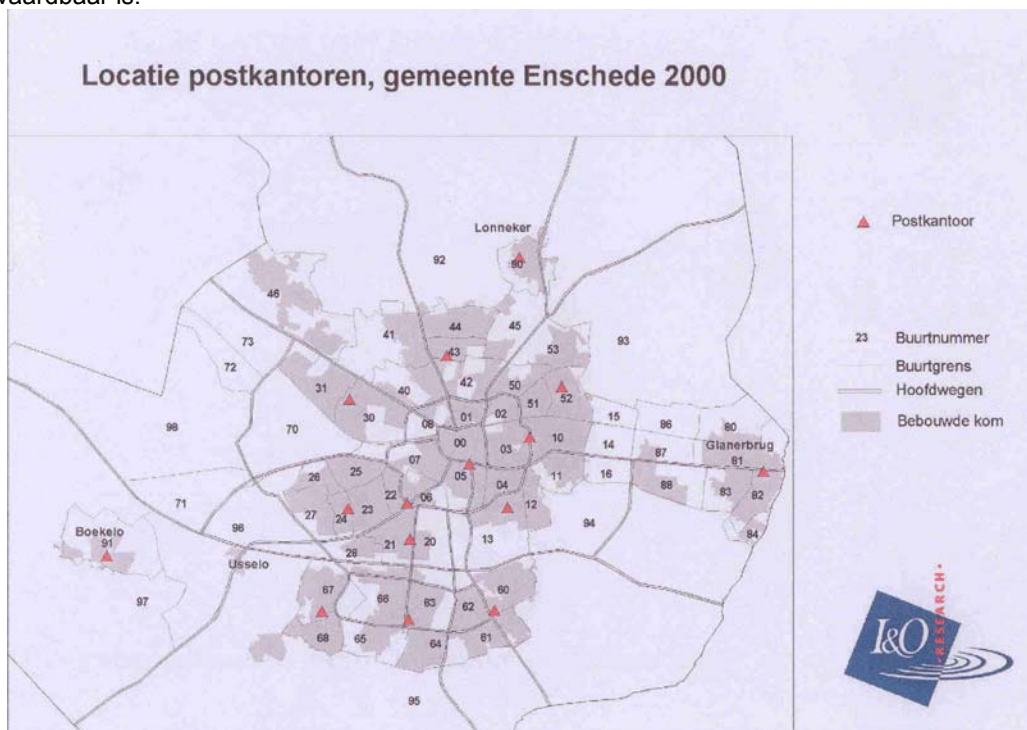
Binnen een woonzorgzone dient binnen loopafstand (200-300m) altijd een 24 uur bezette zorgpost aanwezig te zijn. Deze kan gelegen zijn in een verzorgings- of verpleeghuis met wijkfunctie of in een kleinschalige geclusterde woonvorm.

Naast zorg op afspraak (planbare zorg) moet vanuit deze zorgpost indien nodig ook zorg op afroep (niet-planbare zorg) kunnen worden geboden.

Alle woningen binnen de zone moeten door middel van een alarmsysteem potentieel kunnen aanleunen tegen deze zorgpost. De responstijd totdat een zorgverlener aan huis komt mag conform de intramuraal geldende norm niet meer dan 10 minuten bedragen.

Het uitgangspunt is dat vergelijkbare veiligheid kan worden geboden als in een intramurale voorziening. Maar de zorg wordt geboden in de vorm van extramuraal zorg.

In plattelandzones wordt een ringenmodel gehanteerd, omdat binnen de stedelijke norm van 200-300 m slechts een gering aantal cliënten kan worden bediend. In het plan voor het dorp Nieuwkoop bijvoorbeeld gaat men uit van 800 en 20 min responstijd voor de tweede ring, die de hele dorpskom omvat. In het buitengebied kunnen de responstijden oplopen tot 30 minuten. In Trynwalden (max. afstand tot zorgcentrum 12 km) wordt in overleg met cliënten en mantelzorg bepaald wat aanvaardbaar is.



Middelgrote stad verdeeld in woonzorgzones volgens spreidingsmodel postkantoren

In het oorspronkelijke concept voor de woonzorgzone, gebaseerd op het zgn. STAGG-model, werd uitgegaan van een wijk van 10.000 inwoners, als draagvlak voor een compleet pakket zorg en dienstverlening. Inmiddels zijn ook kleinere woonzorgzones in ontwikkeling, uitgaande van een hometeam dat ca 5.000 inwoners bedient, waaronder minimaal 24 cliënten met indicaties voor 24-uurs-zorg. Bij dit schaalniveau is AWBZ-brede samenwerking een must (het STAGG-model is in een apart document beschreven).

Maar er zijn ook grotere woonzorgzones in ontwikkeling, tot 20.000 inwoners. Deze hebben dan niet een enkel servicecentrum, maar zijn policentrisch van opzet. Een voorbeeld is de Haagse Moerwijk met drie zorgcentra. (zie ook het artikel 'Toekomstscenario's en planologische kengetallen' bij het thema Trends in wonen en zorg)

In de woonzorgzone dient ongeveer een afspiegeling van het landelijk percentage van de bevolking aanwezig te zijn dat permanent gebruik maakt van AWBZ-zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, GGZ) ofwel daarvoor geïndiceerd is. Dit percentage bedraagt thans bijna 5%.

Een zo groot mogelijk deel van deze zorgbehoevende populatie dient hetzij individueel in zelfstandige woningen te zijn gehuisvest, hetzij in kleinschalige genormaliseerde woonvormen.

De maximale norm voor kleinschaligheid bedraagt thans 25 bewoners per wooncluster (VROM, huursubsidieregeling), opgebouwd uit afzonderlijke woningen voor 4 tot 8 bewoners.

Voor kleinschalige woonzorgcomplexen houdt VWS in verband met financiering van zorginfrastructuur een maximumnorm van ca 65 woningen aan.

C. geavanceerde dienstverlening en infrastructuur

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

- sociaal/medische alarmering met 24-uurs bereikbaarheid en indien nodig professionele alarmopvolging, ook zonder medische noodzaak verkrijgbaar op abonnementsbasis;
- inbraak- en brandalarm met gegarandeerde alarmopvolging,
- garantie op noodhulp met directe tijdelijke opname of tijdelijke (aanvullende particuliere) thuiszorg,
- boodschappen- en vervoersservice, maaltijdservice en mogelijkheid tot deelname aan sociaal-culturele activiteiten,
- woonwelzijnsteam: een team bestaande uit huismeesters en ouderenadviseur/zorgbemiddelaar deze signaleert problemen, verricht kleine klussen en bemiddelt/adviseert bij het arrangeren van individuele oplossingen.

Het abonnementstarief voor het dienstenpakket dient betaalbaar te zijn voor ouderen in alle inkomensgroepen en de dienstentarieven dienen duidelijk te zijn en beneden het markttarief te liggen. Indien nodig zijn inkomensafhankelijke subsidies beschikbaar.

Aan bewoners van de woonzorgzone dient de mogelijkheid te worden geboden van aansluiting op een betrouwbaar, betaalbaar en gebruiksvriendelijk domotica-systeem, waarmee primair veiligheids-, informatie- en communicatiefuncties binnen en vanuit de woning worden geregeld.

Hiermee dient binnen de zone een vergelijkbaar niveau van veiligheid en deelname aan sociaal verkeer te worden gegarandeerd als binnen een woonzorgcomplex.

D. veilige en barrièrevrije woonomgeving

Iedere woning binnen een woonzorgzone dient aangesloten te zijn op een netwerk van hoogwaardige looproutes dat de woning verbindt met de centra van zorg- en dienstverlening, de primaire winkels en de haltes van het stedelijk openbaar vervoer. Dit routestelsel dient tot en met het betreden van genoemde centra en vervoermiddelen te voldoen aan nader in te vullen criteria van barrièrevrije toegankelijkheid, sociale veiligheid en heldere oriëntatie. Eisen van ouderen en gehandicapten worden gecombineerd met eisen voor baby's en jonge kinderen.

In het geval binnen de zone of vanuit de zone hoofdverkeersaders overgestoken moeten worden, dient eveneens te worden voldaan aan genoemde verhoogde eisen, waarbij niveauverschillen of omwegen voor voetgangers zoveel mogelijk dienen te worden vermeden.

Ook buiten de routes dient de woonomgeving een verhoogde gebruiks- en verblijfskwaliteit te hebben voor bevolkingsgroepen met lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen.

Beheer en onderhoud van de woonomgeving en het toezicht op straat dienen aan bovengemiddelde eisen te voldoen. Het instellen van een buurtbeheerbedrijf is aan te bevelen.

Dit kan tevens een deel van het bovengenoemde dienstenpakket verzorgen.

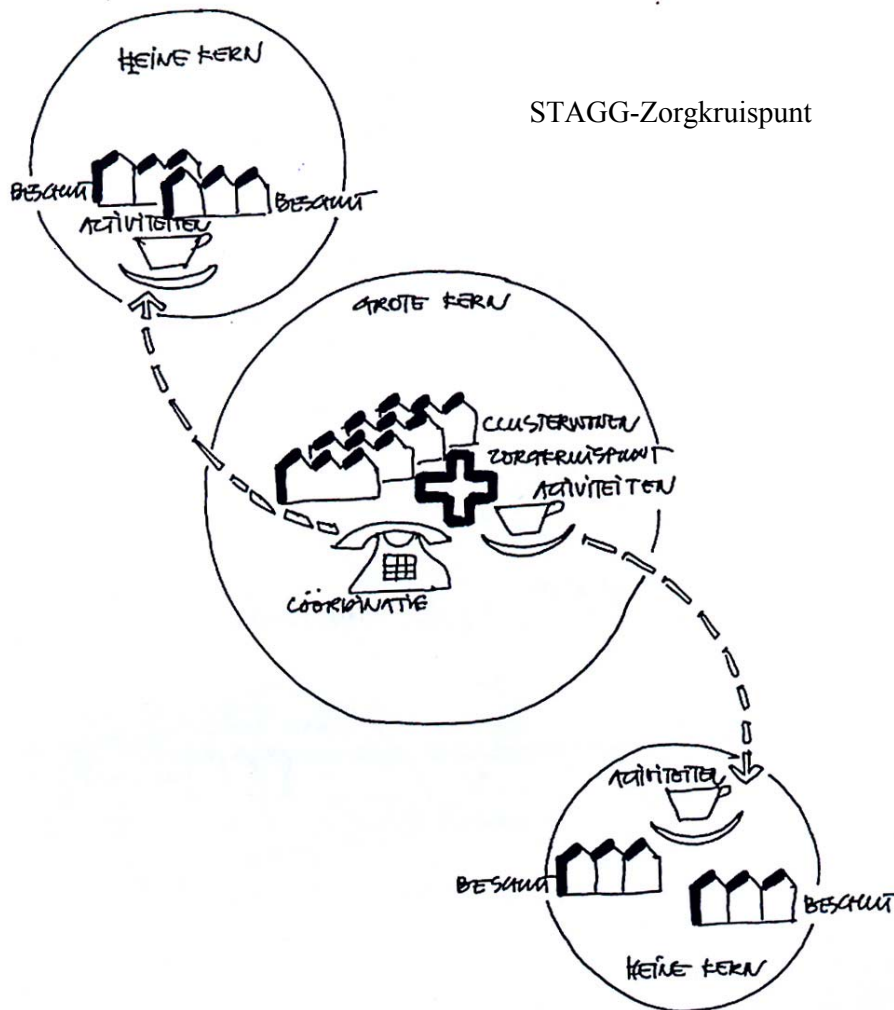
4. Voorbeelden van woonzorgzones in Nederland

Het wijkmodel van de STAGG

In het boek "Verblijven of wonen, zorg voor ouderen" van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg" (STAGG, november 1995) werden planologische modellen ("scenario's") gepresenteerd voor een stadswijk of plattelandsgebied van 10.000 inwoners.

Dit wijkmodel is geïnspireerd door de ouderenzorg in de Scandinavische landen, waar gemeenten in sterke mate de regie over wonen, zorg en welzijn in handen hebben. De gemeenten decentraliseren vervolgens hun middelen naar districten van ongeveer 10.000 inwoners, die beschikken over een compleet pakket voorzieningen op alle zorgniveaus, op basis van scheiding van wonen en zorg. Het model maakt een onderscheid tussen zorg en dienstverlening (incl. welzijnsdiensten); beide kunnen zowel worden gehaald in als aan huis gebracht vanuit het wijkdienstencentrum, bestaande uit een zorgkruispunt, een activiteitencentrum en een coördinatiepunt. Rond het wijkdienstencentrum is een aantal groepswooningen geclusterd voor degenen die 24-uurs-zorg nodig hebben (met name dementerende ouderen), maar ook een aantal zelfstandige zorgwoningen voor degenen die slechts service of intervalzorg behoeven. Deze clustering lijkt op een woonzorgcomplex met wijkfunctie, maar omvat tevens het verpleeghuisniveau.

Elders in de wijk zijn nog twee tot drie kleinere activiteitencentra met dagopvang geprojecteerd, met kleinere aantallen groepswooningen en zorgwoningen er omheen. Deze vormen al de aanzet tot een meer gespreide zonering.



Het STAGG-model is in het jaar 2000 herzien. Het model is verbreed naar alle doelgroepen van de zorg, dus ook gehandicapten en cliënten van de psychiatrie en maatschappelijke opvang. In verband hiermee zijn ook de kengetallen die aan het model ten grondslag liggen herzien. Uitgangspunt voor de berekeningen is dat iedereen die langdurig zorg nodig heeft gewoon in woonwijken woont en dat bovenwijkse instituten nog slechts een beperkte asyfunctie houden voor korter durend verblijf. Hiermee wordt geanticipeerd op een toekomstige situatie, die wellicht nooit helemaal bereikt zal worden, zelfs niet in Scandinavië, waar instituten in principe vermeden worden.

Het scenario beveelt aan om voor 2015 in woonwijken bij een gemiddelde bevolkingsopbouw rekening te houden met:

- 1,2 % van de woningen in clusterwoningen of beschut wonen voor mensen met sociale of cognitieve beperkingen
- 1,5% van de woningen in woonzorgcomplexen voor ouderen met behoefte aan veilig zelfstandig wonen met zorginfrastructuur en –garantie
- 3,7% van de woningen integraal toegankelijk en individueel aangepast met mogelijkheid van intensieve thuiszorg (aanleunen op afstand) voor mensen met uitsluitend fysieke beperkingen.

In totaal zou daarmee 6,5 % van de woningvoorraad uit "buitengewone woningen" bestaan. Deze maken deel uit van genoemde 50% levensloopbestendige woningen.

Hiermee is tevens duidelijk dat in de woonzorgzone het gewoon wonen dominant blijft.

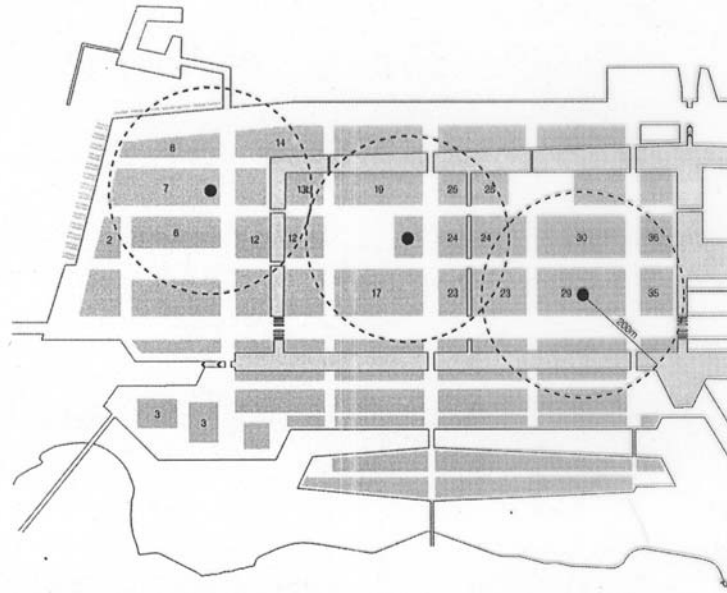


Woongebied van
10.000 inwoners

IJburg, wijk zonder scheidslijnen

De eerste serieuze uitwerking van het concept woonzorgzone vond plaats in het nieuwste Amsterdamse stadsdeel IJburg. In een voorstudie (DIA, 1998) wordt het woord woonzorgzone voor het eerst gebruikt. In de latere publieksversie (IJburg, een wijk zonder scheidslijnen, februari 1999) wordt het concept als volgt geoperationaliseerd (p17): "Een woonzorgzone is een gebied waarbinnen een bepaald pakket aan (zorg)diensten gegarandeerd wordt. Dit pakket kan intramurale zorg in de meeste gevallen vervangen. (...) Steeds vormt een van de drie IJburgse wijkzorgcentra de spil van een woonzorgzone." Bij voorkeur zouden de opstellers van het rapport (gemeente en zorgkantoor) geheel IJburg willen beschouwen als een grote woonzorgzone, maar: "De ambitie om aanpasbare en aangepaste woningen niet te concentreren rond de voorzieningen maar over de wijk te verspreiden heeft ook gevolgen voor de sociale veiligheid en het beheer van de omgeving. In plaats van de altijd ontoereikende middelen voor beheer egaal over de wijk te spreiden, moet er ook op dit punt gestreefd worden naar meer differentiatie." (p 15-16). De hoge eisen die in de woonzorgzone worden gesteld aan omgevingsbeheer en veiligheid openen dus tot een zekere mate van zoning binnen de wijk. In het eerste deelplan van IJburg, Haveneiland-West, zijn verdere uitwerkingen gegeven aan deze vorm van woonmilieudifferentiatie. De woonzorgzone wordt geassocieerd met "veilige, intensief beheerde collectieve woonmilieus als woonparken (...), nieuwe vormen van het aloude hofje en woonhotels, die ook aantrekkelijk zijn voor mensen die niet gehandicapt zijn." (...) "De hoven in het binnengebied bieden mogelijkheden voor een rustige, groene en intensief beheerde woonomgeving die ook aan bewoners met een lichamelijke, geestelijke of verstandelijke handicap veiligheid en vertrouwdheid biedt. Hier vindt men de aangepaste woningen (...) en de bijzondere voorzieningen die ook door anderen gebruikt kunnen worden."

In de IJburgse uitwerking is de woonzorgzone een verdichte strooiing van beschutte woonhoven, woonparkjes en verdiepingen in woonhotels (met receptie) temidden van de algemene stedelijke bebouwing en wel in de gebieden binnen loopafstand van een wijkzorgcentrum of van een kleiner zorgsteunpunt, waarvan er twee tot drie zijn voorzien.



IJburg Haveneiland: 3
cirkelgebieden rand
wijkcentrum+wijksteunpunten

Woonzorgzones in nieuwbouwwijken

Ook in enkele andere nieuwe Vinex-wijken zijn inmiddels woonzorgzones geprojecteerd. Zelden treffen we natuurlijk de theoretische wijk van 10.000 inwoners aan. Bijvoorbeeld in de nieuwste uitbreiding van Tilburg (De Wijk geheten) zijn de coupures kleiner. Het is op zich mogelijk om het wijkdienstencentrum wat kleiner te maken en het aantal flankerende steunpunten te verminderen, zij het dat een zekere kritische massa nodig zal blijven om een compleet pakket zorg en diensten binnen de wijk te kunnen leveren.

Afgezien van de omvang van de wijk is vooral het probleem dat de Vinexlocaties in feite geen *tabula rasa* zijn. Er zijn allerlei randvoorwaarden vastgelegd, waarbij is uitgegaan van de vitale goed verdienende dertiger als "normbewoner" en niet van ouderen en mensen met een handicap. Het merendeel van de woningbouw (70%) wordt gerealiseerd in de koopsector door projectontwikkelaars die weinig belangstelling aan de dag leggen voor wonen en zorg. De claim van 4-7% "buitengewone woningbouw" zal vooral moeten worden ondergebracht in de overige 30% van het programma die door woningcorporaties wordt gebouwd. In de oorspronkelijke Vinex-plannen was met deze claim geen rekening gehouden doordat nog uitgegaan was van de bouw van afzonderlijke zorgcomplexen buiten de kaders van de woningbouw.

Uit onderzoek is bekend dat ouderen niet voorop staan wat betreft de trek naar de Vinexwijken. Voor degenen die van intensieve zorg afhankelijk zijn – die thans in instellingen en verpleeghuizen verblijven - geldt tot op zekere hoogte dat zij de zorg volgen naar de nieuwe steden, getuige bijvoorbeeld Almere. Niettemin moeten we er rekening mee houden dat niet alle in een nieuwe wijk geclaimde zorg- en groepswoningen ook van het begin af aan als zodanig in gebruik worden genomen. In de pioniersfase, als de wijk nog geen complete voorzieningen heeft en de woonomgeving nog een zandhoop is, zijn de voordelen van het wonen in een woonzorgzone nog onvoldoende zichtbaar. Er is dus een aanloopprobleem.

(*Vinex- Woonzorgzones in voorbereiding in Amsterdam, Utrecht, Tilburg, Nijmegen en Harderwijk.*)
Voorbeeldplan: Nijmegen-Waalsprong.

Zonering in bestaande stadsdelen: het voorbeeld Den Haag

Dit aanloopprobleem geldt niet voor bestaande wijken waar al veel ouderen wonen en waar zorg en dienstverlening al aanwezig zijn. Deze hebben echter weer andere problemen: de woningen zijn moeilijker achteraf geschikt te maken en het is moeilijker om de zorg los te maken uit reeds aanwezige intramurale voorzieningen en te spreiden over de zone. Gezien de voordelen die daar tegenover staan zijn niettemin in twee steden, Breda en Den Haag, exercities uitgevoerd om binnen bestaande stadsdelen gebieden te selecteren die ontwikkeld zouden kunnen worden tot woonzorgzones.

Den Haag-Escamp is een groot, bijna geheel naoorlogs stadsdeel, dat vier wijken omvat. In opdracht van de gemeente is hier eerst een "wijkscan" uitgevoerd om op zoveel mogelijk objectieve wijze het meest geschikte gebied voor een woonzorgzone te selecteren.

Daarnaast werd naast de objectieve wijkscan ook een zwaar gewicht toegekend aan "plannen en projecten" van actoren in het gebied, waarbij aangeknoopt zou kunnen worden. Daarbij speelde de betrekkelijke homogeniteit van Escamp een rol: overal veel middelhoogbouw, overal veel corporatiebezit, overal een vrij hoog voorzieningenniveau, overal een relatief vergrijsde bevolking. Daarom zouden andere dan objectief meetbare criteria de doorslag moeten geven.

In Den Haag-Escamp is gezocht naar een zone met geschiktheid op een drietal criteria: woningvoorraad, omgeving, en aanwezigheid van zorg- en dienstverlening. Van de vier wijken binnen Escamp bleek geen enkele geheel en al te voldoen aan de gestelde criteria. Te weinig woningen hebben een lift en de zorg is nog te veel geconcentreerd in grootschalige zorgcentra. Er moest derhalve gekozen worden voor een zone die zich het beste zou lenen voor verdere ontwikkeling. Parallel aan de vermelde stadsdeelscan van Escamp werd een serie interviews gehouden met daar opererende woningcorporaties, zorgaanbieders en welzijnsinstellingen. Hierbij werden lopende projecten en plannen geïnventariseerd die relevant zijn voor de ontwikkeling van een woonzorgzone: investeringen in het opplussen van wooncomplexen, in vervangende nieuwbouw met levensloopbestendige kwaliteit, aanbod van extramuraal zorg- en dienstenarrangementen, allianties en netwerkvorming tussen diverse aanbieders in dezelfde wijk. Na combinatie van de stadsdeelscan en de inventarisatie van plannen en projecten kozen de betrokken wethouders tenslotte voor een woonzorgzone in de wijk Moerwijk.

(Woonzorgzones in bestaand stedelijk gebied geprojecteerd in Den Haag, Breda, Hoogeveen, Arnhem, Leiden en Amersfoort). Voorbeeldplan: Hoogeveen-Krakeel.

Woonzorgzones ten plattelande

In plattelandsgedebieden kan slechts in de hoofdkernen worden voldaan aan het criterium "24-uurs-zorg aanwezig binnen 200 meter". Ook is hier het draagvlak voor het gewenste hoge voorzieningenniveau problematisch. Tenslotte staat het sterk aanwezige particuliere woningbezit een systematisch opplusprogramma in de weg.

Niettemin zijn er enkele zeer interessante projecten op het platteland ontstaan, die veel kenmerken in zich hebben van woonzorgzones, en in bepaalde opzichten nog extra kwaliteiten te bieden hebben. Het ontstaan van deze projecten wordt vergemakkelijkt door de overzichtelijkheid van het aantal spelers in het veld, waardoor het eenvoudiger is om alle krachten te bundelen.

Een spraakmakend voorbeeld is de Trynwalden, een buurtschap van 9.000 inwoners nabij de Friese hoofdstad Leeuwarden. Hoewel de afstand van het dienstencentrum naar het buitengebied maximaal 12 km bedraagt, heeft men een zeer compleet arrangement van zorg en dienstverlening samengesteld, dat in grote mate ook thuis geleverd kan worden. Alleen voor de niet-planbare 24-uurszorg is toch een verhuizing naar een appartement in de buurt van het dienstencentrum nodig. Het boeiende van Trynwalden is inderdaad de bundeling van alle voorzieningen, zowel in personele als in budgettaire zin: tehuiszorg, thuiszorg, welzijnsdiensten, private diensten, alles kan worden geleverd vanuit een centrale regie, waarbij de modernste communicatiehulpmiddelen ondersteunend zijn ingezet.

Initiatieven voor woonzorgzones in kleine plaatsen: Trynwalden (Fr), Bellingwolde (Gr), Nieuwkoop (Zhol), Rijsbergen (NBr). Voorbeeldplan: Nieuwkoop.

5. Literatuur

- Hoekstra, E. en H. van Liempd, 'Verblijven of wonen; zorg voor ouderen', STAGG, Amsterdam 1995
- Heuvelink, J. en J. Singelenberg, 'Verblijven of wonen; zorg voor iedereen', STAGG, Amsterdam 2000
- Van der Wel, C. en L. Delfgouw, 'Zorg en dienstverlening, nieuwe coalities en arrangementen', DIA Account, Amsterdam 1999
- Lammers, B. en A. Reyndorp, 'IJburg, een wijk zonder scheidslijnen', BTOZ en Projectbureau IJburg, Amsterdam 1999
- Singelenberg, J. 'Nationale Survey Woonzorgcomplexen', SEV, Rotterdam, 1999
- Singelenberg, J. 'Housing and care for older people in Denmark', NIZW, Utrecht juni 2000
- 'Geschikt voor iedereen, de schotten doorbroken', SOAB, BOZ en gemeente Breda, 1999
- Singelenberg, J. 'Voorstudie woonzorgzone Moerwijk in Den Haag-Escamp', NIZW, Utrecht 2000

Een publicatie over 6 plannen voor woonzorgzones is uitgebracht in het kader van het Innovatieprogramma Wonen en Zorg. Te bestellen bij het NIZW te Utrecht.