

SAMEN WERKEN

aan woonservicegebieden

Samenwerken aan zorg en ondersteuning

Mini-toolkit
voor gemeenten en zorgkantoren

INHOUDSOPGAVE

1. Introductie	2
2. Aanleiding, ingrediënten en verschijningsvormen	2
Aanleiding	2
Betrokkenen op lokaal niveau	4
Doelen	5
Mechanismen & ingrediënten	5
Verschijningsvormen	6
Knelpunten bij de ontwikkeling	8
3. Aangrijpingspunten	8
3.1 De agenda voor een gezamenlijk gesprek	8
3.2 Aandachts- en uitgangspunten	10
4. Goede voorbeelden	13
4.1 Peel en Maas	13
4.2 Middelburg	14
4.3 Tietjerksteradeel	15
4.4 Breda	16

1



SAMEN WERKEN
aan zorg en ondersteuning

versie 1 - maart 2011

1. INTRODUCTIE

Al jarenlang is er veel aandacht voor de ontwikkeling van woonservicegebieden: steden, wijken en dorpen met een afgestemd pakket van voorzieningen in de sfeer van zorg, welzijn en aanpassingen in en aan woning en woonomgeving, met als doel dat ouderen en mensen met een beperking zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen wonen.

Samenwerking van gemeenten en zorgkantoren kan de ontwikkeling van woonservicegebieden verdere impulsen geven. Deze mini-toolkit of leidraad kan daarbij helpen. De leidraad is een concretisering van de algemene toolkit over samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten, onderdeel van het traject 'Samen werken aan zorg en ondersteuning' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), met als doel samenwerking tussen zorgkantoren en gemeenten te bevorderen.

Deze mini-toolkit heeft de volgende opbouw. Allereerst wordt het concept van woonservicegebieden uiteengezet: wat is de aanleiding, welke ontwikkelingen zijn aan de orde, welke partijen zijn betrokken, wat zijn verschijningsvormen en wat zijn belangrijke ingrediënten? Vervolgens wordt een aantal aangrijpingspunten voor samenwerking geïntroduceerd. Daarna volgen enkele succesvolle voorbeelden.

2

2. AANLEIDING, INGREDIËNTEN EN VERSCHIJNINGSVORMEN

AANLEIDING

De inspanning om mensen langer zelfstandig te laten wonen is al lang geleden ingezet. Al in de jaren '80 startte de ontwikkeling van kleinschalige woonvormen als alternatief voor de grootschalige, onpersoonlijke verzorgings- en verpleeghuizen. In de jaren '90 werden op grote schaal woonzorgcomplexen gebouwd: gebouwen met appartementen waar ouderen zelfstandig kunnen wonen, eventueel zorg aan huis ontvangen en waarin ook ruimte is voor welzijnsactiviteiten. Rond de eeuwwisseling is de lijn geworden om mensen zo lang mogelijk in staat te stellen in de eigen woning en omgeving te wonen. De focus komt daarmee te liggen op de schaal van de wijk of het eigen dorp als schaal voor afstemming tussen de benodigde voorzieningen, waarmee het concept van woonservicegebieden haar intrede deed. De SEV1 introduceert dit begrip als de overkoepelende term voor alle samenhangende initiatieven om zo lang mogelijk zelfstandig wonen in de eigen omgeving te bevorderen. In deze toolkit wordt deze term gebruikt als aanduiding voor de verder zeer diverse praktijk die onder deze noemer tot ontwikkeling is gekomen.

¹ Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting te Rotterdam

De hierboven geschetste ontwikkeling om mensen te ondersteunen om zo lang mogelijk in hun eigen huis en omgeving te blijven wonen vloeit in de eerste plaats voort uit de wensen van grote groepen ouderen en gehandicapten. Ook sluit deze benadering aan bij opvattingen over de idee van de participatiesamenleving, waarin de nadruk ligt op activering en het zo lang mogelijk volwaardig meedraaien. De ontwikkeling van woonservicegebieden hangt natuurlijk ook samen met de vergrijzing en de daarmee gemoeide kosten. Gezien de groeiende groep zorgbehoevende ouderen en het afnemende arbeidspotentiëel in de zorg “willen we niet te hoeven teruggrijpen op het verouderde concept van het grootschalige zorggebouw”, schrijft de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV, 2010) in een verkennende studie naar woonservicegebieden.

Het Rijk wil deze ontwikkelingen verder stimuleren, zo is vastgelegd in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte. In de paragraaf over de gezondheidszorg staat dat het kabinet een netwerk van basiszorg wil (met voorzieningen als thuiszorg, de huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers) dat “zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd wordt”, door samen te werken in een “netwerk in de wijken en dorpen”. Ook de paragraaf over ouderenzorg bevat een pleidooi voor zorg en ondersteuning op schaal van de buurt of het dorp. Daarnaast wil het kabinet meer ruimte bieden aan meegroeiwoningen, mantelzorgwoningen en meergeneratiewoningen en belemmerende regelgeving voor samenwerking tussen woningcorporaties, thuiszorg en andere maatschappelijke organisaties wegnemen. Ook de voorgestelde scheiding van financiering van wonen en zal effect hebben op de behoefte aan zorgvoorzieningen die aan huis worden geleverd. De komende maanden zullen deze voornemens door het kabinet verder worden geconcretiseerd.

Het meest recente concrete beleid van de Rijksoverheid is het actieplan “Beter (t) huis in de buurt” uit 2007. Dat plan verwoordt de ambitie om onder andere het aantal levensloopbestendige woningen fors te vergroten, meer kleinschalige woon-zorgconcepten te realiseren voor mensen met een zware zorgvraag, de beschikbaarheid van zorg aan huis te bevorderen, de ‘generatiebestendigheid’ van wijken te verbeteren en de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn te bevorderen. Die ambitie wordt omgezet in een aantal sectorale acties, zoals op het gebied van de woningvoorraad en in de zorg (zoals de ontwikkeling van het Volledig Pakket Thuis in de AWBZ). Het bevorderen van de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn wordt neergezet als een verantwoordelijkheid van lokale partijen; het Rijk ziet hierbij voor zichzelf vooral een faciliterende rol weggelegd, door kennis beschikbaar te stellen en goede voorbeelden uit te lichten maar ook door eventueel knellende regelgeving weg te nemen. De ontwikkeling van woonservicegebieden is daarmee een kwestie die vooral op lokaal niveau gestalte moet krijgen.

BETROKKENEN OP LOKAAL NIVEAU

In veel gemeenten in ons land zijn inmiddels initiatieven ontplooid om woonservicegebieden te ontwikkelen. Op lokaal niveau waren het in eerste instantie vooral zorgaanbieders die de ontwikkeling van woonservicegebieden startten. Ingegeven door de behoefte van cliënten en de noodzaak om kostenstijgingen te beteugelen zochten zij naar nieuwe manieren om in de vraag van cliënten te voorzien. Bij die zoektocht zijn allianties gesloten met woningcorporaties, die zorgen voor de bouw en verbouw van woningen en een rol spelen bij de realisatie van kleinschalige woonvormen. Aedes en Actiz, de brancheorganisaties van respectievelijk corporaties en zorgaanbieders zoals verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, beheren samen een kenniscentrum om de beschikbare 'know how' te bundelen voor de ontwikkeling van woonservicegebieden.

Sinds de invoering van de Wmo zijn ook gemeenten actiever betrokken bij de ontwikkelingen. In sommige regio's vervullen gemeenten een regierol en worden op schaal van het dorp of de wijk via Wmo loketten in informatie voorzien en wordt in een activiteitenaanbod voor ouderen voorzien. Mede als gevolg daarvan zijn ook welzijnsinstellingen in toenemende mate betrokken.

Ook de betrokkenheid van zorgkantoren en zorgverzekeraars is groeiend. Zo hebben de UVIT zorgkantoren in 2010 een visie op wonen-welzijn-zorg ontwikkeld. UVIT verwoordt met deze visie het streven om met gemeenten op de schaal van de wijk een samenhangende zorginfrastructuur te ontwikkelen om het langer thuis kunnen wonen van cliënten te bevorderen. Het zorgkantoor van De Friesland heeft vergelijkbare opvattingen geformuleerd. En het zorgkantoor van Menzis in Groningen participeert in het met de gemeente afgesloten convenant 'Zorgen voor Morgen' waarin afspraken zijn gemaakt over de ontwikkeling van een infrastructuur van wonen, zorg en welzijn, waaronder Steun- en Informatiepunten (STIP's), met als doel mensen langer zelfstandig te laten wonen. De inzet van de verschillende participerende zorgkantoren en zorgverzekeraars betreft de inzet van het sturingsinstrumentarium om zorgaanbieders te stimuleren tot samenwerking of de ontwikkeling van nieuwe voorzieningen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door de zorginkoop gebiedsgericht in te richten en afspraken te maken over de inrichting van de eerste lijn.

DOELEN

Om nader de vinger te kunnen leggen op wat nu precies de te realiseren effecten zijn en hoe die tot stand komen, inventariseerde de SEV (2010) de verschillende bestaande beleidstheorieën over doelen en mechanismen. Men trof een viertal 'kerndoelen' aan:

- Bewoners kunnen langer in de eigen woning wonen, wat leidt tot een dalende vraag naar intramurale zorg, een hogere kwaliteit van leven en een stijging van de vraag naar WMO-diensten
- Bewoners kunnen (indien zij niet in hun eigen woning kunnen blijven wonen) langer in de eigen buurt wonen, wat leidt tot een hogere kwaliteit van leven, minder eenzaamheid, en een hoger aantal ouderen in de wijk en een sterkere wijk economie (doordat ouderen hun producten en diensten vaker in de eigen buurt inkopen)
- Bewoners kunnen langer actief zijn in de maatschappij, wat leidt tot een hogere kwaliteit van leven, minder eenzaamheid en een sterkere sociale cohesie
- Bewoners leven gelukkig en dus gezonder, wat leidt tot een dalende vraag naar zorg uit de verschillende domeinen

Deze doelen leiden kort samengevat tot een tweetal beoogde maatschappelijke effecten: een hogere kwaliteit van leven en een lager beroep op dure zorg. Een andere doelstelling is een grotere doelmatigheid van de georganiseerde zorg doordat voorzieningen beter op elkaar worden afgestemd. Dat zijn potentiële effecten waar zowel cliënten als de financiers van de gezondheidszorg van kunnen profiteren.

Om empirisch te onderbouwen in welke mate en op welke manier de verschillende doelstellingen worden gerealiseerd, is de SEV samen met ZonMW een onderzoek gestart om aan de hand van 10 geselecteerde proeftuinen de resultaten in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek komen in 2012 beschikbaar.

MECHANISMEN & INGREDIËNTEN

Volgens de SEV is de beleidstheorie achter woonservicegebieden dat de genoemde doelstellingen worden behaald middels een aantal mechanismen, die vallen te groeperen aan de hand van een aantal hoofdingrediënten. In de praktijk is te zien dat deze ingrediënten in wisselende mate aanwezig zijn:

- **Wonen.** In een woonservicegebied domineert niet de zorg, maar wordt wel systematisch gewerkt aan het geschikt (levensloopbestendig) maken van de woningvoorraad voor minder validen. Dat betreft natuurlijk vooral de huurvoorraad, want de inrichting van koophuizen is primair de verantwoordelijkheid van huiseigenaren zelf.
- **Welzijn en diensten.** Er is een wijkservicecentrum waar de diverse haal- en brengfuncties worden geboden op het gebied van informatie, ontmoeting, dagactiviteiten, gezondheidsbevordering, eerste lijns-gezondheidsdiensten en praktische en huishoudelijke diensten. Ook is sprake van soms meer 'outreaching' welzijnsfuncties, zoals cliëntondersteuners.
- **Zorg.** Een samenhangende, complete en persoonsgerichte zorgketen, waardoor cliënten 24 uur per dag de benodigde zorg kunnen ontvangen. Ook zijn er kleinschalige woonvormen binnen het gebied voor inwoners met behoefte aan

zorg en toezicht. Alleen bij tijdelijke en zeer complexe zorgvragen is opname in een zorgvoorzieningen buiten het woongebied nodig.

- De leefomgeving. Het wijkservicecentrum, wijkwinkelcentrum, buurtsteunpunten en kleinschalige woonvormen zijn met elkaar verbonden door een netwerk van barrièrevrije veilige looproutes. Ook is er aandacht voor basale voorzieningen waar bewoners vaak behoefte aan hebben, zoals een pinautomaat, rolstoeltoegankelijkheid van straten of een supermarkt. Zo worden soms speciale veilige looproutes aangelegd.

Om de verschillende inspanningen te verbinden is er altijd sprake van samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen. Deze samenwerking heeft betrekking op een tweetal vraagstukken. Ten eerste de volledigheid van het benodigde pakket van voorzieningen, waaronder ook voorzieningen die mogelijk niet direct 'rendabel' zijn (zoals nachtzorg). Ten tweede de coördinatie die benodigd is om aan cliënten een passend aanbod te doen: soms gebeurt dat door wijkzorgteams waarin professionals overleggen, soms gebeurt dat door cliëntondersteuners (zoals wijkverpleegkundigen, 'casemanagers' of 'Omtinkers') verantwoordelijk te stellen voor het organiseren van het gewenste aanbod.

Ieder 'ingrediënt' draagt op een eigen wijze bij aan (één van de) doelstellingen, zo is de beleidstheorie. De verbeterde afstemming, bijvoorbeeld, draagt bij aan betere zorg en mantelzorgondersteuning en grotere nabijheid van zorgdiensten. Dat leidt tot een hogere cliënttevredenheid en een grotere mogelijkheid om langer thuis te wonen. Het strekt te ver om op alle mechanismen dieper in te gaan; geïnteresseerden kunnen daarover verder lezen in de SEV-studie die een grondig overzicht geeft van alle mogelijke mechanismen.

VERSCHIJNINGSVORMEN

De projecten die reeds tot ontwikkeling zijn gebracht zijn door de SEV (2010) ingedeeld in een aantal categorieën. Enkele kerngegevens van deze typeringen zijn weergegeven in tabel 1. De hierin beschreven types hangen af van de verschillen in aanleiding tot ontwikkeling en de schaal van het gebied.

Tabel 1. Typering van projecten van woonservicegebieden

Model	Doelgroep	Dominante beschikbare functies	Aanleiding voor deze keuze
Zorg & welzijns-model	Een groot gebied – ‘tot in de achterste boerderij’	<ul style="list-style-type: none"> - Cliëntondersteuning - Zorg & welzijnsnetwerk - (Eventueel fysieke voorzieningen) 	Behoeften in de sfeer van zorg & welzijn
Planologisch model	Wijk of buurt	<ul style="list-style-type: none"> - Fysieke voorzieningen (zorgwoningen, servicecentrum) - Veilige wandelroutes - Zorg & welzijnsnetwerk 	Planologische ontwikkelingen
Woonzorgzone-model	300 m rondom ‘geexplodeerd’ woonzorgcomplex	Elementen van planologisch model, inclusief: <ul style="list-style-type: none"> - Levensloopbestendige woningen met zorggarantie - Zorgcentrum 	Extramuralisering

7

Het planologische model is vooral zichtbaar bij (vaak nieuw ontwikkelde) wijken met ongeveer 10.000 inwoners en een significant aantal ouderen en mensen met een beperking; die wijken hebben daarmee het draagvlak voor grotere voorzieningen zoals een dienstencentrum en er is eerder aanleiding om aanpassingen van de leefomgeving uit te voeren. Soms zijn binnen het planologische model ontwikkelde woonservicegebieden ook aparte “woonzorgzones” tot ontwikkeling gebracht.

Gebieden met minder dan 10.000 inwoners (zoals kleinere wijken of plattelandsgebieden) ontberen het draagvlak voor dergelijke dure voorzieningen. Het loont daar meer om een netwerk te ontwikkelen van zorg en welzijnsfuncties en eventueel een (kleiner) centrum op te zetten voor diensten of dagopvang, afhankelijk van de behoefte van de bewoners in het betreffende gebied.

KNELPUNTEN BIJ DE ONTWIKKELING

In veel regio's wordt zoals gezegd inmiddels gewerkt aan de ontwikkeling van woonservicegebieden, maar volgens de SEV is duurzame en integrale gebiedsgerichte samenwerking de achilleshiel van het concept. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat maar liefst 70 procent van de projecten niet voorbij de planfase komt.

Dit komt vooral omdat de baten die op langere termijn met structurele samenwerking bereikt kunnen worden, zelden in beeld worden gebracht. De kosten van samenwerking en afstemming worden vaak als meerkosten ervaren en er zijn belangentegenstellingen tussen bijvoorbeeld zorgaanbieders en welzijnsinstellingen of tussen gemeenten. Het ontbreken van landelijke kaders dat lokale partijen houvast geeft bij de planontwikkeling – en realisatie zal zeker ook een rol van betekenis spelen.

Toch is duidelijk dat de ontwikkeling van vormen om mensen langer thuis te laten wonen, met het oog op de vergrijzing, de enige weg is. Het concept verdient vitalisering en hernieuwde doordinking. Zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten zijn als aanstuurders en financiers de aangewezen partijen om die ontwikkeling vlot te trekken, met het oog op grote belangen die er voor hen mee gemoeid zijn: tevredener cliënten en – uiteindelijk – kostenbesparing op zware langdurige zorg.

Gemeenten kunnen leidend zijn door de regisseursrol naar zich toe te trekken. Zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen bijdragen door de door hen te financieren voorzieningen gebiedsgericht in te zetten. En samenwerking tussen beide partijen kan helpen om de kennis waar het beleid op gestoeld is te vergroten en het sturingsinstrumentarium in samenhang in te zetten. Het volgende hoofdstuk biedt aangrijpingspunten om de samenwerking verder van de grond te krijgen.

3. AANGRIJPINGSPUNTEN

De aangrijpingspunten voor doorontwikkeling van woonservicegebieden in dit hoofdstuk hebben het karakter van een agenda voor een gezamenlijk gesprek om het speelveld en de ontwikkelde infrastructuur kritisch te bezien en zo tot verdere ontwikkeling te komen. In paragraaf 3.2 volgt een aantal uitgangspunten om het gesprek richting te geven.

3.1 DE AGENDA VOOR EEN GEZAMENLIJK GESPREK

Gemeenten en zorgverzekeraars die in hun regio zich oriënteren op het tot ontwikkeling brengen van een aanpak van woonservicegebieden moeten

wel beseffen dat het een lastig thema is. Het is vanwege de vele partijen die ermee te maken hebben een complex krachtenveld, waar veel energie moet worden gestoken om met elkaar de 'samenwerkingspuzzel' op een goede en werkbare manier neer te leggen. Indien er al veel inspanningen zijn verricht om woonservicegebieden tot ontwikkeling te brengen, is de opdracht vooral om kritisch het aanbod te bezien en te bepalen hoe mogelijk tot vitalisering, verbreding en structurele verankering kan worden gekomen. Het loont dan ook om de bewonersbetrokkenheid te bekijken.

1. Het gebied in kaart

Beantwoord allereerst de volgende vragen om het plaatje op te maken van hoe uw verzorgingsgebied (wijk of dorp) er nu voor staat:

- Maken de voorzieningen in onze wijken en dorpen het mogelijk aan mensen om lang mogelijk thuis te wonen? Zijn er, op basis van onze gegevens over zorgconsumptie en bevolkingsopbouw, wijken of dorpen waar het van belang is om aanvullende inspanningen te leveren? Hoe zal de situatie er over tien of twintig jaar uitzien?
- Hoe staat het met de verschillende ingrediënten uit het SEV raamwerk (zie hoofdstuk 2)? Zijn er duidelijke hiaten waar quick wins te behalen zijn, of punten waar structurele verbetering nodig is?
- Wie zijn de partijen die bij de aanpak betrokken moeten worden en wat is er bekend van deze partijen?
- Hoe ziet het krachtenveld eruit van de partijen die hieraan zouden kunnen bijdragen?

2. Resultaten en acties benoemen: wat valt er te willen?

Op basis van die analyse vallen vervolgens intenties te benoemen.

- Welke strategie uit hoofdstuk 2 ligt het meest voor de hand? Kiest u voor een woonzorgzone, een planologische benadering of een welzijnsbenadering?
- Op welke componenten ligt een aanvullende inspanning voor de hand?
- Bij welke reeds bestaande initiatieven kan worden aangesloten? Op welke punten zijn nieuwe inspanningen benodigd?

3. Procesafpraak

Het is belangrijk om de aldus gevormde intenties te beschouwen als het vertrekpunt voor het gesprek met bewoners en partijen die in het gebied actief zijn (dat gesprek is cruciaal; zie ook verderop). Onderlinge afspraken moeten dan ook vooral gemaakt worden over de volgende vragen:

- Welke processtappen moeten gezet worden om nader te bepalen welke stappen gezet moeten worden?
- Welke taken zou eenieder daar meer in kunnen vervullen?

3.2 AANDACHTS- EN UITGANGSPUNTEN

Bij het voeren van het gezamenlijke gesprek en het opstarten van het proces geldt een aantal aandachts- en uitgangspunten die eigen zijn aan de posities waar beide partijen zich in bevinden en als succesfactoren zijn te zien bij de ontwikkeling van woonservicegebieden.

Eigen kracht voorop

Hierboven is al aangegeven dat de ontwikkeling van woonservicegebieden drijft op het leidende principe dat een zekere hiërarchie wordt aangebracht in de te bieden vormen van zorg – en dienstverlening. Onderstaande ‘ladder’ geeft die hiërarchie goed weer en kan helpen bij het doordenken en ontwikkelen van het voorzieningenpakket. Het loont om ten eerste zo veel mogelijk te kijken naar wat mensen zelf kunnen en wat hen kan helpen bij zelfredzaamheid. Daarnaast kunnen ook de ondersteuningsmogelijkheden door naasten, mantelzorgers en vrijwilligers worden benut en indien mogelijk vergroot. De draaglast van mantelzorgers moet hun draagkracht uiteraard niet overstijgen en daarom is het vervolgens goed om te kijken naar de mogelijkheden van collectieve dienstverlening en voorzieningen. Sluitstuk zijn de individuele voorzieningen. Het opbouwen van de aanpak vanuit deze piramide leidt tot een pakket dat niet alleen doelmatig is, maar vaak veel beter aansluit bij de daadwerkelijke behoefte van cliënten.



Het belang van samenlevingsopbouw en betrokkenheid van de mensen zelf
De voorzieningen moeten aansluiten bij de vragen en behoefte van bewoners en op draagvlak kunnen rekenen. Het is daarnaast wenselijk dat bewoners zelf ook hun steentje bijdragen, bijvoorbeeld door de rol van vrijwilliger te vervullen

zodat ook optimaal gebruik wordt gemaakt van hun eigen draagkracht. Om dat te realiseren is het van groot belang dat veel energie wordt gestoken in het achterhalen van wat 'leeft' in het dorp of de wijk en wat de vragen en wensen zijn van bewoners. Conform bovenstaande piramide gaat het niet alleen om vragen en wensen van mensen zelf, maar ook om vragen wat mensen samen kunnen en willen doen. Uit onderzoek van de SEV naar de mate van vraaggerichtheid zijn een drietal varianten te onderkennen:

- 'zelfsturende gemeenschappen' of lokale burgerinitiatieven: initiatieven die van onderop zijn ontsprongen en eventueel worden ondersteund door professionals (voorbeeld: de casus Helden in hoofdstuk 4)
- Professionals die helpen bij de vraarticulatie: professionals, zoals cliëntondersteuners, helpen burgers bij het formuleren en vervullen van hun behoeften en adviseren beleidsmakers op basis daarvan over de inrichting van de infrastructuur (voorbeeld: de casus Tietsjerksteradeel in hoofdstuk 4)
- 'Vraaggericht werken': onderzoek naar de behoefte en capaciteiten van burgers, door onderzoek/vragenlijsten of uitgebreide discussies, om de voorzieningen daarop in te laten spelen (voorbeeld: de casus Breda in hoofdstuk 4)

Hierbij geldt dat de te kiezen variant sterk afhangt van het karakter van de gemeenschap: is er een sterk organisatorisch vermogen, dan geniet variant 1 de voorkeur en past zelfs terughoudendheid bij professionele inzet. De ervaring leert dat professioneel initiatief soms zelfs vrijwilligersondersteuning of de 'civil society' eerder doodslaait dan stimuleert.

De derde variant 3 geldt als de minimale variant: bij iedere inspanning moet oog zijn voor de behoefte van burgers. Al was het alleen maar omdat die soms zeer verrassend blijkt te zijn: vaak hebben burgers bijvoorbeeld eerder behoefte aan een pinautomaat of toegankelijke wegen dan aan allerlei zorgactiviteiten.

Kennis benutten

Een gesprek over woonservicegebieden heeft vanzelfsprekend pas zin wanneer duidelijk is wat de zorgbehoefte is, wat u wilt bereiken en welke elementen u in de aanpak wilt betrekken. Cijfers over demografische ontwikkelingen en inzicht in – ontwikkelingen in – zorg en welzijnsvragen kunnen enorm helpen om focus te verkrijgen welke doelgroepen aan de orde zijn, welke elementen of componenten in de aanpak betrokken dienen te worden en welke partijen een rol dienen te spelen. Ongetwijfeld heeft u lokale gegevens daarover, zoals leefbaarheidsmonitoren of demografische gegevens. Op www.horizonline.nl zijn daarnaast prognoses beschikbaar van de demografische ontwikkelingen, de gezondheidssituatie en de zorgvraag op postcodeniveau tot 2030. Ook geeft die website een beknopt overzicht van het reeds bestaande zorgaanbod.

Het krachtenveld in beeld

Met nieuw beleid of nieuwe initiatieven wordt altijd voortgeborduurd op

bestaand beleid. Het idee is alleen dat het beter (of goedkoper) kan met een hoger maatschappelijk effect. Dat betekent dat altijd sprake is van een krachtenveld waarin de initiatiefnemers zich een nieuwe plaats moeten verwerven. Kennis van dat krachtenveld is onontbeerlijk om de eigen mogelijkheden te kunnen bepalen. Het verdient aanbeveling om zich gedegen te oriënteren op de belangrijkste spelers, welk aanbod zij gestalte geven en welke kansen en bedreigingen men voor ogen heeft (SWOT ophalen). Een gedegen analyse in de vorm van een sociale kaart is meer dan alleen een overzicht. Er ontstaat ook een breder besef van de noodzaak en de haalbaarheid van nieuwe initiatieven.

De keuze voor schaal

De te kiezen 'reikwijdte' van het te ontwikkelen woonservicegebied is vaak een spanningsveld tussen partijen. Gemeenten, voormalig verzorgingshuizen, woningcorporaties en welzijnsorganisaties zijn gewend om het niveau van de wijk of het dorp als planologisch of organisatorisch uitgangspunt te nemen. Thuiszorgorganisaties en zorgkantoren werken echter vaak vanuit andere eenheden: gemeenten, steden, regio's, doelgroepen of zorgsectoren. Bij de planvorming is het belangrijk hier overeenstemming over te bereiken: op welke schaal steken we de inspanning in? Daarbij geldt dat ook niet alle cliënten per se in hun eigen wijk willen blijven wonen: sommigen willen bijvoorbeeld liever naar elders verkassen als dat hen de mogelijkheid biedt om een gemeenschap met bewoners met een soortgelijke leefstijl of etniciteit te wonen. Dergelijke overwegingen dienen dan ook meegenomen te worden

De omgang met marktwerking

Een probleem dat in sommige gemeenten wordt gesignaleerd is het spanningsveld tussen de geïntroduceerde concurrentie en marktwerking in de zorg en de voorzieningenplanning die benodigd is bij woonservicezones. Een aanbesteding van zorgkantoren of gemeenten staat immers, als NMa-regels strikt worden gehanteerd, open voor iedere aanbieder die tegen de gestelde tarieven zorg kan leveren die voldoet aan de eisen in de aanbestedingsdocumenten. Daarnaast vinden velen dat cliënten keuzevrijheid moeten hebben. Volgens sommigen wordt het maken van afspraken bemoeilijkt door het als gevolg van die concurrentie ontstane grote aantal aanbieders en de onzekerheid van de termijn waarin ze in een gebied actief zijn. Ook dreigt het risico van 'cherry picking': aanbieders die alleen op de rendabele activiteiten inschrijven waardoor minder rendabele activiteiten, zoals nachtzorg, onderbezet blijven.

In de praktijk blijkt echter dat marktwerking en keuzevrijheid niet per definitie een probleem hoeft te zijn en dat afstemming in de zorginkoop tussen gemeenten en zorgkantoren er aan bij kan dragen om ongewenste effecten te voorkomen. Het risico van 'cherry picking' valt bijvoorbeeld te ondervangen door zo compleet mogelijke voorzieningspakketten samen te stellen, waar de zogenaamde

onrendabele voorzieningen ook onderdeel van uitmaken. Daarnaast kunnen wijken met een hoge zorgconsumptie meerdere aanbieders voor bijvoorbeeld thuiszorg, maaltijdvoorziening of huishoudelijke hulp goed verdragen en is ook samenwerking tussen meerdere aanbieders en andere partijen goed mogelijk. (Zie hiervoor ook de casus 'Middelburg' in hoofdstuk 4). Het helpt in die gevallen deelname aan de samenwerking op te nemen in de voorwaarden bij aanbestedingen. In dunbevolkte regio's leveren aanbestedingsregels meer problemen op: daar is het dikwijls 'één voorziening of geen voorziening', zoals de SEV (2010) schrijft. Daar is een slimme en afgestemde inzet van het sturingsinstrumentarium hoogst noodzakelijk om het voorzieningenpakket op het gewenste niveau te krijgen.

De keerzijde van langer thuis wonen

Tenslotte geldt: langer thuis wonen is niet voor iedereen een doel op zich. Op een gegeven moment kan ook plaatsing in een verzorgings- of verpleeghuis nodig zijn omdat zelfstandig functioneren niet meer vertrouwd is of omdat de 'eigen wijk' helemaal niet meer zo vertrouwd is. Daarnaast is het belangrijk dat intramurale zorg voor sommige cliënten noodzakelijk is, en daarmee een belangrijke voorziening blijft.

4. GOEDE VOORBEELDEN

Dit hoofdstuk bevat een aantal goede voorbeelden van WWZ-arrangementen.

4.1 PEEL EN MAAS

In het dorpje Grashoek hield de gemeente in 2000 een dorpsbrede discussie over leefbaarheid en in 2001 een gerichte, schriftelijke enquête onder de 316 55-plussers in het dorp. Uit de enquête bleek dat ouderen in principe zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar daarvoor wel een aantal voorzieningen nodig hadden: een pinautomaat, een huisarts, een fysiotherapeut en een loket waar ze terecht kunnen met informatie en verzoeken om ondersteuning. De gemeente vond onderdak voor die voorzieningen in buurthuis De Ankerplaats, waarvoor toch al een opknopbeurt stond gepland. De Ankerplaats speelt een centrale rol in de gemeenschap. Na de verbouwing volgde al snel een eetmogelijkheid voor senioren en vervolgens een dagvoorziening, een bibliotheek en sinds kort staan er ook een aantal seniorenwoningen in de directe nabijheid van de Ankerplaats.

Een belangrijk uitgangspunt van alle initiatieven is zelfsturing: het is nadrukkelijk 'eigendom' en de verantwoordelijkheid van de lokale gemeenschap zelf. De Ankerplaats draait voor een groot deel op vrijwilligers en professionals worden slechts ingezet als vrijwilligers er behoefte aan hebben. De bezoeker is geen

cliënt, maar een inwoners met zijn of haar steunsysteem, en het gaat niet om wat hij niet kan, maar om ondersteuning bij wat hij en z'n systeem wel kunnen. Die insteek is ook te zien bij de planontwikkeling. Bewoners zijn niet 'betrokken' bij de planontwikkeling, maar eerder leidend. Het is hun voorziening en zij moeten die dan ook zelf vormgeven. Er is, naast de genoemde initiërende discussie en enquête, permanent overleg geweest en er is een kernteam van bewoners die betrokken blijft bij het project. In andere kernen in de gemeente worden vergelijkbare initiatieven ontplooid maar allen op een andere manier. "Om de simpele reden dat de dorpen anders zijn en de bewoners ook anders willen" zegt Ron Genders, projectleider bij de gemeente Peel en Maas.

Een andere succesfactor is de betrokkenheid van andere partijen, zoals het zorgkantoor, zorgaanbieders en welzijnsinstellingen. Ertoe leidend dat het uiteindelijke convenant 'Leven in het Dorp' uiteindelijk werd ondertekend door 32 partijen, waaronder het zorgkantoor. "We hebben als gemeente toch weinig sturingsmogelijkheden", zegt Genders, "Het zorgkantoor is onze belangrijkste partner in het geheel. Zij zijn een belangrijke partij om aanbieders in beweging te krijgen zodat ook zij voluit blijven mee investeren aan het ontwikkelde kader en blijven vertrekken vanuit de vragen van mensen om zorg, wonen en welzijn" Jan Thijssen van het zorgkantoor: "In onze visie op de extramurale zorg hebben we gemeenten nadrukkelijk nodig. Je kunt behoeften en vragen van mensen niet opknippen en de extramurale zorg is verknoopt met wat mensen aan welzijn en op het gebied van wonen willen. We doen daarom zaken met gemeenten die bereid en in staat zijn een visie te ontwikkelen op deze integraliteit en Peel en Maas is een gemeente die dat zeer stevig heeft opgepakt. Wij hebben dan ook wat te bieden: we richten de hele extramurale zorg waarvan wij vinden dat die beschikbaar moet zijn in samenspraak in en dat uit zich bijvoorbeeld in gezamenlijke inkoopkaders."

4.2 MIDDELBURG

In Middelburg wordt al jaren consequent gewerkt aan de ontwikkeling van woonservicevoorzieningen. Men voorzag reeds in 2000 de aanstaande vergrijzing en de daarmee gepaard gaande noodzaak tot extramuralisering en voorzieningen in de wijk. Bijkomende ontwikkeling dat een nieuw opleidingsinstituut zich vestigde in de stad, waardoor een behoefte ontstond aan woningen voor studenten en personeel. Er werd besloten de verpleeghuizen om te bouwen tot woningen voor die doelgroep, en over te gaan tot de ontwikkeling van wijkservicegebieden. Een belangrijke stimulering was het actieplan Ruimte voor Resultaat van het ministerie van VROM om de extramuralisering te stimuleren.

Zo werd begonnen met de ontwikkeling van wijkservicegebieden. Inmiddels zijn er in veel wijken veel aanpasbare woningen en zijn er 'zorgkruispunten' geplaatst in wijkcentra of nieuwe gebouwen, van waaruit zorg en dienstverlening

worden geboden. Uiterlijk 2011 bestaat Middelburg uit een dekkend netwerk van woonservicezones. Ook wordt er aandacht besteed aan activiteiten om ontmoeting tussen bewoners te bevorderen.

Bij de zorgverlening is een belangrijk uitgangspunt de keuzevrijheid voor cliënten. Om dat te bewerkstelligen verlopen de aanbestedingen volgens het Zeeuwse model. Dat wil zeggen dat de Zeeuwse gemeenten gezamenlijk kwaliteitsnormen en een vaste prijs voor de te verlenen diensten hebben vastgesteld. Iedere zorgaanbieder die tegen die prijs zorg van de vereiste kwaliteit kan leveren, mag dat doen, en cliënten mogen vervolgens kiezen bij welke aanbieder ze gebruik willen maken van zorg. Het risico is uiteraard dat concurrentie om cliënten op individueel niveau het vormen van een infrastructuur op wijkniveau verhindert. Omdat aanbieders de Middelburgse wijken onderling hebben verdeeld, is dat grotendeels voorkomen. De voorkeur van cliënten gaat daardoor vaak uit naar aanbieders die in hun eigen wijk actief zijn.

Vanaf het begin van de planontwikkeling trad de gemeente op als regisseur en die rol heeft men voortvarend ter hand genomen. Dat heeft sterk geholpen bij het boeken van resultaten. Ook het zorgkantoor was vanaf het begin betrokken maar is, in de woorden van Jose Franken van CZ, de aansluiting in de loop van het traject een beetje kwijtgeraakt. "Wij misten de wederkerigheid, zijn bijvoorbeeld ook niet betrokken bij het gemeentelijk Wmo-beleid terwijl we wel graag samenhang willen aanbrengen tussen de AWBZ en de Wmo." De betrokkenheid van het zorgkantoor is echter wel van groot belang. "De ZZP-financiering leidt ertoe dat kleinschalige woonvormen eigenlijk niet meer zijn te exploiteren. Op basis daarvan moet het beleid herijkt worden," zegt Franken. De gemeente en het zorgkantoor hebben de intentie om hierin dan ook gezamenlijk te gaan optrekken, mede met het oog op de voorgenomen overhevelingen van AWBZ naar Wmo.

4.3 TIETJERKSTERADEEL

Tien jaar geleden sloot het verzorgingstehuis in de gemeente Tietjerksteradeel haar deuren en werd besloten de ondersteuning aan ouderen geheel anders te organiseren. Voortaan stond het idee centraal dat zij en hun omgeving zélf in staat moeten worden gesteld om hun leven te regisseren en daarbij past dat zij alle hulp en ondersteuning thuis konden krijgen.

Daartoe werden professionals uit verschillende sectoren (zorgaanbieders, woningcorporaties, maatschappelijk werk) omgeschoold tot 'Omtinkers', breed georiënteerde cliëntondersteuners die de noodzakelijke hulp en ondersteuning organiseren. "Uit onze inventarisatie bleek dat veel mensen eigenlijk gewoon de wijkverpleegkundige van vroeger terugwilden", zegt Sake Postma van de gemeente Tietjerksteradeel. Daarnaast is er een dienstencentrum, Skewiel. Daarin zit, naast

de reguliere zorgdiensten, een peuterspeelzaal, consultatiebureau en vinden welzijnsactiviteiten plaats. De filosofie achter het gehele project is vastgelegd in de (door gemeente, bewoners en aanbieders) opgestelde Wmo-visie. "Wij kiezen voor het echte contact in plaats van het loket, maatwerk in plaats van de standaard, ontkoking in plaats van verkoking" staat in de visie te lezen. Het handelen van de omtinkers is daarnaast gestoeld op het sociale denken dat in de Wmo zit: men wil de burgers de eigen regie laten houden, outreachend te werk gaan, uitgaand van de eigen kracht van cliënten en hun bij eventuele problemen ondersteunen zonder ze over te nemen.

Jarenlang werd gezocht naar financieringstitels voor bijvoorbeeld de 'omtinkers' en inmiddels is het project betrekkelijk structureel verankerd. De betrokkenheid van het zorgkantoor was daarvoor cruciaal. Han Morshuis van zorgkantoor Friesland, die participeert in de stuurgroep van het project: "Onze samenwerkingsafspraken zijn verankerd in onze inkoopkaders en we werken met een bonus-malus-systeem om de realisatie te waarborgen." Morshuis was graag bereid om mee te werken aan het project. "De kern van het project is vraaggerichtheid en het organiseren van alle zorg daarnaartoe. In Tietjerksteradeel is sprake van een goed onderbouwde visie vanuit die elementen. Dat is een belangrijke basis voor onze relatie. Die relatie is echt open: we hebben geen geheimen voor elkaar."

Sake Postma van de gemeente Tietjerksteradeel: "Dat de cliënt baat heeft bij dit initiatief blijkt allereerst uit de hoge klanttevredenheid, de lage klachtenscores en de actieve betrokkenheid van bewoners bij het project. Wij vinden het echt belangrijk om aan te sluiten bij de vraag van mensen. Het succes blijkt ook uit het feit dat er veel minder afgegeven AWBZ-indicaties worden geeffectueerd dan zonder ons project. Het gaat dan om verschillen van rond de 40-50%. Dat komt omdat de Omtinkers andere oplossingen zoeken, en er niet meer zo'n 'indicatiejacht' is uit onzekerheid of men dat wel kan krijgen: men wordt nu gewoon geholpen. Ten derde doordat er een veel later en lichter beroep wordt gedaan op awbz-zorg. Onderzoek heeft deze conclusies bevestigd." Momenteel doet ook de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting onderzoek naar de effecten van het project.

4.4 BREDA

In Breda was de gemeente initiatiefnemer van het beleid om samen met de maatschappelijke partners, een integrale aanpak te ontwikkelen, waardoor mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Er waren reeds veel ouderensteunpunten en de behoefte was om, anticiperend op de vergrijzing, het beleid te verbreden. De aanpak in Breda wordt Geschikt wonen voor iedereen (GWI) genoemd.

Er is een zeer integrale en grondige aanpak ontwikkeld om de 15 woongebieden (variërend van 6.000 tot 16.000 inwoners) in Breda levensloopbestendig te maken. Die integraliteit kwam tot stand na discussies met alle betrokken partijen (zorg- en welzijnsorganisaties; cliëntenorganisaties; het zorgkantoor; corporaties). Op die wijze zijn dus ook cliënten betrokken. In totaal zijn er 26 partijen betrokken, die allen het convenant hebben ondertekend. De betrokkenheid van het zorgkantoor hielp om zorgaanbieders mee te krijgen. Met werkconferenties, evaluaties naar resultaten en outcome en trendonderzoek wordt het beleid regelmatig getoetst. Iedere vier jaar worden de afspraken beoordeeld op actualiteit en worden activiteiten en afspraken bijgesteld en vernieuwd.

Het beleid concentreert zich op Centrale Zones, geconcentreerd rondom winkelcentra. In een ideale GWI-wijk zijn de volgende facetten goed op orde:

- Aangepaste woningen. In sommige wijken zijn het er te veel, in anderen nog te weinig. Uit de evaluatie over het gevoerde beleid tussen 2002-2006 bleek dat er 2000 woningen zijn aangepast en opgeplust (De Stuurgroep experimenten Volkshuisvesting noemde Breda opplushoofdstad van Nederland).
- In Breda zijn ook er diverse woonzorgappartementen gerealiseerd (sommigen ook doelgroepgericht; recent is een gebouw met 15 woonzorgappartementen voor Turkse ouderen in gebruik genomen)
- De aanwezigheid van belangrijke voorzieningen (zorg, winkels, postkantoor/bank)
- Bereikbaarheid & toegankelijkheid. Er zijn ook veilige (geel gemarkeerde) wandelroutes, met goede verlichting en om de paar honderd meter bankjes.
- Activiteiten voor ontmoeting
- Zorg & welzijnsdiensten en informatie daarover. Er zijn bv zorgkruispunten. Welzijnsdiensten worden ook 'gericht' ingezet. Zo bleek uit een landelijk onderzoek van Consument en veiligheid dat veel ouderen in ziekenhuizen terecht komen door kleine ongelukken in en om het huis. Ouderenadviseurs van de stichting Welzijn Ouderen wijzen hen nu op de mogelijkheden om dat te voorkomen; bijvoorbeeld een kleedje eens ergens anders neerleggen, een lager kastje neerzetten.

Er is gekozen om de Zones op te bouwen rond winkelcentra, omdat die voorziening sterk de zelfstandigheid bepaalt. Het kunnen doen van boodschappen is heel belangrijk voor mensen (bewegen, sociaal contact) en haalt ze ook achter de voordeur weg.

Uitgangspunt is dat het Geschikt Wonen moet zijn voor iedereen: dus niet alleen voor ouderen of gehandicapten. De gele voetgangersroutes zijn bv ook aangelegd naar scholen om duidelijk te maken dat ze ook bedoeld zijn voor (ouders met) kinderen. Zo voorkom je ook stigmatisering. Een ander uitgangspunt is keuzevrijheid: men moet zelf kunnen bepalen van welk aanbod men gebruik wil maken.

Het proces en gemeentelijke regie

Projectleider Juan Seleky van de gemeente Breda: "Het initiatief komt en kwam vanuit ons als gemeente. Maar de gemeente kan het niet alleen en werkt daarom vanaf het begin samen met de maatschappelijke partners en de consumentenorganisaties. Zo is uiteindelijk het manifest GWI tot stand gekomen, dat ook concrete prestatie-afspraken per sector bevat. Sommige partijen (zoals corporaties) wilden het concreter, anderen (bv zorginstellingen) willen het weer minder concreet en verstrekkend. Uiteindelijk hebben we een stuk gemaakt waar iedereen achter kon staan."

Om de vertaalslag naar de burger te maken, zijn vervolgens visies per gebied ontwikkeld, met een demografische analyse en doorkijk tot 2020. Daarbij zijn ook wijk- en dorpsraden betrokken.

Op basis van die gebiedsvisies (15 in getal) zijn concrete uitvoeringsplannen opgesteld in samenwerking met de maatschappelijke partners en bewonersorganisaties.

Seleky: "Je zet als gemeente regiestijlen in afhankelijk van de situatie. Soms ontmoet je weerstand. In het begin moet je vooral een duidelijke visie neerzetten om partijen in beweging te krijgen. Je probeert bij knelpunten ook breed draagvlak te verkrijgen onder convenantpartners, en probeert ook partijen met argumenten te overreden. Maar soms is ook meer directe sturing gewenst. Waar nodig zetten wij de sturingsinstrumenten die je hebt. Wij gebruiken ook ons RO-beleid: dat geeft ons houvast om sommige dingen wel en sommige dingen niet toe te staan. Toen wij eenmaal de centrale zones hadden vastgesteld (in 2005) die ook door het zorgkantoor werd onderschreven zodat de aanbieders duidelijk voor ogen hadden wat de gemeente en zorgkantoor wilden."

Bewoners en cliënten

Naar bewoners(-organisaties) is het belangrijk om te laten zien wat partijen doen en wanneer ze dat doen. Seleky: "Voortgang zien wekt vertrouwen. Onze plannen bevatten ook plannen: de 'quick wins' eerst, de grotere dingen op langere termijn. Bovendien zeggen we: u bent er zelf bij betrokken dus als het niet goed gaat, trek ook aan de bel! Als men iets aandraagt waar we niet direct wat mee kunnen of dat buiten het WWZ-beleid valt zijn we eerlijk en maken we eventueel een procesafpraak die we ook altijd proberen na te komen. Dit alles wekt vertrouwen. Ik wil niet zeggen dat er eerst scepsis moest worden overwonnen, maar men is wel kritisch betrokken. Ook in Breda is de band tussen bewonersorganisaties en gemeente soms gespannen, maar op het vlak van wonen-welzijn-zorg is de band goed. Juist door het zoveel mogelijk samen zoeken naar oplossingen voor geconstateerde knelpunten wordt goed samengewerkt."

Aanbieders en marktwerking

Aanbieders stonden in het begin niet altijd te trappelen, zegt Seleky. "Het is natuurlijk niet leuk als je net een duur verpleeghuis hebt neergezet en daar geen of minder gebruik van wordt gemaakt door wijkbewoners. Ook is men niet vanzelf bewust dat ontmoetings- en dagopvangactiviteiten de niet bepaald 'open' overkomen naar bewoners. Daarvoor is dus wel een transformatie nodig, een gewenningsperiode tussen diverse disciplines en vrijwilligers. Binnen de GWI-uitvoeringsplannen kan men daarover afspraken maken. Gelukkig zien de meenste instellingen ook wel belang bij samenwerking: denk aan instellingen die uit zichzelf een bepaalde wijk geen voorziening rendabel kunnen krijgen (denk aan gezamenlijke intake of informatievoorziening), maar dat wel kunnen als ze dat samen doen met instellingen op andere terreinen. Maar ook hier geldt dat 'regie' soms gewenst is."

Bij het opstellen van onze uitvoeringsconvenanten heeft één van de zorginstellingen gewezen op de mogelijke spanning met marktwerking, zegt Seleky. "We hebben juristen naar het convenant laten kijken en daarop werd het op 2 punten aangepast. Wij hebben bij de aanbesteding van de huishoudelijke verzorging in 2009 ook als voorwaarde opgenomen dat de partijen de doelen van Manifest GWI moesten onderschrijven. Dat resulteerde er onlangs in dat, naast de 26 maatschappelijke partners, die in 2007 het Manifest GWI ondertekenden, 12 nieuwe partijen het Manifest GWI eind 2009 ook ondertekenden."