

# De zorginfrastructuur: goed geregeld?

*Evaluatie 'Beleidsregel zorginfrastructuur'*



Tessa Overmars-Marx  
Beatrijs Jansen

Utrecht, juni 2011



# Voorwoord

Het aantal ouderen groeit en steeds meer ouderen blijven zelfstandig wonen. Om te bevorderen dat mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen of weer thuis kunnen gaan wonen, is in 2006 de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' in het leven geroepen. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat met deze regeling veel mooie initiatieven zijn gerealiseerd: wijkrestaurants, uitvalsbasissen voor zorg in de wijk, technologie voor zorg op afroep, burens voor burensprojecten, ouderensociëteiten en tal van ontmoetingsmogelijkheden en activiteiten. Organisaties zetten zich in om de benodigde zorg en diensten zo dicht mogelijk bij huis te kunnen bieden en steeds vaker ook met de wijkbewoners samen. De financiering vanuit de beleidsregel heeft gewerkt als de noodzakelijke smeerolie om mensen langer zelfstandig te kunnen laten wonen. Het voorkomen van eenzaamheid, ouderen de gelegenheid bieden een sociaal leven te leiden en het bieden van een veilige thuissituatie zijn daarbij de speerpunten.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het ministerie wil mede gebaseerd op de resultaten ook keuzes maken over de toekomst van de regeling. De regeling is onderdeel van de AWBZ en hierin gaat veel veranderen. Dit zal waarschijnlijk ook gevolgen hebben voor de Beleidsregel zorginfrastructuur. Wat duidelijk is, is dat publieke financiering nodig is en blijft om in de wijk accommodatie(s) te hebben waar ook kwetsbare ouderen elkaar kunnen ontmoeten, kunnen eten en waar vanuit zorg geleverd kan worden. Lang niet alle ouderen kunnen dit allemaal zelf betalen.

Ondanks de mooie initiatieven valt er ook nog een wereld te winnen met name op het gebied van sociaal ondernemen, samenwerking en het betrekken van bewoners. Ook de zorgaanbieders zelf zijn aan zet.

Op deze plek willen we graag alle zorgorganisaties, zorgkantoren en gemeenten danken voor hun medewerking aan de evaluatie. In het bijzonder de medewerkers van Aafje die een inhoudelijke bijdrage hebben geleverd aan het debat.

Ook dank aan de leden van de begeleidingscommissie voor hun actieve meedenken in het proces. De begeleidingscommissie bestond uit Henk Verbeek van het ministerie van VWS, Ronald Bellekom van de VNG, Ineke Wever van ZN en Martijn Laterveer van LOC.

Ik wens u veel leesplezier en inspiratie!

Henk Nies  
Voorzitter Raad van Bestuur Vilans

# Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Inleiding .....	3
1. Onderzoeksopzet.....	4
Vraagstelling.....	4
Methoden en technieken.....	4
2. Resultaten zorgaanbieders .....	6
Inleiding .....	6
Algemeen.....	6
Specifiek per project.....	9
Voortzetting regeling.....	13
3. Resultaten zorgkantoren.....	15
Inleiding .....	15
Algemeen.....	15
Effect en voortgang regeling .....	16
4. Praktijkvoorbeelden .....	18
Waarom een voorbeeld?.....	18
Beschrijving projecten .....	19
Langer zelfstandig wonen.....	21
De wijk .....	22
Financiering en samenwerking .....	24
Belang ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’ .....	26
5. Het debat .....	27
Praktijkvoorbeeld .....	27
Uitkomsten discussie .....	27
6. Conclusies en aanbevelingen .....	29
De vragen beantwoord .....	29
Aanbevelingen voor de toekomst .....	31
Literatuurlijst.....	35
Bijlage A: vragenlijst zorgaanbieders .....	36
Bijlage B: vragenlijst zorgkantoren.....	42
Bijlage C: open antwoorden specifieke projecten .....	45
Bijlage D: overzicht praktijkvoorbeelden.....	46

# Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt toe. In 2030 zijn ongeveer 4 miljoen Nederlanders ouder dan 65 jaar. Dat is bijna een kwart van de bevolking. De meeste van deze ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Dit is niet alleen hun voorkeur, ouderen die thuis wonen, zijn over het algemeen ook iets gelukkiger dan verzorgingshuisbewoners (Kok et al. 2004). Het beleid van de overheid komt hiermee overeen: zij richt zich al decennia lang op zelfstandig wonen, eventueel met aanvullende zorg.

## *‘Beleidsregel zorginfrastructuur’*

Om te bevorderen dat mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen of weer thuis kunnen gaan wonen, geldt de ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’. Op grond van deze beleidsregel kan een zorgaanbieder gezamenlijk met het zorgkantoor een aanvraag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit.

Met zorginfrastructuur wordt binnen de NZa beleidsregel bedoeld ruimten die van belang zijn voor het leveren van de zorg zoals omschreven in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ aan geïndiceerde cliënten die niet bij een zorgaanbieder verblijven.

Het gaat om:

- ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramuraal AWBZ-zorg, waarbij de mogelijkheid bestaat deze ruimten ook te gebruiken buiten de AWBZ;
- ruimten en/of technologische voorzieningen ten behoeve van het leveren van de oproepbare, onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie.

De ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’ is niet alleen gericht op ouderen maar ook op organisaties in de gehandicaptenzorg en GGZ. De regeling wordt wel voornamelijk gebruikt door de Verpleging en Verzorging sector aangezien de regeling meer van toepassing is op de structuur binnen deze sector. Dit komt nog terug bij de bespreking van de resultaten.

## *Evaluatie*

In het actieplan Beter thuis in de buurt is een evaluatieonderzoek naar zorginfrastructuur aangekondigd. In de evaluatie zijn de volgende onderdelen meegenomen:

- interviews met zorgorganisaties, zorgkantoren, gemeenten
- kwantitatief onderzoek onder zorgaanbieders en zorgkantoren
- bezoeken praktijkvoorbeelden
- debat: Toekomst regeling zorginfrastructuur

De eerste twee onderdelen van het onderzoek worden beschreven in hoofdstuk 2 en 3. De praktijkvoorbeelden komen in hoofdstuk 4 aan de orde en de uitkomsten van het debat in hoofdstuk 5. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6.

## *Leeswijzer*

Hoofdstuk 1: onderzoeksopzet

Hoofdstuk 2: resultaten zorgaanbieders

Hoofdstuk 3: resultaten zorgkantoren

Hoofdstuk 4: praktijkvoorbeelden

Hoofdstuk 5: debat ‘Toekomst regeling zorginfrastructuur’

Hoofdstuk 6: conclusies en aanbevelingen

# 1. Onderzoeksopzet

## Vraagstelling

De centrale vraag van het onderzoek is:

In hoeverre is de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' succesvol geweest?

De volgende deelvragen worden gebruikt voor het beantwoorden van de centrale vraag:

- Welke zorginfrastructuur is er opgezet en waar heeft dit tot geleid? Welke voorzieningen zijn tot stand gekomen?
- Kunnen bewoners door de opgezette zorginfrastructuur langer thuis blijven wonen? Wat is de bijdrage van zorginfrastructuur aan ontmoeting/participatie in de wijk?
- Wat is de rol van zorg op afroep in deze zorginfrastructuur?
- Hoe staat het met de samenwerking met andere partijen en cofinanciering?

De eerste drie deelvragen komen aan de orde in de interviews en de digitale vragenlijst. De vierde en laatste vraag wordt tijdens de goede voorbeelden verder uitgediept. Deze goede voorbeelden zijn gekozen op basis van uitkomsten beschreven in deze rapportage. Tot slot zijn de resultaten uit het evaluatieonderzoek bediscussieerd tijdens een debat over de toekomst van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. De uitkomsten van dit debat zijn meegenomen in deze rapportage.

## Methoden en technieken

### Semigestructureerde interviews

In de eerste fase van het onderzoek zijn er aan de hand van een semigestructureerde interviewlijst verschillende organisaties geïnterviewd over de gerealiseerde zorginfrastructuur. Tien zorgorganisaties en drie zorgkantoren zijn bevestigd over het gebruik van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur', wat is er gerealiseerd en met welke partijen wordt er samengewerkt? Ook is aan de orde gekomen in hoeverre de projecten bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van hun cliënten. De interviews zijn verwerkt in de resultaten uit de vragenlijst (hoofdstuk 2 en 3). Zo kunnen resultaten worden ondersteund en/of verklaard. Waar dit is gedaan, wordt dit duidelijk benoemd.

### Digitale vragenlijst

Er is mede op basis van de interviews een vragenlijst ontwikkeld en deze is digitaal afgenomen bij zorgaanbieders en zorgkantoren.

#### *Zorgaanbieders*

TNO heeft aan Vilans een overzicht verstrekt met alle zorgaanbieders die tot en met 2008 een aanvraag hebben gedaan voor de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Bij een deel van de aanvragers was een emailadres bekend. Voor het andere deel is gebeld naar de zorgaanbieder met de vraag wie de betrokken persoon is als het gaat om zorginfrastructuur.

Uiteindelijk zijn de mailadressen van 227 zorgaanbieders verzameld. Elk van deze contactpersonen is één digitale vragenlijst toegestuurd. Het kan zijn dat ze verantwoordelijk zijn voor meerdere locaties, in dit geval hebben ze een totaalplaatje geschetst. Voorafgaand aan het toesturen van de vragenlijst, is deze uitgebreid getest door twee zorgaanbieders. Verdere toelichting wordt gegeven in hoofdstuk 2, waar ook de resultaten zijn beschreven. De vragenlijst voor de zorgaanbieders is opgenomen in bijlage A.

#### *Zorgkantoren*

Alle zorgkantoren zijn benaderd voor het invullen van de vragenlijst (bijlage B). Zorgverzekeraars Nederland heeft geholpen met het verzamelen van de contactpersonen. In totaal gaat het om 32 zorgkantoren. Voor elk zorgkantoor is er een aparte vragenlijst uitgestuurd, ook wanneer één

persoon verantwoordelijk is voor de zorginfrastructuur bij meerdere zorgkantoren. Ook de vragenlijst van de zorgkantoren is getest door twee zorgkantoren alvorens deze definitief is verstuurd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de zorgkantoren beschreven.

#### *Respons digitale vragenlijst*

Tabel 1.1 geeft de respons van de vragenlijsten weer. Ruim een kwart (27%) van de benaderde zorgaanbieders en driekwart van de zorgkantoren heeft de vragenlijst ingevuld.

Tabel 1.1: overzicht respons

	Zorgaanbieders (n)	Zorgaanbieders (%)	Zorgkantoren (n)	Zorgkantoren (%)
Totaal benaderd	227	100%	32	100%
Respons	62	27%	24	75%

Van de 62 zorgaanbieders hebben er 5 geen gebruik gemaakt van de ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’. Daarnaast is er een aantal respondenten (2 zorgaanbieders en 2 zorgkantoren) die de vragenlijst schriftelijk hebben aangeleverd en niet alle vragen konden beantwoorden. Dit betekent bij sommige vragen 1 of 2 missende waarden. We hebben er wel voor gekozen deze vragenlijsten mee te nemen aangezien bijna alle vragen zijn beantwoord. Bij elke tabel wordt aangegeven hoeveel respondenten de vraag hebben beantwoord (n=..).

#### Bezoek praktijkvoorbeelden

In de vragenlijst hebben zorgorganisaties en zorgkantoren de mogelijkheid gehad om projecten die zij zien als een voorbeeld te beschrijven. Op basis van de volgende criteria zijn er vijf voorbeeldprojecten geselecteerd:

- Type project
- Doelgroep
- Samenwerkingspartners
- Financiering (wel/niet kostendekkend)
- Mogelijkheid om met cliënten te spreken

Bij ieder project is gesproken met de projectcoördinatoren zorg en/of welzijn, financieel medewerkers, uitvoerend medewerkers zorg en/of welzijn en cliënten die zorg en/of welzijn afnemen. Afhankelijk van de betrokken partijen is bij sommige projecten aanvullend gesproken met de gemeente en/of het zorgkantoor.

De praktijkvoorbeelden die zijn bezocht hebben een landelijke spreiding: 1 in Zeeland, 1 in Limburg, 1 in Noord-Brabant, 1 in Friesland en 1 in Zuid-Holland.

#### Debat: Toekomst regeling zorginfrastructuur

De resultaten van alle bovenstaande onderdelen zijn gepresenteerd om vervolgens in debat te gaan. Dit debat heeft eind april 2011 plaatsgevonden en hier aan hebben zorgaanbieders, een zorgkantoor, het ministerie van VWS, een gemeente, de VNG, Aedes en Actiz deelgenomen. De uitkomsten van het debat zijn opgenomen in hoofdstuk 5.

Het rapport eindigt in hoofdstuk 6 met conclusies en aanbevelingen voor de voortzetting en vormgeving van de regeling zorginfrastructuur.

## 2. Resultaten zorgaanbieders

### Inleiding

In de vragenlijst zijn zowel algemene vragen over de zorginfrastructuur voorgelegd als dat er is ingegaan op specifieke projecten. De algemene vragen gaan in op het aantal aanvragen voor zorginfrastructuur en welk type ruimten/voorzieningen er zijn gerealiseerd.

Bij de vragen naar de specifieke projecten is per project (ruimte/voorziening) gevraagd naar:

- de ruimten
- de doelgroep
- technologie
- zorg op afroep
- financiering
- zelfstandig wonen

### Algemeen

#### *De organisatie*

De organisaties die de vragenlijst hebben ingevuld zijn met name actief in de sector verpleging en verzorging, zo blijkt uit tabel 2.1. Drie vijfde van de organisaties levert ook thuiszorg. In veel mindere mate is de vragenlijst ingevuld door medewerkers in de gehandicaptenzorg of de GGZ. Dit is ook de verwachting wanneer er wordt gekeken naar de verdeling van de sectoren. Deze sectoren zijn relatief klein. Daarnaast is in de gehandicaptenzorg en de GGZ veel minder sprake van extramurale zorg. In de gehandicaptenzorg maakt men gebruik van andere regelingen, bijvoorbeeld voor kleinschalig wonen.

De NZa heeft een analyse uitgevoerd over de aanvragen die er van 2006 tot en met 2008 zijn gedaan. Hieruit blijkt dat er in totaal 443 aanvragen zijn gedaan in de V&V sector, 58 in de gehandicaptenzorg en er zijn slechts 6 adviezen uit gebracht voor de GGZ.

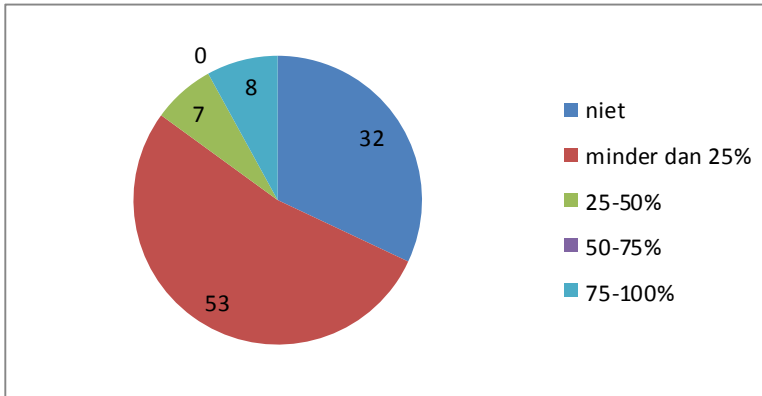
**Tabel 2.1: Sector organisatie, in aantallen en percentages - - meerdere antwoorden mogelijk (n=62)**

	aantal	%
verpleging en verzorging	53	86
Thuiszorg	37	60
verstandelijk gehandicaptenzorg	5	8
GGZ	4	7
Anders (extramuraal verzorgingshuis, uitleen)	2	3
lichamelijk gehandicaptenzorg	1	2

De meeste organisaties (45 %) ondersteunen meer dan 1000 cliënten in hun organisatie. Ongeveer een tiende begeleidt minder dan 100 cliënten.

De intramurale capaciteit is bij een groot deel van de organisaties niet (32%) of voor minder dan 25 procent (53%) afgenomen door de regeling (grafiek 2.1). Wanneer het gaat om grote organisaties is het ook te verklaren dat zij niet ineens 25 procent of meer kunnen extramuraliseren. Dit zou een enorme verandering zijn. Het is al een winst wanneer er geen intramurale capaciteit bijkomt. Zij hebben dan ook relatief vaak minder dan 25 procent geëxtramuraliseerd. Maar de verschillen tussen de grootte van de organisaties zijn niet groot.

Grafiek 2.1: Mate van extramuralisering



De analyse van de NZa laat zien dat het aantal intramurale plaatsen in de V&V sector met 2.834 is gedaald samenhangend met de aanvragen voor zorginfrastructuur. Of deze daling een direct causaal verband heeft met de aanvragen voor zorginfrastructuur is niet bekend.

#### *Geen gebruik regeling*

Bij de respons (hoofdstuk 1) is eerder aangegeven dat er 5 organisaties geen gebruik hebben gemaakt van de regeling, terwijl zij wel geregistreerd staan. Dit zijn organisaties die verpleging en verzorging en thuiszorg leveren en organisaties in de gehandicaptenzorg. De belangrijkste reden die zij hiervoor noemen is dat de organisatie geen plannen heeft die op de regeling van toepassing zijn. Bij één organisatie speelt dit nu wel en één organisatie is helemaal niet bekend met de regeling. Ook is er een organisatie geïnterviewd die geen gebruik heeft gemaakt van de beleidsregel. Deze aanbieder was onbekend met de regeling en heeft de financiering van de zorginfrastructuur bij het woonzorgcomplex geregeld met de gemeente en de provincie.

#### *De aanvragen zorginfrastructuur*

Gemiddeld hebben de 57 organisaties in het onderzoek bijna 6 aanvragen gedaan voor zorginfrastructuur. De meeste organisaties hebben één of twee aanvragen gedaan.

Tabel 2.2: Aantal aanvragen in categorieën, in aantallen en percentages - (n=57)

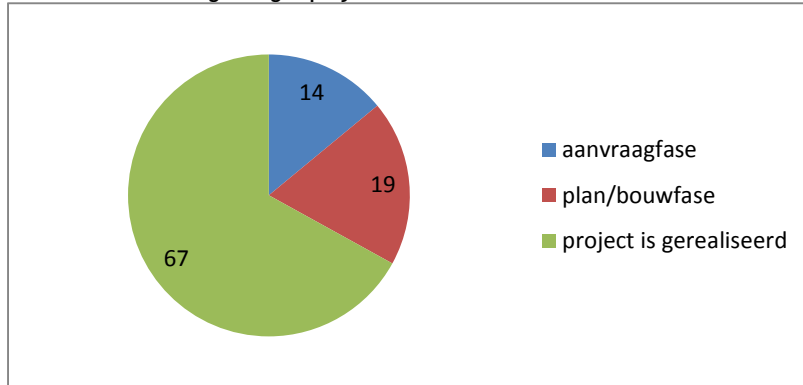
	aantal	%
1 aanvraag	15	26
2-5 aanvragen	27	47
6-10 aanvragen	7	12
10-25 aanvragen	5	9
Meer dan 25 aanvragen	3	5

Alleen de organisaties die meer dan 1000 cliënten ondersteunen hebben meer dan 10 aanvragen gedaan. De kleine organisaties (tot 100 cliënten) hebben nooit meer dan 5 aanvragen gedaan. Het aantal aanvragen hangt dus sterk samen met de grootte van de organisatie.

De projecten kunnen in verschillende fasen zitten: aanvraagfase, plan/bouwfase of het project is al gerealiseerd. Aan de organisaties is gevraagd hoeveel projecten zij in welke fase hebben. In grafiek 2.2 is te zien dat de meeste projecten (67%) al zijn gerealiseerd.



Grafiek 2.2: Fase aangevraagde projecten



### De gerealiseerde projecten

Voor de projecten die zijn gerealiseerd, is gevraagd in welke vorm zij zijn gebouwd. Iedere respondent kon bij het type project het aantal invullen dat in deze vorm is gebouwd. In tabel 2.3 staat eerst het aantal organisaties dat überhaupt in deze vorm heeft gebouwd en van deze groep staat in de tweede kolom het gemiddelde aantal. Tot slot wordt in derde kolom het totaal aantal projecten in dat type weergegeven. De meeste organisaties hebben voorzieningen die zijn gekoppeld aan een woonzorgcomplex. Ook heeft ruim twee vijfde stand alone voorzieningen. Het gemiddeld aantal per organisatie is ook het hoogst bij deze twee type voorzieningen.

Tabel 2.3: Type projecten, aantal organisaties (n) en gemiddelde aantallen (totale n=57)

	aantal organisaties (n)	gemiddeld aantal	totaal aantal type projecten
gekoppeld aan een woonzorgcomplex	35	3,51	123
stand alone	24	3,54	85
gekoppeld aan een instelling voor verblijf	19	2,79	53
onderdeel van een multifunctionele accommodatie	15	2,20	33

Ook hebben de respondenten aangegeven welke ruimten/voorzieningen met behulp van beleidsregel zijn gerealiseerd. Wederom is per ruimte gevraagd naar het totaal aantal gerealiseerd met de beleidsregel. In tabel 2.4 staan de antwoorden weergegeven. Vier vijfde van de organisaties heeft technologische voorzieningen gerealiseerd, ook heeft een groot aantal een uitvalsbasis voor de zorg en ruimte voor ontmoeting in de wijk tot stand gebracht. De analyse van de NZa laat in grote mate eenzelfde beeld zien. Opvallend is wel dat de aanvragen voor ontmoetingsruimten lager uitvallen dan in de onderstaande tabel. Het zou kunnen dat deze aanvragen na 2008 zijn toegenomen. De ruimten die zijn genoemd in de interviews die we hebben gehouden, komen overeen de genoemde ruimten in tabel 2.4. Technologie en mogelijkheden voor ontmoeting zijn het meeste genoemd tijdens de gesprekken. Ook is er door een deel van de geïnterviewde aanbieders de regeling ingezet voor het realiseren van een restaurant/grand café. De ontmoetingsruimten en het restaurant/grand café zijn ook toegankelijk voor bewoners in de wijk.

Eén geïnterviewde organisatie heeft de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' gebruikt voor het realiseren van woonzorgcentra. Binnen deze woonzorgcentra zijn allerlei ruimten ingericht zoals een zorgsteunpunt, winkels, bibliotheek, restaurant en grand café. Ook is er samenwerking met de kinderopvang en eerstelijnszorg. De dagopvang voor de AWBZ en ruimte voor eerstelijnszorg en andere organisaties is in mindere mate door de organisaties ontwikkeld.

Ten aanzien van de uitvalsbasis voor de zorg zijn er niet alleen veel organisaties die hiermee aan de slag zijn gegaan maar er zijn gemiddeld gezien ook relatief veel ruimten per organisatie gerealiseerd (4,97) voor deze functie. Dit geldt in mindere mate voor ontmoeting in de wijk (3,76).

**Tabel 2.4: Gerealiseerde ruimten/voorzieningen, aantal organisaties en gemiddelde aantallen (totale n=57)**

	aantal organisaties (n)	gemiddeld aantal	totaal ruimten/voorzieningen
uitvalsbasis voor de zorg	37	4,97	184
technologische voorzieningen	46	3,26	150
ruimte voor ontmoeting in de wijk	34	3,76	128
café/restaurant	26	2,73	71
ruimte voor overige organisaties	21	2,33	49
dagopvang AWBZ	21	2,14	45
ruimte voor eerstelijnszorg	15	2,0	30

Bij de specifieke projecten wordt er ingegaan op de relatie tussen het type projecten en de ruimten die er zijn gerealiseerd.

Tot slot is bij de algemene vragen de respondenten gevraagd of zij vinden dat de aanvragen voor het type zorginfrastructuur zijn veranderd in de loop der tijd. Het merendeel van de organisaties (82%) geeft aan dat er niks is veranderd in het type voorzieningen dat is aangevraagd. De aanvragers die wel veranderingen zien, zien vooral een toename van technologische voorzieningen. Ook is er een toename in de sociale voorzieningen (bv. ontmoeting) waarvoor samenwerking wordt gezocht met andere partijen.

### Specifiek per project

De zorgaanbieders hebben voor één of twee projecten specifieke vragen beantwoord. Deze vragen zijn gesteld om een specifiek beeld te krijgen van wat er met de regeling is gerealiseerd. Wanneer de zorgaanbieder meer dan één project heeft gerealiseerd, is gevraagd om deze vragen voor twee projecten in te vullen en hierbij te kiezen voor twee verschillende projecten. In deze paragraaf zijn alle projecten samengenomen. In totaal hebben 30 zorgaanbieders voor één project de vragen beantwoord en 27 zorgaanbieders voor twee projecten. Dit betekent dat de antwoorden zijn beschreven voor 84 projecten.

Eerst wordt een algemeen beeld geschetst van de projecten en vervolgens wordt er dieper ingegaan op de financiering en de betekenis van dit project voor het langer zelfstandig wonen van de doelgroep.

#### *Type projecten*

De meeste projecten in het onderzoek zijn gekoppeld aan een woonzorgcomplex (tabel 2.5). Ook is ongeveer een derde stand alone. De koppeling met een instelling voor verblijf of met een multifunctionele accommodatie is er nog minder vaak. De multifunctionele accommodatie leek de laatste jaren wel populairder te worden maar dit beeld is niet terug te zien in tabel 2.5. Het beeld per project komt overeen met algemeen beeld in tabel 2.3.

**Tabel 2.5: Type projecten, in aantallen en percentages - meerdere antwoorden mogelijk (n=84)**

	aantal projecten	%
gekoppeld aan een woonzorgcomplex	36	43
stand alone	26	31
gekoppeld aan een instelling voor verblijf	13	15
onderdeel van een multifunctionele accommodatie	9	11

#### *De ruimten*

De uitvalsbasis voor de zorg en de mogelijkheid voor ontmoeting in de wijk zijn de twee meest genoemde voorzieningen die zijn gerealiseerd met de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. In tabel 2.6 is verder te zien dat een groot aantal respondenten bij anders technologie noemt. De technologische voorzieningen komen later nog apart terug. Ruimten voor de eerstelijnszorg zijn nog relatief weinig gerealiseerd met de regeling.

Tabel 2.6: De ruimten gerealiseerd in de projecten, in aantallen en percentages - meerdere antwoorden mogelijk (n=84)

	aantal projecten	%
uitvalsbasis voor de zorg	49	58
ruimte voor ontmoeting in de wijk	48	57
café/restaurant	35	42
anders (technologische voorzieningen)	28	33
ruimte voor overige organisaties	26	31
dagopvang AWBZ	24	29
ruimte voor eerstelijnszorg	16	19

De ruimte voor ontmoeting in de wijk is relatief vaak gekoppeld aan een multifunctionele accommodatie. Dit geldt ook voor een ruimte voor eerstelijnszorg en het café/restaurant. De dagopvang voor de AWBZ is relatief vaak gekoppeld aan een instelling voor verblijf. Dit klinkt ook logisch aangezien hier AWBZ-cliënten verblijven. De uitvalsbasis voor de zorg staat maar weinig stand alone, net als de ontmoetingsruimte en het café/restaurant.

Aan de respondenten is gevraagd of zij de enige aanbieder zijn met een ontmoetingsfunctie in de wijk. Voor ruim de helft van de projecten (54%) is de zorgaanbieder de enige die deze functie aanbiedt in de wijk. Dit is een interessante uitkomst omdat dit betekent dat bij een ruime minderheid er dus ook een andere zorgaanbieder met zorginfrastructuur in de wijk is. Bieden deze andere organisaties een ander aanbod of hebben organisaties elkaar niet gevonden en wat is hier dan de reden voor?

#### Gebruikers

Tabel 2.7 laat zien dat met name ouderen met somatische klachten gebruikmaken van de projecten (diensten/voorzieningen) die zijn gerealiseerd met de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Ook ouderen met dementie zijn relatief vaak de gebruikers van de projecten. In veel mindere mate zijn gehandicapten en mensen met een psychische beperking betrokken bij de projecten. Zoals eerder uitgelegd is dit een logisch gevolg van de sectorgrootte en ook de woontypen in deze sectoren. De samenwerking tussen sectoren is lang niet altijd aanwezig. Deze koppeling tussen de sectoren zou wel meer gemaakt kunnen worden. In de woonzorgcentra die zijn ontwikkeld door een aanbieder die is geïnterviewd, wordt wel degelijk de koppeling gemaakt met andere doelgroepen. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen daar het restaurant en/of het grand café. Zij hebben dan de rol van leverancier en zijn geen cliënt.

Tabel 2.7: Gebruikers van de projecten, in aantallen en percentages - meerdere antwoorden mogelijk (n=84)

	aantal projecten	%
ouderen: somatiek	74	88
ouderen: PG	58	69
lichamelijk beperking	27	32
verstandelijk beperking	14	17
GGZ	4	5

#### Uitvalsbasis voor de zorg

De respondenten van de 49 projecten die een ruimte in gebruik hebben als uitvalsbasis voor het leveren van zorg hebben, indien dit wordt bijgehouden, aangegeven aan hoeveel cliënten deze zorg wordt geleverd. In totaal houden zorgaanbieders van 36 projecten (73%) in het onderzoek dit bij. Gemiddeld worden 98 cliënten bediend door de uitvalsbasis. Twee uitschieters van tussen de 1500 en 2000 cliënten zijn buiten beschouwing gelaten omdat hier waarschijnlijk de gebruikers over een heel jaar zijn geteld (dus ook dubbel) en bij de andere gaat het om een totaal aantal gebruikers. Ruim de helft (56%) biedt de uitvalsbasis voor minder dan 70 cliënten.

#### Ontmoetingsruimte en café/restaurant

Voor de 52 projecten waarbij een ontmoetingsruimte en/of café/restaurant is gerealiseerd met de beleidsregel, is gevraagd door welk type cliënten de ruimte wordt gebruikt. De ontmoetingsruimte en het café/restaurant worden bijna allemaal door de drie gevraagde type cliënten gebruikt: AWBZ-cliënten, Wmo-cliënten en burgers in de wijk.

Daarnaast is wederom gevraagd om (indien bekend) het aantal cliënten in te vullen. Voor 13 van de 48 projecten is het gemiddeld aantal cliënten dat gebruik maakt van de ontmoetingsruimten bijgehouden, dit zijn er 65. Het hoogste aantal gebruikers is 400. Opvallend is dat voor lang niet al deze projecten het aantal cliënten wordt bijgehouden. Bij de 16 van de 35 projecten waar dit bekend is, maken er gemiddeld 36 cliënten gebruik van het café/restaurant.

### *Technologie*

Bij 62 projecten (74%) zijn er technologische voorzieningen gerealiseerd. Bij ruim driekwart van deze projecten (77%) is met behulp van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' een actieve alarmeringsvoorziening gerealiseerd (tabel 2.8). Ook is de regeling bij de twee vijfde van de technologieprojecten toegepast voor een meldkamer en meldcentrale. In mindere mate is de beleidsregel gebruikt voor een inactiviteitsmelder (10%).

**Tabel 2.8: Technologische voorzieningen, in aantallen en percentages - meerdere antwoorden mogelijk (n=62)**

	aantal projecten	%
actieve alarmeringsvoorziening	48	77
meldkamer en meldcentrale	24	39
screen to screen	19	31
passieve alarmeringsvoorziening	18	29
uitluistersysteem verzorging of verzorgende	17	27
restpost andere voorzieningen	10	16
inactiviteitsmelder	6	10

Ook is er gevraagd welk type cliënten gebruikmaken van de technologische voorzieningen. De technologie is relatief vaak gebruikt voor ouderen met somatiek (90% van de projecten) en ouderen met dementie (68%). Voor mensen met een lichamelijke beperking is de technologie bij 37 procent van de projecten ingezet. Technologie is relatief weinig gebruikt voor de groep mensen met een verstandelijke beperking (10%) en de GGZ (3%). Dit hangt natuurlijk samen met het feit dat er sowieso weinig beroep op de regeling is gedaan voor deze groepen.

Bij nagenoeg alle projecten (61) is bekend hoeveel cliënten er zijn bereikt met de technologische voorzieningen. Gemiddeld maken er nu 139 cliënten per project gebruik van de technologische voorzieningen. In twee projecten zijn dit er meer dan 1000. Bij de meeste projecten (54%) gaat het om minder dan 80 cliënten. Uit de analyse van de NZa blijkt dat er gemiddeld 197 woningen betrokken zijn bij de technologische voorzieningen. Dit betreft de aanvragen die gedaan zijn van 2006 tot en met 2008.

### *Zorg op afroep*

In dit onderzoek verstaan we onder zorg op afroep: de cliënt kan op andere momenten (dan op afspraak) een beroep doen op de zorgverlener, bijvoorbeeld als deze plotseling onwel wordt, naar het toilet moet, gevallen is, en dergelijke. De cliënt staat als zodanig bij de zorgaanbieder bekend, en woont binnen een straal van zo'n vijfhonderd meter van het servicepunt of zorgcentrum af. Deze zorg is 24 uur per dag inzetbaar. Zorgaanbieders hebben aangegeven of zij deze zorg leveren aan cliënten met een AWBZ-indicatie en/of aan cliënten zonder AWBZ-indicatie. De resultaten laten zien dat in 80 procent van de projecten er zorg op afroep kan worden geleverd aan cliënten met een AWBZ-indicatie en bij 60 procent kan dit ook aan cliënten zonder een AWBZ-indicatie. Opvallend is dat niet alle projecten die technologische voorzieningen hebben gerealiseerd (zoals actieve alarmering) ook zorg op afroep leveren. De reden hiervoor is niet duidelijk, het zou kunnen dat deze organisaties alleen de onplanbare zorg leveren (acute hulp). In een ander onderzoek van Vilans wordt uitgebreider op zorg op afroep en onplanbare zorg ingegaan. De resultaten verschijnen naar verwachting de zomer van 2011 op de website van Vilans.

### *Financiering*

De financiering van de projecten is uitgebreid aan de orde gekomen in de vragenlijst. Er is een onderscheid gemaakt tussen de financiering van de kapitaalslasten/overige huisvestingskosten die vallen onder de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' en de financiering van de diensten en voorzieningen.

### *Kapitaalslasten en overige huisvestingslasten*

De zorgaanbieders hebben voor de kapitaalslasten een verdeling gegeven van de financiering uit de regeling en eventueel uit andere bronnen. Gemiddeld genomen wordt 72 procent van de projecten gefinancierd met de regeling en 28 procent wordt gefinancierd vanuit andere bronnen. Dit wisselt wel per project. 23 projecten (27%) zijn geheel gefinancierd vanuit de regeling.

Andere financieringsbronnen die worden genoemd zijn voornamelijk de eigen organisatie (56%) en de woningcorporatie (37%). Ook de cliënten/bezoekers dragen bij aan ruim een kwart van de projecten (27%). De gemeente (18%) en de provincie (12%) verstrekken ook subsidies voor sommige projecten. Deze bronnen komen ook terug in de analyse van de NZa.

De meeste organisaties huren de voorzieningen van de woningcorporatie (70%). De overige organisaties hebben deze in eigendom. Dit komt overeen met de analyse van de NZa, ongeveer drie kwart van de voorzieningen wordt gehuurd van de woningcorporatie.

De gerealiseerde ruimten worden bij bijna een kwart van de projecten (23%) verhuurd aan anderen dan de eigenaar of hoofdgebruikers. Vaak (63%) is er dan geen verschil in tarief tussen zakelijke klanten en maatschappelijke functies.

De zorgaanbieders is per project gevraagd of dit als totaal voor de kapitaalslasten kostendekkend is. Bijna twee derde (64%) van de projecten wordt kostendekkend genoemd. Als het gaat om type projecten zijn hierin geen opvallende verschillen te constateren in het wel of niet kostendekkend zijn. Zorgaanbieders geven aan dat de kosten voor de technologie wel kostendekkend zijn maar bijvoorbeeld ontwikkelingsuren voor medewerkers worden vaak zelf bekostigd. Ook wordt gezegd dat de woningcorporatie de onrendabele top voor zijn rekening neemt. Ook in de interviews is samenwerking met de woningcorporatie genoemd als het gaat om de financiering van technologische voorzieningen. Sommige respondenten geven aan dat de kosten niet worden gedekt doordat deze hoger uitvallen dan verwacht, dit kan bijvoorbeeld gaan om onderhoudskosten. De normgetallen kunnen afwijken van de werkelijke kosten. In één interview met een zorgkantoor is genoemd dat er zorgsteunpunten zijn gesloten omdat zij deze niet financieel dekkend konden krijgen.

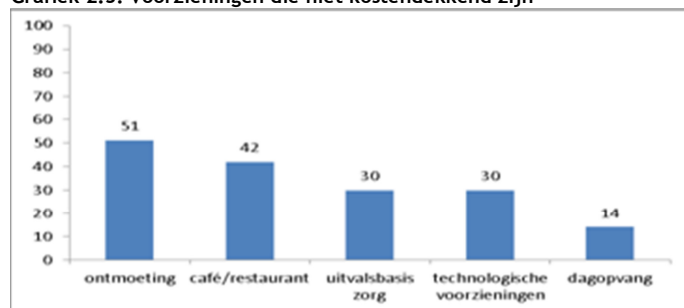
### *Financiering diensten en voorzieningen*

De belangrijkste financieringsbronnen voor de diensten en voorzieningen zijn:

- AWBZ (79%)
- eigen betalingen cliënten/bezoekers (58%)
- Wmo (51%)
- eigen organisatie (44%)
- bijdrage van de woningcorporatie (32%)
- subsidie van de gemeente, los van de Wmo (13%)
- subsidie van de provincie (12%)

Ongeveer de helft van de projecten (48%) is kostendekkend als het gaat om de financiering van de diensten en voorzieningen. De overige 52 procent is dit niet. Ook hierbij zijn er geen opmerkelijke verschillen tussen de type projecten. Uit grafiek 2.3 blijkt dat met name de ruimten voor ontmoeting en het café/restaurant moeilijk kostendekkend te krijgen zijn.

Grafiek 2.3: Voorzieningen die niet kostendekkend zijn



Organisaties benoemen met name de personeelskosten als niet kostendekkend. Deze overschrijden de verdien capaciteit. De producten moeten toegankelijk en dus betaalbaar blijven (bv. een sociaal

restaurant). Dit is ook genoemd tijdens de interviews. Een grand café of restaurant is bedoeld voor iedereen. De inzet van vrijwilligers zou hier een oplossing kunnen bieden, volgens een respondent. Een koppeling met een andere organisatie biedt soms uitkomst, bijvoorbeeld voor de onplanbare zorg. Als het gaat om technologie wordt het serviceonderhoud genoemd als een kostenpost die niet dekkend is.

Een tekort aan cliënten zorgt ervoor dat de AWBZ en Wmo inkomsten minder worden en dit vormt problemen bij een aantal organisaties.

Er zijn aanbieders die de exploitatie van diensten/voorzieningen kostendekkend kunnen maken door eigen bijdragen te vragen aan klanten.

Kortom er zijn voldoende cliënten nodig en de samenwerking met andere organisaties en vrijwilligers is van belang.

### *Zelfstandig wonen*

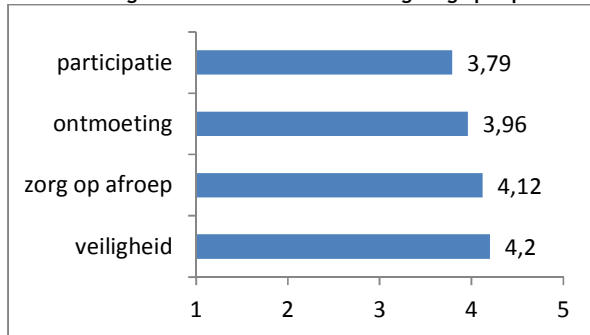
Per project is gevraagd naar de toegevoegde waarde van het project voor het langer zelfstandig wonen van kwetsbare mensen. Dit is opgedeeld in de volgende 4 aspecten:

- ontmoeting
- participatie
- veiligheid
- zorg op afroep

De respondenten hebben op een schaal van 1 tot 5 per aspect aangegeven in hoeverre het project hieraan heeft bijgedragen. Een 1 = helemaal geen bijdrage en een 5 = een grote bijdrage.

De projecten die gerealiseerd zijn met de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' hebben een relatief grote bijdrage geleverd aan veiligheid en zorg op afroep. Ook ontmoeting en participatie zijn in belangrijke mate tot stand gekomen met behulp van de regeling.

Grafiek 2.4: gemiddelde scores invloed regeling op aspecten zelfstandig wonen



De opmerkingen die medewerkers hebben gegeven over de specifieke projecten zijn opgenomen in bijlage C.

### Voortzetting regeling

Iedere respondent heeft zijn of haar advies kunnen geven over de voortzetting van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Alle organisaties zijn het er over eens dat de financiering voor zorginfrastructuur moet blijven bestaan. De financiering is noodzakelijk om het beleid rondom scheiden van wonen en zorg vorm te geven. Een aanbieder die is geïnterviewd, geeft aan dat zonder de regeling je tot keuzes komt die je niet wilt maken. Deze aanbieder vindt dat de aanvragen getoetst moet worden op de mate van extramuralisering.

Belangrijk is, volgens een andere zorgaanbieder, duidelijkheid over de afschrijvingstermijnen en subsidiabele componenten. Ook moet er duidelijkheid zijn naar de zorgkantoren toe. Een aanbieder geeft aan dat er nu zorgkantoren zijn die strikt omgaan met de regeling. Dit is ook genoemd in een interview. De aanbieder is aangelopen tegen terughoudendheid van het zorgkantoor als het gaat om de inzet van technologie. Het zorgkantoor vroeg naar bewezen effecten. Terwijl een andere zorgaanbieder juist de positieve rol van het zorgkantoor noemt in het meedenken over de transitie naar extramuralisatie. De ervaringen met het zorgkantoor verschillen per regio.

Een medewerker vindt dat er meer vrije regelruimte nodig is om innovaties ook daadwerkelijk in te voeren. Hierbij is de zekerheid van financiering op de langere termijn van belang. Zonder de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' is er geen innovatie mogelijk. Deze innovaties dragen bij aan doelmatig werken in de wijk.

Een verschuiving van het budget naar Wmo is volgens twee respondenten geen optie aangezien de onzekerheid over de financiering enorm zal toenemen. Gemeenten komen nu al moeilijk rond met hun Wmo gelden en moeten keuzes maken. Twee andere aanbieders vinden juist wel dat de regeling over moet naar de gemeente omdat deze verantwoordelijk is voor de zelfredzaamheid van de wijkbewoners.

Een van de geïnterviewde zorgaanbieders geeft aan dat het investeren met behulp van de regeling best een risico is omdat de voortzetting onduidelijk is. Wanneer de regeling zou wegvallen komt de afschrijving van de ruimten in eigen beheer voor rekening van de organisatie. Dit geeft meteen het belang aan voor de zorgorganisaties om de regeling voort te zetten.

*'Doorgaan is belangrijk om tegemoet te komen aan de wensen van bewoners en daar draait het om!'*

## 3. Resultaten zorgkantoren

### Inleiding

De vragenlijst voor de zorgkantoren is meer gegaan op hun rol en de effecten van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' volgens het zorgkantoor.

### Algemeen

#### *Aanvragen*

De medewerkers van de meeste zorgkantoren hebben geen exacte cijfers over het aantal aanvragen dat is gedaan bij hun zorgkantoor. Eén geïnterviewd zorgkantoor geeft aan dat de regeling vooral goed werkt voor de handige zorgaanbieders en zij maken er dan ook massaal gebruik van. Het andere zorgkantoor waarmee is gesproken, beaamt de vele aanvragen voor zorginfrastructuur. Het type zorginfrastructuur dat is aangevraagd in de afgelopen jaren is volgens de zorgkantoren niet veel veranderd. Volgens drie zorgkantoren is het type aanvragen wel veranderd, van bouwkundige voorzieningen (ruimten, steunpunten) naar meer technologische voorzieningen. Dit wordt ook aangegeven door één zorgkantoor dat is geïnterviewd.

Ongeveer de helft van de 24 zorgkantoren (54%) heeft beleid geformuleerd ten aanzien van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Dit betekent dat de andere zorgkantoren geen specifiek beleid hebben als het gaat om zorginfrastructuur. Wel hebben alle zorgkantoren criteria geformuleerd bij het beoordelen van de aanvragen. De volgende criteria zijn het meest door het zorgkantoor gehanteerd:

- geleverde functies/voorzieningen (88%)
- extramuralisering: reductie aantal bedden (88%)
- reeds aanwezige zorginfrastructuur in de wijk/het gebied (67%)
- samenwerking met andere zorgaanbieders (58%)
- samenwerking met de gemeente (54%)
- verhouding kosten aantal gebruikers (50%)
- totale kosten (38%)
- co-financiering (33%)

De twee geïnterviewde zorgkantoren geven als meest belangrijke criterium het bevorderen van extramuraliseren. Dit criterium staat in bovenstaand rijtje ook bovenaan.

Daarnaast noemen zij beide het belang van samenwerking. Het gaat nu vaak om zelfstandige initiatieven terwijl het belang van het initiatief voor de wijk nog onderbelicht is. Hier willen deze zorgkantoren wel op sturen. Dit is nog minder terug te zien in het beeld van de zorgkantoren die de vragenlijst hebben ingevuld.

De criteria zijn bij 12 zorgkantoren in de loop der tijd niet veranderd. Sommige zorgkantoren geven aan een protocol te gebruiken opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit protocol was in het begin meer gericht op extramuralisering en later uitgebreid met technologische voorzieningen. Ook heeft de samenwerking met gemeenten hoge prioriteit gekregen bij het zorgkantoor. Tot slot wordt genoemd dat de beoordeling per aanvraag plaatsvindt.

Door 23 medewerkers van het zorgkantoor zijn zeven verschillende type voorzieningen in een rangorde geplaatst waarbij 1 staat voor de meest aangevraagde voorziening en 7 voor de minst aangevraagde voorzieningen. De voorzieningen zijn in de volgende volgorde benoemd, van meest naar minst aangevraagde voorzieningen:

- technologische voorzieningen
- ruimte voor ontmoeting in de wijk
- uitvalsbasis voor de zorg
- café/restaurant
- dagopvang AWBZ
- ruimte voor eerstelijnszorg



- ruimte voor overige organisaties

De aanvragen voor zorginfrastructuur zijn met name gedaan in de sector verpleging en verzorging (76%), in mindere mate in de gehandicaptensector (15%) en slechts voor een klein deel in de GGZ (9%). Dit komt overeen met wat de zorgaanbieders zeggen en met de analyse van de NZa.

Ook is de medewerkers van het zorgkantoor gevraagd een verdeling te maken tussen de meters die worden gebruikt voor het verlenen van zorg/uitvalsbasis zorg (zorgmeters) en de meters die worden gebruikt voor ontmoeting/restaurant (niet zorgmeters). Deze verdeling is niet bij ieder zorgkantoor hetzelfde maar gemiddeld is deze gelijk, 50 procent wel zorgmeters en 50 procent niet zorgmeters. Er zijn wel echt grote verschillen per zorgkantoor, van 90 procent wel zorgmeters en 10 procent geen zorgmeters tot 1 procent wel zorgmeters en 99 procent geen zorgmeters. Kortom de diversiteit in het gebruik van ruimten is groot.

## Effect en voortgang regeling

De medewerkers van het zorgkantoor zijn het er alle 24 over eens dat de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' wel degelijk bijdraagt aan het doel om mensen met een langdurige zorgvraag zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. De faciliteiten in de wijk zorgen er voor dat mensen langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Mogelijkheden voor ontmoeting en technologische voorzieningen worden hierbij het meest genoemd.

De vraag of de regeling ook heeft bijgedragen aan extramuralisering (een afname van intramurale capaciteit) wordt minder unaniem bevestigd. Ruim de helft van de medewerkers (54%) vindt dat de regeling heeft bijgedragen aan extramuralisering, de andere 11 zorgkantoren zijn het hier niet mee eens. De zorgkantoren geven aan dat wanneer het gaat om een afname van de intramurale capaciteit dit slechts ene kleine afname is, soms is het resultaat geen toename.

Er is aan de medewerkers van het zorgkantoor gevraagd een mening te geven over het effect van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' voor:

### De doelgroep

Voor de doelgroep betekent een goed georganiseerde zorginfrastructuur langer zelfstandig wonen met een ZZP-indicatie. Klanten kunnen gebruik maken van verschillende soorten domotica met als gevolg langer zelfstandig wonen. De zorgvraag van mensen wordt thuis in de wijk beantwoord. Ook zijn er meer mogelijkheden voor ontmoeting en is er een verbetering van de woonomgeving. Voorzieningen in de wijk (zorg en sociaal) worden ontwikkeld en zijn gesitueerd onder één dak en mensen krijgen weinig verschillende hulpverleners over de vloer. Kortom er komen meer mogelijkheden in de wijk om een beroep te doen op informele en formele zorg dicht bij huis. En ook technologische voorzieningen hebben het effect dat klanten langer in de thuissituatie kunnen blijven.

### De zorgorganisaties die de aanvraag doen

Zorgaanbieders hebben door de regeling de financiële mogelijkheid om een totaalconcept aan te bieden, zij kunnen zo beter inspelen op extramurale zorgvragen. De zorg kan dicht bij de klant worden geboden. Uiteindelijk resultaat hiervan is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen in hun eigen omgeving. Zorgaanbieders zijn zo ook een aantrekkelijke partij voor de spelers in het veld wonen, welzijn en zorg, onder andere de gemeente.

Dankzij de regeling kunnen aanbieders ook investeren in technologische voorzieningen, hier zijn geen of weinig andere financieringsmogelijkheden voor. Aanbieders hebben nu de mogelijkheid de zorginfrastructuur op orde te brengen maar de financiering voor de toekomst blijft onzeker.

### Maatschappelijke baten

Als maatschappelijk baten worden genoemd het langer zelfstandig wonen van mensen maar ook een verminderde druk op de intramurale capaciteit. Doordat mensen langer thuis wonen en minder snel gebruik maken van de intramurale capaciteit levert dit ook een kostenbesparing op.

Zorgvragers hebben meer keuzemogelijkheden dankzij de regeling. Ook is er meer samenwerking met andere partijen ontstaan. De mogelijkheden van de infrastructuur in de wijk worden benut zodat wijkgerichte zorg kan ontstaan (bv. ontmoetingscentra).

Het (preventief) investeren in wonen, welzijn en zorg levert uiteindelijk op dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De inbreng van de bewoners wordt vergroot en er is sprake van een preventieve functie. De totaalsom levert een hogere zelfredzaamheid, betere kwaliteit van zorg en doelmatigheid op. Hiermee wordt ingespeeld op de bezuinigingen en krapte op de arbeidsmarkt.

#### *Zelfstandig wonen*

Net als de zorgaanbieders hebben de zorgkantoren de vraag voorgelegd gekregen over de invloed van de regeling op verschillende aspecten van zelfstandig wonen: ontmoeting, participatie, veiligheid en zorg op afroep. Ook de zorgkantoren hebben een waardering tussen de 1 en 5 gegeven waarbij 1 = helemaal geen bijdrage en een 5 = een grote bijdrage. Volgens de zorgkantoren levert de regeling de grootste bijdrage aan zorg op afroep (3,88) vervolgens ontmoeting (3,38), veiligheid (3,36) en participatie (3,17). In eerste instantie is de regeling dus belangrijk voor de primaire behoefte van 'het kunnen terugvallen op zorg' en het veilig voelen. Daarnaast is de regeling ook van positieve waarde voor aspecten die eenzaamheid kunnen voorkomen zoals ontmoeting en participatie. De regeling levert een behoorlijke bijdrage aan alle aspecten van zelfstandig wonen volgens de medewerkers van het zorgkantoor.

De voorzieningen die in de afgelopen jaren tot stand zijn gebracht met de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' richten zich op ontmoeting, technologie, alarmering, zorgsteunpunten, vervoer, hulpmiddelen, mantelzorgondersteuning, advies op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Ook heeft de regeling bijgedragen aan meer wijkgericht werken en samenwerking met de gemeente. De voorzieningen zijn belangrijk voor het bieden van zorg in de eigen omgeving, het borgen van veiligheid en het voorkomen van eenzaamheid.

#### *Voortzetting regeling*

Tot slot hebben de medewerkers van het zorgkantoor een advies uitgebracht aan het ministerie van VWS over de toekomst van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. De zorgkantoren pleiten voor het doorgaan van de regeling. De regeling is een stimulans voor nieuwe extramurale initiatieven waardoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Wel moeten de criteria voor de regeling duidelijker worden omschreven (nu het Bouwcollege er niet meer is). Goed kijken naar wat kan wel en niet binnen de regeling en dit ook monitoren en evalueren. De regeling zou zich moeten richten op wijksteunpunten en minder intramurale capaciteit, daarnaast moet de regeling ten aanzien van technologie worden aangescherpt.

De zorgkantoren zijn het er over eens dat de regeling heel belangrijk is voor het leveren van de extramurale zorg en het voorzien in de behoefte van mensen met een zorgvraag.

Bovenstaande antwoorden komen overeen met de uitkomsten uit de twee interviews.

## 4. Praktijkvoorbeelden

De vragenlijst heeft een breed beeld opgeleverd over welke voorzieningen en diensten er zijn gerealiseerd met de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Ook zijn de belangrijkste samenwerkingspartners en financieringsvormen zijn naar voren gekomen. Om dieper in te gaan op wat deze voorzieningen nu echt hebben opgeleverd en wat de werkzame bestanddelen zijn van de voorzieningen hebben we er voor gekozen 5 praktijkvoorbeelden te bezoeken. Ook wilden we inzicht verschaffen in hoe een bepaalde infrastructuur succesvol kan zijn voor de organisatie en de gebruikers.

### *Selectie*

Op basis van de volgende criteria zijn er vijf praktijkvoorbeelden geselecteerd om te bezoeken:

- Type project
- Doelgroep
- Samenwerkingspartners
- Financiering (wel/niet kostendekkend)
- Mogelijkheid om met cliënten te spreken

De voorbeelden zijn aangedragen door respondenten die de vragenlijsten hebben ingevuld. Zowel zorgaanbieders als zorgkantoren konden een voorbeeld aandragen.

Bij alle vijf de projecten zijn interviews gehouden met:

- Projectcoördinatoren zorg en/of welzijn en medewerkers financiën
- Uitvoerend medewerkers zorg en/of welzijn
- Cliënten die zorg en/of welzijn afnemen

Afhankelijk van de betrokkenheid van partijen zijn de gemeente en/of het zorgkantoor aanvullend geïnterviewd. Een totaal overzicht van de praktijkvoorbeelden is te zien in bijlage D.

Deze interviews zijn allemaal op de locatie van het project gehouden en hadden als doel een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van totstandkoming en invulling van het project.

Met de bezoeken is geprobeerd antwoorden op de volgende vragen te achterhalen:

- Waarom is dit een voorbeeldproject?
- Hoe is dit project tot stand gekomen? Welke partijen zijn hierbij betrokken? Wat is er gerealiseerd?
- Wat is de bijdrage van dit project aan langer zelfstandig wonen?
- In hoeverre is dit project een onderdeel van de wijk?
- Is het project kostendekkend? Wordt er met partijen samengewerkt om efficiënter te werken? Hoe ziet deze samenwerking eruit?
- Wat is het belang van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' om gelijksoortige projecten te blijven realiseren?

Deze vragen zijn beantwoord vanuit de verschillende invalshoeken. Hieronder volgt een beschrijving van de resultaten. In dit hoofdstuk hebben we ook resultaten verwerkt uit de semigestructureerde interviews die we aan het begin van het onderzoek hebben gehouden en uit onderzoek van derden.

### Waarom een voorbeeld?

Aan het begin van ieder interview is aan de betrokkenen gevraagd of zij het project een voorbeeldproject vinden en zo ja waarom. De bijdrage aan het langer zelfstandig wonen wordt het meest genoemd. Maar wat is er dan nodig om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen? Met name ontmoeting speelt hierin een belangrijke rol. Medewerkers en cliënten geven aan dat de mogelijkheden voor ontmoeting van wezenlijk belang zijn om eenzaamheid te voorkomen en maakt het dat ouderen zich beter thuis redden. Ook het gevoel van veiligheid is een belangrijk aspect. Op een knop drukken en er is snel hulp, geeft een veilig gevoel waardoor mensen thuis durven blijven wonen.

Uitspraken van gebruikers:

*'Ik zou me geen raad weten zonder deze ontmoetingsruimte. We drinken hier gezellig koffie met elkaar. Als dit er niet was, zit ik de hele dag alleen en had ik niet meer thuis willen blijven.'*

*'Zonder deze voorziening hebben we geen sociale contacten en vervelen we ons. De dag verzorging zorgt voor afleiding en gezelligheid.'*

*'De alarmering geeft mij een veilig gevoel. Zonder de alarmering in combinatie met de thuiszorg zou ik eerder moeten worden opgenomen'*

Projecten kunnen ook op andere gebieden een voorbeeld zijn. Binnen één project wordt er aangegeven dat de samenwerking tussen een organisatie voor mensen met een verstandelijk beperking en de zorgorganisatie heel goed loopt, waardoor er mooie activiteiten worden gerealiseerd. Het gaat om allerlei activiteiten, zoals spelletjes maar ook geheugentraining. Cliënten prikkelen elkaar. Ook andere projecten zijn succesvol doordat er actief wordt samengewerkt vaak met het welzijnswerk. De meerwaarde hiervan is het brede aanbod van activiteiten voor mensen met en zonder zorgvraag en bewoners in de wijk. Bij één project worden workshops en feestavonden georganiseerd ook voor wijkbewoners. Er wordt een kleine bijdrage gevraagd aan de deelnemers. Dit is vaak erg geslaagd.

*'Zorgkantoor: we zagen meteen dat dit een aanvraag was met visie. De organisatie wil slimmer omgaan met de beschikbare ruimten en de verbinding leggen tussen zorg en welzijn. We hebben hierin actief meegedacht.'*

Tot slot wordt *'het dichtbij zijn'* genoemd. De projecten worden dicht bij de bewoners in de wijk gerealiseerd, zodat zorg snel kan worden geleverd en activiteiten 'om de hoek' worden georganiseerd. Dit geeft cliënten een veilig gevoel en maakt de voorzieningen laagdrempelig om te bezoeken. De betrokkenheid van de bewoners in de wijk is erg wisselend per project.

## Beschrijving projecten

### *De projecten*

De vijf bezochte projecten zijn heel divers. Een korte beschrijving van ieder project staat in bijlage D. De diversiteit zit in het type project, de diensten die worden geleverd, de doelgroep/gebruikers, de betrokkenheid van gebruikers, de samenwerkingspartners en financiering. Alle projecten richten zich op zorg- en welzijnsvragen maar de focus van de projecten is verschillend. Sommige projecten richten zich juist op welzijnsdiensten terwijl andere projecten zich meer richten op de zorgvraag van de cliënt.

Ook wordt er in sommige projecten bredere samenwerking gezocht met bijvoorbeeld de apotheek, huisarts, de prikpost, kinderopvang, welzijnsdiensten en het consultatiebureau voor senioren. Dit is mede afhankelijk van de fysieke ruimten die beschikbaar zijn. Wanneer het gaat om de verbouw van bestaande ruimten (4 van de 5 projecten) is niet alles mogelijk. De verschillende samenwerkingsvormen leiden tot vroegtijdig signaleren en doorverwijzen.

*'De huisarts die in hetzelfde gebouw zit, kan mensen doorverwijzen waar bij eenzaamheidsproblematiek wordt gesignaleerd.'*

*'Onze horecamedewerkster heeft een belangrijk spilfunctie. Zij signaleert vaak als één van de eerste veranderingen bij gebruikers'*

Alle vijf de projecten hebben een wijkfunctie: bij drie van de projecten staat dit centraal, bij twee projecten neemt het (nog) geen belangrijke plaats in. Dit komt doordat de ruimte niet geschikt is om bijvoorbeeld een restaurantvoorziening te realiseren of omdat het geen doelstelling is van het project. Het hebben van een wijkfunctie heeft een grote meerwaarde, maar in de praktijk blijkt dit soms ook wel lastig.

*'Het complex is geen eigendom van de bewoners maar echt een wijkcentrum. Soms is dit een lastig punt om de bewoners van het complex duidelijk te maken dat het niet alleen van hen is maar echt als wijkfunctie fungeert.'*

Een uitvalsbasis voor de zorg is in alle projecten aanwezig. Bij het ene project is het bereik voor de hele wijk en bij een ander project alleen voor cliënten in het woonzorgcomplex. Reden hiervoor kan zijn dat er andere zorgaanbieders actief zijn in de wijk of dat het gaat om een wijk waar weinig ouderen wonen met een zorgvraag.

*'Op dit moment maken er maar 8 mensen gebruik van deze uitvalsbasis. Dit moet ook nog groeien. Er is nu slechts 1 medewerker elke dag een uur aanwezig. Het zorgteam komt vanuit een andere uitvalsbasis. Op termijn is het wel het idee om ook echt een uitvalsbasis vanuit de Schutterij te hebben voor de mensen in het woonzorgcomplex en mensen in de buurt. De zorgaanbieder is nog relatief onbekend en moet nog een bredere klantengroep gaan bedienen.'*

Eén project investeert met behulp van de regeling actief in technologie. De regeling wordt gebruikt voor alarmering, de meldkamer, sleutelkastjes en in de nabije toekomst ook videocommunicatie.

Bij drie projecten is er sprake van een café/restaurant. Eén project is hierbij alleen gericht op de caféfunctie en één project bedient gebruikers van standaard maaltijden die vanuit de zorginstellingen worden bereid. Deze projecten zijn vooral gericht op het elkaar ontmoeten en met elkaar koffie drinken. Bij één project wordt de wijk actief naar binnen gehaald ook voor het restaurant en kunnen bezoekers ook a la carte eten. Soms worden er ook maaltijden met elkaar gegeten vanuit de opvangfunctie. In twee projecten wordt deze AWBZ dagopvang geleverd.

Naast de verschillende voorzieningen zijn er ook diensten op gang gekomen. Een mooi voorbeeld hier van is het project 'Buren voor Buren':  
*'In het project worden maatjes (vrijwilligers) opgeleid om de kwetsbare senioren te begeleiden waarbij wordt uitgegaan van de eigen kracht van de ouderen. De ouderen hebben een zetje nodig om activiteiten te kunnen ondernemen. Het mooie is dat de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen wordt versterkt, zodat zij weer anderen kunnen helpen.'*

#### *Doelgroep*

Alle projecten zijn bedoeld voor ouderen die fysieke en/of psychogeriatrische beperkingen hebben. Bij één project is er een bewuste mix van ouderen met een verstandelijke beperking en dementerenden, beide AWBZ-cliënten. Deze mix wordt ervaren als een meerwaarde voor de cliënten en de organisaties. De deskundigheid uit beide organisaties kan worden ingezet voor de cliënten.

*'Door de samenwerking tussen twee zorgorganisaties kunnen we ook meer gevarieerde activiteiten bieden aan de cliënten. Cliënten fleuren weer helemaal op en daar doe je het toch voor.'*

Vaak speelt ook welzijn een belangrijke rol in het project. Hierdoor worden buurtbewoners betrokken bij activiteiten. Eén project wil in de toekomst meer de mix gaan maken tussen doelgroepen AWBZ, Wmo en burgers in de wijk.

#### *Het initiatief*

De projecten zijn vaak op initiatief van de zorgorganisatie gestart. Samen met de woningcorporatie wordt gekeken naar de mogelijkheden van het gebouw. Het ging in de meeste gevallen om de verbouw van een bestaand pand, bij één project is er sprake van nieuwbouw.

#### *Betrekken gebruikers*

De betrokkenheid van de gebruikers bij de totstandkoming van de initiatieven is wisselend. Vaak gaat het om een aanbodgerichte ontwikkeling. De organisatie realiseert het project op basis van eigen ervaringen. Bij één project is er uitgebreid onderzoek gedaan naar de wensen en behoeften van bewoners in de wijk. De potentiële gebruikers zijn bevroegd naar hun behoefte op het gebied van zorg en welzijn. Dit heeft geleid tot het huidige aanbod van diensten en voorzieningen, zoals bingo en kaartmiddagen maar ook betaalbare maaltijden. Sinds het project in uitvoering is, wordt dit niet meer systematisch gedaan. De gebruikers zouden graag meer inspraak hebben in wat er wordt georganiseerd in de ruimten.

Een ander project is een mooi voorbeeld van gebruikersparticipatie bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten. Hier is een ouderensociëteit opgericht. De zorgaanbieder heeft eerst een behoefteonderzoek gedaan in de wijk. Naar aanleiding hiervan hebben ze gevraagd om vrijwilligers die mee wilden denken over een ouderensociëteit op basis van de behoeften van de wijk. De zorgaanbieder is de motor geweest die de ouderen bij elkaar heeft gebracht. Vanaf de start van het project zijn de potentiële gebruikers betrokken en is er aansluiting gezocht met de wijk. De gebruikers dragen het project en organiseren allerlei activiteiten in de ouderensociëteit.

*'De ouderensociëteit is een succes omdat het van de bewoners zelf is.'*

De samenstelling van de wijk is een belangrijke factor voor het succes van de ouderensociëteit. Om soortgelijke voorzieningen tot een succes te maken is het van belang af te stemmen op de vraag en behoeften van de wijk.

## Langer zelfstandig wonen

Uit de vragenlijst en interviews is al naar voren gekomen dat de projecten niet altijd leiden tot extramuralisering in de zin van afbouw van intramurale capaciteit maar ze leveren wel degelijk winst op als het gaat om het tegengaan van een toename van intramurale plaatsen, volgens de geïnterviewde betrokkenen. Met name de extra inzet op welzijn wordt gezien als een belangrijke investering voor het langer zelfstandig wonen van ouderen.

*'Relatief gezien is de is de financiële bijdrage van de gemeente vaak laag, maar het welzijn speelt een cruciale rol. Wij horen vaak: de welzijnsactiviteiten maken het verschil!'*

Het investeren in welzijn leidt tot het voorkomen van eenzaamheid. Mensen ontmoeten elkaar en hebben de mogelijkheid om aan allerlei activiteiten deel te nemen. Doordat mensen niet in een sociaal isolement raken, kunnen zij thuis blijven wonen. Een deel van de cliënten geeft ook aan dat wanneer zij geen mogelijkheid hebben tot ontmoeten, zij liever niet meer alleen thuis zouden willen wonen. De ontmoetingsactiviteiten maken het zelfstandig wonen aangenamer. De vrijwilligers (allemaal 55+) van de ouderensociëteit blijven actief en realiseren samen met elkaar activiteiten waar ze de meer kwetsbare ouderen in de zorgwoningen bij betrekken. Zo is er sprake van dubbele winst. De vrijwilligers van de ouderensociëteit geven wel aan dat de het heel moeilijk is mensen die echt eenzaam zijn naar de activiteiten te krijgen. Bij het Buren voor Buren project is het bereik groot doordat het naar buiten is gericht. De medewerker gaat (na signalen) op de bewoners af. Daarnaast is het zelfregelend door de inzet van de bewoners zelf. Met Buren voor Buren worden verbindingen gelegd en er wordt onderling tussen wijkbewoners samengewerkt. Dit maakt het meedoen en aanmelden voor het project laagdrempelig. Doel is om de zelfredzaamheid en participatie van bewoners te vergroten.

De welzijnsactiviteiten fungeren ook als een belangrijke signaleringsfunctie. Doordat mensen regelmatig worden gezien, is een medewerker zich ook bewust van veranderingen en kan hier op worden ingespeeld. In het burens voor burens project wordt deze signaleringsfunctie expliciet benoemd. Dan zijn het de burens die iets opmerken of het maatje dat met de cliënt boodschappen doet. Men kent elkaar en dit leidt er toe dat veranderingen worden gesignaleerd en opgepakt. In een ander project wordt de horecamedewerker genoemd als aanspreekpunt. Zij is het eerste contact voor cliënten en signaleert veranderingen bij de bezoekers. Het tijdig signaleren van problemen, draagt er toe bij dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Ook technologie wordt steeds meer gebruikt voor het leveren van welzijnsdiensten. Bij één project zien de medewerkers dat cliënten contact leggen via het beeldscherm, ze spelen bijvoorbeeld samen Bingo. Dit virtuele contact leidt in sommige gevallen tot warme contacten: cliënten gaan elkaar ook daadwerkelijk opzoeken.

Naast de bijdrage van welzijn, is het leveren van de zorg dichtbij huis van cruciaal belang om thuis te kunnen blijven. Cliënten hebben een veilig gevoel wanneer zij weten dat als ze op een alarmknop drukken er ook daadwerkelijk snel iemand is om te helpen. Het leveren van onplanbare zorg is wisselend per project. In sommige projecten wordt de hele wijk bediend en in een ander

project zijn het slechts een aantal mensen in een woonzorgcomplex. Dit is mede afhankelijk van het bereik van de zorgaanbieder en de zorgbehoefte van ouderen in de wijk. Technologie speelt een belangrijke rol bij het leveren van de onplanbare zorg, zoals de alarmering, meldkamer en sleutelkastjes. Technologie wordt door bij het een project veel ingezet terwijl er bij andere projecten geen gebruik is gemaakt van de regeling als het gaat om technologie.

## De wijk

De projecten hebben op één of andere manier een wijkfunctie. Soms gaat dit heel praktisch gezien om een prikpost of een inloop spreekuur van de sociale raadsleden. Bij 3 van de 5 projecten is er sprake van het actief binnenhalen van de wijk voor een café/restaurant en/of georganiseerde activiteiten. Bij één project is duidelijk aangegeven dat het niet binnen de doelstelling valt om de ruimte te gebruiken voor een restaurant/café voor de wijkbewoners. Het bewust 'naar binnen halen' van de wijk blijkt nog erg lastig.

*'Er mag wel wat meer reclame gemaakt worden in de wijk. Ook al mogen we het geen reclame noemen. Het zou goed zijn als er ook een bindende schakel is die een band heeft met de bewoners in de wijk en ze ook kan stimuleren naar de activiteiten te komen.'*

De activiteiten worden vaak wel per folder verspreid in de wijk maar dit leidt niet automatisch tot veel animo. De ontmoetingsruimten zijn niet altijd bekend genoeg in de wijk of ze sluiten niet aan bij de behoeften van de bewoners in de wijk. Bij één project zeggen de cliënten dat het goed zou zijn de openingstijden te verruimen zodat meer mensen de mogelijkheid hebben gebruik te maken van het café/restaurant. Daarnaast mag er dus wel meer bekendheid aan worden gegeven. Een ander punt dat wordt genoemd is dat de doelgroep moeilijk te bereiken is. Je moet meer doen dan alleen een folder in de bus.

Een gemeente geeft aan dat vanuit de gemeente het gebiedsgericht werken sterk wordt gestimuleerd. Lever de voorzieningen dichtbij huis. Stem het aanbod af op de vraag van de wijk. Dit leidt ook tot meer betrokkenheid van de wijk. Bewonersparticipatie is leidend. Om een passend aanbod te realiseren is het van belang om te kijken naar de integraliteit van voorzieningen loskomend van de huidige financiële kokers (AWBZ/Wmo/ZVW).

De afstemming met andere voorzieningen in de wijk is er nog weinig. Wanneer er een ander wijkcentrum in de buurt is, weet men vaak niet wat daar speelt en er wordt geen samenwerking gezocht. Het wijkgericht werken zit (nog) niet in de genen van de zorgaanbieder.

SEV heeft in 2010 onderzoek laten uitvoeren onder vier multifunctionele wijkcentra om te kijken hoe deze functioneren als wijkfunctie. Hieruit blijkt dat de wijkfunctie zeer verschillend wordt ingevuld. Dit komt overeen met onze bevindingen over de bezochte projecten. Overeenkomst tussen de projecten in het SEV onderzoek is dat de (potentiële) doelgroep in de wijk nog onvoldoende wordt betrokken bij het invullen van het dienstenaanbod. Dit wordt aangegeven als een must voor de toekomst. Het betrekken van de bewoners is duidelijk terug te zien in één project dat door ons is bezocht en dit blijkt een succesformule. In dit project wordt duidelijk de aansluiting met de wijk gezocht. De samenstelling van de wijk is mede bepalend voor hoe het project is ingevuld.

*'In de wijk zijn vrij veel hoogopgeleiden en is er relatief veel geld, en daardoor een grotere zelfredzaamheid. Dit betekent dat het project goed kan worden gedraaid door vrijwilligers uit de wijk.'*

### Wijkrestaurant

Twee van de praktijkvoorbeelden hebben een restaurant. Eén restaurant loopt goed genoeg om het kostendekkend te krijgen. De bezoekers kunnen hier a la carte eten en dit levert voldoende bezoekers op. De bezoekers worden actief aangetrokken door reclame in de wijk ('folderen'). Binnen dit concept wordt er ook gebruik gemaakt van een horeca team.

Het andere restaurant is met name voor de middagmaaltijden voor de cliënten die ook zorg hebben bij de zorgorganisatie. Er wordt nog weinig ingespeeld op de wijkfunctie. Dit project is slechts een jaar geleden van start gegaan en moet nog werken aan de naamsbekendheid. Aandachtspunten hierbij zijn wel aantrekkelijkheid van het gebouw en de openingstijden.

Hieronder beschrijven we een onderzoek en een aantal voorbeelden die buiten de regeling zijn gerealiseerd. Om zo een breed beeld te schetsen van wat er allemaal wordt gerealiseerd op het gebied van ontmoeting in de wijk.

Het Kenniscentrum Wonen Zorg heeft een expertmeeting laten organiseren over sociale wijkrestaurants waaruit blijkt dat sociale wijkrestaurants vaak worden opgezet vanuit de gedachte om mensen samen te brengen, eenzaamheid te voorkomen en ervoor te zorgen dat mensen gezond en lekker eten. Ook kan de ruimte goed worden benut en een ander element is vroegsignalering. Wel blijkt dat de ideeën van de wijkrestaurants en (potentiele) bezoekers niet altijd op elkaar aansluiten en een belangrijke aanbeveling uit dit onderzoek is dan ook om het idee breed te introduceren bij de toekomstige gebruikers, bewoners in spe, bedrijven, voorzieningen en organisaties die plannen hebben in de wijk. Zo kunnen er - onverwachte - verbindingen worden gemaakt. Het gaat er om binding te creëren met de buurt (bedrijven en bewoners).

De expertmeeting gehouden in opdracht van KCWZ laat verder zien dat een gedegen marktstrategie van belang is voor het runnen van een wijkrestaurant. Dit betekent een echt kok, goede prijs-kwaliteitverhouding, over de kwaliteit mag geen discussie zijn en ruime maar economisch verantwoorde openingstijden. In de bezochte praktijkvoorbeelden is dit lang niet altijd het geval en valt er nog veel te ontwikkelen als het gaat om het runnen van een sociale onderneming. Ook de rol van het personeel is essentieel, zij moeten worden getraind in het gastvrijheidsconcept.

Een ander voorbeeld zijn de Resto's Van Harte die werken aan leefbaarheid in de wijk. In deze resto's worden goedkope en gezonde maaltijden aangeboden en er eten ook vaak mensen die actief zijn in de wijk mee, zoals de wijkagent of een welzijnswerker. Ze krijgen subsidies en donaties en proberen de kosten zo laag mogelijk te houden zodat de inkomsten naar de gasten en uitbreiding gaan. Het zou een idee zijn om eens een kijkje in de keuken te nemen.

Tot slot willen we hier nog twee voorbeelden noemen: BonVie te Culemborg en de woonservicezone Keijzershof in Pijnacker.

BonVie is woonproject waar de verschillende aspecten van ontmoeten, activiteiten en zorg voor alle leeftijden zijn geïntegreerd. Er wordt samengewerkt tussen de thuiszorg, RIBW, gehandicaptenzorg en allerlei commerciële functies (zoals de kinderopvang). Restaurant de Ontmoeting is een onderdeel van het project BonVie.

Het restaurant bestaat 2 jaar en is ingericht als een BV. Het gaat om een commerciële inzet. Wat het restaurant oplevert, wordt ingezet in de sociale doelstellingen. Ook werken er mensen met een beperking in het restaurant. Op dit moment draait het restaurant nog niet kostendekken en wordt dit gefinancierd door de thuiszorg en de organisatie voor de gehandicaptenzorg.

In het restaurant worden mensen uit de wijk betrokken. PR is hierbij een belangrijk onderdeel, er worden flyers verspreid en op de website wordt reclame gemaakt. Verder proberen de medewerkers de ideeën wijdt te verspreiden door overal in het land zich te laten zien. De kracht van BonVie ligt met name in de verbindingen met allerlei organisaties, van de zorg tot de muziekvereniging. De verwachting is dan ook dat dit op termijn voldoende naamsbekendheid oplevert om kostendekkend te draaien. Daarnaast sluit het aanbod van BonVie ('*van boterham met pindakaas tot amuse*') aan bij een brede doelgroep. Het is spannend of dit concept in de praktijk ook gaat werken.

In de woonservicezone Keijzershof in Pijnacker komt onder meer een woonzorgcentrum en een medisch centrum. In het woonzorgcentrum komt een La Place restaurant. Hiervoor is een joint venture tussen de zorginstelling en een cateraarbedrijf achter het La Place concept opgericht. Het cateringbedrijf exploiteert La Place. De gedachte hierachter is tweeledig: de La Place formule is bekend, waardoor het naar verwachting meer mensen zal aantrekken en horecaervaring is nodig om van een restaurant een succes te maken. De woonservicezone en het restaurant liggen pal bij het station, waardoor het een groot bereik kan hebben.



## Financiering en samenwerking

In hoeverre een project kostendekkend is, hangt mede samen met de voorzieningen en diensten die binnen het project worden geleverd. Des te meer er gebruik wordt gemaakt van de aangeboden voorzieningen en diensten, hoe groter de kans dat het project kostendekkend is. Daarnaast is het van belang dat de bestaande ruimten goed worden benut. Belangrijk zijn hiervoor de samenwerking met andere partijen en het bereik in de wijk.

Bij het vragen naar de financiering hebben we onderscheid gemaakt tussen de financiering van de kapitaals- en overige huisvestingslasten die onder de regeling vallen en de financiering van diensten en voorzieningen.

### *Kapitaals- en overige huisvestingslasten*

Het pand wordt bij de meeste projecten gehuurd van de woningbouwcorporatie. De huur wordt grotendeels gedekt met behulp van de regeling. Wanneer dit niet helemaal het geval is, komt een deel terecht bij de eigen organisatie. De organisaties zijn vaak langdurige huurcontracten aangegaan met de woningcorporatie. Dit betekent dat zij erg afhankelijk zijn van de regeling. Wanneer de regeling weg zou vallen, levert dit grote financiële problemen op. Dit kwam ook naar voren bij het vragenlijstonderzoek onder de zorgorganisaties. Wanneer een organisatie groter is, kan dit beter worden opgevangen dan bij een kleine organisatie. In sommige gevallen is er ook een bijdrage van de woningcorporatie of de gemeente aan de kapitaalslasten.

### *Financiering diensten en voorzieningen*

De financiering van diensten en voorzieningen levert meer problemen op bij de organisaties. Bij de twee projecten waar geen café/restaurant is, lukt het beter de financiering rond te krijgen omdat de bezoekers voornamelijk bestaat uit AWBZ-cliënten. De diensten bestaan voor het grootste deel uit een uitvalsbasis voor de zorg en AWBZ dagopvang.

Voor het financieren van de meer welzijnsdiensten wordt ook gekeken naar de gemeenten. Hier zijn wisselende ervaringen mee. Bij een aantal projecten wordt goed samengewerkt met de gemeente en heeft de gemeente ook een duidelijk Wmo/accommodatiebeleid. Bij een paar andere projecten loopt de samenwerking met de gemeente stroef, wat ook resulteert in een beperkte (financiële) bijdrage vanuit de gemeente.

Het kostendekkend krijgen van ontmoetingsruimten en een café/restaurant blijkt erg lastig. De commerciële functie en het laagdrempelig willen zijn voor alle bezoekers strookt niet altijd met elkaar. Alle organisaties geven aan dat professionele aansturing van belang is. Een project kan niet alleen draaien op vrijwilligers. En als het gaat om horeca heb je toch weer specifieke vaardigheden nodig. Dit betekent bijna automatisch niet kostendekkend draaien. De ouderensociëteit draait bijna volledig op vrijwilligers maar ook deze vrijwilligers geven aan dat het prettig is dat er een neutraal persoon vanuit ene bepaalde professionaliteit bij betrokken is.

#### *'Mogelijke oplossingen exploitatie café/restaurant:*

- *Werken met vrijwilligers en/of andere doelgroepen (bv. arbeidsre-integratie)*
- *Aandacht voor een marktgerichte aanpak: sociaal ondernemen*
- *Betrekken van potentiële gebruikers: het aanbod sluit aan bij de behoefte en een bijdrage kan worden gevraagd aan gebruikers*
- *Samenwerking met andere organisaties: efficiënte inzet van medewerkers en een breder bereik*
- *Wijkgericht werken: creëren van zichtbaarheid in de wijk*

Om de exploitatie van een restaurant rond te krijgen is het nodig dat organisaties commerciële gaan werken. De commerciële functie is er overigens niet op gericht om winst te maken maar biedt een bijdrage aan het rond krijgen van de begroting. Zorg dat je weet waar behoefte aan is in de wijk en speel hier met je aanbod op in, is een aanbeveling vanuit het SEV rapport. Ook cliënten geven aan dat er best meer reclame mag worden gemaakt en de uitstraling van het gebouw wordt als zeer belangrijk ervaren.

*'De ingang kan wel wat aantrekkelijk worden gemaakt en de locatie kan ook meer worden ingezet voor andere doelgroepen en ander type activiteiten. Zo wordt de locatie ook bekender.'*

Uit de SEV rapportage blijkt dat er meer aandacht moet komen voor een bedrijfseconomische aanpak om te zorgen dat de multifunctionele centra kostendekkend zijn. De betalingsbereidheid van de vrager wordt hierbij steeds belangrijker.

De ouderensociëteit is hier een mooi voorbeeld van. De bewoners die lid zijn van de ouderensociëteit betalen 15 euro per jaar en hiermee kunnen de activiteiten kostendekkend worden gedraaid. Voor sommige activiteiten wordt een extra bijdrage gevraagd. De wijkbewoners hebben ook de middelen om deze bijdragen te betalen dit is natuurlijk wel erg afhankelijk van de samenstelling van de wijk. De bereidheid om te betalen neemt wel toe, naarmate de activiteiten aansluiten bij de wensen en behoeften van de bewoners in de wijk.

Daarnaast is het vragen van een (hogere) bijdrage van gebruikers steeds meer noodzakelijk om de gewenste diensten en voorzieningen aan te kunnen bieden. Dit is beter te verantwoorden wanneer de gebruikers actief betrokken worden bij het project, zodat zij ook weten wat er bij komt kijken om de diensten te organiseren en wat voor kosten worden gemaakt. Het is van belang dat de eigenaar inzicht heeft in wat er moet worden omgezet om de exploitatie rond te krijgen: bijvoorbeeld hoeveel maaltijden moeten er worden afgezet.

### *Samenwerking*

Naast het uitbaten van de restaurantfunctie, is het van belang samen te werken met verschillende partijen die in de wijk actief zijn. Deze samenwerkingsverbanden maken het mogelijk dat het gebouw zo optimaal mogelijk wordt benut en er een breed dienstenaanbod kan worden gerealiseerd. We hebben verschillende mogelijkheden gezien zoals de huisarts, apotheek, kinderopvang, consultatiebureau voor ouderen, welzijnsactiviteiten, een prikpost. Deze gebiedsgerichte samenwerkingsverbanden worden met het oog op de toekomst steeds belangrijker om het financiële plaatje rond te krijgen. De samenwerking kan liggen op het niveau van verschillende doelgroepen maar ook het realiseren van één zorginfrastructuur met meerdere thuiszorgaanbieders. Bij één project maken twee thuiszorgorganisaties gebruik van de ruimten en hier wordt met elkaar samengewerkt. Het gaat dan vaak om doorverwijzen naar bepaalde diensten. Dit hebben we in meer projecten terug gezien. De korte lijnen tussen de verschillende functies maken het makkelijk om door te verwijzen wanneer er een bepaalde behoefte wordt signaleerd.

*'De organisatie van Zuiderkroon ligt in handen van de eigen horeca, de activiteitenbegeleiding en de coördinator, en ze treden als team naar buiten. Ze zijn erg toegankelijk qua aanspreekbaarheid en het zijn korte lijnen tussen Zuiderkroon en de wijkbewoners.'*

Ook komt er samenwerking op gang met bijvoorbeeld lokale ondernemers, vrijwilligersorganisaties en mantelzorgondersteuning. Een netwerk in de wijk is van cruciaal belang om zicht te krijgen op wat er allemaal speelt. De projecten spelen hier nog weinig actief op in.

*'Het is van belang om los te komen van je eigen organisatie en de samenwerking in de buurt op te zoeken. Zorg voor een netwerkconstructie.'*

Wanneer het gaat om de samenwerking tussen zorgorganisaties blijft het zoeken naar de goede balans tussen samenwerken en concurreren. De ene organisatie geeft aan dat er niet wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders terwijl bij een ander project dit wel wordt getracht maar de het moet allemaal kunnen binnen de regels van de NMa,

De afstemming tussen Wmo en AWBZ gebeurt in de projecten soms rechtstreeks tussen zorgaanbieder en gemeente en soms tussen gemeente en zorgkantoor. In één project stemmen de activiteitenbegeleidster en vrijwilligerscoördinator die worden gefinancierd vanuit de gemeente rechtstreeks af met de medewerker van de zorgaanbieder. Zij bekijken gezamenlijk welke activiteiten er worden georganiseerd. De doelgroep is hier dan ook breder dan alleen ouderen met een zorgvraag. In Leeuwarden is er ook sprake van een intensieve samenwerking tussen de gemeente en de zorgaanbieder. Hier wordt de combinatie gemaakt tussen de ouderensociëteit en de dagopvang AWBZ.

Een voorbeeld van afstemming tussen gemeente en het zorgkantoor is Noord Limburg. In deze regio speelt een aantal trajecten op het gebied van de zorginfrastructuur. Met gemeenten en aanbieders van zorg en welzijn is afgesproken dat dit beschikbaarheidsvoorzieningen zijn. Dit betekent dat deze per gebied eenmaal worden ingevuld. Ook zijn er afspraken over de diensten en

voorzieningen, zoals bijvoorbeeld dagbesteding. Burgers met en zonder indicatie kunnen aan de activiteiten deelnemen. Uitgangspunt is dat de burger zoveel mogelijk zelf uitvoert naar zijn mogelijkheden en verder ondersteuning krijgt van zorgprofessionals. Het voortouw ligt bij de lokale gemeenschap.

## Belang ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’

De betrokkenen van de verschillende projecten die zijn bezocht, begonnen bij binnenkomst een pleidooi voor de ‘Beleidsregel zorginfrastructuur’.

*‘De regeling werkt als smeerolie om extramuralisering in de lucht te houden’*

Alle organisaties zijn het er over eens dat het belang van de regeling groot is. De regeling zorgt ervoor dat het tempo hoog blijft bij het ontwikkelen van voorzieningen voor extramurale zorg. Wanneer de regeling wegvalt, betekent dit voor sommige projecten dat deze niet kunnen worden gehandhaafd. Bij andere projecten zal het tempo van realisatie aanzienlijk lager gaan liggen. Met het oog op de toekomst is dit niet wenselijk. De groeiende vraag naar zorg en welzijn in de nabije omgeving maakt het van belang dat organisaties deze en soortgelijke diensten en voorzieningen kunnen blijven bieden.

De vraag is nog wel of de regeling in de huidige vorm moet blijven staan. De organisaties denken hier verschillend over. Sommige medewerkers geven aan dat de regeling ook over kan naar de gemeente maar dan alleen als het geld geoormerkt is. De angst is dat de gemeente andere prioriteiten stelt en er geen budget meer over is voor de projecten. Eén projectleider huivert bij de gedachte dat alles overgaat naar het lokale niveau. Dit komt volgens hem in het kort neer op veel meer apparaatskosten, weinig inhoudelijke kennis, eigen invulling Wmo en politieke belangen. Het zorgkantoor is volgens deze projectleider een meer neutrale partner met inhoudelijke know how. In deze regio is het zorgkantoor behoorlijk actief, vanuit een duidelijk beleid.

Een andere organisatie geeft aan dat juist de gezamenlijke overleggen, die worden gefaciliteerd vanuit de gemeenten, als motor werken voor samenwerking in de gebieden. Samenwerkingspartners pakken dit op en de gemeente maakt vervolgens een terugtrekkende beweging. Uiteindelijk moeten de partners het toch in de praktijk gaan brengen op wijkniveau.

Er is dus geen eenduidige mening over de manier waarop de regeling zou moeten worden ingevuld en uitgevoerd. Wel geven de organisaties aan dat de regeling nu vrij breed is en het goed zou zijn om de criteria scherp te stellen. Dit wordt beaamd door het zorgkantoor. Stel duidelijke criteria voor de regeling zodat er gelijkheid heerst in het speelveld. Uit ervaring blijkt dat in sommige gevallen een zorgkantoor positief adviseert waar een ander zorgkantoor voor dezelfde kostenpost negatief adviseert.

*‘Tips ten aanzien van de regeling:*

- *Behoefte aan visie op extramuralisering vanuit VWS*
- *Benoem als voorwaarde samenwerking rondom financiering, bv. met gemeente en woningbouwcorporatie*
- *Kijk voor de toekenning naar samenwerking op wijkniveau: benoemen van de projectpartners*
- *Stel het betrekken van de wijkbewoners/gebruikers bij het ontwikkelen van het project als criterium*
- *Stel duidelijke criteria: wat komt wel en niet in aanmerking voor de regeling*
- *Geef duidelijkheid over de voortzetting van de regeling in de toekomst’*

## 5. Het debat

Doel van het debat was om te discussiëren over de resultaten van deze evaluatie, het doel en de inhoud van de regeling. De belangrijkste uitkomsten van het debat worden in dit hoofdstuk beschreven. Aan het debat hebben zorgorganisaties, een zorgkantoor, een gemeente, de VNG, Aedes, Actiz en het Ministerie van VWS deelgenomen.

Het Ministerie van VWS geeft voorafgaand aan het debat aan dat het onderzoek mede gedaan wordt om te kunnen bepalen hoe het verder moet met de regeling in de toekomst. Sluit de regeling aan bij de feitelijke en gewenste situatie is een belangrijke vraag. Wordt met de regeling bereikt wat wordt beoogd? Het debat is dan belangrijke input, waar ligt de essentie en welke wijzigingen zijn nodig voor een goede voortzetting.

### Praktijkvoorbeeld

Het debat is gestart met het praktijkvoorbeeld 'Zuiderkroon' in Rotterdam. De Zuiderkroon is het ontmoetingspunt van de wijk Pendrecht. In het gebouw zijn huisartsen, apotheek, twee thuiszorginstellingen en een restaurant gehuisvest. De ruimten worden gefinancierd vanuit de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Ook worden er activiteiten georganiseerd. Sinds 2008 is begonnen met een buurtgericht vrijwilligersbureau 'Buren voor Buren Pendrecht' gefinancierd vanuit de gemeente. De doelgroep is kwetsbare senioren 60+ en de doelstelling is het bestrijden en preventie van sociaal isolement door het versterken en opbouwen van een sociaal netwerk en het vergroten stimuleren van de zelfredzaamheid. De zorginfrastructuur die is gerealiseerd dient als een belangrijke ontmoetingsplek voor ouderen. Succesfactoren die worden genoemd binnen het praktijkvoorbeeld zijn de dragers van het project (activiteitenbegeleider, vrijwilligerscoördinator en restauranthouder), de samenwerking met verschillende partijen in het gebouw (huisarts, apotheek, thuiszorginstellingen) en het aansluiten bij de vraag en de kracht van de klant.

### Uitkomsten discussie

#### *Visie en rol partijen*

De visie is dat het belang van infrastructuur steeds groter wordt ook met het oog op steeds meer scheiden van wonen en zorg en dat mensen steeds langer zelfstandig blijven wonen. Het gaat hier zowel om de sociale infrastructuur als om het leveren van zorg dichtbij huis. In dit kader betekent het dat het van belang is dat er een regeling is voor het stimuleren van deze infrastructuur. Wel is het belangrijk de doelgroep te kennen, voor wie bied je welke dienst/voorziening aan.

De zorgorganisaties, welzijnsorganisaties, gemeenten en zorgkantoren hebben allemaal belang bij het leveren van een sociale- en zorginfrastructuur en moeten hierin hun rol pakken. Het uitgangspunt zou een gezamenlijk visie moeten zijn waarbij de realisatie hiervan als een gezamenlijke opgave moet worden gezien. In de praktijk zal dit regelmatig een zoektocht zijn om partijen op één lijn te krijgen.

#### *Financiering*

Publieke financiering voor dergelijke infrastructuur blijft nodig. Organisaties geven aan dat dit onmogelijk vanuit hun eigen organisatie en door eigen betalingen van de klant kan worden gefinancierd. De vraag is hoe deze financiering moet worden geregeld: via collectieve financiering of op individuele basis (zoals de andere financiering via de NZa is georganiseerd), vanuit de AWBZ of vanuit de Wmo?. Hierbij kwamen dezelfde voor en tegens terug als genoemd door de praktijkvoorbeelden.

Risico van het vastgoed zit nu bij de zorgorganisatie, door huur- of eigendomsverplichtingen voor lange duur. Het vastgoed zou meer in samenspraak kunnen gaan tussen verschillende partijen, bijvoorbeeld zorgorganisatie, woningcorporatie en de gemeente. Er zou bijvoorbeeld gewerkt moeten worden met een terugverdienmodel. Wanneer investeringen vanuit de Wmo het langer zelfstandig wonen van kwetsbare ouderen oplevert, en dus besparingen voor de AWBZ, moet het

ook aantrekkelijk worden gemaakt voor de gemeente om te investeren. Bijvoorbeeld door deze besparingen op de AWBZ (deels) over te hevelen naar de Wmo wanneer er sprake is van minder indicaties voor verblijf.

### *Samenwerking*

Om te komen tot gezamenlijk beleid is de samenwerking met de gemeente en het zorgkantoor van essentieel belang. Deze samenwerking zou een voorwaarde kunnen zijn om in aanmerking te komen voor financiering. Ook gemeenten moeten hierin hun rol pakken. In de samenwerking is een belangrijke vraag wie wordt de partij die schakelt, verbindt en coördineert? De gemeente kan hier de rol als regisseur pakken door partijen op één lijn te brengen, maar ook de voorwaardenscheppende rol (financiën en locatie) en/of de rol als inspirator door het nemen van initiatief en het enthousiasmeren van betrokkenen.

Wanneer het gaat om de uitvoering moeten de zorgorganisaties het onder andere doen met de welzijnspartijen, de woningbouwcorporatie en andere zorgorganisaties. De samenwerking tussen zorgorganisaties en de marktwerking blijft een spannend punt. Aan de ene kant moet alles *NMa proof* zijn, aan de andere kant vraagt een goede samenwerking ook onderlinge afspraken (wat niet altijd mag van de NMa).

### *Succesfactoren*

De succesfactoren die tijdens het debat zijn genoemd:

- Doelmatig gebruik van gebouwen en technologie. Er is sprake van veel versnippering als het gaat om het gebruik van gebouwen en technologiesystemen, dit belemmert ook in de samenwerking. De regeling stelt hier nu geen eisen aan, dit zou bij de voortgang van de regeling anders kunnen.
- Aandacht voor maatschappelijk ondernemen en het betrekken van de (potentiele) gebruikers. Bij veel zorginfrastructuur is er geen echt ondernemingsplan gemaakt.
- Zorg er voor dat resultaten zichtbaar worden gemaakt door het bijhouden van het aantal cliënten. Dit maakt het ook mogelijk om meer over de financieringsschotten heen te kijken. Wanneer zichtbaar wordt hoeveel mensen profiteren van de regeling, zien ook zorgverzekeraars en gemeenten wat het oplevert. Resultaat moet zichtbaar zijn in kwalitatieve en kwantitatieve zin.
- Om resultaten te borgen is het van belang dat een organisatie zich afvraagt hoe de zorginfrastructuur past in het gebied en welke samenwerking is er nodig.
- Tot slot: ken je klant en de wijk waar je actief bent. Door de vraag van de klant en de behoefte van de wijk goed te (h)erkennen, kun je het aanbod hierop afstemmen en wordt er meer gebruikt gemaakt van voorzieningen en worden deze ook geborgd.

### *Reactie VWS*

Het Ministerie van VWS concludeert dat de regeling voorziet in een grote behoefte. De vraag van de klant moet centraal staan binnen de voorzieningen en de samenwerking met andere partijen, waaronder de gemeente, wordt steeds belangrijker. VWS geeft aan belang te hechten aan concrete (kwalitatieve en kwantitatieve) resultaten van zorgaanbieders. De resultaten van de evaluatie (waar het debat onderdeel van is) worden meegenomen in het ontwikkelen van de nieuwe regeling.

## 6. Conclusies en aanbevelingen

### De vragen beantwoord

De centrale vraag van het onderzoek is in hoeverre de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' succesvol is geweest.

Om te bepalen hoe succesvol de regeling is geweest zijn vier deelvragen geformuleerd. Deze worden in dit hoofdstuk beantwoord:

- Welke zorginfrastructuur is er opgezet en waar heeft dit tot geleid? Welke voorzieningen zijn tot stand gekomen?

#### *De aanvragen*

Zorgaanbieders hebben de afgelopen jaren veel gebruik gemaakt van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur' uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit. In samenspraak met het zorgkantoor hebben zij financiering aangevraagd voor het realiseren van ruimten voor zorg en ontmoeting en voor het investeren in technologische voorzieningen. De exacte aantallen hierover zijn bekend bij de NZa en komen terug in hun eigen evaluatie.

Intramurale zorgorganisaties timmeren aan de weg als het gaat om het bieden van extramurale zorg. Er gebeurt veel in het land met als belangrijkste reden mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen op een prettige manier. De vragen van ouderen op het gebied van zorg en welzijn worden zoveel mogelijk dicht bij huis beantwoord. Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn het creëren van een veilige omgeving, het bieden van mogelijkheden voor ontmoeting. De 'Beleidsregel zorginfrastructuur' fungeert als katalysator voor het bieden van een passend antwoord. De regeling is veel gebruikt voor het realiseren van ruimten voor een uitvalsbasis voor de zorg, mogelijkheden voor ontmoeting en starten van een café/restaurant. De regeling financiert de kapitaallasten en overige huisvestingslasten. Ook hebben organisaties de regeling gebruikt voor het investeren in technologische voorzieningen.

- Kunnen bewoners door de opgezette zorginfrastructuur langer thuis blijven wonen? Wat is de bijdrage van zorginfrastructuur aan ontmoeting/participatie in de wijk?

Organisaties en cliënten geven aan dat de voorzieningen heel belangrijk zijn om het sociale leven van ouderen te verbeteren en om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Wanneer deze voorzieningen er niet zijn, neemt de kans op opname zeker toe. Het is moeilijk hard te maken maar de gerealiseerde zorginfrastructuur wordt als zeer belangrijk ervaren voor het langer zelfstandig thuis kunnen wonen van ouderen. Vooral de combinatie van het leveren van zorg dichtbij huis en het investeren op ontmoeting en activiteiten levert een belangrijke bijdrage aan de wens van ouderen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. We hebben hiervan mooie voorbeelden gezien in het onderzoek maar het bereik van de zorginfrastructuur kan in een aantal gevallen groter zijn wanneer de zorgorganisaties gebruikers meer betrekken, meer samenwerken met andere organisaties die in de wijk actief zijn en zich meer maatschappelijk ondernemer tonen. In de aanbevelingen gaan we hier nader op in.

De wijkfunctie wordt binnen de bezochte projecten verschillend ingevuld. Dit is afhankelijk van de diensten en voorzieningen die worden aangeboden zoals bijvoorbeeld een restaurantfunctie. Ook heeft niet ieder project als doel de wijk te betrekken.

- Wat is de rol van zorg op afroep in deze zorginfrastructuur?

Bij veel projecten is ook een uitvalsbasis voor de zorg gerealiseerd en vaak wordt er dan zorg op afroep geleverd. Soms is dit alleen voor het woonzorgcomplex waaraan het project is gekoppeld en soms ook voor de hele wijk. Dit is mede afhankelijk van het aantal cliënten dat de zorgorganisatie in de wijk bedient. Er is nog weinig samenwerking tussen organisaties als het gaat om het organiseren van zorg op afroep. Ook worden er verschillende technische systemen gebruikt om

onder andere zorg op afroep te kunnen leveren. Hierin valt nog een behoorlijke efficiëncyslag te slaan. De regeling zou hier op in kunnen spelen. Hoe kunnen organisaties meer gaan samenwerken is daarbij het uitgangspunt met meer doelmatigheid en kwaliteit voor de cliënt als doel.

- Hoe staat het met de samenwerking met andere partijen en cofinanciering?

#### *Samenwerking*

De samenwerking tussen verschillende zorgorganisaties als het gaat om bijvoorbeeld de zorgsteunpunten blijkt nog lastig. De marktwerking speelt hierbij een belangrijke rol. Ook samenwerking tussen de verschillende sectoren komt nog weinig voor. Deze koppeling moet meer gemaakt kunnen worden.

In het kader van doelmatigheid is het van belang dat organisaties gaan nadenken over hoe zij op een efficiënte manier in de toekomst kunnen samenwerken. Ook voor cliënten levert dit voordelen op zoals één steunpunt in de wijk (zorg en ontmoeting) en de mogelijkheid voor zorg op afroep. Als het gaat om technologiesystemen kan er ook een voorwaarde zijn om te werken met concepten die gebaseerd zijn op open standaarden en open source zodat er vrije toegang is om verschillende systemen aan te sluiten.

Samenwerking met andere organisaties komt veel meer voor doordat zorgaanbieders mogelijkheden hebben om infrastructuur in de wijk te realiseren. Hierdoor worden zij een aantrekkelijke partij voor andere organisaties die zich bezig houden met wonen, welzijn en zorg, zoals de gemeente als beleidsbepaler en opdrachtgever van de welzijnsorganisaties. De gezamenlijke investering, van de zorgorganisatie en de aanbieders voor welzijn, in wonen, welzijn en zorg levert uiteindelijk het langer zelfstandig wonen van kwetsbare burgers in de wijk op.

In de praktijkvoorbeelden is de samenwerking met welzijn duidelijk naar voren gekomen. De projecten werken in meer of mindere mate samen met de welzijnsorganisatie. Dit is mede afhankelijk van de samenwerking op bestuurdersniveau, dit is een belangrijke randvoorwaarde voor de uitvoering op de werkvloer. Wanneer er sprake is van samenwerking, zijn welzijnsmedewerkers betrokken bij de organisatie van activiteiten of beheren een informatiepunt voor wijkbewoners. In mindere mate speelt hier ook wel de marktwerking: ook zorgorganisaties kunnen welzijnsdiensten leveren. Er wordt nog relatief weinig samengewerkt buiten de kaders van zorg en welzijn.

#### *Financiering*

Kanttekening bij de regeling is dat de kapitaalslasten/overige huisvestingslasten maar vooral de kosten voor diensten en voorzieningen lang niet altijd dekkend zijn. Organisaties krijgen hun voorzieningen moeilijk exploitabel. Voorbeeld hiervan is het draaien van een café/restaurant dat de organisatie toch graag laagdrempelig wil houden. Opvallend is dat voor een aanzienlijk deel van deze voorzieningen niet wordt bijgehouden hoeveel cliënten er gebruik van maken. Dit inzicht helpt bij de exploitatie van een dergelijke voorziening.

Het tekort ontstaat vooral door te hoge personeelskosten en/of te weinig cliënten. De pakketmaatregel leidt er toe dat er minder cliënten komen voor bijvoorbeeld dagopvang. Het ontbreekt nogal eens aan een gedegen ondernemingsplan. Dit is nodig om zicht te hebben op de kosten en opbrengsten. (Meer) werken met vrijwilligers en meervoudig gebruik van ruimten zijn mogelijkheden om (door samenwerking met andere organisaties) de kosten te drukken. Professionele aansturing van vrijwilligers blijft wel mogelijk en volgens de vrijwilligers van de ouderensociëteit ook belangrijk.

Zorgorganisaties maken zich zorgen over de toekomstige financiering. Blijven de kapitaalslasten vergoed? Hoe houden we de voorzieningen en diensten overeind nu financiering overgaat naar de Wmo en gemeenten bezuinigen? Blijft de financiering voor technologische voorzieningen bestaan? Blijven de woningcorporaties investeren in zorginfrastructuur?

Opvallend is dat ook zorgkantoren weinig kijken naar een doelmatige en doeltreffende inzet van de zorginfrastructuur. In sommige regio's begint dit wel te komen en stemmen zorgkantoor en gemeente af welke infrastructuur voor gebouwen in een dorp of stad gewenst is.

## Aanbevelingen voor de toekomst

### *Advies voor de regeling*

Belangrijkste vraag is, wordt de regeling voortgezet en zo ja in welke vorm? Alle partijen zien graag dat er publieke financiering blijft bestaan voor het realiseren van de zorginfrastructuur.

De regeling wordt vooral gebruikt in de ouderenzorg. Het aantal zelfstandig wonende ouderen met een zorgvraag neemt de komende jaren fors toe, door verdere doorvoering van scheiden van wonen en zorg en door de demografische ontwikkelingen. Gelegenheid voor ontmoeting, activiteiten, de mogelijkheid voor een gezamenlijke maaltijd en de zekerheid dat er zorg is op het moment dat het nodig is, zijn dan belangrijke randvoorwaarden. Ook met een groter beroep op de eigen kracht van ouderen en vrijwilligers, een ondernemende aanpak en een doelmatige inzet van middelen, is er publieke financiering nodig om deze voorzieningen te realiseren en in stand te houden. Organisaties kunnen dan investeren in voorzieningen om aan de (zorg)vragen van de moderne oudere te voldoen. Wel is het van belang te kijken naar voorbeelden waar wordt gewerkt aan maatschappelijk ondernemerschap. Organisaties kunnen er ook voor kiezen hun exploitatie uit handen te geven aan een (maatschappelijk) ondernemer.

Om in de toekomst aan deze vraag te kunnen blijven voldoen, is een regeling van grote waarde. Organisaties geven duidelijk aan dat zonder een regeling het heel moeilijk, 'waarschijnlijk onmogelijk', wordt om cliënten thuis van een passend aanbod op het gebied van zorg en welzijn te voorzien. Gevolg hiervan kan zijn dat mensen toch weer eerder worden opgenomen en de zorgkosten alleen maar hoger worden. Met andere woorden de investering aan de voorkant, levert uiteindelijk een besparing in de zorg op. Ook past zorginfrastructuur goed bij het wijkgerichte werken, dat een steeds belangrijker plek gaat innemen. Zorginfrastructuur is ook bijna altijd een de verbindende schakel tussen welzijn en zorg.

De context waarbinnen de beleidsregel zorginfrastructuur wordt uitgevoerd zal de komende jaren flink veranderen. Hiermee moet rekening worden gehouden bij het advies over de regeling. Het ministerie van VWS heeft ingrijpende veranderingen in de AWBZ aangekondigd, waarvan een deel al eerder in gang is gezet. Het scheiden van wonen en zorg zet door, waarmee het belang van zorginfrastructuur toeneemt. De begeleiding gaat naar de gemeenten, uitgezonderd voor ouderen die zelfstandig wonen maar een verblijfsindicatie hebben en gebruik maken van het Volledig Pakket Thuis. Hiermee zet de overheveling van taken naar de gemeenten door. Gemeenten krijgen een veel prominentere rol in het veld van wonen, welzijn en zorg. Een deel van de functies die onder de zorginfrastructuur valt, komt onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dit maakt het extra evident dat de naam zorginfrastructuur de lading niet (meer) helemaal dekt. Het gaat om meer dan AWBZ-zorg, zoals ontmoeting.

In de AWBZ komen integrale tarieven en prestatiebekostiging. Wat dit laatste gaat betekenen is nog niet helemaal te voorzien. Het idee is dat financiering gekoppeld wordt aan de resultaten voor de cliënt en niet op basis van input. Dit moet leiden tot een betere aansluiting op welzijn, maatwerk en vernieuwing. De integrale bekostiging houdt in dat ook de kapitaalslasten worden ondergebracht in de ZZP tarieven. De vergoeding wordt daarmee gekoppeld aan de bezetting. Dit geldt op zich voor intramurale capaciteit, wat de zorginfrastructuur niet is. Maar de kans is redelijk dat ook in de extramurale zorg een op individuele cliënt gerichte zorgzwaartefinanciering komt. Al met al past de collectieve financiering die de regeling zorginfrastructuur kenmerkt niet goed bij individueel gerichte AWBZ financiering. Dit zal ook consequenties hebben voor de regeling zorginfrastructuur.

De uitvoering van de AWBZ gaat per 2013 over naar de zorgverzekeraars. Ook dit zal gevolgen hebben, maar deze zijn nog lastig te overzien.

In grote lijnen zijn er drie opties voor de toekomst:

- De regeling wordt opgesplitst. De functies die gekoppeld zijn aan de Wmo worden overgeheveld naar de gemeenten. De functies gekoppeld aan de AWBZ blijven onder de AWBZ;
- De regeling wordt in zijn geheel overgeheveld naar de gemeenten;
- De regeling blijft in zijn geheel in de AWBZ. Dit lijkt niet zo logisch gezien het VWS beleid.



Indien en zover de regeling binnen de AWBZ blijft is nog de vraag hoe de zorginfrastructuur gefinancierd wordt. Individuele cliënt gerichte financiering kan ertoe leiden dat realistische plannen worden gemaakt op basis van een ondernemingsplan. Het kan er ook toe leiden dat zorgaanbieders geen risico nemen. Ook moeten we ons realiseren dat de zorginfrastructuur een collectieve functie heeft en lang niet alles per hoofd van de gebruiker is te berekenen. De financiering van de huisartsenposten zou model kunnen staan: een basisbedrag per verzekerde. Voor de reeds aanwezige zorginfrastructuur zal een overgangsregeling moeten komen.

Het kan nog wel even duren voordat veranderingen in de regeling zijn doorgevoerd. Daarom hebben we ook gekeken naar wat beter kan. De regeling is in 2006 bewust gestart met weinig kaders om ruimte te bieden aan vernieuwende initiatieven voor extramuralisering. Inmiddels is meer zicht op wat wel en niet werkt. Voor een goede aansluiting op de vraag van de ouderen en een doelmatige inzet van beschikbare middelen, zouden er duidelijker criteria moeten worden gesteld rondom:

- Doelmatig gebruik van gebouwen en technologie;
- Samenwerking op wijkniveau, ook met de eerstelijnszorg en in het kader van ketenzorg;
- Betrokkenheid van gebruikers/wijkbewoners;
- Maatschappelijk ondernemerschap. Dit kan de organisatie zelf doen maar ook uit handen geven aan een ondernemer.

Gemeenten en zorgkantoren moeten hun beleid rondom de sociale- en zorginfrastructuur op elkaar afstemmen. Voor kleine gemeenten zou dit invulling kunnen krijgen door een aantal 'kaderafspraken' (bijvoorbeeld een accommodatie per dorp). Het zorgkantoor zal als eis moeten stellen dat de gemeente achter de zorginfrastructuur staat, zeker als er ook Wmo gerelateerde functies worden verleend.

#### *Advies aan aanvragers/gebruikers van de regeling*

Zorgaanbieders kunnen er zelf actief aan bijdragen om de zorginfrastructuur meer op de (toekomstige) vraag van ouderen in de wijk te laten aansluiten en doelmatiger te maken.

Zorgaanbieders moeten nadenken over de volgende vragen:

- Wie zijn de (potentiele) gebruikers van de voorzieningen en diensten? Wat is de (toekomstige) behoefte van de wijk?
- Welke samenwerkingspartners zijn belangrijk als het gaat om financiering (gemeente, woningbouwcorporatie)?
- Wie zijn belangrijk samenwerkingspartners als het gaat om de uitvoering op wijkniveau?
- Hoe krijg ik het kostenplaatje (gebouw en diensten/voorzieningen) kostendekkend? Welke kennis en wie heb ik hiervoor nodig? Hoe gaan we ondernemend organiseren?
- Hoe maak ik de resultaten zo goed mogelijk zichtbaar en zorg dus voor het borgen van deze resultaten?

Deze vragen zouden leidend moeten zijn in de aanvragen voor financiering. Als aan deze randvoorwaarden wordt voldaan, verhoogt dit aanzienlijk de slagingskans voor zowel de gebruikers- als de financiële kant van projecten. Onderstaand worden de vragen uitgewerkt in aanbevelingen.

#### *Financiële partners*

Om de zorginfrastructuur kostendekkend te krijgen is het van belang samen te werken met verschillende partijen die mede kunnen investeren, zoals de woningbouwcorporatie in het vastgoed en de technologie en de gemeente als opdrachtgever van de welzijnsorganisaties. De gemeente kan de rol spelen als regisseur van de samenwerking. Ook kan de gemeente processen op gang brengen en faciliteren en daarmee de samenwerking tussen zorg en welzijn stimuleren en enthousiasmeren. Deze samenwerking wordt in de toekomst steeds belangrijker om het plaatje rond te krijgen. Gemeenten willen vanuit de Wmo dat burgers zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en participeren. Zorgkantoren en zorgorganisaties delen deze visie en het inzicht in deze gezamenlijke opgave kan leiden tot een gezamenlijke investering om dit doel te bereiken. De regeling zou gemeenten en zorgorganisaties kunnen prikkelen tot dit gezamenlijke inzicht. Hierbij is het ook van belang dat de investeringen aan de voorkant vanuit de gemeenten, kunnen leiden tot besparingen in de AWBZ. Wanneer er gezamenlijk wordt opgetrokken, kan over schotten heen worden gedacht. Het zichtbaar maken van resultaten is hierbij wel van belang (zie hieronder).

### *Samenwerking op wijkniveau*

De samenwerking vormgeven op wijkniveau wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor efficiënt en effectief werken aan het langer zelfstandig wonen van kwetsbare burgers, met name voor kwetsbare ouderen die niet meer zo mobiel zijn. In iedere wijk zijn andere partijen actief, waar in de ene wijk sprake is van actief vrijwilligerswerk wordt in de andere wijk meer opgevangen door het welzijnswerk of is de lokale ondernemer actief. De regeling zou deze samenwerking op wijkniveau moeten stimuleren. Het budget wordt zo efficiënt ingezet en een goede samenwerking leidt uiteindelijk tot het beste aanbod voor de klant.

### *Betrokkenheid van de (potentiele) gebruikers*

Een praktijkvoorbeeld laat heel duidelijk de meerwaarde zien van het betrekken van (potentiele) gebruikers in de wijk. De gebruikers van het project zijn actief betrokken bij de organisatie van allerlei activiteiten en weten wat er leeft in de wijk. Zij spelen hier op in en dit maakt het project tot een succes. Ook het onderzoek van de SEV laat het belang van deze betrokkenheid zien. Een aanbeveling voor de zorgaanbieders is om vanaf de start van het project de potentiele gebruikers actief te betrekken. Laat ze meedenken (en ook meebepalen) over de invulling van het project. Wanneer gebruikers tevreden zijn over de geleverde diensten, zijn zij ook eerder bereid hiervoor een bijdrage te betalen. Ook kan zo beter een beroep worden gedaan op de eigen kracht van de gebruikers en de wijk.

### *Ondernemend organiseren*

Belangrijke vraag bij het realiseren van de zorginfrastructuur is hoe de financiering van de voorzieningen en diensten dekkend te krijgen. Het gaat niet alleen om het gebouw en de andere huisvestingslasten maar juist om de voorzieningen en diensten waarvoor het gebouw wordt gebruikt. Uit de evaluatie blijkt dat deze voorzieningen en diensten in ongeveer de helft van de gevallen moeilijk kostendekkend te krijgen zijn, met name wanneer het gaat om een café/restaurant of mogelijkheden voor ontmoeting. Hoe kunnen organisaties deze diensten en voorzieningen zo organiseren dat er geen verlies op wordt gedraaid: met andere woorden hoe kunnen ze aan de slag met ondernemend organiseren? Hierbij kan worden gedacht aan het werken met vrijwilligers, scholen, ondernemers in de wijk, re-integratietrajecten en buurtbewoners (zie ook betrokkenheid gebruikers), samenwerking met andere aanbieders als het gaat om het gebruik van gebouwen, het realiseren van zorg op afroep en ook andere vormen van technologie. Zorgaanbieders moeten ook buiten de bestaande kaders van zorg en welzijn denken en doen. Er is nog veel te winnen als het gaat om doelmatig gebruik van gebouwen en technologie. Het grootste probleem zit vaak in de financiering van een café/restaurant. Hiervoor zijn verschillende formules denkbaar (zie de praktijkvoorbeelden). Het is belangrijk duidelijke keuzes en een ondernemingsplan te maken. Hiervoor is het belangrijk de wijk en de potentie van de eigen locatie goed te kennen: wat voor voorzieningen zijn er al, wat voor mensen wonen er in de wijk, kunnen we aanloop vanuit de wijk verwachten gezien de ligging, bevolking en andere voorzieningen? Daarnaast zullen zorgaanbieders de overweging moeten maken welk maatschappelijk vastgoed en diensten zij zelf willen exploiteren en wat ze aan anderen kunnen overlaten (zoals bijvoorbeeld horeca).

### *Zichtbaar maken van resultaten*

Opvallend genoeg hebben veel organisaties geen duidelijk beeld bij het aantal gebruikers van de ontmoetingsruimten en het café/restaurant, dit wordt vaak niet structureel bijgehouden. Dit gebeurt in meerdere mate voor de AWBZ diensten als uitvalsbasis voor de zorg en technologie diensten.

Wanneer aantallen gebruikers van collectieve voorzieningen, zoals ontmoetingsruimten en café/restaurant, inzichtelijk worden gemaakt, wordt ook duidelijker wat investeren in deze voorzieningen oplevert. Resultaten moeten zichtbaar zijn in kwalitatief en kwantitatief op zicht. Op deze manier wordt het voor partijen aantrekkelijk om gezamenlijk te investeren in de zorginfrastructuur. Een belangrijke vraag blijft namelijk altijd wat levert investeren aan de voorkant, aan de achterkant op? Kortom: is het zinvol om te investeren in zorg en sociale infrastructuur vanuit het oogpunt AWBZ kosten te besparen? Ook in het licht van de toekomstige prestatiegerichte bekostiging is dit van belang.

We hebben onderzoek gedaan naar zorgaanbieders die gebruik hebben gemaakt van de 'Beleidsregel zorginfrastructuur'. Relevant is om meer inzicht te krijgen hoe organisaties die geen gebruik hebben

gemaakt van de regeling toch komen tot een goede zorginfrastructuur. Bij de voorbeelden die wij kennen is altijd een vorm van publieke financiering betrokken.

#### *Aanbevelingen voor vervolg*

Wat is er voor nodig om de realisatie van de zorginfrastructuurprojecten te optimaliseren? Als Vilans doen we hiervoor de volgende aanbevelingen:

- Verzamelen en verspreiden van goede praktijkvoorbeelden
- Ontwikkelen van een format voor een ondernemingsplan/markstrategie
- Onderzoek onder potentiële gebruikers: landelijk en lokaal beeld
- Leerwerkplaatsen waarin organisaties worden ondersteund bij het (door)ontwikkelen van een zorginfrastructuur die aansluit bij de klanten, de wijk, de samenwerkingspartners en uiteindelijk de meeste kans van slagen heeft om kostendekkend diensten en voorzieningen aan te kunnen bieden met als doel de gebruikers langer gelukkig en veilig zelfstandig te kunnen laten wonen.

# Literatuurlijst

Kok, L., J. Stevens, N. Brouwer, E. van Gameren, K. Sadiraj en I. Woittiez (2004). *Kostenbaten analyse van extramuralisering. De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-werkdocument 109, seo-rapport 738).

KCWZ (2011): expertmeeting verslag

<http://www.kcwz.nl/doc/buurtprojecten/Van%20de%20kook%20-%20Succesfactoren%20en%20valkuilen%20voor%20wijkrestaurants.pdf>

NZa (2009). *BELEIDSREGEL CA-340 Zorginfrastructuur*. Utrecht: NZa

SEV (2010). *Multifunctionele dienstencentra. Hoe ze functioneren*. Rotterdam: SEV.

TNO Centrum Zorg en Bouw (2010). *Analyse beleidsregel Zorginfrastructuur van de NZa*. Utrecht: TNO

# Bijlage A: vragenlijst zorgaanbieders

## Algemene gegevens

1. In welke sector is uw organisatie actief?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- verpleging en verzorging
- thuiszorg
- verstandelijk gehandicaptenzorg
- lichamelijk gehandicaptenzorg
- GGZ
- anders, namelijk:

2. Hoeveel cliënten worden door uw organisatie ondersteund?

- < 100
- 100- 250
- 250- 500
- 500 - 1000
- > 1000

3. In welke mate heeft u de zorg de afgelopen jaren geëxtramuraliseerd (intramurale capaciteit vervangen door extramurale inzet van zorg)

- niet
- < 25%
- 25-50%
- 50 - 75%
- 75-100%

## Aanvraag beleidsregel Zorginfrastructuur

In dit blok vragen komt de aanvraag van de beleidsregel Zorginfrastructuur aan de orde. Graag willen we van u weten hoeveel aanvragen u heeft ingediend en hoeveel cliënten er zijn bereikt met de regeling Zorginfrastructuur.

In de vragenlijst vragen we naar uw organisatie. Het kan zijn dat uw organisatie ingedeeld is in regio's. U kunt deze vragen dan invullen voor de regio('s) waarvoor u verantwoordelijk bent. Indien u voor meerdere regio's verantwoordelijk bent als het gaat om de regeling Zorginfrastructuur, kunt u een totaalbeeld aangeven.

4. Volgens onze gegevens heeft uw organisatie gebruik gemaakt van de beleidsregel Zorginfrastructuur, klopt dit? *Ter toelichting: het gaat zowel om afzonderlijke aanvragen als aanvragen die deel uitmaken van een grotere (bouw) aanvraag.*

- ja --> door naar vraag 5
- nee

4b. Om welke reden heeft uw organisatie geen gebruik gemaakt van de regeling?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- niet bekend met de regeling
- andere financieringsmogelijkheden
- zorgkantoor niet akkoord met de aanvraag
- geen plannen waar de regeling op van toepassing was
- anders, namelijk:

4c. Op welke wijze heeft uw organisatie de zorginfrastructuur dan toch gerealiseerd? *Indien deze vraag niet van toepassing is, hoeft u niks in te vullen*

*Open vraag*

### Hierna einde vragenlijst voor deze groep

5. Hoeveel aanvragen heeft uw zorgorganisatie (en de voorlopers hiervan) in totaal ingediend (vanaf 2006)?

.. aanvragen

6. Hoeveel projecten zijn in de aanvraagfase, in de plan/bouwfase en al gerealiseerd? *Wanneer er geen sprake is van een project in één van de fasen, kunt u 0 invullen.*

Aantal projecten

- aanvraagfase
- plan/bouwfase
- al gerealiseerd

### Gerealiseerde projecten

Met behulp van de volgende vragen willen we meer informatie krijgen over de reeds **gerealiseerde** projecten en niet over de projecten die nog in de aanvraag- of bouwfase zitten.

7. De projecten die u heeft gerealiseerd, zijn:  
Wilt u hier het aantal projecten benoemen. *Wanneer er geen projecten in een dergelijke vorm zijn gerealiseerd, kunt u 0 invullen.*

Aantal projecten

- stand alone
- gekoppeld aan een instelling voor verblijf
- gekoppeld aan een woonzorgcomplex
- onderdeel van een multifunctionele accommodatie

8. Bij hoeveel projecten zijn de onderstaande ruimten/voorzieningen met behulp van de beleidsregel Zorginfrastructuur gerealiseerd?  
Wilt u hier het aantal projecten benoemen. *Wanneer er in geen enkel project een dergelijke ruimte is gerealiseerd, kunt u 0 invullen.*

Aantal projecten

- ruimte voor ontmoeting in de wijk
- dagopvang AWBZ
- uitvalsbasis voor de zorg
- ruimte voor eerstelijnszorg
- ruimte voor overige organisaties
- café/restaurant
- technologische voorzieningen

9. Is het type zorginfrastructuur dat uw organisatie via de beleidsregel Zorginfrastructuur heeft aangevraagd in de loop der tijd veranderd?

*Open vraag*

### Specifieke vragen één of twee gerealiseerde projecten

Graag willen we hier meer specifieke informatie verzamelen over de projecten die u heeft gerealiseerd. Dit doen we om een specifiek beeld te krijgen van wat er met de regeling is gerealiseerd. Wanneer u twee of meer projecten heeft gerealiseerd met de regeling Zorginfrastructuur, willen we u vragen de vragen voor twee projecten in te vullen. Indien mogelijk gaat dan onze voorkeur uit naar de realisatie van twee verschillende type Zorginfrastructuur (bijvoorbeeld zorgsteunpunt en ontmoetingsruimte).

### Project 1

1. Is het project dat uw organisatie heeft gerealiseerd:
  - stand alone
  - gekoppeld aan een instelling voor verblijf
  - gekoppeld aan een woonzorgcomplex
  - onderdeel van een multifunctionele accommodatie

#### Ruimten

2. Kruis aan welk soort ruimten met dit project zijn gerealiseerd:
  - ruimte voor ontmoeting in de wijk
  - dagopvang AWBZ
  - uitvalsbasis voor de zorg
  - ruimte voor eerstelijnszorg
  - ruimte voor overige organisaties
  - café/restaurant
  - anders, namelijk:
3. Bent u in de wijk de enige aanbieder van een ontmoetingsfunctie voor mensen in de wijk?
  - ja
  - nee
  - n.v.t., dit betreft geen project met een ontmoetingsfunctie voor mensen in de wijk
4. Welke AWBZ doelgroepen zijn de gebruikers van dit project?  
*Meerdere antwoorden mogelijk*
  - ouderen: PG
  - ouderen: somatiek
  - lichamelijk beperking
  - verstandelijk beperking
  - GGZ

**Vraag 5: alleen voor diegene die uitvalsbasis voor de zorg hebben aangeklikt bij vraag 2.**  
U heeft aangegeven een uitvalsbasis voor de zorg te hebben gerealiseerd met dit project.

5. Houdt u bij hoeveel cliënten worden bereikt met de uitvalsbasis voor de zorg?
  - ja
  - nee --> door naar 6 of 7

5b. Kunt u aangeven om hoeveel cliënten het gaat?

#### Cliënten/gebruikers

**Vraag 6: alleen voor diegene die ontmoetingsruimte en/of café/restaurant hebben aangeklikt bij vraag 2.**

Onderstaande vragen hoeft u alleen in te vullen voor ontmoetingsruimte en café/restaurant.  
Wanneer u meer dan één ruimte heeft dan kunt u het totaal aangeven.

6. Welk type cliënten/gebruikers maken gebruik van de ontmoetingsruimte c.q. café/restaurant?  
*Meerdere antwoorden mogelijk*  
AWBZ cliënten Wmo cliënten Overige inwoners uit de wijk
  - ontmoetingsruimte
  - café/restaurant
- 6b. Houdt u bij hoeveel cliënten/gebruikers gebruik maken van:
  - ontmoetingsruimte ja/nee --> alleen bij ja vraag 6c
  - café/restaurant ja/nee --> alleen bij ja vraag 6c
- 6c. Kunt u aangeven om hoeveel cliënten/gebruikers het gaat?
  - ontmoetingsruimte aantal

- café/restaurant                      aantal

### *Technologie*

7. Zijn er met dit project ook technologische voorzieningen gerealiseerd?

- ja
- nee --> door naar vraag 9

7b Zo ja, welke technologische voorzieningen zijn er gerealiseerd?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- actieve alarmeringsvoorziening
- passieve alarmeringsvoorziening
- inactiviteitsmelder
- uitluistersysteem verzorging of verzorgende
- meldkamer en meldcentrale
- restpost andere voorzieningen
- screen to screen

8. Voor welk type cliënten zijn de aangekruiste technologische voorzieningen gerealiseerd?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- ouderen: PG
- ouderen: somatiek
- lichamelijk beperkten
- verstandelijk beperkten
- GGZ
- onbekend

8b. Kunt u aangeven hoeveel cliënten u totaal bereikt met de technologische voorzieningen (of een indicatie geven)?

### *Zorg op afroep*

In dit onderzoek verstaan we onder zorg op afroep: de cliënt kan op andere momenten (dan op afspraak) een beroep doen op de zorgverlener, bijvoorbeeld als deze plotseling onwel wordt, naar het toilet moet, gevallen is, en dergelijke. De cliënt staat als zodanig bij de zorgaanbieder bekend, en woont binnen een straal van zo'n vijfhonderd meter van het servicepunt of zorgcentrum af. Deze zorg is 24 uur per dag inzetbaar.

9. Levert u met deze voorziening zorg op afroep aan mensen MET een AWBZ-indicatie?

- ja
- nee

10. Levert u met deze voorziening zorg op afroep aan mensen ZONDER een AWBZ-indicatie?

- ja
- nee

### *Financiering*

De financiering van het project verdelen wij onder in kapitaalslasten/overige huisvestingskosten (huur/afschrijving etc.) en de financiering van diensten die worden geleverd in dit project. Wij zullen u eerst een aantal vragen stellen over de financiering van de kapitaalslasten/ overige huisvestingskosten. Vervolgens gaan we in op de financiering van de diensten.

#### *Kapitaalslasten/overige huisvestingskosten*

11. Welk percentage van de kapitaalslasten/overige huisvestingskosten voor dit project wordt gefinancierd door beleidsregel Zorginfrastructuur en welk percentage is gefinancierd door andere bronnen? Dit moet samen optellen tot 100 procent.

- ..% regeling
- ..% andere bronnen



12. Welke eventuele andere financieringsbronnen zijn voor de kapitaalslasten/overige huisvestingskosten van dit project aangeboden?  
*Meerdere antwoorden mogelijk*
- gemeente
  - provincie
  - eerstelijnsorganisaties
  - cliënten/bezoekers (bv in servicekosten of andere wijze)
  - eigen organisatie
  - woningcorporatie
  - anders, namelijk:
  - geen
13. Worden de voorzieningen voor dit project gehuurd van de woningcorporatie of zijn deze in eigendom van uw zorgorganisatie?
- gehuurd van de woningcorporatie
  - in eigendom van de zorgorganisatie
14. Wordt de gerealiseerde ruimte ook nog aan anderen dan eigenaar of hoofdgebruikers verhuurd?
- ja
  - nee --> door naar vraag 15
- b. Zo ja, is er een verschil in tarief voor zakelijke klanten en maatschappelijke functies?
- ja
  - nee
15. Is het project als het gaat om de totale kapitaalslasten/overige huisvestingskosten kostendekkend?
- ja
  - nee

b. Kunt u bovenstaand antwoord toelichten?  
*Open vraag*

#### *Financiering diensten en voorzieningen*

16. Welke financieringsbronnen zijn er in dit project voor het leveren van diensten/voorzieningen?  
*Meerdere antwoorden mogelijk*
- AWBZ
  - Wmo
  - eigen betalingen cliënten/bezoekers
  - subsidie(s) van gemeente (niet Wmo)
  - subsidie(s) van provincie
  - bijdrage van woningcorporatie
  - eigen organisatie
  - anders, namelijk:
17. Is het project kostendekkend als het gaat om de financiering van diensten/voorzieningen?
- ja --> door naar vraag 17c
  - nee
- b. Zo nee, welke diensten/voorzieningen in dit project zijn niet kostendekkend?  
*Meerdere antwoorden mogelijk*
- ontmoeting
  - café/restaurant
  - dagopvang
  - uitvalsbasis zorg
  - bieden technologische voorzieningen

c. Kunt u bovenstaand antwoord toelichten?  
*Open vraag*

#### *Zelfstandig wonen*

18. Op welke manier draagt dit project bij aan onderstaande factoren met betrekking tot het langer zelfstandig wonen van kwetsbare burgers? U kunt dit aangeven op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 staat voor geen bijdrage en 5 voor een belangrijke bijdrage

Schaal 1-5

- ontmoeting
- participatie
- veiligheid
- zorg op afroep

19. Wanneer u nog specifieke opmerkingen heeft over dit project kunt u deze hier kwijt. *Dit is niet verplicht.*

*Open vraag*

is er een tweede project gerealiseerd met de beleidsregel Zorginfrastructuur?

- ja --> herhalen bovenstaande vragen 1 t/m 20 van onderdeel specifieke projecten voor project 2
- nee --> door naar algemene vragen, vraag 20

#### Algemene vragen

##### *Voorbeeldproject*

20. Kunt u een voorbeeldproject noemen dat is ontwikkeld met behulp van de beleidsregel Zorginfrastructuur? Kunt u daarbij aangeven op welk gebied dit een voorbeeldproject is: bijvoorbeeld er is doelmatig gewerkt, een goede samenwerking geweest of dat kwetsbare burgers langer zelfstandig kunnen wonen. Het kan gaan om ontmoeting of wederkerigheid AWBZ cliënten en overige wijkbewoners etc. U kunt ook een project noemen dat juist niet naar wens is verlopen.

*Open vraag*

21. Is dit project gerealiseerd:

- platteland/stad
- wel/niet woonservicezone

22. Mogen we u benaderen over dit project?

- ja - uw gegevens worden gevraagd
- nee

##### *Tot slot*

23. Stel u mag het Ministerie van VWS adviseren over deze regeling. Wat zou u dan adviseren: stoppen, doorgaan op deze wijze of aanpassen? Graag uw antwoord motiveren.

*Open vraag*

# Bijlage B: vragenlijst zorgkantoren

## Aanvraag beleidsregel Zorginfrastructuur

1. Hoeveel aanvragen heeft uw zorgkantoor per jaar gekregen in het kader van de beleidsregel Zorginfrastructuur? Wanneer u het exacte aantal niet weet, kunt u dan een indicatie geven.  
.. aantal aanvragen 2006/2007/2008/2009/2010 tot nu toe
2. Is het type zorginfrastructuur in de aanvragen in de loop der tijd veranderd? Zo ja, om wat voor veranderingen gaat het  
*Open vraag*
3. Heeft uw zorgkantoor beleid geformuleerd ten aanzien van de regeling zorginfrastructuur?
  - ja
  - nee
4. Welke criteria hanteert uw zorgkantoor bij de aanvragen?
  - verhouding kosten aantal gebruikers
  - totale kosten
  - co-financiering
  - samenwerking met gemeente
  - samenwerking met andere zorgaanbieders
  - reeds aanwezige zorginfrastructuur in de wijk/het gebied
  - geleverde functies/voorzieningen
  - extramuralisering (bv. reductie aantal bedden)
  - anders, namelijk:
  - geen criteria
5. Zijn de criteria van uw zorgkantoor in de loop der tijd veranderd? Zo ja, wat zijn belangrijkste veranderingen?  
*Open vraag*
6. Kunt u met behulp van een numerieke rangorde aangeven voor welke type voorzieningen de meeste aanvragen zijn gedaan en voor welke de minste aanvragen zijn gedaan. *U geeft een 1 aan de meeste aanvragen, dan volgt een 2 etc, en een 7 aan waarvoor de minste aanvragen zijn gedaan.*
  - ruimte voor ontmoeting in de wijk
  - dagopvang AWBZ
  - uitvalsbasis voor de zorg
  - ruimte voor eerstelijnszorg
  - ruimte voor overige organisaties
  - café/restaurant
  - technologische voorzieningen
7. Kunt u een percentuele verdeling geven van de verschillende sectoren waarin de aanvragen zijn gedaan?
  - verpleging en verzorging
  - gehandicaptenzorg
  - GGZ
8. Kunt u een percentuele verdeling geven (of een inschatting maken) tussen de meters die worden gebruikt voor het verlenen van zorg/uitvalsbasis zorg (zorgmeters) en de meters die worden gebruikt voor ontmoeting/restaurant (niet zorgmeters).
  - zorgmeters
  - niet zorgmeters

## Effect en voortgang regeling

Doel van de regeling Zorginfrastructuur is dat mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen of weer thuis kunnen gaan wonen.

9. Heeft volgens u de beleidsregel Zorginfrastructuur bijgedragen aan het doel om mensen met een langdurige zorgvraag zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen?
  - ja
  - nee
- 9b. Kunt u bovenstaand antwoord toelichten?
10. Heeft volgens u de regeling zorginfrastructuur bijgedragen aan extramuralisering (een afname van intramurale capaciteit)?
  - ja
  - nee
- 10b. Kunt u bovenstaand antwoord toelichten?
11. Wat is volgens u het effect van de regeling voor de zorgorganisaties die aanvragen doen?  
*Open vraag*
12. Wat is volgens u het effect van de regeling voor de doelgroep?  
*Open vraag*
13. Welke maatschappelijke baten heeft de regeling volgens u opgeleverd?  
*Open vraag*

## Langer zelfstandig wonen

14. Op welke manier dragen de projecten die met behulp van de beleidsregel Zorginfrastructuur in het algemeen bij aan het langer zelfstandig wonen van kwetsbare burgers? Schaal 1 tot 5, 1 draagt niet bij, 5 draagt veel bij  

Schaal 1-5

  - ontmoeting
  - participatie
  - veiligheid
  - zorg op afroep
15. Kunt u kort beschrijven welke voorzieningen/diensten volgens u in de afgelopen jaren zijn opgekomen (of nog meer moeten opkomen) die sterk bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van kwetsbare burgers?  
*Open vraag*
16. Kunt u in uw regio voorbeeldproject noemen dat is ontwikkeld met behulp van de beleidsregel Zorginfrastructuur? Kunt u daarbij aangeven op welk gebied dit een voorbeeldproject is: bijvoorbeeld er is doelmatig gewerkt, een goede samenwerking geweest of dat kwetsbare burgers langer zelfstandig kunnen wonen. Het kan gaan om ontmoeting of wederkerigheid AWBZ cliënten en overige wijkbewoners etc. U kunt ook een project noemen dat juist niet naar wens is verlopen.  
*Open vraag*
17. Is dit project gerealiseerd:
  - platteland/stad
  - wel/niet woonservicezone
18. Mogen we u benaderen over dit project?
  - ja --> de gegevens worden gevraagd
  - nee

Tot slot

19. Stel u mag het Ministerie van VWS adviseren over deze regeling. Wat zou u dan adviseren: stoppen, doorgaan op deze wijze of aanpassen? Graag uw antwoord motiveren.  
*Open vraag*

## Bijlage C: open antwoorden specifieke projecten

Deze zorginfrastructuur is het kloppend hart tussen de intramurale accommodatie, de annex gelegen zelfstandige zorgwoningen en de omliggende buurt. De investering is vanuit maatschappelijk oogpunt meer dan rendabel omdat er substantiële AWBZ-kosten worden bespaard doordat ouderen door contact en ondersteuning mentaal op niveau blijven en aldus langer zelfstandig kunnen blijven wonen.
kom maar kijken in loon op zand bij de Venloene
het initiatief heeft een hoge meerwaarde in de wijk
de onzekerheid van de financiering is een rem op ontwikkeling
Als de subsidie stopt zullen wij het aanbod van diensten aanmerkelijk terug moeten draaien, het gevolg van het verminderen van deze diensten houdt in dat de zorgvraag zal stijgen. De cliënten zullen hun sociale ontmoetingsplaats kwijtraken, kwalitatief mindere maaltijden gebruiken en in een sociaal isolement geraken.
Beeldtelefonie is voor dove mensen die afhankelijk zijn van visuele communicatie van levensbelang om contacten te maken. Naast de geschreven tekst is de gebarentaal hun eerste taal. Vandaar dat beeldtelefonie enorm belangrijk is. Helaas is de doelgroep niet zo groot dat beeldtelefonie in Nederland achter loopt bij ontwikkelingen in UK, Scandinavische landen en USA
De beleidsregel zorginfrastructuur is van levensbelang voor dit project(en ook voor andere nog te realiseren projecten). Indien de vergoeding voor de kapitaalslasten uit de zis-regeling wegvalt, zal het project voor ons niet meer te financieren zijn. Gezien de langlopende verplichtingen naar de verhuurder hebben we dan ook een flink financieel probleem
Project wordt nu verder in de organisatie op meerdere plaatsen uitgerold.
Medefinanciering corporatie en verrekening via servicekosten corporatie zijn essentieel voor kostendekking.
Het heeft veel implementatie tijd (en geld) gevraagd. Dit komt omdat je met zoveel partijen moet afstemmen en als het er op aan komt de gemeente geen verantwoordelijkheid wil nemen om een deel van de kosten vanuit WMO visie te betalen.
een bijzonder aspect is in dit wooncomplex dat de rol van huismeester en van zorgverlener is gecombineerd. dit maakt de zorg op afroep efficiënter te organiseren.
De aanvraagprocedure voor de Regeling is vreemd omdat immers geen goed- of afkeuring vooraf door de NZa wordt gegeven. We moeten maar hopen (en gelukkig is dit ook zo gegaan) dat het positieve advies van het Zorgkantoor en de goedkeuring door de accountant inderdaad leidt tot de vergoeding van kosten. Pas als de kosten al gemaakt zijn komt er zekerheid over vergoeding, eigenlijk kun je op deze wijze niet (voor)financieren en investeren.
Zorginfrastructuur als onderdeel van een zorgwoningencomplex zorgt voor een flankerende "zorg"garantie vergelijkbaar met de algemene voorzieningen in een verzorgingshuis.
Inzet van ZorgTV draagt bij tot een verminderd gevoel van eenzaamheid; dit is reeds wetenschappelijk aangetoond.
Corporatie zoals gevraagd is hierbij een projectontwikkelaar
De bedreigingen die ontstaat dat hierdoor op korte termijn de dienstverlening door onze organisatie moet worden stopgezet. De meerwaarde van het doel waarvoor het is opgezet verdwijnt. Een eigen bijdrage van bezoekers en bewoners leidt uit ervaring onmiddellijk tot terugloop van bezoekers.
Met name screenzorg is innovatief en vraagt tijd!
het gaat hier over aanleunwoningen naast het zorgcentrum

## Bijlage D: overzicht praktijkvoorbeelden

Organisatie:	Werkt voor Ouderen	Vivantes	Aafje	Careyn	Paletgroep
Project:	De Schutterij in Vlissingen	Wijksteunpunt Amusant in Geleen	Zuiderkroon in Rotterdam	Careyn Steunpunten in Breda	Ouderenociëteit in Leeuwarden
VRAGEN					
1. Type project	Gekoppeld aan een woonzorgcomplex	Stand alone, maar het zijn eigenlijk een aantal hoogbouwflats, in één van de flats is een wijksteunpuntgebouw. En een aantal van die appartementen in de flats zijn zorgwoningen geworden.	Stand alone, op de begane grond een complex voor ouderenwoningen, is tevens een apotheek en huisarts aanwezig maar organisatorisch is alles apart.	De steunpunten hebben over het algemeen één of meerdere van onderstaande functies:	Stand alone Wonen veel mensen in een appartementencomplex met een hoog opleidingsniveau. Mengvorm van gemeente.
3. Diensten/voorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontmoetingsruimte -</li> <li>Uitvalsbasis zorg</li> <li>- Café/restaurant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AWBZ dagopvang</li> <li>- Uitvalsbasis zorg</li> <li>- Welzijnsactiviteiten</li> <li>- Informatiepunt welzijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontmoetingsruimte</li> <li>- Uitvalsbasis zorg</li> <li>- Café/Restaurant</li> <li>- Ruimte voor eerstelijnszorg (huisarts, apotheek)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inloopfunctie voor cliënten</li> <li>- Consultatiebureau voor ouderen</li> <li>- Uitvalsbasis voor onplanbare zorg</li> <li>- Sociale functie (zoals maaltijden, dagactiviteiten)</li> <li>- Technologische voorzieningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AWBZ dagopvang</li> <li>- Ontmoetingsruimte</li> <li>- Uitvalsbasis zorg</li> <li>- Ruimte voor eerstelijnszorg (huisarts)</li> <li>- Café/restaurant</li> </ul>
2. Doelgroep	Voornamelijk ouderen die in het complex wonen.	Ouderen en verstandelijk gehandicapten	Ouderen	Voornamelijk de thuiswonende ouderen of ouderen die in een initiatief voor scheiden van wonen en zorg wonen.	Ouderen en meer specifiek senioren met hoog opleidingsniveau die eigen welzijnsvoorzieningen organiseren.

3. Samenwerking	Woningcorporatie, welzijn en gemeente	Zorg organisatie voor verstandelijk gehandicapten, welzijn	Gemeente, welzijn en woningcorporatie	Samenwerking is op wijkniveau met welzijn, gemeente, andere zorgorganisaties, bewonersorganisaties etc.	Gemeente, welzijn, collega-thuiszorgorganisatie en wijkvereniging.
4. Financiering kostendekkend	Kapitaalslasten: Kostendekkend met regeling  Diensten en voorzieningen: Café/restaurant niet kostendekkend	Kapitaalslasten: Kostendekkend met regeling  Diensten en voorzieningen: Wel kostendekkend AWBZ financiering	Kapitaalslasten: Kostendekkend met regeling  Diensten en voorzieningen: Café/restaurant niet kostendekkend. Bewoners betalen wel ook mee aan consumpties en activiteiten.	Kapitaalslasten/ Diensten en voorzieningen:  Bij Careyn wordt niet per steunpunt gekeken maar gerekend in een totale begroting. De zorginfrastructuur is hier een onderdeel van.	Kapitaalslasten: Kostendekkend met regeling en gemeentelijke financiering, gemeente staat garant voor 5 jaar.  Diensten en voorzieningen: De ouderensociëteit is kostendekkend. Mensen betalen eigen bijdrages en er wordt met veel vrijwilligers gewerkt.
5. Wijkfunctie	Wel een wijkfunctie: ontmoetingsruimte voor activiteiten en café/restaurant. Wordt nog weinig gebruik van gemaakt door wijkbewoners.	Alleen informatiepunt welzijn. Geen ontmoetingsruimte voor de wijk.	Wel wijkfunctie: ontmoetingsruimte voor activiteiten en café/restaurant. Wordt actief gebruik van gemaakt door wijkbewoners.	Wijkfunctie is wisselend per steunpunt	Wijkfunctie: ontmoeting in de ouderensociëteit. Wordt actief gebruik van gemaakt door wijkbewoners.



6. Bewoners/gebruikersparticipatie	Redelijk actief	Niet actief	Actief	Niet actief	Actief
---------------------------------------	-----------------	-------------	--------	-------------	--------