

Leidsche Rijn Utrecht

Projectbeschrijving bij 'Idealen in aanbouw: woonwijken met diensten en zorg'

In opdracht van

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Postbus 8258 3503 RG Utrecht, Oudlaan 4 3515 GA Utrecht

Telefoon 030 273 97 75, fax 030 273 96 52

www.kenniscentrumwonzorg.nl

Hans van Rossum

m.m.v. Beatrijs Jansen

mei 2005



RIGO Research en Advies BV

De Ruyterkade 139

1011 AC Amsterdam

telefoon 020 522 11 11

telefax 020 627 68 40

<http://www.rigo.nl>

Rapportnummer: 88400

Locatie en programma

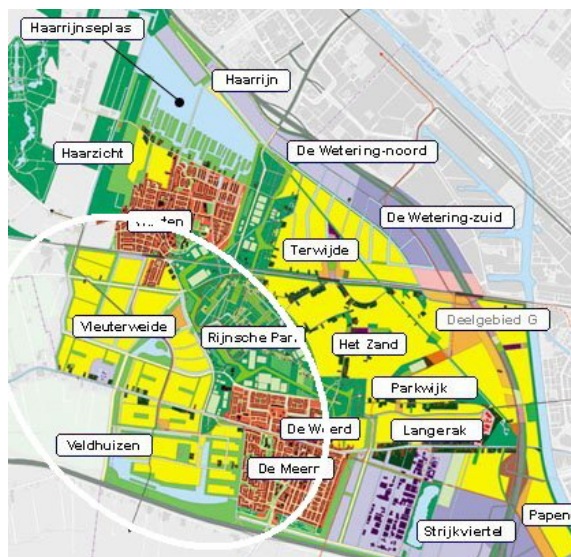
Leidsche Rijn is niet zomaar een VINEX-locatie. Aan de westkant van Utrecht is een compleet stadsdeel in ontwikkeling waar in totaal 80.000 mensen komen te wonen. Daar zijn ongeveer 30.000 woningen voor nodig. Begin 2005 staat de teller op 10.000 woningen; opgeleverd of in aanbouw. Leidsche Rijn is een uitwerking van het beleid achter VINEX om functies op het niveau van het stadsgewest te bundelen. Daar zouden verschillende doelen mee gediend zijn: meer ondersteuning van het stedelijke draagvlak, minder mobiliteit en minder verstedelijking van landelijk gebied. Utrecht krijgt met Leidsche Rijn niet alleen meer draagvlak voor bestaande stedelijke functies. Er ontstaat een nieuw geheel van stedelijke vormen en functies. Utrecht heeft letterlijk en figuurlijk haar stedelijke grenzen verlegd.



Uitwerking van de opgave

In een kring rondom het groene hart van Leidsche Rijn bevinden zich zeven woonwijken in verschillende stadia van ontwikkeling. De wijken Langerak, Parkwijk en Veldhuizen (langs de A12) zijn begin 2005 zo goed als af. In Vleuterweide en Terwijde (aan de noordkant) is de oplevering van woningen net op gang gekomen. Ook de woningbouw in de centraal gelegen wijk Het Zand is recentelijk begonnen. Als laatste wijk komt De Woerd aan de beurt. Daar zal tussen 2005 en 2008 een kleinschalig woonmilieu met 475 woningen worden gerealiseerd. Er is veel aandacht voor de eigen identiteit en sfeer van de verschillende wijken en buurten. Door middel van landschappelijke kwaliteiten, architectuur en historische elementen wordt uitdrukking gegeven aan de gewenste verscheidenheid. Zo is groen bijvoorbeeld de onderscheidende karakteristiek voor de wijk Veldhuizen. Maar binnen Veldhuizen zijn weer zeven afzonderlijke buurten met elk een verschillende identiteit. Dat gaat zo verder voor alle grote wijken in Leidsche Rijn en voor de buurten binnen die wijken.

Het centrum van Leidsche Rijn komt pas als laatste aan de beurt. Het is voor de pioniers altijd moeilijk te verkroppen dat eerst de woningen komen en later de voorzieningen. Dat hoeft geen gevolg te zijn van slechte planning. Anders dan de woningen zijn de voorzieningen veelal afgestemd op het uiteindelijke schaalniveau. Niet alleen de commerciële functies hebben echter onvoldoende financië-



le spankracht om jarenlang te wachten tot hun klantenkring eindelijk de gewenste omvang heeft bereikt. In Leidsche Rijn had de gemeente op het gebied van voorzieningen de beleidslijn van 'bouwen voor de bewoners uit'. De ontwikkeling van de zorgcentra voor de eerstelijnsgezondheidszorg duurde drie tot vier jaar waarmee ook de ontwikkelkosten voor de centra hoog opliepen. Deze gang van zaken leidde tot enorme tekorten en de nodige procesfrustratie bij deze groep gebruikers.

De planvorming en de woonzorgzone

Leidsche Rijn is de grootste nieuwbouwopgave van Nederland met een uitgebreide reeks woonwijken, bedrijventerreinen en centrumvoorzieningen. Voor veel gemeenten stond hun VINEX-opgave ongeveer gelijk aan de grootte van één wijk in Leidsche Rijn. De omvang van de opgave en de gefaseerde ontwikkeling heeft enkele belangrijke voordelen. Het is in de eerste plaats mogelijk de ontwikkeling verregaand te professionaliseren. Dat blijkt bijvoorbeeld al uit het bestaan van een goed toegerust gemeentelijk projectbureau voor de ontwikkeling van Leidsche Rijn. Daarnaast maakt de verscheidenheid en de massa van de opgave het beter mogelijk om tegemoet te komen aan programmatische wisselingen. De markt voor duurdere woningen werd aanvankelijk onderschat. Toen de programma's vervolgens waren bijgesteld sloeg het economische tij weer om en verdween de animo voor duurdere koopwoningen. In Leidsche Rijn was dat niet direct rampzalig want deelopgaven kunnen naar voren worden gehaald of naar achteren geschoven. Bij een beperkte opgave is ook de speelruimte beperkt en kunnen dergelijke wisselingen ertoe leiden dat de hele ontwikkeling stil komt te liggen. Maar het belangrijkste element van de gefaseerde ontwikkeling van verschillende woonwijken in één hand is dat men al doende leert. De fouten of kinderziekten in de eerste wijkproductie vormen de lessen voor de volgende productie. In september 2003 bracht het projectbureau Leidsche Rijn de Voorzieningennota Leidsche Rijn 2003 uit waarin onder meer de opgedane ervaringen met de verschillende elementen van de woonzorgzone tegen het licht zijn gehouden.

Van ideevorming naar uitvoering

In de Planologische Kernbeslissing van 1993 gaf de rijksoverheid de locaties en de productieafspraken voor Leidsche Rijn en voor alle nieuwbouw die tussen 1995 en 2005 in Nederland zou worden ontwikkeld. In het Masterplan Leidsche Rijn van 1995 schetste Riek Bakker de contouren van de nieuwe uitbreiding van Utrecht. Haar masterplan is vervolgens geconcretiseerd in de ontwikkelingsvisie Leidsche Rijn (1997). Voor de gezondheidszorg in Leidsche Rijn schreef Guus Schrijvers de visie 'Gewoon wat kan en speciaal wat moet'. Het uitgangspunt is dat mensen met en zonder beperkingen, ziek en gezond in het nieuwe stadsdeel gewoon moeten kunnen wonen. De zorg moet naar de mensen toe en niet de mensen naar de zorginstellingen, is het klantgerichte motto. Deze zorg moet ook zoveel mogelijk generiek zijn en zo min mogelijk naar doelgroep gespecificeerd.

Als consequentie van de geschetste visie zouden er in Leidsche Rijn geen intramurale voorzieningen hoeven te komen. Schrijvers bepleitte verder een wijkgerichte gezondheidszorg met een verregaande integratie van eerstelijns- en tweedelijnszorg. Deze visie bouwt ook voort op vernieuwingen en ervaringen in groeikernen als Almere en Nieuwegein. De zorgvisie voor Leidsche Rijn is verder uitgewerkt door de toenmalige stichting RegioZorg (zorgaanbieder en verzekeraar). In het uitvoeringsplan van RegioZorg wordt de visie van Schrijvers niet in alle opzichten gevolgd. Zo is de volledige afwijzing van intramurale zorg niet overgenomen. Als uitgangspunt geldt dat bewoners moeten kunnen kiezen tussen extramurale zorg en intramurale zorg. De handhaving van een beperkt deel intramurale capaciteit stemt ook overeen met de inhoud en opzet van STAGG-model en de uitwerking in de IWZ-kengetallen. Voor de levering van directe zorg wordt in het STAGG-model een cirkelzone aangehouden waarbinnen alle plekken vanuit de zorgunit in het middelpunt binnen vijf minuten zijn te belopen. Volgens Angélique van Betten, organisatieadviseur van Rhijnhuysen, is het om financiële redenen niet goed mogelijk om ongeplande zorg tot zo'n klein gebied te beperken. Er zijn dankzij technologische ontwikkelingen veel meer mogelijkheden om op afstand hulp en ondersteuning te bieden. Bij verschillende initiatieven in Utrecht en elders is over straat gaan, ook om veiligheidsredenen, vervangen door autovervoer waardoor ook de actieradius toeneemt. In Leidsche Rijn is het aangepaste model: zorg aan huis in alle mogelijke vormen en voor een hele wijk vanuit één zorgstation.

De woonzorgzone in optima forma.

De organisatie van de gezondheidszorg in Leidsche Rijn richt zich op de eerste lijn én op de AWBZ-zorg. Het STAGG-model beperkt zich wat betreft de zorg tot de AWBZ-zorg. Toch kent de meeromvattende aanpak in Leidsche Rijn vergelijkbare elementen. De wijk is ook hier de vanzelfsprekende eenheid om de gezondheidszorg te organiseren. De ideale omvang van een nieuwbouwwijk in het STAGG-model is zo'n 10.000 inwoners. Dezelfde stedenbouwkundige maatvoering wordt in Leidsche Rijn ook min of meer gevolgd, zij het niet vanwege de benodigde schaal van de zorgvraag. Alle woningen in Leidsche Rijn zullen ook aanpasbaar worden gebouwd. Het woningbouwprogramma in Leidsche Rijn omvat verder bijzondere huisvesting op basis van de woningtypologie uit de IWZ-kengetallen. De wijkgerichte opzet blijkt verder uit de wijkgerichte verdeling van maatschappelijke voorzieningen. In verschillende wijken komen zorgclusters met zorgvoorzieningen, zorgwoningen en het gezondheidscentrum voor de wijk met huisartsen, de fysiotherapeuten, de apotheek. Ook het wijkcentrum (welzijn) krijgt waar mogelijk in de zorgcluster een plaats. De zorgclusters worden gecombineerd met een winkelcentrum en gesitueerd bij haltes van openbaar vervoer. De bewoners die gewoon in de wijk wonen zullen vanuit verspreide zorgstations worden bediend; in de directe nabijheid is zorg op afroep mogelijk en verder in de wijk op afspraak.

Organisatorische vereisten

Wat betreft de inhoudelijke doelstellingen is het beeld helder; maar hoe krijg je de bestaande partijen uit de diverse sectoren en gemeenten zover om met elkaar een nieuw integraal zorgaanbod in gebouwen en menskracht in Leidsche Rijn te realiseren? Daar zijn ongetwijfeld jaren van vergaderen, onderzoek en advies aan vooraf gegaan, maar we beperken ons tot de organisatorische voorwaarden die van bijzonder belang zijn om tot daadwerkelijke ontwikkeling te komen.

De regierol over de zorg

De betrokken overheden zijn voor Leidsche Rijn een convenant aangegaan met de Stichting RegioZorg waarin is neergelegd dat deze organisatie de regie voert over de zorg in Leidsche Rijn. RegioZorg was een samenwerkingsverband van de regionale organisaties van zorginstellingen (stichting Rhijnhuysen) en huisartsen en ook zorgverzekeraar AGIS maakten deel uit van het bestuur van RegioZorg. De zorgverzekeraar vond op den duur zijn positie in RegioZorg niet verenigbaar met de rol van inkoper van zorg in Leidsche Rijn. Daarmee verdween de Stichting RegioZorg van het toneel en werd haar regierol overgenomen door het Aanbiedersoverleg Wonen, Welzijn en Zorg en in het bijzonder door de Stichting Rhijnhuysen als samenwerkingsverband voor zorgaanbieders in de regio West Utrecht en Leidsche Rijn. Het Projectbureau van Rhijnhuysen is belast met de concrete projecten voor integrale zorg in Leidsche Rijn.

Bij de regierol in de zorg wordt ook vaak gedacht aan de gemeente. Maar de gemeente Utrecht heeft in deze doelbewust voor een strategie van 'uitbesteding' gekozen omdat zij feitelijk geen zeggenschap heeft over partijen in de gezondheidszorg.

Het opdrachtgeverschap in de zorg

De samenbundeling van verschillende functies in een zorgcluster heeft verschillende voordelen. Er is meervoudig gebruik van ruimten mogelijk wat een besparing op de bouwkosten kan opleveren. Het gedeelde gebruik kan leiden tot betere samenwerking van gebruikers al zijn er ook medegebruikers die elkaar de tent uitvechten. Voor bewoners en klanten heeft de nabijheid van verschillende voorzieningen het mogelijke voordeel om zaken te combineren. Er kleven ook nadelen aan de samenbundeling in clusters. Gemeenschappelijk gebruik kan een lust, maar ook een last zijn. Een belangrijk nadeel in de ontwikkelingsfase is vooral dat de combinatie van verschillende regimes voor financiering en exploitatie kan leiden tot vertragingen. Vertraging is iets waar een ontwikkelingsbedrijf al helemaal niet van gediend is omdat daardoor de planexploitatie onder druk komt te staan. In dit geval gaat het ook nog eens om een vertraagde oplevering van gezondheidsvoorzieningen die letterlijk van levensbelang zijn voor de bewoners. In Leidsche Rijn zijn voor verschillende wijken zorgclusters en kinderclusters gepland. Anders dan bij de zorgcluster valt het opdrachtgeverschap en de financiering van de kindercluster met de bijbehorende onderwijsvoorzieningen formeel onder de verantwoordelijkheid van de gemeente Utrecht. In de zorgcluster is de gemeente financieel maar beperkt betrokken (welzijn) en steekt het opdrachtge-

verschaf voor elk van de opgenomen functies weer anders in elkaar. Om mogelijke impasses in de ontwikkeling te voorkomen treedt de gemeente in bijzondere gevallen op als opdrachtgever voor (particuliere) accommodaties voor zorg- en dienstverlening. Zo is de gemeente met het zorgkantoor overeengekomen opdrachtgever te zijn voor de bouw van wijkzorgcentra en de verantwoordelijkheid te nemen voor de verhuur. De gemeente en de zorgverzekeraar richten samen een rechtspersoon op om de centra te exploiteren.

De ontwikkeling van de zorgaccommodatie in Parkwijk verliep in de beginfase toch moeizaam. De infrastructuur stond al op papier voordat de verschillende gebruikers gevraagd was wat zij wilden bieden. Er werd geschoven met functies en de huurprijs lag hoger dan gebruikelijk is in de zorgsector. De partijen schoven elkaar de zwarte piet toe; zorgaanbieders zouden weinig benul hebben van vastgoed; de corporatie zou daar weer dankbaar gebruik van maken bij de kosten-toedeling en de gemeente voerde een zwalkend beleid in haar vele rollen als grondexploitant, ontwikkelaar en gebruiker. Alle partijen blijken inderdaad op de genoemde punten schuldig, concludeerde PRC Bouwcentrum in een onderzoek naar de gang van zaken. Maar inmiddels werken de betrokken partijen gelouterd en wel in meer harmonie verder aan nieuwe samenwerkingsprojecten.

De stand van zaken begin 2005

Veldhof in de wijk Veldhuizen is de eerste opgeleverde zorgcluster in Leidsche Rijn. Er zullen zoals het er nu naar uitziet vijf zorgclusters in het stadsdeel komen (Veldhuizen, Parkwijk, Terwijde, Vleuterweide en Centrum). Een zorgcluster bestaat uit een eerstelijns gezondheidscentrum naast een winkelcentrum dat goed bereikbaar is met het openbaar vervoer. Daarnaast wordt ook zoveel mogelijk geprobeerd om bijzondere woonvormen in de cluster te betrekken. Op deze wijze wordt tegemoetgekomen aan enkele belangrijke voorwaarden die nodig zijn voor een geschikt woonmilieu voor ouderen of mensen met functionele beperkingen. In sommige clusters maken ouderenhuisvesting en zorgvoorzieningen evenals welzijnsvoorzieningen deel uit van het complex.

Zorgcluster Veldhof

Veldhof valt vanuit het perspectief van de zorg misschien het beste te omschrijven als een woonzorgcomplex met in pandig een wijkcentrum en om de hoek het winkelcentrum voor alle dagelijkse boodschappen en een medische supermarkt met diëtisten, huisartsen, de apotheek en allerhande aanbod voor de gezondheid van mensen. Ouderen zijn daar ongetwijfeld belangrijke klanten, maar de sfeer is onmiskkenbaar die van normale wijkvoorzieningen en niet van ouderenzorg. Binnen het woonzorgcomplex met 85 sociale huurwoningen is dat anders. Het atrium is vol sociale bedoelingen, maar blijft vooral leeg. In het woonzorgcomplex blijken verschillende zorgaanbieders actief met elk hun eigen doelgroep. Rijnhoven biedt zorg aan de groep van 20 bewoners (PG) in verpleegappartementen op de eerste verdieping en zonodig aan ouderen die een beroep doen extramurale verzorgingshuiszorg. Er is een vorm van begeleid wonen voor 12 verstandelijk gehandi-

capten verzorgd door Abrona. Er is ook een bijzondere doelgroep vanuit de psychiatrie en voor mensen die niet tot al deze doelgroepen behoren is er natuurlijk ook nog de Thuiszorg. In totaal zijn er in het gebouw zes zorgorganisaties actief. Dat is toch anders dan je je voorstelt bij de ambitie van integrale zorgverlening. Die integrale zorg is er overigens wel maar dan tussen de eerstelijnszorg en de AWBZ-zorg. Er is bijvoorbeeld afstemming tussen de verpleeghuisarts en de huisartsen over de bewoners in de verpleegappartementen. Binnen de AWBZ spelen alle partijen ondanks alle goede voornemens vooral op eigen terrein. Maar als we de gemeente Utrecht en de Utrechtse zorgaanbieders mogen geloven zal het tij spoedig keren want binnen hun concept van woonservicezone zal veel van de zorg in de toekomst door één aanbieder kunnen worden geregeld.¹

Zijn er in Leidsche Rijn nu geen intramurale zorgvoorzieningen nodig? De eerste verdieping van het wooncomplex is een aan twee kanten afgesloten galerij waar 20 PG-patiënten twee aan twee in gesplitste appartementen verblijven met gedeeld sanitair. Er is oogcontact met de andere bewoners in het complex mogelijk maar meer ook niet. Alle voorzieningen zijn verder gelegen op de betreffende galerij. Zonder dit initiatief te willen diskwalificeren lijkt het vooral op een gesloten afdeling van een modern verpleeghuis, alleen is daar tegenwoordig het huiskamermodel in groepen van zes bewoners gebruikelijk. Het zijn geen intramurale instellingen, maar extramurale dependances zou je kunnen zeggen. De bewoners komen uit instellingen en gaan er ook weer naar terug als dat om wat voor reden dan ook nodig blijkt te zijn. Dan zijn er weliswaar geen intramurale instellingen in Leidsche Rijn nodig, maar er zijn wel intramurale instellingen in de regio die als achtervang en uitvalsbasis voor zorg in Leidsche Rijn optreden.

Het bijzondere van Veldhof is dat het gebouw zijn tijd vooruit lijkt te zijn. Wat eruit spreekt is dat het wonen, de zorg en de diensten elkaar nodig hebben. Maar in het feitelijk functioneren van de betreffende onderdelen is dat nog niet het geval. Waarschijnlijk omdat er nog te weinig vraag is naar een dergelijk samenhangend aanbod. Het wijkcentrum heeft bijvoorbeeld niets van doen met de bewoners in de verpleegappartementen of de bewoners met een verstandelijke handicap. Zij hebben hun eigen voorzieningen. De rechtstreekse verbinding vanuit het atrium naar het wijkcentrum is afgesloten omdat de activiteiten in het atrium overlast aan de bewoners op de verdiepingen kunnen geven. De bewonerscommissie van Veldhof beschikt over een vetorecht wat betreft het atriumgebruik. Het is bijzonder dat de integrale huisvestingsvorm er is en opmerkelijk dat de bijbehorende organisatie van het aanbod nog ontbreekt. De zorgclusters zullen - zoals blijkt uit de voorzieningennota 2003 - in de toekomst minder grootschalig worden opgezet. De verschillende functies zullen niet meer in één gebouw worden ondergebracht, maar eerder naast elkaar in verschillende gebouwen. De achtergrond van deze veranderingen ligt in de ontstane verkeersdrukte en parkeerproblemen bij het

voetnoot

¹ Er is in Utrecht momenteel een gemeentelijk Programma van eisen Woonservicezone van kracht, dat als basis zal gaan dienen voor het realiseren van een wijkgericht aanbod. Ook de aanbieders maken zich klaar voor een wijkgerichte organisatievorm. Zie: *In de Zone*, januari 2005.

gebruik van de clusters en de al eerder genoemde problemen bij de bouw van multifunctionele accommodaties.

Zorgstation Parkwijk

Zorgstations moeten voor Leidsche Rijn een integraal alternatief bieden voor een sterk gefragmenteerd aanbod van zorg aan huis en zullen bovendien zorg gaan leveren in kleine geclusterde woonzorgvormen. Er staan voor Leidsche Rijn in ieder geval vier zorgstations op het programma. In Leidsche Rijn zijn al het wijkcentrum, het gezondheidscentrum en het winkelcentrum op één plek geconcentreerd en ook de woningen voor zorgbehoevenden worden daar op korte afstand (300 meter hemelsbreed) gerealiseerd. Het ligt dus ook voor de hand om de zorgstations in ieder geval in of nabij deze zorgclusters onder te brengen omdat daar de zorgvraag is geconcentreerd.

Allerlei vormen van begeleid wonen voor gehandicapten vestigen zich in nieuwe woonwijken als onderdeel van de deconcentratie van instellingszorg. Soms zijn die initiatieven nog onderverdeeld naar christelijke, katholieke en algemene organisaties. Daarnaast is er ook nog thuiszorg, zijn er verschillende organisaties voor ouderenzorg, en ook de GGZ heeft een afzonderlijk aanbod van zorg en begeleiding aan huis. Het zorgstation moet de uitvalsbasis worden voor één geïntegreerd team waarin alle partijen zijn samengebracht die zorg aan huis bieden.

Het zorgstation is een concept dat al enige jaren geldt als wenkend perspectief voor een geïntegreerd wijkgericht aanbod. Het introductieprobleem bij dit aanbodconcept is dat er ook een omvangrijke en gedifferentieerde vraag tegenover moet staan. Om het zorgstation in Parkwijk mogelijk te maken zijn Cascade (ouderenzorg), de TSU (thuiszorg), 's Heerenloo (gehandicaptenzorg), SBWU (geestelijke gezondheidszorg) en Stichting Reinaerde (gehandicaptenzorg) een samenwerking aangegaan zodat vanuit één organisatie en met één budget kan worden gewerkt.

Als 'voorloper' van het zorgstation werkt 's Heerenloo samen met de thuiszorg vanuit een tijdelijke locatie. In april 2005 zal in het nieuwe voorzieningencomplex een definitieve start gemaakt worden met het zorgstation en zullen ook Cascade, Reinaerde en SBWU zich bij de uitvoering aansluiten. In het nieuwe complex komen ook verpleegappartementen en 24-uurszorg voor tijdelijke opnamen waarmee voldoende basis is gelegd voor de afzet en de exploitatie. Het zorgstation zal alle AWBZ-zorgfuncties binnen en buiten het station kunnen bieden. De gekozen vorm van het zorgstation lijkt op zijn minst de schaal van een wijk van ongeveer 10.000 inwoners nodig te hebben. Wellicht zullen er na verloop van tijd en met de toename van de zorgvraag meer mogelijkheden zijn voor een verdere deconcentratie van het aanbod.

Leidsche Rijn: vallen en opstaan

De ontwikkeling van Leidsche Rijn is een serieproductie. Er zijn wijken gereed, maar voor sommige wijken moet de ontwikkeling nog beginnen. Het concept van de woonzorgzone krijgt wijk na wijk vastere vorm. Anders dan in nieuwgebouwde

steden als Almere is de aanbodstructuur van de zorg in Leidsche Rijn ongewijzigd gebleven. De opgave is om met de bestaande aanbieders een nieuwe organisatie van het aanbod te realiseren. In de zorgcluster Veldhof blijken de zorgaanbieders elk hun klantenkring te houden, terwijl de aanbieders van het zorgstation in Parkwijk in een AWBZ-breed team zullen zijn verenigd. De les van Parkwijk is ook om niet alvast de voorzieningen voor een integraal gebruik te ontwerpen voordat de betrokken aanbieders daar aan toe zijn.

Gebiedsgerichte integratie is het sleutelwoord voor de problemen en voor de gewenste uitkomst. In de huidige verhoudingen lijken de zorgaanbieders eerder geneigd tot concurrentie dan tot samenwerking. Het is niet in eerste instantie hun bedoeling om zelf en niet samen met anderen alle doelgroepen te bedienen. De aanbieders houden zich ook aan hun eigen klantenkring omdat ze hun eigen klanten meenemen. De zorgvraag wordt geïmporteerd. Dat is natuurlijk vooral mogelijk in die gevallen waar de klanten ook afhankelijk zijn van een huisvestingsaanbod met zorg. En dat leidt er weer toe dat de zorg in deze nieuwe woonwijken zich sterk richt op de 24-uurszorg. Dat moet ook wel want deze vorm van zorgexploitatie vormt de basis of de onderlegger voor de meer ambulante zorg. Voorlopig is van ambulante zorg nog weinig sprake. Er wordt kortom hard gewerkt aan voorzieningen om mensen die van zorg afhankelijk zijn gewoon in de wijk te laten wonen, maar het effect is voorlopig de opkomst van geclusterde woonzorgvormen. Het mooie van Leidsche Rijn is echter dat de koers in de volgende wijk weer kan worden bijgesteld.

Meer informatie over “Idealen in aanbouw: woonwijken met diensten en zorg”

Op de website www.kcwz.nl:

- Artikel Idealen in aanbouw, woonwijken met diensten en zorg: een kritische beschouwing over het concept woonzorgzone en de vaak moeizame weg van abstract concept naar concrete wijk in VINEX-wijken en bestaande wijken.
- Acht projectbeschrijvingen: Leidschenveen bij Den Haag, DE Wijk bij Tilburg, Leidsche Rijn bij Utrecht, IJburg bij Amsterdam, Moerwijk in Den Haag, De Westelijke Tuinsteden in Amsterdam, Krakeel in Hoogeveen en Levensloopbestendig Spijkenisse.