

## **Analyse resultaat 10 effectenarena's** aan de hand van de 10 verslagen

I welke maatregelen(interventies) worden genoemd als de belangrijkste?  
En wat wordt er precies onder verstaan?

### **1. Integraal wijkzorgteam / zorgkruispunt in de wijk/ICT ondersteuning**

De proeftuinen schetsen een team waarin alle disciplines uit de zorg samen werken, bij voorkeur onder één dak. Het zorgkruispunt is dan de fysieke vestigingsplaats van waaruit het team opereert, maar waar zich ook de loketfunctie bevindt.

Sommige proeftuinen rekenen nadrukkelijk ook de eerstelijns gezondheidszorg mee: huisartsen, therapeuten, apotheker en wijkzorgteam zouden in één team moeten samenwerken.

De meeste proeftuinen noemen ook het welzijnswerk in verband met de functies vraagverheldering en vroegsignalering.

Het integraal wijkzorgteam zorgt voor case management bij complexe zorg, ICT ondersteuning en een dekkend systeem van onplanbare zorg op afroep, inclusief de nachtzorg. Hierbij hoort tevens een geïntegreerd systeem van sociale en medische alarmering.

### **2. wijkservicecentrum met aanbod collectieve basisdiensten voor de wijk**

Basiswelzijnsdiensten als advies en informatie WWZ, wijkrestaurant, dagactiviteiten WMO en ondersteuning mantelzorg worden ondergebracht in één servicecentrum centraal in de wijk/het dorp. In sommige proeftuinen –vooral in de dorpen- brengt men dit in hetzelfde gebouw onder als het zorgkruispunt; daarbij horen dan ook de dagactiviteiten AWBZ.

Verder wordt door enkele proeftuinen gesteld dat ook de individuele basisdiensten –diensten aan huis- vanuit dit servicecentrum opereren.

### **3. levensloopbestendige woningen bouwen**

Bouw van zelfstandige appartementen of gelijkvloerse woningen met of zonder nabije zorginfrastructuur. De woningen zijn integraal toegankelijk en voldoen aan Woonkeur. Sommige proeftuinen gaan ervan uit dat deze bouw –gezien de geringe bouwruimte- ten koste gaat van de bouw voor andere doelgroepen. Wel worden er via doorstroming woningen vrij gemaakt

### **4. bouw kleinschalig groepswonen**

In de ene proeftuin wordt hierbij primair gedacht aan verstandelijk gehandicapten, in de andere primair aan dementerende ouderen. Verondersteld dat bewoners gebruik zullen (blijven) maken van algemene wijkvoorzieningen. Bij verstandelijk gehandicapten wordt ook een link gezien met het wijkservicecentrum waar zij actief kunnen zijn in het kader van dagbesteding en alternatieve arbeid.

## 5. **aanpak sociaal isolement**

Een nieuwkomer te midden van de bouwstenen van het woonservicegebied. Actief signaleren van sociaal geïsoleerde ouderen, huisbezoeken afleggen en proberen hen te betrekken bij dagactiviteiten en verenigingsleven. Soms willen zij ook hulp aanbieden aan anderen.

## 6. **overige belangrijke maatregelen (niet op effecten geanalyseerd)**

In individuele roeften zijn vijf of meer keer genoemd:

- aanvullen ontbrekende wijkvoorzieningen primaire levensbehoeften (winkels e.d.)
- realisering mantelzorgwoningen
- individuele basisdiensten aan huis
- advisering en stimulering woningaanpassing particuliere eigenaren

### II welke effecten worden aan deze maatregelen toegedicht?

En welke theorie zit hierachter?

De overeenkomsten in de genoemde effecten per maatregel zijn veel groter dan de verschillen. Daarom is er veel voor te zeggen om het woonservicegebied als één pakket van maatregelen te beschouwen en de daarbij genoemde effecten gezamenlijk in kaart te brengen. Effecten die specifiek met één bepaalde maatregel in verband worden gebracht worden apart vermeld.

Overwegend was de mening dat de *effecten voor de individuele burger* behorend tot de doelgroepen WWZ (ouderen, lichamelijk of verstandelijk gehandicapten en cliënten GGZ) het zwaarste wegen. Secundaire effecten zijn er voor de lokale samenleving, de gemeenschap, de participerende organisaties, de arbeidsmarkt, de woningmarkt.

1. **langer en beter zelfstandig wonen met veilig gevoel**
2. **behoud eigen leefsfeer, zelfrespect, zelfredzaamheid**
3. **meer keuzevrijheid voor ouderen**
4. **langer gezond blijven, met name psychisch; lager medicijngebruik**

1 t/m 4 benadrukken dat de burger nu een keuze heeft tussen (a) blijven wonen in de huidige woning met gebruik van thuiszorg, diensten aan huis en woningaanpassingen (b) verhuizen binnen de wijk naar een levensloopbestendige woning nabij een dienstencentrum (c) opname in een verblijfsinstelling of (d) verhuizen naar een grootschalig servicecomplex buiten de wijk. Het woonservicegebied faciliteert de opties a en b. De meerwaarde is dat men de eigen individuele leefstijl kan handhaven, zonder in een isolement terecht te hoeven komen. Ook blijft men geestelijk en lichamelijk gezonder doordat men meer zelf blijft doen. Belangrijk is ook dat men minder afhankelijk wordt van mantelzorg en burenhulp door een goed georganiseerd aanbod van professionele hulp.

Een tweede cluster effecten heeft betrekking *op de dorps- of wijkgemeenschap als geheel*:

5. **meer sociale cohesie in de wijk, meer contacten tussen mensen**
6. **behoud van de specifieke wijk cultuur**
7. **vergrijzing van de wijk**

8. **meer draagvlak voor primaire wijkvoorzieningen (winkels, horeca e.d.)**
9. **woningen in de wijk worden aantrekkelijker door diensten infrastructuur en positief imago**
10. **bijdrage aan schone, hele en veilige woonomgeving**
11. **mantelzorg wordt beter ondersteund, meer inzet van vrijwilligers**

De set effecten 5 t/m 11 gaat uit van de veronderstelling dat ouderen en gehandicapten meer betrokken zijn op hun wijk of dorp dan andere groepen uit de bevolking. Ook de aanwezigheid van een wijkgericht zorg- en welzijnsteam dat de mensen goed kent zou participatie stimuleren. Dagactiviteiten van verstandelijk gehandicapten kunnen bijdragen aan schoon, heel en veilig. Vergrijzing van de wijk zou volgens sommigen overwegend positief worden gewaardeerd (leefbaarheid, draagvlak winkels e.d.), anderen vinden dat dit niet te ver mag doorschieten vanwege negatieve effecten op wijkimago en andere voorzieningen (scholen e.d.)

Dan zijn nog een aantal effecten genoemd die meer *van belang zijn voor de professionele bovenwijkse partijen*:

12. **minder vraag naar zwaardere en duurdere zorg**
13. **doelmatiger werken door betere samenwerking en afstemming tussen disciplines**
14. **lagere kosten voor de AWBZ, maar hogere kosten voor de WMO**
15. **minder keuzevrijheid voor jongere woningzoekenden**
16. **boeiender werk/meer arbeidssatisfactie voor zorgpersoneel**
17. **waardestijging van woningen in de wijk**

Deze effecten raken aan de vraag: wie zijn de netto investeerders, wie de incasseerders? Materieel gezien worden de corporatie en de gemeente als belangrijkste investeerders gezien, en worden naast de doelgroep WWZ zelf, de zorgkantoren als de voornaamste incasseerders genoemd.

Maar ook de aanbieders van zorg en welzijnsdiensten zouden belang hebben bij woonservicegebieden vanwege doelmatiger werken en aantrekkelijkheid voor personeel. De corporatie zou voor haar bezit enige waardestijging kunnen incasseren, maar minder dan de investering. Zowel de corporatie als de gemeente incasseren belangrijke maatschappelijke effecten.

De verminderde doorstroming en de benodigde bouwgrond voor seniorenwoningen zouden de keuzemogelijkheden wat betreft wonen van jongere mensen ietwat inperken.