

Aan:
Provinciale Staten

Onderwerp:
Vaststelling regiovisie 'Ouderenzorg'

1. Wij stellen u voor:
 - de regiovisie 'Ouderenzorg' vast te stellen
 - Deze regiovisie aan te bieden als advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2. Toelichting:

Inleiding

De regiovisie 'Ouderenzorg' is de vijfde in de serie regiovisies, waarin de visie op de gewenste aard, omvang en spreiding van de zorg in de provincie Flevoland wordt neergelegd. Voorgaande regiovisies waren de regiovisie Jeugdzorg (vastgesteld op 30 maart 1999), de regiovisie GGZ (vastgesteld op 2 december 1999), de regiovisie Zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (vastgesteld op

5 oktober 2000) en de regiovisie Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (vastgesteld op 6 september 2001). Hierna volgt nog de regiovisie Medisch Curatieve Zorg.

De regiovisies zijn / worden opgesteld als uitvloeisel van de Kadernota Regiovisie Zorg Flevoland (juni 1998). Deze Kadernota fungeert in meerdere opzichten als referentiekader. Ten eerste biedt deze nota in inhoudelijke zin het raamwerk voor de regiovisies over de afzonderlijke zorgsectoren. Ten tweede is de Kadernota voor u in feite het toetsingskader voor de sectorale nota's. U wordt dan ook verzocht na te gaan of de voorliggende regiovisie voldoet aan de inhoudelijke en procedurele eisen, zoals die in de Kadernota zijn beschreven.

Achtereenvolgend komen de volgende onderwerpen in deze toelichting aan de orde:

- hoofdlijnen van de regiovisie
- de gevolgde procedure en inspraakreacties
- toetsing van de regiovisie
- advies aan de minister

Hoofdlijnen van de regiovisie 'Ouderenzorg'

De regiovisie 'Ouderenzorg' is opgesteld door vertegenwoordigers van partijen die allen een belangrijke rol spelen op het terrein van de ouderenzorg. Het gaat om zorgvragers, zorgaanbieders, het zorgkantoor, de gemeenten en de provincie, die tevens de regie voerde over het proces. In tegenstelling tot andere regiovisietrajecten, waren bij de opstelling van de regiovisie Ouderenzorg ook vertegenwoordigers betrokken van een woningbouwcorporatie, vrijwilligersorganisaties, welzijnsorganisaties en steunpunten mantelzorg.

De regiovisie begint met een samenvatting waarin de belangrijkste punten staan vermeld.

Hoofdstuk 1 bevat een beschrijving van de doelgroep. Hoewel in algemene zin van senioren wordt gesproken vanaf de leeftijd van 55 jaar ligt in deze regiovisie het accent op senioren die een beroep doen op zorg. Daarom ligt het accent vaak op 75-plussers, omdat vanaf deze leeftijd de (gemiddelde) zorgbehoefte

Statenvergadering:
4 oktober 2001

Agendapunt:
10

Lelystad:
17 juli 2001

Registratienummer:
PS01.0101

Inlichtingen:
T.A. Lodder

Afdeling:
SPV

substantieel toeneemt.

Daarnaast komen de doelstelling voor deze regiovisie en de achterliggende visie aan de orde. Algemene uitgangspunten zijn het centraal stellen van de vraag, zelfbeschikkingsrecht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie, en de zorg volgt de cliënt. In de toekomstvisie vormt het zelfstandig wonen voor ouderen de meest aantrekkelijke optie. Intramuraal wonen vormt daarop een relatieve uitzondering. Hoofdstuk 2 is een verkenning van de vraag met aandacht voor indicatiestelling en zorgtoewijzing.

Vervolgens komt het thema wonen, woonomgeving en mobiliteit aan de orde (hoofdstuk 3). In Flevoland woont een groter dan gemiddeld aantal senioren zelfstandig. Dit betekent dat woning(aanbod) en woonomgeving hierop in voldoende mate moeten zijn afgestemd.

Hoofdstuk 4 behandelt verschillende welzijnsaspecten. Welzijnswerk is vaak een voorportaal voor zorg, maar heeft ook een preventieve werking.

Zorg en medische voorzieningen worden besproken in hoofdstuk 5. Hier komen ook de wachtlijstgegevens aan bod. Met name de wachtlijsten voor de thuiszorg zijn in het afgelopen jaar sterk gereduceerd, maar het aantal wachtenden voor verpleeghuiszorg blijft zorgen baren.

Bij het langer zelfstandig thuis wonen worden de schakels tussen wonen, welzijn en zorg steeds belangrijker. De gemeente heeft hierbij een belangrijke regisserende taak. Hoofdstuk 6 besteedt hier aandacht aan.

Vervolgens wordt het aanbod aan personeel, maar ook de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers besproken.

Het laatste hoofdstuk besluit met een voorstel hoe de uitvoering van de regiovisie ter hand zal worden genomen (hoofdstuk 7). Net als bij de andere regiovisies zal een stuurgroep in het leven worden geroepen die de voortgang van de uitvoering van de regiovisie bewaakt.

De regiovisie heeft een looptijd van drie jaar: 2001 – 2003. Na afloop van deze periode zal ook in samenhang met de regiovisies voor de andere sectoren besloten worden hoe een vervolg vormgegeven zal worden.

De gevolgde procedure en de inspraakreacties

De regiovisie 'Ouderenzorg' is in concept in ongeveer een jaar tijd tot stand gekomen.

De genoemde partijen zijn in die periode 5 keer bij elkaar gekomen om te discussiëren over de verschillende thema's. Daarnaast is schriftelijk materiaal aangeleverd en verwerkt. Op de eerste bijeenkomst hebben drie partijen hun visie op de inhoud van de regiovisie gepresenteerd. Dit waren een wethouder als vertegenwoordiger van de gemeenten, een vertegenwoordiger van de ouderenorganisaties en een vertegenwoordiger van de woningstichtingen.

Deloitte en Touche / ICS-adviseurs leverden de voorzitter voor de bijeenkomsten en verzorgden de verslaglegging. Het feitelijke schrijfwerk werd verricht door de provincie, mede met behulp van de inbreng van alle betrokken partijen.

Eind april 2001 was het concept van deze regiovisie gereed ten behoeve van diverse inspraakrondes. Het concept is voor commentaar aangeboden aan de achterbannen van de betrokken organisaties, de commissie FZWE (18 mei 2001) en het concept is voor algemene inspraak ter inzage gelegd in de gemeentehuizen en bibliotheken in Flevoland. De volgende organisaties hebben schriftelijk op het concept gereageerd: ouderenbonden (FOGO), IJsselmeergroep,

GGZ Meerkanten en Stuurgroep Ouderenbeleid Dronten. Daarnaast is telefonisch bericht ontvangen van Zorgkantoor Flevoland (een kleine tekstuele wijziging), Zorgkantoor Anoz (i.v.m. uitvoering zorgkantoor taken voor Almere: ondersteuning van het concept en bereid om mee te werken aan de uitvoering) en gemeente Almere (geen inspraakreacties ontvangen).

In een bijlage treft u een overzicht aan van de belangrijkste aanpassingen van de conceptregiovisie naar aanleiding van de bespreking hiervan in de Commissie FZWE en bovengenoemde reacties.

Toetsing van de regiovisie 'Ouderenzorg'

Uw toets van de regiovisie 'Ouderenzorg' vindt plaats op basis van de vraag of deze in inhoudelijk en procedureel opzicht voldoet aan de eisen die in de Kadernota Zorg Flevoland staan vermeld. Bij elk van deze eisen hebben wij aangegeven, in welke mate de regiovisie daaraan voldoet.

- 1) *De regiovisie wordt opgesteld door organisaties, die voor Flevoland de vijf partijen in de zorg vertegenwoordigen.*

Alle vijf bij de regiovisie te betrekken partijen hebben actief meegewerkt aan het opstellen van de regiovisie: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraar (zorgkantoor), gemeenten en provincie. Daarnaast waren ook welzijnsorganisaties, vrijwilligerswerk, steunpunten mantelzorg en woningcorporaties bij de regiovisie betrokken. Bij een partij dient daarbij een nadere toelichting te worden gegeven. De vertegenwoordigers van de zorgvragers werden vormgegeven en georganiseerd vanuit de ZorgGebruikersBundeling (ZGB). De ouderenorganisaties zijn aangesloten bij de ZGB en namen deel aan de bijeenkomsten. De relatie met een bredere achterban kreeg extra vorm door het organiseren van een aantal gebruikerspanels door de ZGB. Bijlage 6 van de regiovisie bevat een samenvatting van de resultaten van deze panelbijeenkomsten. De conceptregiovisie is eveneens besproken op een bijeenkomst waar een brede achterban van de ouderenorganisaties aanwezig was (ca. 40 personen).

- 2) *De vraag naar zorg is bepalend voor het te ontwikkelen zorgaanbod.*

Dit is een uitgangspunt dat van groot belang is voor de regiovisie. Vraagsturing kan ervoor zorgen, dat er een zorgaanbod totstandkomt zonder schotten. De wijzigingen in de AWBZ (het budget is niet langer een beperkende factor) hebben een stimulans gegeven aan vraagsturing. Doordat indicatiestelling in toenemende mate functiegericht plaatsvindt i.p.v. instellingsgericht (b.v. mevrouw heeft hulp nodig bij het aankleden en bij het klaarmaken van de maaltijd, i.p.v. mevrouw moet opgenomen worden in een verzorgingshuis), wordt vraagsturing ook steeds beter mogelijk.

- 3) *De zorg in brede zin staat voorop: naast hulpverlening moet nadrukkelijk aandacht worden besteed aan andere beleidsterreinen (mobiliteit, wonen, scholing/arbeid).*

In de regiovisie wordt uitgebreid aandacht besteed aan wonen, mobiliteit en welzijn en de samenhang tussen verschillende sectoren. Gezien de doelgroep van de regiovisie: "Deze regiovisie gaat over ouderen die een beroep doen op zorg of op andere voorzieningen die een aanvulling zijn op zorg, of waardoor een beroep op zorg kan worden voorkomen of uitgesteld" (hoofdstuk 1), komen scholing en arbeid in deze regiovisie niet aan de orde. Deze thema's zouden overigens wel passen in een algemene nota over ouderenbeleid b.v.

in relatie tot leeftijdsdiscriminatie.

- 4) *De nadruk moet liggen op de samenhang tussen zorgaanbieders, zowel binnen de ouderenzorg als met aanbieders in andere zorgsectoren.*
Een samenhangend (zorg)pakket is als een van de doelstellingen voor deze regiovisie gehanteerd. Daarbij is niet alleen gekeken naar de samenhang binnen de zorg, maar ook naar de samenhang met andere beleidsterreinen (zie ook het voorgaande punt).

- 5) *Er moet aandacht worden besteed aan de analyse van de huidige situatie, beschrijving van het gewenste niveau van zorg op basis van knelpunten, uitgangspunten en verwachtingen, alsmede aan de wijze waarop het gewenste niveau van zorg wordt gerealiseerd.*

De opbouw van de regiovisie volgt dit uitgangspunt uit de Kadernota. Met name de GGD enquête onder zelfstandig wonende 55-plussers die in 2000 is gehouden, heeft veel informatie opgeleverd. Hoofdstuk 7 bevat een actieprogramma voor de komende vier jaar gebaseerd op een visie op het toekomstige (zorg)aanbod en gebaseerd op de huidige situatie. Er zal een stuurgroep gevormd worden, bestaande uit vertegenwoordigers van de regiovisie partijen, die ca. 3 keer per jaar bij elkaar komt om de vorderingen te monitoren.

- 6) *Hoewel de regiovisie uit gaat van de gehele provincie, moet zo nodig aandacht worden besteed aan de specifieke situaties in verschillende delen van Flevoland.*

In deze regiovisie worden gesignaleerde tekorten in het huidige voorzieningen niveau, veelal benoemd in relatie tot gemeenten of deelgebieden in de provincie Flevoland. Het zal geen verbazing wekken dat veel van die tekorten het meest nijpend zijn in de gemeente Almere, omdat deze gemeente een zeer sterke groei doormaakt, waarbij de opbouw van het voorzieningenniveau achterloopt.

Conclusie

Onze conclusie is dat de regiovisie 'Ouderenzorg' voldoet aan de eisen voor een regiovisie, zoals die in de kadernota Zorg Flevoland staan genoemd.

Advies aan de minister

Regiovisies hebben in de eerste plaats een functie als toetsingskader en als aanjager voor nieuwe initiatieven op provinciaal, regionaal en lokaal niveau. Daarnaast vormen zij materiaal dat dient als input voor landelijke beleidskaders. De Staatssecretaris van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport (VWS) schreef in haar brief van 29 januari 1997 aan de Tweede Kamer het volgende: "De regiovisie is enerzijds een uitwerking van de sectorale landelijke zorgvisie op regionaal niveau en anderzijds een inbreng voor het opstellen van de volgende sectorale landelijke zorgvisie".

Ten behoeve van deze laatste functie wordt de regiovisie als advies aangeboden aan de Minister van VWS.

In het concept van de Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen (WEZ) wordt de provincie benoemd als verantwoordelijke voor het totstandkomen van regiovisies.

3. Advies van de Commissie voor advies:

De Commissie FZWE is unaniem akkoord met de ontwerpbesluiten.

4. Ontwerp-besluit:

Provinciale Staten van Flevoland,

Gelezen het voorstel van Gedeputeerde Staten d.d. 17 juli 2001
Nr. SPV01.091421/A

BESLUITEN:

- De regiovisie 'Ouderenzorg' vast te stellen
- Deze regiovisie aan te bieden als advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aldus besloten in de openbare vergadering van Provinciale Staten van Flevoland
d.d. 4 oktober 2001.

,griffier.

,voorzitter.

5. Bijlagen

Regiovisie 'Ouderenzorg'

6. Ter lezing gelegde stukken

- Inspraakreacties.
- Overzicht aanpassingen conceptregiovisie naar aanleiding van de bespreking van het concept in de Commissie FZWE en de inspraakreacties (bijlage SPV/01.091421/A)

Gedeputeerde Staten van Flevoland,

,griffier.

,voorzitter.

Concept- Regiovisie ouderenzorg van de Provincie Flevoland

Augustus 2001

INHOUDSOPGAVE

blz.

SAMENVATTING

INLEIDING

1	UITGANGSPUNTEN, DOELSTELLING, VISIE, KENMERKEN VAN DE DOELGROEP	9
2	INZICHT IN DE VRAAG, KENNIS EN INFORMATIE, INDICATIESTELLING EN ZORGTOWIJZING	16
2.1	INZICHT IN DE ZORGVRAAG	16
2.2	INFORMATIE AAN POTENTIËLE CLIËNTEN	17
2.3	INDICATIESTELLING	17
2.4	ZORGTOWIJZING	18
3	WONEN, WOONOMGEVING EN MOBILITEIT	19
3.1	WONINGTYPE	19
3.2	OUDEREN UIT ETNISCHE GROEPERINGS	21
3.3	WOONOMGEVING	22
3.4	ENKELE SPECIFIEKE WENSEN OP HET GEBIED VAN WONEN VAN OUDEREN	22
3.5	MOBILITEIT	23
4	WELZIJNSVOORZIENINGEN	25
5	ZORG/MEDISCHE VOORZIENINGEN	29
5.1	SECTOR VERZORGING EN VERPLEGING	29
5.2	GGZ	33
5.3	MEDISCH CURATIEVE ZORG	35
5.4	GEHANDICAPTENZORG (LG EN VG)	36
5.5	OVERIGE THEMA'S VOOR DE TOEKOMST	36
6	AFSTEMMING WONEN, WELZIJN EN ZORG	41
6.1	WELZIJN EN ZORG	41
6.2	WONEN EN ZORG	41
6.3	GEBUNDELDE ZORG- EN DIENSTVERLENING EN KLEINE KERNEN	44
6.4	BREDE GEMEENTELIJKE AANPAK	44
6.5	OUDEREN UIT ETNISCHE GROEPERINGS	44
6.6	DOMOTICA	45
7	VOLDOENDE PERSONEEL EN MENSKRACHT	46
7.1	MANTELZORG	46
7.2	PROFESSIONELE ZORG	47
7.3	VRIJWILLIGERSHULP	48
8	UITVOERING VAN DE REGIOVISIE	50
8.1	STUURGROEP	50
8.2	ACTIEPUNTEN 2001-2003	51

Bijlagen

1. Lijst van gebruikte afkortingen
2. Lijst van deelnemers aan de discussiebijeenkomsten

3. Beleidsuitgangspunten kadernota regiovisie zorg
4. Samenhang met andere regiovisies
5. Tabellen uitkomsten GGD enquête 55-plussers 2000
6. Samenvatting panelbijeenkomsten ZGB
7. Gegevens indicatiestelling RIO en LIA
8. Wachtlijstgegevens peildatum mei 2000

SAMENVATTING

De regiovisie 'Ouderenzorg' is opgesteld door vertegenwoordigers van vijf partijen: zorgvragers, zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoor en de provincie Flevoland, die tevens de regie over het proces voerde.

De centrale doelstelling van de regiovisie 'Ouderenzorg' is het bieden van een richtinggevend kader voor de afstemming en ontwikkeling van het (zorg)aanbod voor ouderen naar gewenste aard, omvang, volume en spreiding gebaseerd op de (te verwachten) (zorg)vraag.

Algemene uitgangspunten zijn:

- De vraag van ouderen staat centraal: vraaggerichte zorg is zorg die geboden wordt in overeenstemming met de reële behoefte van de zorgvrager. Hierbij moet rekening worden gehouden met de keuzemogelijkheden voor de zorgvrager. De vraag van ouderen is lang niet altijd een zorgvraag. De vraag staat centraal betekent dus dat een integrale benadering nodig is.
- Zelfbeschikkingsrecht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie: uitgangspunt is het zelfbeschikkingsrecht van senioren over de invulling van hun eigen leven. In principe is ieder mens zelf verantwoordelijk voor het bevorderen en instandhouden van zijn/haar gezondheid. Er zijn echter omstandigheden waardoor mensen een beroep moeten doen op professionele zorgvoorzieningen. Dan moeten in samenwerking met de zorgvrager en/of zijn omgeving de gestelde doelen gerealiseerd worden. Hierbij wordt de zorgvrager zoveel mogelijk in staat gesteld de regie over het eigen leven te behouden.
- Zorg volgt cliënt: de zorg wordt zoveel mogelijk naar de cliënt gebracht. Nodig hiervoor is een goede spreiding van voorzieningen en toegankelijkheid. We streven naar een zorgcontinuüm op het terrein van verpleging en verzorging. De 'zorg volgt de cliënt' houdt ook in dat de zorg zo wordt georganiseerd dat overgangen van de ene naar de andere organisatie naadloos verlopen (ketenzorg). Niet de cliënt maar de zorg wordt doorgeschoven.

Toekomstvisie

Deze regiovisie gaat uit van een toekomstvisie waarbij senioren thuis wonen, al dan niet met zorg, als meest aantrekkelijke optie ervaren. Intramuraal wonen vormt hierop een relatieve uitzondering.

Flevoland heeft een relatieve achterstandspositie t.o.v. de rest van Nederland als het gaat om de capaciteit aan voorzieningen. Wij hebben echter een voorsprong als het gaat om de verdeling van deze capaciteit over intramurale en extramurale zorg en de ontwikkeling van allerlei nieuwe vormen van zorg die thuis geboden wordt, door de thuiszorg maar ook door verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Deze relatieve voorsprong willen wij verder uitbouwen.

Om dit mogelijk te maken moeten de omstandigheden voor zelfstandig wonen zo optimaal mogelijk zijn. We streven naar levensloopbestendige woningen en een voldoende aanbod aan aangepaste woningen waarvan een substantieel deel geclusterd moet worden in de nabijheid van (zorg)voorzieningen. Het welzijnswerk speelt een belangrijke rol als voorziening tussen zelfstandig wonen, waarbij geen enkele vorm van hulp nodig is, en zelfstandig wonen met beperkte voorzieningen. Ook andere voorzieningen en vormen van hulp kunnen nodig zijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen, zoals voldoende mantelzorg en ondersteuning voor mantelzorg, de inzet van voldoende vrijwilligers, maar ook een goed netwerk van zorg- en medische voorzieningen, zowel om goed zelfstandig te kunnen blijven wonen, maar ook als vangnet, voor gevallen waarin dat (tijdelijk) niet meer kan.

Wanneer ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen zullen verzorgingshuizen zich ontwikkelen tot verzorgingshuizen nieuwe stijl: deze zullen meer gericht zijn op zorgvragers met een beperkte behoefte aan verpleeghuiszorg. Verpleeghuizen zullen de zwaarste vormen van zorg bieden en een belangrijke functie vervullen als behandelcentrum of expertisecentrum. Bovendien zal vanuit verzorgingshuizen en verpleeghuizen zorg en begeleiding worden geboden aan zelfstandig wonende ouderen of ouderen die in kleinschalige complexen wonen, uiteraard naast de rol die de thuiszorg hierin speelt.

Doelgroep

Als doelgroep voor de regiovisie Ouderenzorg sluiten wij aan bij algemeen gangbare omschrijvingen waarbij onder ouderen de leeftijdsgroep van 55-plussers wordt verstaan. Deze leeftijdsgrens wordt in deze regiovisie niet strikt gehanteerd.

Omvang van de doelgroep vanaf 55 jaar (1 januari 2000):

	55 – 64 jaar	65 – 74 jaar	75 +	Totaal 55+
--	-----------------	-----------------	------	------------

Flevoland	22.161	16.774	11.301	50.236
-----------	--------	--------	--------	--------

De grootste gebruikers van voorzieningen zijn 75-plussers. Daarom lichten we deze groep eruit.

Het aantal 75-plussers in de provincie Flevoland zal de komende jaren sterk stijgen, hoewel minder sterk als in de afgelopen 10 jaar. Voor Almere, Dronten en Zeewolde zal de groei het grootst zijn.

Aantal 75-plussers

	2000	2005	2010	2020 (indicatief)
Flevoland	11.301	14.650	16.600	21.550

De groep 55-plussers onder 6 etnische groeperingen (Marokkanen, Antillianen, Surinamers, Turken, Indonesiërs en mensen uit het voormalig Joegoslavië) is nu nog betrekkelijk klein. Het gaat om 2540 personen op 1-1-2000. Gezien de leeftijdsopbouw van deze groep gaat ook het aantal ouderen uit etnische groeperingen de komende jaren sterk groeien. Vergelijkbaar met de groei van het totaal aantal ouderen zal de verhoudingsgewijs sterkste groei van het aantal ouderen uit etnische groeperingen plaatsvinden in Almere, Dronten en Zeewolde.

Vraag naar zorg

Gedurende het jaar waarin deze regiovisie tot stand is gekomen is de financiële armslag voor de AWBZ zorg ingrijpend veranderd. Bij de start van het regiovisieproces was er sprake van een beperkt budget en van schaarste in de zorg. Accent lag toen op prioritering: welke vraag is het meest urgent, waar kunnen de schaars beschikbare middelen het beste worden ingezet. In de loop van het jaar 2000 is het landelijk beleid sterk gewijzigd en is het verzekeringskarakter van de AWBZ hersteld. Prioriteit ligt nu bij het wegwerken van de wachtlijsten, waarbij het budget niet langer de beperkende factor is. Op het moment waarop het concept van deze regiovisie is afgerond is dit proces nog in volle gang.

De wachtlijsten voor de thuiszorg zijn in de afgelopen periode nagenoeg weggewerkt. De wachtlijsten voor verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg blijken hardnekkiger te zijn.

Eind november 2000 is een tussentijdse rapportage gemaakt. Deze zag er voor Flevoland als volgt uit:

Aantal wachtenden eind november 2000

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Totaal
Verzorgingshuiszorg	192	48	141	381
Verpleeghuiszorg	*)	67	66	133
Thuiszorg	0	0	15	15

*) De gegevens voor verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg in deelgebied I zijn niet gesplitst, de cijfers hebben betrekking op beide zorgvormen. Bij de totalen zijn de cijfers van deelgebied I geteld bij de verzorgingshuiszorg.

Actiepunten 2001-2003

Deze regiovisie bevat een groot aantal actiepunten. Deze actiepunten zijn gegroepeerd volgens 5 categorieën:

- Het onderwerp leent zich voor een thematische aanpak b.v. een (mini) werkconferentie of een project.
- Het thema heeft relatie met andere regiovisies en moet in samenhang hiermee worden opgepakt.
- Het thema is beperkt van omvang en/of er zijn weinig partijen bij betrokken.
- Aan het thema wordt gewerkt.
- Het thema gaat om lokaal beleid.

De belangrijkste actiepunten vermelden we hier:

- Per gemeente moet inzicht komen in het beschikbare bestand aan seniorenwoningen en aangepaste woningen en hun situering t.o.v. zorgcentra. Dit kan de basis zijn voor plannen over het benodigde aantal seniorenwoningen en aanleunwoningen. De aanpasbaarheid van de bestaande woningvoorraad moet meegenomen worden in bedoelde inventarisatie en planvorming. Daarnaast is aandacht nodig voor eenduidige definities en voor de precieze vraag van ouderen. Gaat het om een aangepaste woning, om de nabijheid van een zorgvoorziening, om de nabijheid van andere ouderen en/of om de garantie van beschikbaarheid van zorg?
- Er moet meer zicht komen op de omvang en de problemen van ouderen die niet direct behoefte hebben aan zorg, maar wel de regie verliezen over hun eigen leven. Op het moment is er geen goed aanbod dat

voorziet in de behoefte van deze groep. Wellicht moet de groep eerst nog beter in kaart worden gebracht. Het gaat hier om een doelgroep die zich bevindt op het snijvlak van welzijn, GGZ en verpleging en verzorging.

- Scheiden van wonen en zorg kan een aanvullende impuls krijgen wanneer woningbouwcorporaties, welzijnsinstellingen en zorginstellingen kijken naar de mogelijkheden voor een gezamenlijke benutting en financiering van overdekte ruimten. De financiering van de infrastructuur van gecombineerde zorg- en dienstencentra kan opgelost worden d.m.v. functioneel uitgebreide dienstencentra. Het erkennen van dienstencentra en hun activiteiten, vooral de 'waakvlamactiviteiten' (= 24-uurs beschikbaarheid) als zorgproducten is nodig.
- De mogelijkheid voor een zelfstandig GGZ ouderencircuit in Flevoland moet onderzocht worden.
- De mogelijkheden voor het verlenen van acute en ongeplande zorg (zowel 24-uurs beschikbaarheid, als voorzieningen voor tijdelijke opvang) moeten nader in kaart worden gebracht en zonodig worden uitgebreid in relatie tot de jaarlijkse bestedingsvoorstellen V&V.
- Veel oudere echtparen uiten steeds duidelijker hun wens om bij elkaar te blijven wonen, ook als een van beiden wordt geïndiceerd voor verpleeghuiszorg (PG of somatiek). De mogelijkheden hiertoe zijn erg beperkt. In het kader van scheiden van wonen en zorg wordt naar oplossingen gezocht. Deze zoektocht verdient voortzetting.
- De bekendheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen bij ouderen uit etnische groeperingen moet vergroot worden en het is noodzakelijk om zicht te krijgen op de (zorg)vraag van ouderen uit etnische groeperingen. Hiervoor is aanvullend (periodiek) onderzoek noodzakelijk.
- Voldoende personeel en menskracht is op alle fronten een probleem en dat zal alleen nog maar toenemen. De Stichting Gezondheidszorg en Arbeid en de provincie moeten zich inzetten om een opleiding op niveau 3 en 4 uit te breiden en een opleiding op niveau 5 te creëren in Flevoland, in samenspraak met het ROC. Ook is het goed om te proberen een HBO-V opleiding naar Flevoland te krijgen.
- Op het gebied van preventieve en activerende huisbezoeken zijn onder verschillende benamingen diverse initiatieven gestart. Het gaat hier om een grensvlak tussen zorg en welzijn. In alle gevallen gaat het om projectmatige activiteiten die (nog) geen structurele inbedding en financiering hebben gevonden. Toch lijkt het hier om een belangrijke functie te gaan in het voorportaal van de zorg, die veel problemen in een latere fase kan voorkomen of beter kanaliseren. Nagedacht moet worden over de structurele organisatie van een dergelijke functie.
- De behoefte aan en de mogelijkheden tot hospice zorg moet in de drie deelgebieden verder worden onderzocht en ontwikkeld.
- Er is behoefte aan een eenvoudige verwijzingsfunctie die makkelijk toegankelijk is. Het ligt het meest voor de hand om dit op lokaal of wijkniveau te organiseren. Initiatieven hiertoe moeten op dat niveau gebundeld worden. Gemeenten zijn het meest voor de hand liggende aanspreekpunt (gemeenteloket 2000). Structurele inbedding is noodzakelijk.
- Mogelijkheden voor kleinschalige voorzieningen moeten verder uitgewerkt worden (b.v. zorgboerderij voor ouderen). Hiervoor moet eerst de zorgvraag meer inzichtelijk gemaakt worden.
- De behoefte aan en de mogelijkheden tot het creëren van een logeershuis ter ontlasting van de mantelzorg moet nader verkend worden.
- In deelgebied I is meer aandacht nodig voor alternatieve voorzieningen naast intramurale voorzieningen. Met name is er behoefte aan aanleunwoningen.
- De aansluiting van verschillende vervoerssystemen tussen gemeenten moet verbeterd worden. Bij de aanbesteding van het openbaar vervoer moet aandacht zijn voor de toegankelijkheid van het vervoer voor mensen die slechter ter been zijn en/of hulpmiddelen gebruiken. Er is aandacht nodig voor de aard van snelheidsremmende maatregelen (drempels etc.) en de gevolgen voor gebruikers van aangepast vervoer.

Uitvoering regiovisie: stuurgroep

Zoals hiervoor bleek, bevat de regiovisie een groot aantal conclusies en actiepunten die om uitvoering vragen. In de regiovisie is van elk actiepunt vermeld wie de initiatiefnemer zal zijn bij de uitvoering en welke partijen daarbij betrokken willen worden. Bovendien zal de regiovisie (in deze of een aangepaste vorm) t.z.t. geactualiseerd moeten worden. Voor dit doel zal een stuurgroep in het leven geroepen worden die voortbouwt op het werk van de groep die de regiovisie heeft opgesteld. De vijf regiovisiepartijen zullen deelnemen aan de stuurgroep: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgkantoor, gemeenten en provincie. Daarnaast is het RIO (indicatiestelling) een belangrijke betrokken partij. Als voorzitter wordt een wethouder uit een van de Flevolandse gemeenten gevraagd. De provincie neemt de secretarisrol op zich. De

stuurgroep richt zich primair op de bewaking van de voortgang van de regiovisie 'Ouderenzorg'. In de loop van de tijd dienen zich wellicht nieuwe onderwerpen aan die nog niet in de regiovisie aan bod zijn gekomen.

Ook hieraan kan de stuurgroep aandacht besteden. De partijen die niet vertegenwoordigd zijn in de stuurgroep, maar wel betrokken zijn bij de doelgroep, blijven betrokken door de uitvoering van de actiepunten zoals verwoord in de regiovisie.

Jaarlijks zal de stuurgroep rapporteren over haar werkzaamheden aan Provinciale Staten en aan een brede kring betrokkenen.

INLEIDING

Met de vaststelling van de 'Kadernota Regiovisie Zorg provincie Flevoland' (juni 1998) hebben Provinciale Staten het startsein gegeven voor de uitwerking van het zorgbeleid voor de provincie in 6 verschillende sectoren. De sector ouderen is er een van. De regiovisie zorg en de zes sectornota's komen tot stand in onderlinge samenwerking van 5 gelijkwaardige partijen: de zorgaanbieders, de zorgvragers, de financiers van de zorg, de gemeenten en de provincie. Deze laatste voert tevens de regie.

Alle partijen zien erop toe dat de visie wordt verwezenlijkt. Het laatste hoofdstuk bevat, onder meer, de afspraken die zijn gemaakt over de weg waarlangs de uitvoering van de visie ter hand wordt genomen. Waar in de tekst sprake is van "wij" worden de opstellers van de regiovisie bedoeld.

Inhoud

Voor u ligt de regiovisie 'Ouderenzorg' die is opgesteld door vertegenwoordigers van de hierboven genoemde partijen die allen een belangrijke rol spelen op het terrein van de zorg voor ouderen.

We hebben steeds met een grote kring vertegenwoordigers aan tafel gezeten, enerzijds omdat het om een groot netwerk gaat, er zijn veel betrokken partijen, anderzijds omdat geprobeerd is niet alleen zorgaanbieders uit de sector Verpleging en verzorging (V&V) bij het proces te betrekken, maar ook andere partijen, zoals welzijnsstichtingen, vrijwilligerswerk, mantelzorgorganisaties en woningbouwcorporaties.

In hoofdstuk 1 treft u een beschrijving aan van de doelgroep, van de doelstelling die wij met deze regiovisie willen bereiken en van de visie die wij daarbij als leidraad hanteren. Algemene uitgangspunten zijn het centraal stellen van de vraag, zelfbeschikkingsrecht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie, en de zorg volgt de cliënt. In de toekomstvisie die wij hanteren vormt het zelfstandig wonen voor ouderen de meest aantrekkelijke optie. Intramuraal wonen vormt daarop een relatieve uitzondering. Hoofdstuk 2 is een verkenning van de vraag met aandacht voor indicatiestelling en zorgtoewijzing. Vervolgens komen de volgende thema's aan de orde: wonen (hoofdstuk 3), welzijn (hoofdstuk 4), en zorg en medische voorzieningen (hoofdstuk 5). Bij het langer zelfstandig thuis wonen worden juist de schakels tussen deze thema's steeds belangrijker. Hoofdstuk 6 besteedt hier aandacht aan. Vervolgens wordt het aanbod aan personeel, maar ook de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers besproken. Het laatste hoofdstuk besluit met een voorstel hoe de uitvoering van de regiovisie ter hand zal worden genomen.

De regiovisie heeft een looptijd van drie jaar: 2001 – 2003. Na afloop van deze periode zal ook in samenhang met de regiovisies voor de andere sectoren besloten worden hoe een vervolg vormgegeven zal worden.

Proces

De regiovisie 'Ouderenzorg' is in concept in ongeveer een jaar tijd tot stand gekomen.

De genoemde vijf partijen zijn in die periode 5 keer bij elkaar gekomen om te discussiëren over de verschillende thema's. Daarnaast is schriftelijk materiaal aangeleverd en verwerkt.

Gedurende het jaar waarin deze regiovisie tot stand is gekomen is de financiële armslag voor de AWBZ zorg ingrijpend veranderd. Bij de start van het regiovisieproces was er sprake van een beperkt budget en van schaarste in de zorg. Accent lag toen op prioritering: waar kunnen de schaars beschikbare middelen het beste worden ingezet.

In de loop van het jaar 2000 is het landelijk beleid sterk gewijzigd en is het verzekeringskarakter van de AWBZ hersteld. Dit betekent dat wachtlijsten niet langer meer acceptabel zijn, maar iedereen werkelijk recht heeft op de geïndiceerde zorg.

Prioriteit ligt nu bij het creëren van voldoende zorgaanbod als antwoord op de zorgvraag, waarbij het budget niet langer de beperkende factor is. Daardoor is met name hoofdstuk 5 (zorg- en medische voorzieningen) in de loop van de tijd van karakter veranderd.

Een andere landelijke ontwikkeling van de afgelopen periode is het expireren van de Overgangwet Verzorgingshuizen per 1 januari 2001. Per die datum zijn de verzorgingshuizen opgenomen in de AWBZ en is niet langer de provincie, maar het Zorgkantoor verantwoordelijk voor de advisering over de verzorgingshuizen.

Eind april 2001 was het concept van deze regiovisie gereed ten behoeve van diverse inspraakrondes. Het concept is voor commentaar aangeboden aan de achterbannen van de betrokken organisaties, de betrokken commissie van Provinciale Staten en het concept is voor algemene inspraak ter inzage gelegd in de gemeentehuizen en bibliotheken in Flevoland. De (inspraak)reacties zijn in deze eindversie verwerkt.

Deloitte en Touche / ICS-adviseurs leverden de voorzitter voor de bijeenkomsten en verzorgde de verslaglegging. Het feitelijke schrijfwerk werd verricht door de provincie, mede met behulp van de inbreng van alle betrokken partijen.

1. UITGANGSPUNTEN, DOELSTELLING, VISIE, KENMERKEN VAN DE DOELGROEP

Kadernota

De regiovisie 'Ouderenzorg' is een uitwerkingsnota van de 'Kadernota Regiovisie Zorg' die Provinciale Staten van Flevoland in 1998 hebben vastgesteld. In de kadernota zijn beleidsuitgangspunten beschreven die ook van toepassing zijn op de regiovisie 'Ouderenzorg'.

De centrale doelstelling die de kadernota verwoordt luidt als volgt: 'De zorgvragen van alle inwoners van de provincie Flevoland dienen in principe te worden beantwoord door een zorgaanbod dat in de provincie aanwezig is'. Naast deze centrale doelstelling wordt een aantal uitgangspunten geformuleerd op de volgende terreinen: de zorgvrager centraal, toegang tot de zorg, het proces van zorgverlening en integratie van zorg met andere beleidsvelden. In een bijlage staan deze uitgangspunten nader omschreven.

Doelgroep

Als doelgroep voor de regiovisie Ouderenzorg sluiten wij aan bij algemeen gangbare omschrijvingen waarbij onder ouderen de leeftijdsgroep van 55-plussers wordt verstaan. Binnen deze groep wordt vaak onderscheid gemaakt tussen de derde generatie (ca. 55 tot 75 jaar) en de vierde generatie (75-plus). Om een beter inzicht te krijgen in het beroep op intensieve zorg zou het zelfs zinvol kunnen zijn om de oudste categorie nader onder te verdelen met een leeftijdsgrens van 80 of 85 jaar.

De genoemde leeftijdsgrenzen worden in deze regiovisie niet strikt gehanteerd. We gebruiken verschillende leeftijdsgroepen, afhankelijk van de relevantie van de leeftijd voor het besproken thema of van de beschikbaarheid van gegevens. Aangezien veel beperkingen zich pas beginnen te openbaren vanaf 75-jarige leeftijd kiezen we voor het cijfermateriaal veelvuldig voor deze grens.

Deze regiovisie gaat over ouderen die een beroep doen op zorg of op andere voorzieningen die een aanvulling zijn op de zorg, of waardoor een beroep op zorg kan worden voorkomen of uitgesteld. Daarmee is preventie ook een van de aandachtspunten van deze regiovisie. De fitte zestiger die zichzelf uitstekend weet te redden is dus geen onderwerp van deze regiovisie.

Doelstelling en visie

Voor deze regiovisie 'Ouderenzorg' hebben wij de volgende doelstelling geformuleerd:

De centrale doelstelling van de Regiovisie 'Ouderenzorg' is het bieden van een richtinggevend kader voor de afstemming en ontwikkeling van het (zorg)aanbod voor ouderen naar gewenste aard, omvang, volume en spreiding gebaseerd op de (te verwachten) (zorg)vraag.

Het gaat erom in deze regiovisie zicht te krijgen op de gewenste aard, omvang en spreiding van zorg en andere voorzieningen in relatie tot zorg voor ouderen. Daarbij is ook aandacht nodig voor preventie (voorkomen dat ouderen een beroep moeten gaan doen op zorg, of dit zo lang mogelijk uitstellen) en voor andere voorzieningen die eraan kunnen bijdragen dat ouderen niet, in mindere mate, of op een later tijdstip een beroep doen op zorgvoorzieningen.

Provinciaal Omgevingsplan

Provinciale Staten van Flevoland hebben op 2 november 2000 het Provinciaal Omgevingsplan vastgesteld. Dit Omgevingsplan treedt in de plaats van drie wettelijke plannen (streekplan, milieubeleidsplan en waterhuishoudingsplan). Het provinciaal bestuur hecht aan een meer volledige integratie van deze plannen, onder gelijktijdige toevoeging van de planvorming voor de sociale en economische structuur als belangrijk onderdeel van de toekomstige ontwikkeling van Flevoland.

Het Omgevingsplan doet dus ook uitspraken over de sociale ontwikkeling van Flevoland. De provincie zal voor de sociale ontwikkeling van Flevoland bevorderen dat een voorzieningenpatroon wordt gecreëerd en in stand wordt gehouden dat naar omvang, samenstelling en ruimtelijke spreiding aansluit bij de behoeften van de bevolking en dat bijdraagt aan een goed woon- en leefklimaat. Gespecialiseerde voorzieningen zullen in de grote kernen worden geconcentreerd. De eenmalig in Flevoland voorkomende centrale voorzieningen horen, uit oogpunt van bereikbaarheid en ter ondersteuning van de centrale functie van de steden, thuis in Lelystad of Almere. Voor Emmeloord geldt het behouden van een verzorgingspositie voor de Noordoostpolder en directe omgeving. Zo mogelijk zal in de dorpen in Flevoland een draagvlak voor primaire voorzieningen zoals basisonderwijs, medische zorg, detailhandel, jongerenwerk en ouderenzorg in stand worden gehouden (ontwikkelingsvisie, beleidsuitspraak 3). Het provinciaal beleid is gericht op een sterke toename van het aanbod aan zorg. Huidige achterstanden moeten worden weggewerkt, toekomstige achterstand moet worden voorkomen. Het beleid is voorts gericht op het vergroten van de samenhang en

samenwerking tussen de deelsectoren en een adequate ruimtelijke inpassing (beleidskader en ontwikkeling 2001-2005-2015, 2.5.3 zorgvoorzieningen).

Deze regiovisie sluit aan bij de kaders zoals die in het omgevingsplan zijn verwoord.

Programma van eisen regiovisie (IPO)

Het Inter Provinciaal Overleg (IPO) heeft een programma van eisen opgesteld waar een regiovisie met kwaliteit aan moet voldoen. Voor Provinciale Staten van Flevoland, die de regiovisie uiteindelijk vaststellen, vormt dit programma van eisen een toetsingskader. Het programma van eisen omvat de volgende elementen:

De regiovisie wordt opgesteld door de zorgvragers, verzekeraars/zorgkantoor, aanbieders, gemeenten en provincie. Deze vijf partijen hebben daarin allen hun eigen taken en verantwoordelijkheden.

De meerwaarde van de regiovisie is gelegen in de verbindingen die worden gelegd tussen de verschillende zorgsectoren en met aanpalende terreinen zoals welzijn, wonen en vervoer.

De regiovisie bevat minimaal een beschrijving van doelstellingen en ambities, vraagontwikkeling, aanbodontwikkeling, sterkte/zwakte-analyse, diagnose, vraaggestuurde oplossingen, afspraken over implementatie van de regiovisie en afspraken over monitoring en evaluatie.

De regiovisie is een visie op en heeft ten minste consequenties voor de volgende onderdelen: aard van de zorg en mogelijke aanpassingen van het huidige zorgaanbod, de gewenste spreiding, de gewenste samenhang en samenwerking, raakvlakken met andere sectoren, raakvlakken tussen cure en care, afstemmen van de zorg in landelijk overschrijdend verband, toegankelijkheidsmaatregelen, voorzieningen voor gehandicapten, de toegang tot de zorg, bekostiging c.q. verdeling financiële middelen, zorgvernieuwing en proefprojecten, de consequenties voor de (samenhangende) gebouwde zorginfrastructuur en het bouwbeleid, de bouwprioriteitenlijst, specifieke aanbevelingen op aanpalende terreinen zoals: wonen, arbeid en dagbesteding, welzijn en dienstverlening en onderwijs.

Algemene uitgangspunten:

De vraag van ouderen staat centraal

Vraaggerichte zorg is zorg die geboden wordt in overeenstemming met de reële behoefte van de zorgvrager. Hierbij moet rekening worden gehouden met de keuzemogelijkheden voor de zorgvrager.

De vraag van ouderen is lang niet altijd een zorgvraag. De vraag staat centraal betekent dus dat een integrale benadering nodig is. Zoals hiervoor al aan de orde is geweest beperkt deze regiovisie zich tot die vraag die een relatie heeft tot zorgbehoeften. De (brede) vraag die de behoefte aan zorg kan verminderen komt in deze regiovisie aan de orde. Voor de cliënt dient de samenhang tussen wonen, welzijn, vervoer en zorg als een samengesteld pakket ervaren te worden.

Vraaggerichte zorg betekent ook dat de benadering of aanpak gericht op allochtone ouderen intercultureel dient te zijn. Een integrale benadering van de zorgvraag houdt dus o.a. in beleid dat beantwoordt aan de diversiteit van de vraag in de samenleving.

Wanneer in de toekomst een persoonsvolgend budget (PVB) mogelijk wordt kan dit ook bijdragen aan de keuzevrijheid van cliënten.

Zelfbeschikkingsrecht, eigen verantwoordelijkheid en eigen regie

Uitgangspunt is het zelfbeschikkingsrecht van senioren over de invulling van hun eigen leven. In principe is ieder mens zelf verantwoordelijk voor het bevorderen en instandhouden van zijn/haar gezondheid. Er zijn echter omstandigheden waardoor mensen niet meer zelfstandig het behoud van eigen gezondheid en welbevinden kunnen realiseren. Mensen kunnen door omstandigheden een beroep moeten doen op professionele zorgvoorzieningen. Dan moeten, in samenwerking met de zorgvrager en/of zijn omgeving, de gestelde doelen gerealiseerd worden. Hierbij wordt de zorgvrager zoveel mogelijk in staat gesteld de regie over het eigen leven te behouden.

De nog aanwezige mogelijkheden van de zorgvrager en niet zijn/haar beperkingen zijn uitgangspunt bij het bieden van zorg.

Ook binnen het gegeven van de intramurale setting willen wij zoveel mogelijk tegemoet komen aan het zelfbeschikkingsrecht van senioren over de invulling van hun eigen leven. Wanneer ouderen in een intramurale setting leven, betekent dit dat zij een gedeelte van de regie hebben ingeleverd. Ouderen die niet meer in staat zijn de regie over het eigen leven te voeren verdienen bijzondere aandacht. Hulpvragen van deze groep moeten vaak verhelderd worden met behulp van familie, hulpverleners etc.

Zorg volgt cliënt

De zorg wordt zoveel mogelijk naar de cliënt gebracht. Nodig hiervoor is een goede spreiding van voorzieningen en toegankelijkheid in zowel fysieke zin als in de zin van heldere informatievoorziening, verwijzingsprocedures etc. Ook de financiële toegankelijkheid moet gegarandeerd zijn. Daarnaast moet er sprake zijn van een dusdanig aanbod van en variatie in zorgvoorzieningen/functies dat deze in overeenstemming zijn met de vraag naar en de behoefte aan zorg. Er wordt gestreefd naar een zorgcontinuüm op het terrein van verpleging en verzorging. De 'zorg volgt de cliënt' houdt ook in dat de zorg zo wordt georganiseerd dat overgangen van de ene naar de andere organisatie naadloos verlopen (ketenzorg). Niet de cliënt maar de zorg wordt doorgeschoven.

Toekomstvisie

Deze regiovisie gaat uit van een toekomstvisie waarbij senioren thuis wonen, al dan niet met zorg, als meest aantrekkelijke optie ervaren. Intramuraal wonen vormt hierop een relatieve uitzondering.

Extramurale zorg wordt soms nog gezien als een minder product. Minder in de zin van lagere kwaliteit, minder sociale contacten, hogere prijsstelling en uiteindelijk toch onvoldoende om, tot aan je dood, te kunnen blijven wonen waar je woont. Dit beeld bestaat niet alleen bij cliënten (en hun familie), maar ook bij verwijzers. In de praktijk blijkt dat veel indicaties voor verzorgingshuizen, worden aangevraagd na een incident (vallen, griep, ziekenhuisopname). Op het moment dat er een plaats vrijkomt in een verzorgingshuis, durft de cliënt geen 'nee' te zeggen. Dit beeld willen wij bijstellen.

Flevoland heeft een relatieve achterstandspositie t.o.v. de rest van Nederland als het gaat om de capaciteit van voorzieningen. Flevoland heeft echter een voorsprong als het gaat om de verdeling van deze capaciteit over intramurale en extramurale zorg en om de ontwikkeling van verschillende vormen van extramurale zorg. Deze relatieve voorsprong willen wij verder uitbouwen.

Om dit mogelijk te maken moeten de omstandigheden voor zelfstandig wonen zo optimaal mogelijk zijn. Gestreefd moet worden naar levensloopbestendige woningen en een voldoende aanbod aan aangepaste woningen, waarvan een substantieel deel geclusterd moet worden in de nabijheid van (zorg)voorzieningen. Nadere invulling behoeft de vraag op welk schaalniveau clustering het beste kan plaatsvinden en om welke (zorg)voorzieningen het gaat. In hoofdstuk 3 gaan wij hier nader op in.

Het welzijnswerk speelt een belangrijke rol als tussen voorziening tussen zelfstandig wonen, waarbij geen enkele vorm van hulp nodig is en zelfstandig wonen met beperkte voorzieningen. Deze voorzieningen kunnen de vorm hebben van diensten, zoals alarmering of maaltijdvoorziening, maar zij kunnen ook de vorm hebben van begeleiding, zoals de inzet van een ouderenadviseur of sociale activering. In hoofdstuk 4 wordt hier nader op ingegaan.

Ook andere voorzieningen en vormen van hulp kunnen nodig zijn om zelfstandig te kunnen blijven wonen, zoals voldoende mantelzorg en ondersteuning voor mantelzorg (hoofdstuk 7), de inzet van voldoende vrijwilligers (hoofdstuk 7), maar ook een goed netwerk van zorg- en medische voorzieningen zowel om goed zelfstandig te kunnen blijven wonen, maar ook als vangnet, voor gevallen waarin dat (tijdelijk) niet meer kan (hoofdstuk 5).

Wanneer ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen zullen verzorgingshuizen zich ontwikkelen tot verzorgingshuizen nieuwe stijl: deze zullen meer gericht zijn op zorgvragers met een beperkte behoefte aan verpleeghuiszorg. In verzorgingshuizen neemt het aantal bewoners met psychogeriatrische problematiek steeds meer toe. Hiertoe zullen de verzorgingshuizen moeten voldoen aan de nieuwe bouweisen, waar onder rolstoeltoegankelijkheid, beschikken over een huiskamer en eventueel een BOPZ-aanmerking. Op deze wijze wordt inhoud gegeven aan het uitgangspunt 'zorg volgt cliënt'.

Verpleeghuizen zullen de zwaarste vormen van zorg bieden en een belangrijke functie vervullen als behandelcentrum of expertisecentrum. Bovendien zal vanuit verzorgingshuizen en verpleeghuizen zorg en begeleiding worden geboden aan zelfstandig wonende ouderen of ouderen die in kleinschalige complexen wonen, uiteraard naast de rol die de thuiszorg hierin speelt.

Kleinschalige complexen zoals zelfstandige woningen met 24-uurszorg op afroep beschikbaar (b.v. fokuswoningen) of beschermde woonvormen zijn nodig voor specifieke groepen, zoals jonge verpleeghuispatiënten, mensen met niet aangeboren hersenletsel en lichtere PG-verpleeghuisbewoners.

De landelijke koepel van verzorgingshuizen en verpleeghuizen, Arcaris, werkt momenteel aan eenduidige definities van verschillende zorgproducten, zoals hiervoor zijn genoemd (begeleiding, verzorging etc.).

Spanningsvelden

Hiervoor is een aantal algemene uitgangspunten genoemd die in deze regiovisie gehanteerd worden. De mogelijkheden om deze uitgangspunten waar te maken zijn echter aan grenzen gebonden. Grenzen zijn er niet om ons achter te verschuilen, ons doel is juist om de grenzen zo ruim mogelijk te trekken. Het benoemen van een aantal spanningsvelden werkt echter beter dan met de mond een mooie visie belijden die in de praktijk niet wordt waargemaakt.

- Het blijkt niet mee te vallen goed zicht te krijgen op de werkelijke klantvraag. Ouderen kunnen niet altijd aangeven wat zij werkelijk willen, zeker als het om de toekomst gaat. Overigens zijn ouderen hierin niet uniek, ook bij andere groepen zorgvragers doet dit probleem zich voor.
- De economische driehoek van vraag, aanbod en middelen heeft door de wijzigingen in de AWBZ een andere volgorde gekregen: niet de middelen, maar de vraag vormt nu het uitgangspunt. Het is zaak om de vraag zo goed mogelijk te kennen en om, gegeven de economische driehoek, het aanbod zo te organiseren en de middelen zo in te zetten dat zo goed mogelijk tegemoet wordt gekomen aan de vraag van de cliënt.
- Het gaat om individuele vraaggerichtheid. Zorgaanbieders dienen zowel op individueel niveau (vooral op niveau van de individuele hulpverlener) als ook op collectief niveau (vooral op niveau van het management) te opereren. Wil men de hulpverlener in staat stellen vraaggericht te werken, dan is een vervaging van de domeingrenzen (ontschotten) en een toename van de mogelijkheden om als individuele zorgverlener autonoom te handelen noodzakelijk. Het gaat om het maatschappelijk ondernemen.
- Voor individuele vraagbeantwoording is ook de combinatie van zorg, wonen en welzijn van belang. De combinatie vraagt om een veelheid van aanbieders, regelingen, middelen en mogelijkheden. Samenwerking tussen uitvoerenden en management van deze sectoren, gebeurt voor een groot deel op basis van onderlinge consensus. Partijen kunnen niet gedwongen worden tot samenwerking, gericht op de individuele vraagbeantwoording.
- Een discussiepunt is de relatie tussen keuzevrijheid van cliënten en fusies van zorgaanbieders. Ouderen hebben geen keuze tussen verschillende aanbieders wanneer er in een regio maar 1 aanbieder is. De keerzijde is dat het assortiment van die ene aanbieder wellicht groter is dan het assortiment van een groter aantal aanbieders die zich op hetzelfde terrein begeven. Fusies of intensieve samenwerkingsvormen tussen verschillende zorgaanbieders kunnen ertoe leiden dat een meer integraal aanbod en meer tussenvormen van zorg worden ontwikkeld.
- Door de huidige regelgeving is de kwaliteit van wonen in de intramurale setting vaak slecht. Met name de wooncomponent moet verbeterd worden. Aanpassing van de huidige regelgeving en scheiden van wonen en zorg kunnen hiertoe bijdragen.

Relatie tot andere regiovisies

In de kadernota Regiovisie zorg is aangegeven dat zes uitwerkingsnota's worden gemaakt voor de verschillende sectoren: jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor mensen met een lichamelijke handicap, zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, ouderenzorg en medisch curatieve zorg. De eerste drie genoemde regiovisies zijn inmiddels gereed. Een deel van de ouderen hoort tegelijk ook tot andere categorieën, zoals mensen met een lichamelijke handicap. Ook het beroep van ouderen op medisch curatieve zorg is relatief groot.

In bijlage 4 staat beschreven in welke regiovisie groepen mensen die tot verschillende categorieën horen het meest uitgebreid aan bod komen.

Omvang en kenmerken van de doelgroep

We beginnen met een overzicht van de omvang van de doelgroep vanaf 55 jaar (1 januari 2000):

Gemeente	55 – 64 jaar	65 – 74 jaar	75 +
Almere	7.940	6.680	3.901
Dronten	3.092	2.415	1.267
Lelystad	5.402	3.356	2.669
Noordoostpolder	3.795	2.855	2.725
Urk	899	602	431
Zeewolde	1.033	866	308

Totaal	22.161	16.774	11.301
--------	--------	--------	--------

Zoals uit het vervolg van deze regiovisie zal blijken zijn de grootste gebruikers van voorzieningen de 75-plussers daarom lichten we deze groep eruit.

Het aantal 75-plussers in de provincie Flevoland zal de komende jaren sterk stijgen. Voor Almere, Dronten en Zeewolde geldt dit het sterkst.

De volgende prognoses laten dit zien:

Prognose aantal 75-plussers per gemeente:

(Bron: voorlopige provinciale cijfers)

Gemeente	2000	2005	2010	(indicatie) 2020
Almere	3.901	5.950	6.850	9.150
Dronten	1.267	1.750	2.200	2.850
Lelystad	2.669	2.950	3.150	4.200
Noordoostpolder	2.725	2.850	2.950	3.400
Urk	431	500	550	750
Zeewolde	308	650	900	1.200
Totaal	11.301	14.650	16.600	21.550

Ter vergelijking: in de afgelopen 10 jaar (1991 t/m 2000) is het totaal aantal 75-plussers in Flevoland gestegen van 5.753 tot 11.301. De prognose voor de groei is voor de komende 10 jaar dus procentueel gezien lager dan de groei die we de afgelopen 10 jaar gezien hebben.

Voor het aantal 85-plussers geldt de groeiverwachting in nog sterkere mate. Ook hier vormen Almere, Dronten en Zeewolde de toppers.

Prognose aantal 85-plussers per gemeente:

Gemeente	2000	2005	2010	(indicatie) 2020
Almere	572	1.050	1.350	2.350
Dronten	195	350	550	900
Lelystad	439	650	800	950
Noordoostpolder	507	750	900	900
Urk	75	100	150	200
Zeewolde	23	100	250	400
Totaal	1.811	3.000	4.000	5.700

Ter vergelijking: in de afgelopen 10 jaar (1991 t/m 2000) is het totaal aantal 85-plussers in Flevoland gestegen van 750 tot 1.811. De prognose voor de groei is voor de komende 10 jaar min of meer vergelijkbaar dan de groei die we de afgelopen 10 jaar gezien hebben.

Tenslotte hebben we nog gekeken naar het aantal 85-plussers in verhouding tot het aantal 75-plussers, omdat onze veronderstelling was, dat de groep ouderen in Flevoland relatief jong is. Deze veronderstelling bleek te kloppen, maar het verschil wordt de komende 10 jaar praktisch ingelopen. Dat bleek al uit de zeer sterke groei van het aantal 85-plussers wat uit de vorige tabellen bleek.

In 2000 was in Flevoland 16% van de 75-plussers 85 jaar of ouder (landelijk 24%), in 2010 zijn de cijfers 24% voor Flevoland en 26% landelijk.

Voorgaande cijfers geven een indicatie van de enorme benodigde groei aan voorzieningen in de komende jaren.

Inkomenssituatie en opleidingsniveau

De inkomenssituatie van ouderen (65-plus) wijkt enigszins af van landelijke gemiddelden: de middengroep is sterker vertegenwoordigd dan de groep hoge en lage inkomens.

Procentuele verdeling huishoudens 65-plus over drie categorieën besteedbaar huishoudinkomen, Flevoland en Nederland

	Nederland	Flevoland
Laag (tot f27.300)	51	47
Midden (f27.300 – f37.200)	21	27
Hoog (meer dan f37.200)	28	26
Totaal	100 %	100%

Bron: WoningBehoeftte Onderzoek 1998 (Ministerie VROM)

Ongeveer tweederde van de 75-plussers heeft geen vervolgopleiding of alleen lager beroepsopleiding gevolgd. Landelijk vergelijkbare cijfers zijn niet eenvoudig beschikbaar.

Opleidingsniveau 75+ (heel Flevoland)

Geen/lo/lbo	64%
Mulo/mbo/hbs	31%
Hbo/uni	5%

Bron: GGD enquête 2000

Prognose aantal ouderen uit etnische groeperingen

De groep 55-plussers onder 6 etnische groeperingen (Marokkanen, Antillianen, Surinamers, Turken, Indonesiërs en mensen uit het voormalig Joegoslavië) is nu nog betrekkelijk klein. Het gaat om 2540 personen op 1-1-2000. Gezien de leeftijdsopbouw van deze groep gaat ook het aantal ouderen uit etnische groeperingen de komende jaren sterk groeien. Vergelijkbaar met de groei van het totaal aantal ouderen zal de verhoudingsgewijs sterkste groei van het aantal ouderen uit etnische groeperingen plaatsvinden in Almere, Dronten en Zeewolde.

De grootste groep ouderen uit etnische groeperingen wordt gevormd door Indonesiërs gevolgd door Surinamers. Het is te verwachten dat dit ook in de toekomst de grootste groepen ouderen uit etnische groeperingen zullen zijn. Duidelijk is dat het niet om een homogene groep gaat.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft berekend dat met name vrouwen uit etnische groeperingen straks de top van de bevolkingspiramide bevolken, omdat zij hun echtgenoot met ca. elf jaar overleven. Vooral Turkse en Marokkaanse vrouwen komen dan, vanwege hun lage maatschappelijke zelfredzaamheid, in een zeer kwetsbare situatie.

Vooralsnog lijken ouderen uit etnische groeperingen nog geen eenduidige specifieke zorgvraag te hebben die kan resulteren in een specifiek zorgaanbod. In de volgende hoofdstukken komen we hierop terug.

Aantal 55-plussers uit etnische groeperingen in Flevoland naar land van herkomst
1-1-2000

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Totaal
Marokko	120	25	110	25	5	5	290
Ned. Antillen	110	10	80	20	10	0	230
Suriname	495	25	235	20	0	0	775
Turkije	35	20	25	20	0	0	100
Indonesië	565	80	290	70	5	45	1055
Vrm. Joegoslavië	65	5	10	10	0	0	90
Totaal	1390	165	750	165	20	50	2540

Bron: CBS (1^e en 2^e generatie, afgerond op eenheden van 5)

Aantal 45 – 54 jarigen uit etnische groeperingen in Flevoland naar land van herkomst
1-1-2000

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Totaal
Marokko	95	30	100	15	5	0	245
Ned. Antillen	225	15	130	25	0	10	405
Suriname	835	20	380	20	0	10	1265
Turkije	50	15	45	5	0	0	115
Indonesië	875	135	470	85	10	70	1645
Vrm. Joegoslavië	75	5	45	10	0	5	140
Totaal	2155	220	1170	160	15	95	3815

Bron: CBS (1^e en 2^e generatie afgerond op eenheden van 5)

2. INZICHT IN DE VRAAG, KENNIS EN INFORMATIE, INDICATIESTELLING EN ZORGTOWEIJZING

2.1 Inzicht in de zorgvraag

Om klantgerichte zorg te kunnen leveren is inzicht nodig in de zorgvraag. Het blijkt heel moeilijk te zijn om goed zicht te krijgen op de werkelijke toekomstige klantvraag. Beginnend bij de oudere zelf: ouderen kunnen vaak slecht aangeven wat zij in de toekomst willen. Dit wordt nog versterkt doordat er qua zorg sprake is van twee groepen: de jongere oudere (tot ca 75-80 jaar) en de oudere oudere. Gemiddeld genomen zijn de kenmerken van de oudere oudere ten opzichte van de jongere oudere: vooral vrouwen, minder inkomen, alleenstaand, minder opleiding, minder sociale contacten, minder goede gezondheidssituatie, minder assertief en minder zelfstandig. Net zo goed of net zo slecht als een vijftigjarige kan inschatten welke behoeften een zeventigjarige heeft, geldt dit ook voor een zeventigjarige als hij de behoeften voor een negentigjarige moet inschatten.

De volgende bronnen hebben wij gebruikt om inzicht te krijgen in de zorgvraag voor het totstandkomen van deze regiovisie.

- SCP
De SCP Rapportage Ouderen 1998 geeft inzicht in landelijke cijfers die toegerekend kunnen worden naar Flevoland (met name gebruikt in hoofdstuk 3).
- RIO (regionaal indicatie orgaan voor NOP, Urk, Lelystad, Dronten en Zeewolde) / LIA (indicatieorgaan voor Almere)
Indicatiegegevens geven inzicht in de huidige vraag naar geïndiceerde zorg (zie 5.1). Nu indicatiestelling in toenemende mate functiegericht gebeurt en niet instellingsgericht, wordt bereikt dat de behoefte zichtbaar wordt onafhankelijk van het bestaande aanbod. Helaas zijn de gegevens over 1999 nog zodanig geregistreerd dat deze niet naast capaciteitsgegevens en wachtlijstgegevens gelegd kunnen worden. Het RIO gebruikt vanaf 1 juli 2000 een registratiesysteem op basis van het BIO-protocol. Ook het LIA gebruikt de omschrijvingen volgens het BIO-protocol.
- Wachtlijstgegevens
Deze geven een beeld van de onvervulde behoefte aan zorg voor het huidige zorgaanbod. Begin juli 2000 zijn opgeschoonde cijfers bekend geworden (peildatum 15 mei 2000) die in november zijn geactualiseerd. Ook in de toekomst zal periodieke actualisering plaatsvinden. De gegevens komen aan bod in 5.1 en staan uitgebreid in de bijlagen.
- GGD
In 2000 heeft de GGD een enquête uitgevoerd onder een groot aantal zelfstandig wonende senioren (55+). De resultaten van deze enquête geven een betrouwbaar beeld van de wensen van senioren op een groot aantal terreinen. De gegevens komen in meerdere hoofdstukken aan de orde.
- ZGB
De ouderenorganisaties, vertegenwoordigd in de ZGB hebben in 1997 een rapport uitgebracht over de zorgvraag in Flevoland: "FOGO, Regionale Zorgvisie Ouderen Flevoland, RZO, Onbezorgd, maar niet onverzorgd: de vraag aan bod, november 1997". Ten behoeve van deze regiovisie heeft de ZGB daarnaast een aantal panelbijeenkomsten georganiseerd. De landelijke organisatie van cliëntenraden in de ouderenzorg heeft ook een rapport uitgebracht: "LOC, Koning Klant in seniorenland, standpunten van de LOC rondom regiovisie. Utrecht, januari 1999" Deze rapporten en bijeenkomsten geven een beeld van met name de kwalitatieve behoeften van senioren op een breed terrein. De resultaten komen op meerdere plaatsen aan de orde. (Zie ook bijlage 6)
- Informatie van Axion (voorheen ASF): onderzoeksrapporten over de behoeften van allochtone ouderen en discussieresultaten over deze rapporten met betrokkenen.

Conclusie: de genoemde informatiebronnen bieden voldoende inzicht in de zorgvraag.

Wel is het gewenst dat de productomschrijvingen van RIO, Zorgkantoor en Zorgaanbieders goed op elkaar afgestemd worden. Dit is een dynamisch proces waarbij wordt toegewerkt naar flexibele aanspraken.

Initiatiefnemer: Zorgkantoor

Betrokkenen: RIO, LIA, gemeenten, zorgaanbieders

2.2 Informatie aan potentiële cliënten

Verschillende voorzieningen fungeren als informatiebron voor potentiële cliënten:

Huisartsen zijn voor ouderen zelf vaak het eerste loket.

Sommige welzijnsinstellingen nemen een informatietaak op zich door de instelling van een seniorenadviseur, een seniorenkrant of senioren (zorg)loket.

Het indicatieorgaan (RIO/LIA) verschaft informatie over geïndiceerde zorg en over WVG voorzieningen.

De GGD heeft een internetsite ontwikkeld met een sociale kaart van gezondheidszorg- en welzijnsinstellingen in Flevoland. Plaatselijke seniorenengidsen en al bestaande sociale kaarten zijn opgenomen in deze site, zodat een totaal overzicht ontstaat (www.zorgnetwerk-flevoland.nl).

In sommige gemeenten bestaan meldpunten vrijwilligerszorg waar ouderen die behoefte hebben aan ondersteuning door vrijwilligers dit kunnen aanvragen. Gemeenten verschaffen informatie over mogelijkheden tot bijzondere bijstand en over WVG voorzieningen. Voor maaltijdvoorzieningen is men aangewezen op informatie van welzijnsorganisaties of van verzorgingshuizen.

Dit overzicht maakt duidelijk dat informatievoorziening een onoverzichtelijk veld is. Op gemeentelijk niveau worden initiatieven genomen om betere bundeling mogelijk te maken. Daarbij wordt herhaaldelijk de 1-loket functie genoemd (overheidsloket 2000). Bundeling en afstemming van initiatieven per gemeente zijn nodig om te voorkomen dat vele halve initiatieven elkaar in de weg zitten en geen een initiatief echt van de grond komt. Belangrijk hierbij is om het perspectief van de gebruiker als uitgangspunt voor ogen te houden.

Ook voor meer specifieke onderdelen blijkt informatievoorziening verbeterd te moeten worden. In het kader van het regionale plan van aanpak wachtlijsten is een communicatieplan opgesteld waarin aandacht is voor informatie aan de potentiële cliënt voor het hele traject van indicatiestelling tot zorgverlening. Ook PGB en eigen bijdragen krijgen in dit plan de aandacht.

Conclusie: er is behoefte aan een eenvoudige verwijfsfunctie die makkelijk toegankelijk is. Het ligt het meest voor de hand om dit op lokaal of wijkniveau te organiseren. Initiatieven hiertoe moeten op dat niveau gebundeld worden. Gemeenten zijn het meest voor de hand liggende aanspreekpunt (Overheidsloket 2000).

Structurele inbedding is noodzakelijk.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: GGD, RIO/LIA, zorgvragers, aanbieders van zorg, wonen (woningcorporaties) en welzijn

2.3 Indicatiestelling

Flevoland kent 2 indicatieorganen: het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) dat indiceert voor deelgebied I en II (NOP, Urk, Lelystad, Dronten, Zeewolde) en het Lokaal Indicatieorgaan Almere (LIA) dat indiceert voor Almere. Het LIA indiceert voor zorgvoorzieningen (op het terrein van verzorging en verpleging), welzijnsvoorzieningen, WVG voorzieningen en parkeervoorzieningen, het RIO voor zorgvoorzieningen en in beperkte mate voor WVG voorzieningen.

RIO en LIA zijn bezig met een traject waarbij de indicatiestelling voor gehandicaptenzorg ook door het RIO en LIA zal worden uitgevoerd, zonodig met een beroep op speciale adviseurs. Hierdoor kan de zorg uit beide sectoren beter op elkaar worden afgestemd. Flevoland loopt met de integratie van de indicatiestelling voorop t.o.v. de rest van Nederland.

In het kader van het plan van aanpak wachtlijsten is afgesproken dat het RIO gaat indiceren en registreren op basis van het BIO-protocol, een protocol dat is vastgelegd door het landelijke Breed Indicatie Overleg (BIO). Rapportages op basis van de BIO formulieren zullen helaas pas gereed zijn vanaf 1-7-2001. Dit hangt samen met de implementatie van een nieuw registratiesysteem. Het LIA hanteert een andere formulierenset, wat meer geschikt is om ook WVG- en parkeervoorzieningen te verwerken. Helaas is de uitwisseling van informatie hierdoor minder doorzichtig.

Door RIO en LIA wordt, mede door de uitbreiding van de indicatiestelling voor de gehandicaptensector, in toenemende mate samengewerkt.

2.4 Zorgtoewijzing

Flevoland scoort landelijk gezien ook goed, als het gaat om de organisatie van de zorgtoewijzing. Het zorgtoewijzingsteam uit deelgebied 2 (Lelystad, Dronten, Zeewolde) vormde een van de landelijk benoemde 'good practises'.

In het plan van aanpak wachtlijsten Flevoland (Zorgkantoor augustus 2000) zijn afspraken verwoord over zorgtoewijzing, gebaseerd op de landelijke notitie "Ketenbenadering cluster verpleging & verzorging".

In Flevoland functioneren 3 zorgtoewijzingsteams (1 per deelgebied). Een zorgtoewijzingsteam bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende aanbieders en is per 1-7-01 door het Zorgkantoor gemandateerd de zorgtoewijzing uit te voeren voor verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en meervoudige thuiszorg of combinaties van genoemde zorgvormen. Zorgtoewijzingsteams dragen zorg voor een centrale en integrale zorgtoewijzing per deelgebied. Met ingang van 1 juli 2001 vindt integrale zorgtoewijzing (inclusief de gehele thuiszorg) plaats.

Het zorgtoewijzingsteam zal de beschikbare zorgvorm(en) als eerste toewijzen aan de cliënt met de kortst resterende mate van uitstelbaarheid van zorg. Nadere afspraken worden gemaakt over de vraag hoe omgegaan wordt met cliënten die overbruggingszorg ontvangen.

De zorgtoewijzingsteams zorgen ook voor de uitvoering van wachtlijstbegeleiding. Uitgangspunten zijn dat geregeld contact wordt gehouden met degene die op de wachtlijst is geplaatst om eventuele wijzigingen in de situatie te bezien, dat de sociale omgeving, met name de mantelzorg hierbij betrokken wordt en dat er indien mogelijk gewezen wordt op alternatieve (tijdelijke) oplossingen. Wachtlijstbegeleiding wordt alleen uitgevoerd voor cliënten die wonen in de regio waar ze op de wachtlijst staan.

In de toekomst zal indicatiestelling en zorgtoewijzing steeds meer te maken krijgen met specifieke voorkeuren van allochtone ouderen voor zorgaanbieders die een intercultureel beleid voeren.

3. WONEN, WOONOMGEVING EN MOBILITEIT

Inleiding

In dit hoofdstuk komen verschillende aspecten van het wonen, de woonomgeving en mobiliteit aan de orde. We beginnen met de woning zelf. De aard van de woning, specifieke woningtypen en aanpassingen in de woning. Daarna volgen enkele opmerkingen over woonwensen van allochtone ouderen. Vervolgens komt de woonomgeving aanbod. Uit inventarisaties van de ZGB volgen enkele specifieke woonwensen die hiervoor niet aan bod kwamen. Daarna wordt een paragraaf gewijd aan mobiliteit. Dit hoofdstuk heeft een relatie met hoofdstuk 6: 'Afstemming wonen zorg en welzijn'. Zowel de aard van de woning, als de ligging van de woning t.o.v. voorzieningen is van invloed op de behoefte aan zorg- en welzijnsvoorzieningen.

3.1 Woningtype

In Flevoland woont ca. 94,4% van de 65-plussers zelfstandig. Dit percentage is hoger dan het landelijke gemiddelde van 92%.

In Flevoland is er een enorm verschil in het percentage 75-plussers per woonvorm tussen de gemeenten. De belangrijkste woonvorm voor bijna alle 75-plussers in Flevoland is de eengezinswoning, maar de percentages variëren van 29% in Zeewolde tot 54% in Lelystad. Daarna volgt de bejaarden- of seniorenwoning. (N.B. de genoemde woonvormen zijn volgens eigen opgave, dus volgens eigen beleving van de betreffende senioren, er is geen definitie gegeven van de verschillende woonvormen.)

Huidig woningtype (75+, percentages per gemeente)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Eengezinswoning	32	38	54	47	46	29	41
Seniorenwoning	33	30	19	27	30	30	28
Aanleunwoning	4	2	4	1	3	3	3
Flatwoning met lift	20	5	14	6	2	27	13
Vrijstaande woning	1	23	3	12	17	6	8
Overig	10	2	6	7	2	5	7
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: GGD enquête 2000

Een groot aantal ouderen staat op de wachtlijst voor een seniorenwoning of aanleunwoning. Aantallen wachtenden (75+) voor een seniorenwoning en aanleunwoning in 1994 en 2000, omgerekend naar de totale doelgroep (75+)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Cijfers 1994							
Seniorenwoning	88	22	42	36			
Aanleunwoning	155	70	70	65			
Cijfers 2000							
Seniorenwoning	120	148	182	95	0	14	587
Aanleunwoning	148	44	330	229	0	165	734

Opvallend is de spectaculaire groei van het aantal wachtenden voor seniorenwoningen m.n. in Dronten en Lelystad, maar ook in de NOP en in Almere. De vraag naar aanleunwoningen is enorm gestegen in Lelystad en de NOP en verhoudingsgewijs erg groot in Zeewolde.

Ook deze gegevens komen uit de GGD enquête en zijn dus geen officiële wachtlijstgegevens. De betrouwbaarheid van de gegevens is niet bekend. Het is waarschijnlijk dat veel mensen zich uit voorzorg op de wachtlijst plaatsen die op termijn een andere woning willen als hun gezondheid zou verslechteren. Wanneer de toewijzing van aanleunwoningen ook onder het RIO gebracht zou worden, kan dit de transparantie in de zorg vergroten, het maken van afwegingen kan verbeteren (b.v. tussen een aanleunwoning of opname in een verzorgingshuis) en de betrouwbaarheid van het aantal wachtenden eveneens.

Het SCP heeft onderzoek geanalyseerd naar verhuigeneidheid van ouderen. Slechts een zeer klein gedeelte van de ouderen wil beslist verhuizen (dit loopt op van 3% van de 75-plussers tot 5% van de groep 55-64 jaar). Als de vraag is of men eventueel wil verhuizen lopen de percentages op van 13% van de 75-plussers tot 18% van de groep 55-64 jaar.

Voor de jongste groep ouderen vormt de woning de belangrijkste reden om eventueel te willen verhuizen. De voorkeur gaat vooral uit naar een kleinere woning.

Voor de oudste groep ouderen is de gezondheidssituatie een reden om te willen verhuizen. Deze groep heeft vooral voorkeur voor een seniorenwoning of flat, een voorkeur voor huur en een voorkeur voor minder kamers.

Opvallend in landelijk onderzoek is dat wanneer men last krijgt van (matige of ernstige) fysieke beperkingen het weinig uitmaakt of men in een eengezinswoning woont of in een flat of etagewoning. In alle gevallen is de verhuigeneidheid ongeveer even groot. Ook de verhuigeneidheid van mensen die in een zelfstandige seniorenwoning wonen wordt dan vrij groot.

In het rapport 'Aandachtsgroep en kernvoorraad onder de loep' van Companen (juni 1999) wordt een schatting gemaakt van de beschikbare en benodigde voorraad senioren-woningen per gemeente in 1997. Ook wordt een prognose gedaan voor de benodigde voorraad seniorenwoningen in 2005:

	Beschikbaar in 1997	Benodigd in 2005	Te realiseren t.o.v. 1997
Almere	2.332	4.580	2248
Dronten	435	779	344
Lelystad	738	1.020	282
Noordoostpolder	530	869	339
Urk	67	265	198
Zeewolde	194	230	36
Totaal Flevoland	4.296	7.743	3.447

Duidelijk is dat er behoefte bestaat aan aanleunwoningen en seniorenwoningen. Gezien de sterke vergrijzing de komende 10 jaar zal die behoefte alleen maar groeien. Wel is er een aantal knelpunten die om opheldering vragen.

- Er is geen eenduidige definitie van het begrip seniorenwoning. Sommigen noemen elke woning die gelijkvloers en zonder traplopen te bereiken is een seniorenwoning, anderen hanteren veel strengere criteria zoals rolstoeltoegankelijkheid, aanwezigheid van aanpassingen en/of de mogelijkheid om een beroep te doen op bepaalde vormen van zorg- of dienstverlening. Mede daardoor kunnen gemeentelijke cijfers afwijken van de cijfers uit voren genoemde tabel. Levensloopbestendige woningen (life-time-woningen) bieden een bredere invalshoek en moeten bij een nadere verkenning worden meegenomen.
- Parallel hieraan is niet duidelijk wat senioren die zeggen te willen verhuizen naar een senioren- of aanleunwoning daarvan precies verwachten. Gaat het om een aangepaste woning, gaat het om de garantie van zorg, of gaat het om een gevoel van veiligheid en de mogelijkheid tot sociale contacten door de nabijheid van een zorgcentrum.

Het antwoord op vorenstaande vragen is belangrijk om een goede keuze te maken welke inspanning gepleegd moet worden.

Is het voldoende om meer woningen aan te passen, gaat het om het herkenbaar clusteren van woningen, hetzij bij nieuwbouw, hetzij door aanpassing van bestaande woningen, of gaat het om een herkenbaar en betrouwbaar aanbod van zorg- en dienstverlening?

Een pilotstudie onder een groep ouderen op de wachtlijst kan hier meer duidelijkheid in verschaffen.

In hoofdstuk 6: 'Afstemming wonen zorg en welzijn' komen we hierop terug.

Conclusie: per gemeente moet er inzicht komen in het beschikbare bestand aan seniorenwoningen en aangepaste woningen en zo mogelijk levensloopbestendige woningen en hun situering t.o.v. zorgcentra. Dit kan de basis zijn voor plannen over het benodigde aantal seniorenwoningen (of vergelijkbare woningen) en aanleunwoningen (of vergelijkbaar). Ook hierbij is aandacht nodig voor de situering van woningen in de nabijheid van (zorg)voorzieningen zodat zorg geboden kan worden (zie ook afstemmen wonen-zorg en welzijn).

De aanpasbaarheid van de bestaande woningvoorraad moet meegenomen worden in bedoelde inventarisatie en planvorming. Daarnaast is aandacht nodig voor eenduidige definities en voor de precieze vraag van ouderen. Gaat het om een aangepaste woning, om de nabijheid van een zorgvoorziening, om de nabijheid van andere ouderen en/of om de garantie van beschikbaarheid van zorg? Het begrip levensloopbestendige woning biedt een breder kader.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: woningcorporaties, zorgaanbieders per gemeente, gemeenten, zorgvragers, provincie

Conclusie: het verdient aanbeveling wanneer gemeenten bij de uitgifte van grond t.b.v. nieuwbouw afspraken maken over percentages seniorenwoningen, over percentages woningen die aangepast worden gebouwd en die aanpasbaar worden gebouwd

Initiatiefnemers: gemeenten, provincie

Betrokkenen: woningcorporaties, projectontwikkelaars, zorgvragers

Woningaanpassingen

Er bestaat een belangrijk verschil tussen aanpasbaar gebouwde woningen en aangepaste woningen. De minimum eisen van aanpasbaar bouwen zijn opgenomen in het rijksbouwbesluit. Wanneer woningen aanpasbaar worden gebouwd zijn zij makkelijk aan te passen wanneer dit nodig mocht worden. Bovendien zijn aanpasbaar gebouwde woningen direct toegankelijk (bezoekbaar) voor mensen met een lichamelijke handicap, wat belangrijk is in verband met de mogelijkheden voor sociale contacten.

In aangepaste woningen zijn bepaalde voorzieningen aangebracht zoals een verhoogd toilet, steunen in de douche etc. Wanneer woningen bedoeld zijn als seniorenwoningen kan het efficiënt zijn om dergelijke aanpassingen direct bij de bouw aan te brengen, om op termijn WVG geld uit te sparen.

Woningaanpassingen zijn een belangrijk middel om het zelfstandig thuis blijven wonen langer mogelijk te maken, ook als er fysieke beperkingen optreden.

Bij 30% van de 75-plussers zijn woningaanpassingen gerealiseerd. Dit is een verdubbeling t.o.v. 1994. De belangrijkste aanpassingen zijn aanpassingen van toilet en douche (resp. 30% en 24%) op grote afstand gevolgd door aanpassingen t.b.v. rolstoelgebruik (7%) aanpassingen in toegang en doorgangen, plaatsing extra toilet (5%), aan- of verbouw van de woning, installatie traplift, aanbrengen intercom (4%), aanpassing keuken of overige aanpassingen (2%). De aard van de aanpassingen is vergelijkbaar met de cijfers uit 1994.

Een knelpunt vormt de wachttijd voor de realisatie van woningaanpassingen.

Hoewel hier geen cijfers over bekend zijn, worden de nodige klachten gehoord over de relatief lange periode die ligt tussen de aanvraag van een woningaanpassing en de feitelijke realisering hiervan. Dit heeft mede tot gevolg dat mensen soms extra lang in een ziekenhuis of verpleeghuis vertoeven voor zij naar huis kunnen.

Conclusie: de benodigde tijd voor de realisering van woningaanpassingen op grond van de WVG moet omlaag. Hoewel hier geen cijfers over bekend zijn, worden de nodige klachten gehoord over de relatief lange periode die ligt tussen de aanvraag voor een woningaanpassing en de feitelijke realisering hiervan. Een oplossing kan zijn om normtijden te ontwikkelen en de uitvoering daarop te controleren. Hetzelfde geldt voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: woningcorporaties, zorgvragers

3.2 Ouderen uit etnische groeperingen

In 1997 heeft het ASF onderzoek laten uitvoeren naar de behoeften van allochtone ouderen in Lelystad. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de verwachtingen op het gebied van huisvesting een voorkeur laten zien voor islamitische huisvesting (44%), op de voet gevolgd door eigen woonruimte (42%) en terugkeer naar het land van herkomst (40%). Een veel kleiner aantal kiest voor verzorging en ondersteuning door familieleden

(13%) en slechts 4% geeft de voorkeur aan een 'westers' verzorgingshuis (meerdere antwoorden waren mogelijk).

Gezien het betrekkelijke kleine aantal ouderen waar het om gaat (in absolute termen), heeft het nu nog nauwelijks zin om te denken over verzorgingshuizen voor ouderen uit etnische groeperingen. Dat laat onverlet dat het wel verstandig is om na te denken of de bouw van woningen op langere termijn afgestemd kan worden op wensen en problemen van deze specifieke groep, waarbij meer inzicht nodig is in die wensen.

De regelgeving van de landelijke overheid voor pendel- en remigratieregelingen moet daarbij in het oog gehouden worden. Sommige oudere allochtonen verblijven nu een groot deel van het jaar in hun land van herkomst en komen alleen in Nederland om te overwinteren. Voor het gemeentelijk beleid heeft dergelijke regelgeving gevolgen: de woning in Nederland is meestal een sociale huurwoning en die staat dan een groot deel van het jaar leeg. Hoe deze situatie in Flevoland is, is niet bekend.

3.3 Woonomgeving

Uit de GGD enquête blijkt dat de overgrote meerderheid van de senioren tevreden is over de eigen woonomgeving. Alle genoemde aspecten kregen een gemiddeld rapportcijfer van 5,9 (nabijheid culturele voorzieningen) of hoger. Het hoogst scoort de bereikbaarheid per auto (gemiddeld cijfer 8,2). Andere items die hoog scoorden zijn de tevredenheid over de woning, de privacy, de parkeermogelijkheden, de bereikbaarheid per voet/fiets, de buurt en de rust. Minder scoorden de eerdergenoemde nabijheid van culturele voorzieningen, nabijheid van sport en recreatie, bereikbaarheid per openbaar vervoer, nabijheid van winkels, ligging van de buurt en de nabijheid van medische voorzieningen.

Er is weinig verschil in de waarderingscijfers van 55 – 64 jarigen en de groep 75-plussers (zie bijlage 5).

De waarderingscijfers van de nabijheid van enkele voorzieningen hebben we nader bekeken per gemeente. In bijlage 5 staan de volledige cijfers, hier volstaan we met een gemiddeld rapportcijfer per item.

Gemiddeld rapportcijfer nabijheid van enkele voorzieningen per gemeente, 75+

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Winkels	6+	7+	6,5	7+	7+	7+	7-
Medische voorzieningen	7+	7+	7	7-	7+	7-	7+
Bereikbaarheid OV	7+	6+	7-	7-	7-	6-	7-
Veiligheid	7-	7,5	7+	8-	8	8-	7+

Zoals hiervoor al aan de orde kwam scoren alle onderwerpen gemiddeld (ruim) voldoende. De bereikbaarheid van Zeewolde per OV krijgt de slechtste score. Wel zijn de individuele verschillen soms groot. Zo geeft 29% van de 75-plussers uit Almere (28% uit Lelystad) de nabijheid van winkels een rapportcijfer tussen 1 en 5.

Ook de veiligheid scoort goed. Wanneer we naar de individuele beoordelingen kijken valt wel op dat 16% van de 75-plussers in Almere en 14% in Lelystad de veiligheid beoordeelt met een cijfer tussen 1 en 5. Dit is toch een uitkomst om rekening mee te houden (zie ook bijlage 5).

In navolging van levensloopbestendige woningen moet ook het concept van levensloopbestendige woonsituaties nader uitgewerkt worden (zie ook 6.2).

3.4 Enkele specifieke wensen op het gebied van wonen van ouderen

Bij de ZGB (en anderen) zijn de volgende wensen van ouderen bekend:

- Veel ouderen hebben de wens om wel zelfstandig te wonen, maar met de mogelijkheid van 24-uurs hulp/zorg (of mogelijkheid voor levering van ongeplande zorg). Aanvullend geven velen aan - om veiligheidsredenen - graag in de buurt van een zorgcentrum of ander woonzorgcomplex voor ouderen te willen wonen.
- Veel oudere echtparen uiten steeds duidelijker hun wens om bij elkaar te blijven wonen, ook als een van beiden wordt geïndiceerd voor verpleeghuiszorg (PG of somatiek). De mogelijkheden hiertoe zijn nog steeds erg beperkt. De hulpvraag ligt er echter wel.

- Een ‘verhuisservice’: veel ouderen zien enorm op tegen een verhuizing en overzien het geheel niet. Een verhuisservice kan helpen de te regelen zaken op een rijtje te zetten, adviezen te geven en een aantal zaken (indien gewenst) daadwerkelijk te regelen.
- Onderhoud van tuinen is vaak een probleem. Een gemeenschappelijke tuin kan een stukje van een oplossing zijn. In Lelystad wordt een project uitgevoerd rond onderhoudsvriendelijke tuinen. Er is een aantal modelontwerpen gemaakt die ook als modeltuinen zullen worden uitgevoerd, zodat senioren hier inspiratie kunnen opdoen.
- Balkons moeten zo groot zijn dat er een tuinstoel op past en dat je daar ook uit kunt opstaan.
- Aanleunwoningen zijn vaak te gehorig.
- Er zijn te weinig aangepaste goedkope huurwoningen.

Conclusie: veel oudere echtparen uiten steeds duidelijker hun wens om bij elkaar te blijven wonen, ook als een van beiden wordt geïndiceerd voor verpleeghuiszorg (PG of somatiek). De mogelijkheden hiertoe zijn nog steeds erg beperkt. De hulpvraag ligt er echter wel. In het kader van het scheiden van wonen en zorg wordt naar oplossingen gezocht. Deze zoektocht verdient voortzetting.

Initiatiefnemers: zorgaanbieders

Betrokkenen: zorgkantoor, woningcorporaties

Conclusie: veel ouderen zien enorm op tegen een verhuizing en overzien het geheel niet. Een verhuisservice kan helpen de te regelen zaken op een rijtje te zetten, adviezen te geven en een aantal zaken (indien gewenst) daadwerkelijk te regelen.

Initiatiefnemers: P.M.

Betrokkenen: zorgvragers, woningcorporaties, welzijnsorganisaties

3.5 Mobiliteit

De GGD enquête uit 1994 geeft inzicht in de mobiliteit van ouderen als het gaat om de eigen fysieke mogelijkheden. Gemiddeld 12% van de zelfstandig wonende mannen en 18% van de zelfstandig wonende vrouwen van 75 jaar en ouder is niet in staat 400 meter onafgebroken te lopen. In de leeftijd van 65 tot 74 jaar kan tussen de 4% en 9% van de ouderen dit niet. In de laatste levensfase treedt er dus een sterke verslechtering van fysieke mogelijkheden op. Dit gegeven werkt door in de waardering van de nabijheid van voorzieningen zoals hiervoor aan de orde kwam.

Er wordt door 75-plussers dan ook veel gebruikgemaakt van hulpmiddelen ter ondersteuning van het lopen. 29% van de (zelfstandig wonende) 75-plussers maakt gebruik van een looprekje en 22% van een elleboogkruk of stok. Een rolstoel of rollator wordt veel minder gebruikt (resp. 7% en 4%). Bij alle hulpmiddelen ligt het gebruik bij vrouwen beduidend hoger dan bij mannen.

De GGD enquête geeft informatie over het gebruik van vervoermiddelen binnen en buiten de woonplaats (zie ook bijlage 5).

Uiteraard zijn de verschillen tussen de gemeenten groot, omdat de aard van de gemeenten en de plaatselijke mogelijkheden nogal uiteen lopen.

Binnen de eigen woonplaats nemen de eigen auto (38%) en de fiets (37%) de belangrijkste plaats in. In Almere is de bus echter het belangrijkste vervoermiddel (40%), en op Urk verplaatst men zich vooral te voet (36%). Ook de familie speelt een belangrijke rol als het om mobiliteit gaat (21%). Vervoersdiensten op grond van de WVG nemen met name in Lelystad een belangrijke plaats in bij het vervoer binnen de gemeente (17%).

Voor vervoer buiten de eigen woonplaats is de eigen auto het meest populair (34%). De trein en familie delen de 2^e plaats (20%).

Zowel binnen als buiten de eigen woonplaats maken mannen veelvuldiger gebruik van de eigen auto en vrouwen met name van vervoer door familie. Opmerkelijk is dat mannen ook (beduidend) meer fietsen dan vrouwen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat de fysieke mogelijkheden van vrouwen van 75 jaar en ouder beperkter zijn (zie hiervoor).

Als hulpmiddel bij vervoer wordt het meest gebruikgemaakt van de taxivergoeding: 29% van de 75-plussers maakt hier gebruik van (36% van de vrouwen en 19% van de mannen). Bovendien is hier de grootste groep die aangeeft nu geen gebruik te maken van de vergoeding, maar er wel behoefte aan te hebben (6%). Andere hulpmiddelen volgen op afstand: invalidenparkeerkaart (16%), Arola (elektrische vierwieler, (9%), en invalidenparkeerplaats (6%).

In de GGD enquête kwam nog een vraag voor naar het gebruik van bepaalde voorzieningen waaronder vervoer aangevraagd via de WVG en een vervoersdienst door vrijwilligers. De cijfers liggen hoger dan de hiervoor genoemde cijfers.

Percentage 75 plussers dat aangeeft van de genoemde voorziening gebruik te maken

	Almere	Dronten	Lelystad	NO P	Urk	Zeewold e	Flevoland
Vervoer via WVG	16	5	22	10	-	6	13
Vervoersdienst door vrijwilligers	13	11	11	12	19	5	12

In verhouding tot het huidige gebruik bestaat er een vrij grote behoefte aan deze voorzieningen bij mensen die er nu geen gebruik van maken: 5% van de 75-plussers geeft aan gebruik te willen maken van een vervoersdienst door vrijwilligers en 3% van vervoer via de WVG (Zeewolde 5%, NOP 4%, Almere en Dronten 3%, Lelystad 2% en Urk 0%).

Een belangrijke taak van de gemeenten is het zorg dragen voor een adequaat en bereikbaar vervoerssysteem. Knelpunten die hierbij zijn gesignaleerd zijn:

- ontbreken van voldoende onderlinge afstemming tussen verschillende vervoerssystemen;
- zowel in financiering als in uitvoering dient één vervoerssysteem te worden ontwikkeld;
- deskundigheidsbevordering van chauffeurs is noodzakelijk.
- (on)bekendheid met de mogelijkheden van een taxipas
- rollators kunnen moeilijk mee in de bus
- er is vaak onvoldoende hulp op stations

Conclusie: de aansluiting van verschillende vervoerssystemen tussen gemeenten moet verbeterd worden. Bij de aanbesteding van het openbaar vervoer moet aandacht zijn voor de toegankelijkheid van het vervoer voor mensen die slecht ter been zijn en/of hulpmiddelen gebruiken. Er is aandacht nodig voor de aard van snelheidsremmende maatregelen (drempels etc.) en de gevolgen voor gebruikers van aangepast vervoer.

Initiatiefnemer: provincie

Betrokkenen: gemeenten, vervoersmaatschappijen

4. Welzijnsvoorzieningen

Welzijnsvoorzieningen leveren een belangrijke bijdrage aan het welbevinden van ouderen. Daarom beginnen we dit hoofdstuk met inzicht in de vraag hoe het met dit welbevinden gesteld is.

Door middel van een gezichtje konden ouderen in de GGD-enquête aangeven hoe men zich voelde. De antwoorden zijn in 3 categorieën verwerkt.

Percentage 75-plussers naar gemoedstoestand

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Vrolijk	30	33	34	36	26	37	33
Neutraal	64	62	62	61	64	61	62
Somber	6	5	4	3	9	2	5

Bron: GGD enquête 2000

De gemiddelde cijfers wijken nauwelijks af van de cijfers uit 1994 met uitzondering van Urk en, in mindere mate Dronten. Op Urk was de score vrolijk-neutraal-somber in 1994 46%- 51%-3%. Het algemene welbevinden is er dus op achteruit gegaan. In Dronten was deze score 47%-51%-2%. Dronten scoort nu gemiddeld (in 1994 bovengemiddeld), Urk scoort nu minder dan gemiddeld en in 1994 boven gemiddeld. Hier ligt een aandachtspunt voor deze gemeente.

Senioren die zich niet optimaal voelen wijten dit vooral aan gezondheid(szorgen), angst voor de toekomst, gebrek aan zorg en eenzaamheid.

Gebruik van welzijnsvoorzieningen

De GGD enquête geeft inzicht in het gebruik van en de behoefte aan een aantal welzijnsvoorzieningen.

Percentage 75-plussers dat aangeeft gebruik te maken van de genoemde voorziening

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Vervoersdienst door vrijwilligers	13	11	11	12	19	5	12
Ouderen centrum	12	6	10	7	9	8	10
Maaltijden aan huis	10	11	6	8	15	2	9
Maaltijden centraal	4	5	2	-	3	1	3
Alarmering	1	3	3	5	3	1	3
Praktische hulpdienst	1	1	2	1	-	1	1
Telefooncirkel	1	-	1	-	-	2	1
Boodschappen begeleidingsdienst	1	-	2	1	-	-	1
Boodschappendienst internet	-	-	-	-	-	-	-

Onder de groep jongste senioren (55 – 64 jaar) is het gebruik van bovengenoemde voorzieningen verwaarloosbaar (zie bijlage 5).

Maaltijdvoorziening aan huis heeft niet alleen de functie van het voorzien in een maaltijd, maar is voor sommige ouderen ook een dagelijks terugkerend moment waarop een ontmoeting plaatsvindt. Hier kan een signalerende functie van uitgaan. In de ideale situatie kunnen mensen ervoor kiezen of ze (betaalbaar) dagelijks een maaltijd thuisbezorgd krijgen of wekelijks vriesverse maaltijden krijgen. Het eerste is alleen mogelijk als de financiën en de personele mogelijkheden (vrijwilligers) dat toelaten. Door de preventieve functie kan het thuisbezorgen van maaltijden echter ook besparend zijn voor andere functies.

Op de vraag aan 75-plussers of zij behoefte hebben aan voorzieningen waar ze nu geen gebruik van maken, scoren alle genoemde voorzieningen lager dan 5%. Een boodschappendienst via internet scoort het laagst:

minder dan 1% (afgerond 2 keer 1%). In 6.6 wordt aandacht besteed aan domotica in bredere zin. Zeewolde valt op door relatief hoge scores. In relatie tot het nog vrij geringe gebruik van voorzieningen, weerspiegelt dit resultaat wellicht het feit dat de huidige groep ouderen nog relatief jong is, maar snel aan het verouderen is (zie ook bijlage 5).

Welzijnsorganisaties

Veel van de bovengenoemde voorzieningen worden geboden door welzijnsinstellingen vaak met behulp van vrijwilligers. In alle gemeenten in Flevoland zijn welzijns-organisaties actief. Het welzijnswerk voor ouderen wordt soms georganiseerd vanuit een speciale Stichting Welzijn Ouderen (SWO: Lelystad, NOP, Urk, Zeewolde) en is in andere gemeenten onderdeel van het werk van een algemene welzijnsstichting (Almere en Dronten).

De welzijnsinstellingen organiseren een breed scala aan activiteiten die te categoriseren zijn in een aantal kerntaken:

- tijdsbesteding met o.a. een basispakket welzijnsactiviteiten
- voorlichting en advisering
- ondersteuning en dienstverlening met o.a. maaltijden en alarmering,
- begeleiding met o.a. gerichte activiteiten zoals knoppencursus, vriendschapsproject, meer bewegen voor ouderen en ook begeleiding in het zelfstandig wonen en zoeken naar juiste oplossing(en)

Sociaal cultureel werk is de kern van het welzijnswerk. Door dit werk draagt welzijn bij aan de kwaliteit van leven. Het gaat om dagopvang, wat iets anders is dan dagverzorging (geen zorgcomponent). Sociaal cultureel werk heeft een laagdrempelig karakter waardoor er een preventieve werking vanuit kan gaan. Tussen de verschillende welzijnsorganisaties nemen de samenwerkingsrelaties toe. Hierdoor kan geprofiteerd worden van elkaars ervaringen. Het provinciebrede project Vriend Actief is hiervan een voorbeeld.

Conclusie: de welzijnsinstellingen willen op provinciaal niveau hun krachten bundelen om gebruik te maken van elkaars ervaringen, om het werk meer eenduidig te organiseren en om de betekenis van het welzijnswerk t.o.v. andere voorzieningen voor ouderen duidelijker te positioneren. Mogelijk kan dit leiden tot koepelvorming of fusies.

Initiatiefnemer: welzijnsinstellingen

Conclusie: de (individuele) inbreng van senioren bij het welzijnsaanbod dient zowel qua inhoud als kwaliteit van het aanbod, mede als gevolg van de wat passieve houding van senioren, nog meer gestimuleerd te worden. In het kwaliteitsbeleid wat binnen de genoemde instellingen al aan de orde is of op korte termijn aan de orde zal komen zullen daartoe controle-instrumenten worden ontwikkeld.

Initiatiefnemers: welzijnsinstellingen

Ouderen uit etnische groeperingen

De stichtingen welzijn ouderen ervaren bepaalde knelpunten in de dienstverlening aan allochtone ouderen. Het gaat om de geringe bekendheid bij ouderen uit etnische groeperingen van het aanbod van SWO's, de moeilijke bereikbaarheid van de doelgroepen en de grote diversiteit van doelgroepen en daarmee samenhangend de grote diversiteit van de vraag. De grote diversiteit in de vraag van ouderen uit etnische groeperingen op het gebied van welzijnsactiviteiten, vormt een (te) grote belasting voor de financiële en organisatorische mogelijkheden van de instellingen.

Het sociaal cultureel werk in Flevoland kent vergelijkbare knelpunten in het aanbod. In de gemeente Almere is het sociaal cultureel ouderenwerk in ontwikkeling. In de NOP worden op dit moment weinig initiatieven richting ouderen uit etnische groeperingen ontplooid.

De SWO's zullen steeds meer moeten interculturaliseren zowel in hun aanbod als in hun organisatie. Zo heeft de SWOL (Lelystad) met succes verschillende initiatieven ontplooid om de toegankelijkheid voor allochtone ouderen te vergroten. Daarnaast zal meer samenwerking moeten plaatsvinden met de zelforganisaties en religieuze doelgroepinstellingen zoals moskees, om het bereik en de informatieoverdracht beter aan te pakken.

Lichamelijke beweging

Een ander aspect van preventie waar we in dit hoofdstuk aandacht aan willen besteden is de lichamelijke beweging. Ook hierover biedt de GGD enquête informatie.

Een kwart van de 75-plussers geeft aan zelden of nooit te wandelen of te fietsen. Eveneens een kwart wandelt of fietst tot maximaal ongeveer 1 uur per week.

Driekwart van de 75-plussers sport zelden of nooit, 12% gemiddeld een keer per week.

Opvallend is de relatief grote groep 75-plussers met weinig lichaamsbeweging op Urk (zowel wandelen als deelname aan sport). Zeewolde blinkt uit door een grote deelname aan sportactiviteiten (zie ook bijlage 5). Als reden om niet deel te nemen aan sportactiviteiten wordt vooral genoemd dat men geen zin heeft (34%) of omdat de eigen gezondheid het niet toelaat (26%). Op grote afstand volgen redenen als te duur, geen tijd, geen mogelijkheden (ca. 5% of minder). Op Urk scoort de slechte gezondheid licht boven gemiddeld (29% tegenover 26% voor heel Flevoland) en gaat het vooral om het argument geen zin (45%).

Op diverse plaatsen in Flevoland zijn sportactiviteiten voor ouderen ontwikkeld (in ontwikkeling) volgens het Groninger Actief Leven Model (GALM).

Preventief huisbezoek, activerend huisbezoek en ouderenadviseur

In Lelystad, Dronten en Zeewolde voeren de welzijnsstichtingen gedurende een aantal jaren het project 'Ouderen voor ouderen' uit met steun van gemeenten en provincie. Een groot aantal organisaties is bij dit project betrokken (o.a. ouderenorganisaties, thuiszorg, SSGL, GGD, woningcorporaties). Dit heeft o.a. geleid tot de ontwikkeling van preventief huisbezoek aan ouderen en activerend huisbezoek aan ouderen (nog in ontwikkeling).

Preventief huisbezoek (Lelystad) wordt gedaan door een (vrijwillige) ouderenvoorlichter. Deze voorlichter verstrekt allerlei informatie over de voorzieningen voor ouderen. Als blijkt dat er behoefte bestaat aan begeleiding of ondersteuning, kan men zich aanmelden voor activerend huisbezoek.

In Almere Haven zijn preventie huisbezoeken uitgevoerd vanuit Zorggroep Almere.

Ouderenadviseurs hebben een functie die ligt op het gebied van preventief huisbezoek. Op Urk is door de Stichting Welzijn Ouderen (SWO) een project ouderenadviseur ontwikkeld met steun van de provincie dat is overgenomen door de gemeente.

Activerend huisbezoek (in ontwikkeling in Lelystad) wordt verricht door een ouderenmentor. Als een oudere zich heeft opgegeven voor activerend huisbezoek, neemt de coördinator contact op met de oudere om tijdens een gesprek te kijken welke hulpvraag er ligt. Er kan persoonlijke stimulering, concrete ondersteuning en hulp geboden worden. Voor deze hulp wordt een ouderenmentor ingezet. De ouderenmentor maakt samen met de oudere een plan aan de hand van de persoonlijke behoefte en er worden afspraken gemaakt over de hulp. Deze hulp is van tijdelijke aard en kan maximaal een jaar worden geboden. In Almere en Zeewolde ontwikkelt Humanitas een project rond activerend huisbezoek.

Grijs Genoeg(en) (Leger des Heils, Almere) is ontwikkeld voor thuiswonende ouderen die in een sociaal isolement verkeren en zorgmijndend zijn. Na signalering en aanmelding, bijvoorbeeld door de huisarts, burenhulp, wijkagent of maaltijdbezorger brengt een medewerker van Grijs Genoeg(en) een bezoek aan de oudere. Door een vertrouwensrelatie op te bouwen wordt in overleg met de oudere praktische hulp en begeleiding geboden.

In de Noordoostpolder is in 2000 een project activerend huisbezoek gestart door de training van vrijwilligers voor het opzetten van dergelijke bezoeken.

In Dronten is een project vriendschapsbemiddeling (Vriend Actief) ontwikkeld. Vriend Actief bemiddelt tussen mensen die op zoek zijn naar vriendschap (geen relatiebemiddeling). Bij Vriend Actief kunnen senioren (50+) zich inschrijven die op zoek zijn naar vrienden of vriendinnen. Dit project wordt inmiddels provinciebreed opgezet.

Landelijk wordt een stimuleringsprogramma ouderenadvisering uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW). Het project is geëntameerd door de ouderenorganisaties, de VOG (koepel van ondernemers in welzijn, hulpverlening en opvang), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Doel van het programma is o.a. het geven van inzicht in ouderenadvisering, zoals de huidige praktijk die laat zien en het verkennen van een nadere (landelijke) koers op basis waarvan aan de staatssecretaris van VWS een advies kan worden uitgebracht over kwalificering en kwantificering van deze intermediaire functie.

Conclusie: op het gebied van preventieve en activerende huisbezoeken zijn onder verschillende benamingen diverse initiatieven gestart. Uit de initiatiefnemers blijkt dat het hier gaat om een grensvlak tussen zorg en

welzijn. In alle gevallen gaat het om projectmatige activiteiten waarbij hard gewerkt wordt aan structurele inbedding en financiering. Deze moet definitief vorm krijgen en er moet aandacht zijn voor de onderlinge afstemming van verschillende initiatieven.

Initiatiefnemer: welzijnsinstellingen

Betrokkenen: welzijnsinstellingen, gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoor, vrijwilligersorganisaties

Vrijwilligerswerk

Ook vrijwilligersorganisaties bieden activiteiten die bijdragen aan het welzijn van ouderen. Het meeste werk van de welzijnsstichtingen zou niet mogelijk zijn zonder de grote inzet van vrijwilligers.

Senioren doen ook zelf veel vrijwilligerswerk. Het doen van vrijwilligerswerk biedt ouderen een zinvolle tijdsbesteding en een grote maatschappelijke betrokkenheid. Ouderen werken op deze manier mee aan de sociale kwaliteit van hun leefomgeving. Een voorbeeld is Het Gilde. Het Gilde wil bereiken dat er voor ouderen meer mogelijkheden komen om op zinvolle wijze actief te zijn en te blijven. Via het Gilde kunnen mensen boven de 50 jaar hun kennis en ervaring aan anderen beschikbaar stellen.

In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op het vrijwilligerswerk.

Intergenerationele projecten

Contact tussen jongeren en ouderen, het openstaan voor een andere wereld, kan voor beide partijen stimulerend zijn. Dit kan gebeuren bijvoorbeeld door een crèche in een verzorgingshuis te halen of door peuterspeelzaalkinderen die naar het verzorgingshuis gaan.

In Dronten en Almere zijn hiermee experimenten.

Wellicht kunnen de mogelijkheden van internet ook een rol spelen bij integratie tussen generaties (voorbeeld: internetshops).

5 Zorg/medische voorzieningen

Inleiding

In dit hoofdstuk passeren de verschillende sectoren van de zorg de revue. Als eerste komt de sector verpleging en verzorging aan bod, daarna volgen de GGZ, de medisch curatieve zorg en de gehandicaptensector. Voor deze laatste 3 sectoren zijn er aparte regiovisietrajecten, zodat het hier vooral gaat om het aanduiden van dwarsverbanden. Binnen sectoren neemt de onderlinge afstemming van het aanbod een steeds belangrijker plaats in, zodat zorg op maat voor de cliënt zo optimaal mogelijk gerealiseerd wordt. De zorgtoewijzingsteams in de sector verpleging en verzorging hebben hierin een belangrijke spilfunctie.

Afstemming van zorg tussen sectoren is minder ver gevorderd, maar ook hier ontstaan steeds meer samenwerkingsrelaties om deze afstemming te realiseren. Tenslotte wordt de afstemming van zorg met welzijn en wonen steeds belangrijker. In het volgende hoofdstuk wordt hier uitgebreider op ingegaan.

In dit hoofdstuk komt vrijwilligerswerk slechts sporadisch aan bod, hoewel er wel een belangrijke bijdrage wordt geleverd aan de zorg. Hetzelfde geldt voor de mantelzorg. Om niet in herhalingen te vervallen zijn deze onderwerpen geconcentreerd in hoofdstuk 7.

5.1 Sector Verzorging en verpleging

Korte karakteristiek van de drie deelgebieden

Noordoostpolder en Urk (deelgebied I)

In dit deelgebied bevinden zich 4 locaties van verzorgingshuizen en 2 van het verpleeghuis.

Dit deelgebied is het oudste deel van de provincie Flevoland met relatief gezien de oudste bevolking.

Een specifiek punt is de dorpenstructuur rondom Emmeloord met een relatief klein draagvlak voor eigen voorzieningen. Dit stelt speciale eisen aan het aanbod. Een ander aandachtspunt is het ontbreken van aanleunwoningen en een bescheiden aanbod aan seniorenwoningen. Dit verhoogt de druk op intramurale voorzieningen.

Lelystad, Dronten, Zeewolde (deelgebied II)

In dit deelgebied zijn 4 locaties van verzorgingshuizen (3 in Lelystad en 1 in Dronten) en 2 van het verpleeghuis (Lelystad en Dronten).

Ook dit gebied heeft te maken met een aantal kleine kernen, hoewel beduidend groter dan de dorpen rond Emmeloord (Biddinghuizen en Swifterbant). De problematiek van het draagvlak voor ouderenvoorzieningen is echter vergelijkbaar met die in deelgebied I.

Zeewolde is de kleinste gemeente met een nog relatief jonge bevolking. Ook daar is het huidige draagvlak voor voorzieningen voor ouderen nog relatief klein.

Almere (deelgebied III)

Almere is geografisch opgedeeld in vijf eenheden (de zorggroepen). In elke eenheid werken eerstelijns (alle disciplines) en intramurale ouderenzorg samen.

Per deelgebied functioneren gezondheidscentra (2 –5) en intramurale ouderen-voorzieningen (verzorgingshuis) onder één directie (zorggroepdirecteur). De thuiszorg opereert voor een groot deel vanuit het verzorgingshuis.

Ondanks de weinige gebouwde voorzieningen in Almere, wordt een steeds groter deel van de bouwkundige capaciteit ingezet voor diverse vormen van deeltijdopname, zoals dagopvang, tijdelijke opnamen, palliatieve zorg e.d.

Cijfers van het zorgkantoor geven een beeld van de huidige capaciteit aan verzorgingshuisplaatsen en verpleeghuisplaatsen in de verschillende deelgebieden van Flevoland. Door het beschikbaar komen van wachtlijstmiddelen zit er veel dynamiek in de capaciteit, waardoor de cijfers noodgedwongen een tijdopname zijn. De genoemde cijfers bij dagbehandeling, zorg-op-maat en extramurale zorg zijn zorgequivalenten. Het werkelijk aantal personen dat gebruik maakt van deze voorzieningen varieert, maar ligt beduidend hoger dan de genoemde cijfers.

Capaciteit Verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg per 2000

	NOP/Urk	Lelystad, Dronten, Zeewolde	Almere
Verpleeghuiszorg			
Verpleeghuisbedden	153	183	190
Dagbehandeling	30	30	30
Zorg op maat	33	59	102
Bouwprioriteiten 1997 – 2000		60	
Verzorgingshuiszorg			
Intramuraal	270	410	300
Extramuraal	115	242	244

(bron: Zorgkantoor, analyse van de huidige en toekomstige benodigde 'harde' capaciteit, 2000)

Conclusie: voor NOP/Urk is meer aandacht nodig voor alternatieve voorzieningen naast intramurale voorzieningen. Met name is er behoefte aan aanleunwoningen

Initiatiefnemer: gemeente

Betrokkenen: Woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgvragers

Conclusie: mogelijkheden voor kleinschalige voorzieningen moeten verder uitgewerkt worden (b.v. zorgboerderij voor ouderen). Hiervoor moet eerst de zorgvraag meer inzichtelijk gemaakt worden.

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: RIO/LIA, zorgaanbieders, zorgkantoor, steunpunten mantelzorg

Indicaties

In bijlage 7 treft u een overzicht van de indicaties (positieve beschikkingen) van LIA en RIO voor de belangrijkste zorgproducten, uitgesplitst naar leeftijdsgroep (75-84 jaar en 85+), naar sekse en per gemeente. Hier geven we eerst het totaalbeeld van de positieve indicaties over 1999 (absolute aantallen).

	Man		Vrouw		Totaal
	75–84 jaar	85+	75- 84 jaar	85+	
Verzorging/verpleging thuis	298	123	565	216	1202
Huishoudelijke hulp	200	49	656	139	1044
Opname verzorgingshuis	61	39	130	116	346
LIA thuiszorg	56	12	221	49	338
Verpleeghuiszorg somatiek	79	31	116	83	309
Verpleeghuiszorg PG	58	40	95	76	269
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	52	26	94	61	233
Dagbehandeling PG	23	16	48	50	137
Dagbehandeling somatiek	38	12	30	3	83
Intensieve zorg	20	4	8	9	41
Overig	37	19	57	27	140
Totaal	922	371	2020	829	4142

Verzorging en verpleging thuis maakt het merendeel uit van de indicaties, op de voet gevolgd door huishoudelijke hulp. Andere zorgvormen volgen op grote afstand. Het aantal indicaties bij vrouwen ligt beduidend hoger dan bij mannen, maar het aantal vrouwen is in de genoemde leeftijdsgroepen ook groter. Wanneer we de cijfers voor opname verpleeghuis somatiek en PG bij elkaar optellen, is opname verpleeghuis een grotere categorie dan opname verzorgingshuis.

Opvallend, maar niet onverwacht is dat met het klimmen van de jaren het aantal indicaties toeneemt. In de leeftijdsgroep 75 –84 jaar werden er gemiddeld 4 indicaties afgegeven per 10 inwoners. In de groep 85-plussers verdubbelt dit aantal zich tot gemiddeld 8 indicaties per 10 inwoners. De behoefte aan verzorging

en verpleging wordt relatief groter t.o.v. de huishoudelijke hulp. Ook de behoefte aan alle andere zwaardere zorgvormen (tijdelijke verzorgingshuiszorg, opname verzorgingshuis, verpleeghuiszorg PG en somatiek) neemt relatief gezien toe. Er vindt dus een verschuiving plaats van zorg thuis naar zwaardere zorgvormen.

Verschillen tussen de gemeenten (zie ook bijlage 7)

Het gemiddeld aantal indicaties per persoon per leeftijdsgroep varieert wel enigszins per gemeente, maar niet heel sterk. Almere zit voor beide leeftijdsgroepen op het hoogste aantal indicaties (0.4 indicaties per inwoner 75-84 jaar en 0.8 per inwoner 85+), de NOP zit het laagst voor de groep 75 – 84 jaar (0.2) en Dronten voor de groep 85+ (0.6). Gezien het kleine aantal ouderen in Zeewolde en het kleine aantal 85-plussers op Urk is de verdeling van het aantal beschikkingen over de verschillende zorgproducten in deze gemeenten lastig te interpreteren en wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

Tussen de gemeenten zijn er grote verschillen in het patroon van de indicaties. Het meest afwijkend is Urk. Opvallend punt is dat op Urk veel minder gebruik wordt gemaakt van thuiszorg dan in de andere gemeenten in Flevoland. Tijdelijke verzorgingshuiszorg, en in mindere mate, opname verzorgingshuis lijken hiervoor in de plaats te komen.

Daarna is Almere de gemeente met de meeste uitschieters t.o.v. de andere gemeenten.

(N.B. de cijfers van thuiszorg Almere zijn wat lastiger te interpreteren, omdat er een dubbele categorie is met LIA thuiszorg). Opvallend punt is het relatief grote aantal indicaties voor opname verzorgingshuis in Almere voor 85+ mannen (23% van de indicaties binnen deze leeftijdsgroep) en in iets mindere mate voor 85+ vrouwen (17%). Hiertegenover staan relatief lagere cijfers voor tijdelijke verzorgingshuiszorg en voor verpleeghuiszorg (PG en somatiek).

Dronten heeft een relatief klein aantal indicaties voor opname verzorgingshuis voor 85+ mannen (2%) en juist veel voor 85+ vrouwen (18%).

De Noordoostpolder heeft over de hele linie een wat lagere score voor opname verzorgingshuis.

Wachttijsten

Op 15 mei 2000 is een eerste opname gemaakt van integrale en opgeschoonde wachttijsten voor de sector verpleging en verzorging (bijlage 8). Op 1 maart 2001 is een dergelijke opname herhaald. Hieronder treft u de wachttijstcijfers voor de belangrijkste zorgproducten aan op grond van de woonplaats van de wachtende cliënt. In bijlage 8 vindt u een meer gedetailleerde lijst per deelgebied, waarbij ook de wachtenden van buiten Flevoland zijn meegenomen. Het gaat om 576 producten waarvoor mensen op een wachttijst in Flevoland staan. Mensen kunnen voor meerdere producten op een wachttijst staan. In het totaal gaat het om 557 wachtende cliënten. Van deze wachtenden ontvangen 468 personen overbruggingszorg; 89 personen ontvangen geen zorg.

Wachttijst zorgproducten naar woonplaats van de cliënt 1 maart 2001

	Zorg thuis	Semimurale zorg *)	Opname Verzorgingshuis	Verpleeghuis zorg	Totaal
Almere	50	22	43	46	161
Dronten			3	14	17
Lelystad		4	32	25	61
NOP	16	11	76	30	133
Urk	6	13	42	12	73
Zeewolde			1		1
Onbekend			2	1	3
Totaal	72	50	199	128	449

*) dagverzorging, dagbehandeling PG/somatiek

Bron: Task Force Aanpak wachttijsten / Zorgkantoor april 2001, tabel 5.6

Het volgende overzicht geeft een beeld van het aantal wachtenden per zorgproduct en per deelgebied (ongeschoond) en een vergelijking van de totalen (geschoond) tussen 2000 en 2001.

	Zorg thuis	Semimural e zorg	Verzorging shuizorg	Verpleeg-huizorg	Totaal
NOP/Urk	22	24	126	52	224
Lelystad, Dronten, Zeewolde	4	4	45	53	106
Almere	68	22	86	92	268
Totaal april 2001, geschoond	94	50	245	187	576
Totaal 15 mei 2000, geschoond	208	40	282	165	695
Toe/afname	-/- 114	+ 10	-/- 37	+ 22	-/- 119

Met name het aantal wachtenden voor thuiszorg is spectaculair gedaald. Ook op het gebied van de verzorgingshuizenzorg is een aanzienlijke inhaalslag gerealiseerd. Toch blijft het aantal wachtenden voor zowel opname verzorgingshuis, als voor verpleeghuizenzorg zorgen baren. Een aantal wachtlijstplannen voor deze zorgvormen is wel ingediend maar nog niet uitgevoerd. Blijvende aandacht en actie is noodzakelijk. De nood is het hoogst in NOP/Urk en Almere.

Er zijn geen wachtenden meer voor een PGB.

In verhouding tot andere regio's waren de wachtlijsten in Flevoland zeker niet langer dan elders. Een belangrijke verklaring hiervoor zal liggen in het feit dat er onder de 75-plussers in Flevoland relatief weinig 85-plussers zijn. Pas boven de 80 à 85 komen de meeste complexe zorgvragen voor. Het aantal indicaties per oudere is voor 85-plussers ongeveer twee keer zo hoog als voor de groep 75 –84 jarigen.

In de toekomst zal de vraag naar zwaardere zorgvormen dus sterk blijven stijgen. Dit wordt nog versterkt door de instroom van ouderen die zich in Flevoland willen vestigen.

Aanpak wachtlijsten en regelgeving

In het jaar dat we aan deze regiovisie werken heeft de aanpak van de wachtlijsten geleid tot een drastische wijziging van de financieringssysteem. Was het in het recente verleden zo dat de provincie Flevoland regelmatig onder de aandacht moest brengen dat de groei van de voorzieningen geen gelijke tred hield met de groei van de bevolking als gevolg van de gehanteerde systematiek, in de huidige situatie is in de zorg de aanpak van wachtlijsten leidend principe geworden. (Voor een aantal sectoren b.v. het onderwijs zijn de problemen rond de groei van de voorzieningen gelijk gebleven.) Tot nu toe zijn alle plannen voor de sector verpleging en verzorging die door Flevoland zijn ingediend gehonoreerd. Vervolgens werden de instellingen wel weer geconfronteerd met de gecompliceerde regelgeving b.v. op het gebied van bouw. Inmiddels zijn de signalen daar ook positief en lijkt iedereen mee te willen werken aan een vlotte realisatie van de voorstellen. Dit stemt tot optimisme.

Ook in de toekomst zal de regelgeving gelijke tred moeten houden met innovatieve ontwikkelingen.

Kwaliteit

De Kwaliteitswet Zorginstellingen legt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geboden zorg primair bij de aanbieders ervan, in afstemming met de zorgvragers en de zorgverzekeraars. Centraal staat het begrip 'verantwoorde zorg'. Dit is zorg met aandacht voor de volgende aspecten: doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Kwaliteit van zorg beslaat dus een zeer breed terrein. Het Zorgkantoor heeft een traject opgezet om systematisch te werken aan kwaliteitsverbetering. Jaarlijks zal een aspect van de kwaliteit van zorg onderwerp zijn van bespreking met instellingen. Het thema zal worden gekozen in overleg met alle betrokken partijen. De zorgvragers zullen dus worden betrokken bij de jaarlijkse vaststelling van het thema, waarop het zorgkantoor zal toetsen. Een thema, waarvan de effecten direct merkbaar zijn voor de cliënt heeft de voorkeur.

In 2000 is voor de thuiszorg ervaring opgedaan met het thema 'verbetering informatievoorziening van aanmelding tot start zorgverlening'.

Met de veranderende functie van verzorgingshuizen is extra aandacht voor (behoud van) kwaliteit geboden. Het kwaliteitsbeleid van de verzorgingshuizen zal moeten inspelen op de veranderende samenstelling van de groep bewoners, die steeds meer en zwaardere zorg vragen.

Uit een van de ZGB-panelen (bijlage 6) bleek o.a. dat de bewoners van de verzorgingshuizen NOP/Urk aangeven dat de zorg in verzorgingshuizen niet geheel is afgestemd op (licht) dementerende bewoners. Na de meerzorg die deze bewoners ontvangen zijn er geen activiteiten. Deze bevindingen kwamen voort uit de

inbreng van een kleine groep (13 personen), en zullen daarom nader uitgezocht moeten worden. Zonodig moet naar verbeteringen gezocht worden. Wellicht geldt dit knelpunt vergelijkbaar voor andere verzorgingshuizen.

Ook blijkt behoefte te bestaan aan verbetering van communicatie binnen verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Conclusie: in de NOP moet nader onderzocht worden hoe het staat met de zorgverlening aan (licht) dementerenden binnen het verzorgingshuis. Zonodig moet gezocht worden naar verbeteringen. Wellicht ligt hier ook een aandachtspunt voor andere verzorgingshuizen.

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: zorgaanbieder, zorgkantoor

Conclusie: communicatie: de rol van de cliëntenraden, cliëntencontactpersonen (onafhankelijke klachtenpersonen) en tevredenheidsonderzoeken dient versterkt te worden. Een vergroting van de mogelijkheden voor gesprek en communicatie binnen de huizen (voldoende mogelijkheden voor 2- en groepsgesprekken) en per huis de mogelijkheid voor geestelijke begeleiding (ook mogelijk door een humanistisch verzorger), verdient aandacht

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: zorgaanbieders

5.2 GGZ

In de GGZ voor ouderen worden termen op verschillende wijzen gehanteerd. Wij sluiten aan bij De Nationale Raad voor de Volksgezondheid die in haar advies 'Ouderenpsychiatrie' (juli 1995) de volgende terminologie hanteert:

ouderenpsychiatrie omvat het totale domein van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Daarbinnen wordt een tweedeling gemaakt:

Psychogeriatrie (PG) is de term geworden voor mensen met een dementiesyndroom (zie 5.5). De overige psychische stoornissen bij ouderen worden wel aangeduid als gerontopsychiatrische problematiek.

Volgens het SCP is er geen compleet beeld te geven van de mate waarin zich onder Nederlandse ouderen psychische stoornissen voordoen. De meest voorkomende vrij ernstige psychische stoornis zijn cognitieve stoornissen, met name als gevolg van dementie, depressies en angststoornissen zoals fobieën of paniekaanvallen. Angststoornissen blijken in een meerderheid van de gevallen te wortelen in de persoonlijkheid. In ca. eenderde van de gevallen zou een angststoornis zich op latere leeftijd ontwikkelen b.v. door een ingrijpende negatieve gebeurtenis zoals het verlies van eigen goede gezondheid of het verlies van een partner. Ouderen met angststoornissen hebben een hogere medische consumptie, maar in de GGZ worden ze nauwelijks vaker dan gemiddeld aangetroffen. De oorzaak hiervan is dat ouderen geneigd zijn een dergelijke stoornis als een somatisch probleem naar voren te schuiven.

Ook ernstige depressiestoornissen bij ouderen blijken al op veel jongere leeftijd voor het eerst op te treden.

Lichtere vormen van depressiviteit ontstaan vaak pas op oudere leeftijd, b.v. door een groot verlies.

Depressieve ouderen ontvangen vaak hulp vanuit de GGZ, maar ook bij deze categorie wordt slechts een fractie van de doelgroep bereikt. De huisarts herkent depressiviteit lang niet altijd en weet soms te weinig van de behandelmogelijkheden.

De GGZ voor ouderen heeft geen losstaande groep onder haar hoede. Er bestaat veel overlap met de sector verpleging en verzorging en er wordt ook in toenemende mate samengewerkt. De ervaring leert bijvoorbeeld dat bewoners met gedragsproblemen vaak in verzorgingshuizen of verpleeghuizen kunnen blijven wonen, als er een adequate ondersteuning vanuit de GGZ is.

Het aantal ouderen neemt behoorlijk toe. De oud-ouderen vragen door een mengeling van psychiatrische, somatische en sociale problematiek meer hulpverlening dan de jongouderen, waarbij alleen de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Een karakteristiek is dat bij niet tijdig ingrijpen er gevaar bestaat van blijvend functieverlies.

De behandeling van ouderen in Flevoland wordt ingevuld door 2 aparte circuits, die elk een deel van Flevoland verzorgen: gemeente Almere via De Meregaard en de overige gemeenten in Flevoland via Meerkanten.

Daarnaast speelt de PAAZ (Psychiatrische Afdeling in het Algemeen Ziekenhuis) een rol als een voorziening die raakvlakken heeft met de curatieve zorg en verpleging en verzorging.

NOP/Urk, Lelystad, Dronten, Zeewolde (deelgebied I en II)

De functies van het circuit worden uitgeoefend in zowel ambulante, deeltijdse als klinische voorzieningen in Lelystad en de NOP. In dialoog met de cliënt wordt bepaald of en welke vorm van GGZ hulp geïndiceerd wordt.

Eind 2002, begin 2003 zal een centrum operationeel worden in Lelystad, waarin zowel klinische, dagbehandeling als ambulante behandeling wordt geboden. Weliswaar opereert en biedt de GGZ zijn diensten aan vanuit een aantal locaties in Flevoland, maar nog steeds is Flevoland voor de klinische functie aangewezen op de locaties Veldwijk te Ermelo. Dit heeft ook consequenties voor het aanbieden van een integraal aanbod binnen die GGZ. Er worden nu behoorlijke inspanningen verricht om de geïntegreerde GGZ zorg zo snel mogelijk in Flevoland te bewerkstelligen.

Binnen verpleging en verzorging is per deelgebied afgerond f 100.000,-- beschikbaar voor cliënten op het snijvlak van de sectoren GGZ en V&V. Meerkanten, verpleeghuizen en verzorgingshuizen in deelgebied I en II proberen gezamenlijk een samenhangend aanbod te realiseren. Dit heeft geleid tot 2 projecten op het gebied van de gerontopsychiatrie.

Voor NOP/Urk is een project ontwikkeld voor ouderen met gedrags- en aanpassingsmoeilijkheden als gevolg van psychische problematiek. Het verpleeghuis ontwikkelt samen met de thuiszorg en GGZ Meerkanten een project dat drie onderdelen bevat:

- een team voor preventie, onderzoek en advies en behandeling bestaande uit verschillende disciplines, zoals verpleeghuisarts, (geronto-)psychiater, maatschappelijk werk en een gespecialiseerd verpleegkundige
- gespecialiseerde gezinsverzorging
- dagbehandeling of –verpleging.

Voor Lelystad, Dronten, Zeewolde is eveneens een project voor gerontopsychiatrie ontwikkeld voor de begeleiding van thuiswonende cliënten. Het zorgaanbod bestaat uit gespecialiseerde gezinszorg, gericht op de doelgroep gerontopsychiatrie. Daarbij vindt eveneens vanuit de PAAZ en Meerkanten begeleiding van de ouderen plaats door functionarissen die specifieke deskundigheid hebben t.a.v. gerontopsychiatrie. Het geven van consultatie en het doen aan deskundigheidsbevordering voor het personeel van verzorgingshuizen is hierbij een belangrijk onderdeel.

Almere

In Almere is begin 1998 het circuitoverleg ouderenpsychiatrie geïnstalleerd. Dit overleg kreeg als opdracht het huidige aanbod voor oudere psychiatrische patiënten in Almere te beschrijven en met voorstellen te komen op welke wijze rond deze doelgroep in Almere de samenwerking gestalte kan krijgen. De werkgroep heeft plannen beschreven tot het jaar 2005.

Deze plannen liggen op het gebied van

- preventie (ondersteuning risicogroepen, deskundigheidsbevordering voor de eerste lijn en vroegsignalering, psycho-educatie voor patiënten en familieleden)
- onderzoek en advisering (onderzoek van de hulpvraag en het geven van een advies over het wenselijke hulpaanbod aan de patiënt, familie en/of andere familieleden)
- behandeling.

De problematiek van de (dag)opvang van oudere (licht)psychiatrische patiënten die uitbehandeld zijn neemt toe. Omdat er een tekort is aan dagopvang voor deze groep gaan zij nu soms naar de dagopvang van het welzijnswerk, terwijl die hiervoor onvoldoende is toegerust. Er zijn te weinig voorzieningen voor ouderen met beperkte gedragsstoornissen.

Tenslotte ontbreekt het in Flevoland nog aan een gerontopsychiatrische klinische voorziening.

Vanuit de ouderenzorg leeft de wens om in Flevoland te komen tot 1 zelfstandig GGZ circuit voor ouderen voor heel Flevoland en meer samenhang tussen ouderenzorg (V&V) en het ouderencircuit GGZ. De provincie wordt gevraagd om hier samen met partijen aan te werken.

Conclusie: de samenwerking tussen de ouderenzorg en GGZ moet gestimuleerd worden. Gedacht wordt hierbij ook aan het fysiek koppelen van verpleeghuis en voorzieningen voor ouderen met psychiatrische

problemen als het gaat om chronische zorg. In dat geval staat de wooncomponent voorop. Gezocht moet worden naar woonvormen die ook voldoende woonkwaliteit bieden (b.v. zorgboerderij)

Betrokkenen: een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van Meerkanten, 't Laar en Talmahof onderzoekt de mogelijkheden en zal met voorstellen komen

Conclusie: er is overleg en afstemming nodig tussen de ouderenzorg (V&V) en GGZ over de benoeming van doelgroepen en het verzorgen van een aanbod in de vorm van 24-uursbegeleiding, maar ook in de vorm van huiskamerprojecten voor ouderen die uitbehandeld zijn.

Initiatiefnemers: zorgnetwerken, GGZ

Conclusie: de mogelijkheden voor een zelfstandig GGZ ouderencircuit in Flevoland moeten nader onderzocht worden.

5.3 Medisch curatieve zorg

Ziekenhuizen

Ouderen doen een groot beroep op ziekenhuisvoorzieningen. In de regiovisie medisch curatieve zorg wordt hier uitgebreid op ingegaan.

De toestroom van ouderen na ontslag uit de ziekenhuizen in de deelgebieden in Flevoland dient goed afgestemd te worden.

Uit het wachtlijstonderzoek (zorgkantoor 2000) blijkt de omvang van de 'verkeerde bedproblematiek'. Op de peildatum bevonden zich 35 ouderen in de Flevolandse ziekenhuizen die eigenlijk een indicatie hebben voor zorg in een verpleeghuis (20 personen), zorg thuis (13 personen), of zorg in een verzorgingshuis (2 personen). Ongeveer een jaar later (peildatum 1 maart 2001) was de verkeerde bed problematiek teruggebracht tot 13 personen.

Huisartsenzorg

Doordat senioren langer zelfstandig thuis wonen neemt de druk op de huisarts toe, zeker als er sprake is van wachtlijsten voor verpleeghuiszorg. Met name de groep ouderen met een indicatie voor opname die nog niet worden opgenomen verhogen de werkdruk van huisartsen. Vergoedingsregelingen voor huisartsen hiervoor staan bovendien onder druk of worden/zijn afgeschaft.

Verschillende initiatieven zijn of worden ondernomen om het werk van de huisarts te verlichten en om specialistische kennis dichterbij de huisarts te brengen. Denk aan de praktijkondersteuning, de inrichting van geriatrische steunpunten en de opzet van palliatieve teams.

Een knelpunt met name in de Noordoostpolder is het vinden van voldoende huisartsen. De invulling van de huisartsenfunctie in de kleine kernen is een knelpunt dat aandacht krijgt in de regiovisie medisch curatieve zorg.

'Consultatiebureau' voor ouderen

Bij een 'consultatiebureau' voor ouderen wordt gedacht aan een voorziening die zich in de keten voor de huisarts bevindt. Een 'consultatiebureau' voor ouderen zou enerzijds een ontlasting moeten betekenen voor de huisarts, anderzijds moet het een laagdrempelige voorziening zijn die het mogelijk maakt om bepaalde 'ouderdomskwalen' vroegtijdig te signaleren zodat betere behandeling mogelijk is (preventie). Concreet gaat het om een duidelijk afgebakend pakket dat geboden wordt en dat eventueel per leeftijdsgroep kan variëren (b.v. bloedsuiker, bloeddruk, zelfredzaamheid, zintuigen, schaal voor het meten van depressies en voor dementie).

Momenteel onderzoeken GGD, Stichting Samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad (SSGL) en professor Ligthart (VU) de mogelijkheden om een proef te starten met een dergelijk consultatiebureau. Aandachtspunt hierbij is de inpassing van een eventueel nieuw initiatief in al lopende initiatieven, en de uiteindelijke naamgeving.

Conclusie: de mogelijkheden van een experiment met een 'consultatiebureau' voor ouderen moeten nader onderzocht worden.

Initiatiefnemer: SSGL

Betrokkenen: GGD, MDF, SWOL, provincie, thuiszorg

Revalidatie en reactivering

De revalidatiezorg laat zich onderscheiden in:

- basiszorg (niveau 1: algemene revalidatie met enkelvoudige begeleiding),
- basisplus zorg (niveau 2: algemene multidisciplinaire revalidatie),
- centrumzorg (niveau 3: diagnosegerichte revalidatie) en
- topzorg (niveau 4: hooggespecialiseerde revalidatie).

Revalidatiezorg is niet op alle vier de niveaus binnen de provinciegrenzen voorhanden.

Basiszorg wordt geboden in Almere (ondersteuning van de eerste lijn door De Trappenberg), Lelystad (IJsselmeerziekenhuis in samenwerking met De Vogellanden), en Emmeloord (IJsselmeerziekenhuis).

Basis-pluszorg wordt geboden in Almere (dependance van De Trappenberg bij het Flevoziekenhuis voor de poliklinische behandeling van volwassenen), en Lelystad (poliklinische behandeling van volwassenen en kinderen bij het IJsselmeerziekenhuis i.s.m. De Vogellanden).

Met name voor behandelingen op het niveau van *centrum zorg* en *topzorg*, maar ook nog te vaak voor basisplus zorg is men aangewezen op behandelingen buiten de provinciegrenzen (De Trappenberg te Huizen, De Vogellanden te Zwolle en Revalidatie Friesland te Beetsterzwaag). Naar schatting gaat het in totaal om 700 á 800 patiënten uit Flevoland die per jaar buiten de provinciegrenzen in behandeling zijn.

Er is een grijs gebied tussen revalidatiezorg en verpleeghuiszorg behalve voor de topzorg. Een gedeelte van dit grijze gebied wordt uitgevoerd in een verpleeghuis.

Een samenwerking tussen het verpleeghuis en de te consulteren revalidatiearts kan in die gevallen tot een regionaal, kwalitatief goed product leiden.

In de regiovisie 'Zorg voor mensen met een lichamelijke handicap' is hier aandacht aan besteed.

5.4 Gehandicaptenzorg (LG en VG)

Ook senioren met handicaps die op latere leeftijd optreden, ontvangen doorgaans vormen van verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en/of thuiszorg. Voor Flevoland wordt gehandicaptenzorg waar ook ouderen gebruik van maken door de volgende organisaties geleverd: Stichting de Contour, Triade, Stichting Philadelphia Zorg en 's Heerenloo Lozenoord.

De cliënten die de leeftijd van senior bereiken, dienen adequate zorg te krijgen afgestemd op hun zorgbehoefte ongeacht de financieringsstroom waaruit de middelen komen. Door de integratie van de indicatiestelling voor verzorging en verpleging en de gehandicaptensector, kan betere afstemming bereikt worden.

In de regiovisie zorg voor mensen met een lichamelijke handicap en zorg voor mensen met een verstandelijke handicap wordt nader op de specifieke gehandicaptenzorg ingegaan.

5.5 Overige thema's voor de toekomst

Ouderen uit etnische groeperingen

Ouderen uit etnische groeperingen vertonen veel dezelfde kenmerken als de groep oudere autochtone ouderen met uitzondering van de leeftijd. Ouderen uit etnische groeperingen hebben relatief gezien een slechtere gezondheidspositie dan autochtonen, zodat zij eerder (op jongere leeftijd) zijn aangewezen op zorg. Zij zijn vaak onvoldoende bekend met de zorgstructuur in Nederland en maken hiervan minder gebruik. Vooral oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen blijven vaak onbereikbaar of onzichtbaar voor hulpverlening. De zorgvraag van ouderen uit etnische groeperingen is weinig specifiek bekend. Wel weten we dat deze vaak wordt ingekleurd door culturele en sociaal economische factoren. Instellingen op het gebied van zorg, welzijn en wonen erkennen dat zij onvoldoende toegankelijk zijn voor deze doelgroepen. Deze mate van toegankelijkheid heeft met name betrekking op de herkenbaarheid van instellingen voor ouderen uit etnische groeperingen (b.v. vertegenwoordiging van allochtone medewerkers, het in eigen taal kunnen communiceren, de mate waarin wordt voldaan aan religieuze eetvoorschriften etc.) en de kwalitatieve toegankelijkheid van instellingen (gebrek aan diversiteit in het aanbod).

De behoefte aan eigen cultuurbeleving wordt sterker naarmate men ouder wordt en is belangrijk voor het algemene gevoel van welbevinden.

Conclusie: Het is noodzakelijk om zicht te krijgen op de zorgvraag van ouderen uit etnische groeperingen. Hiervoor is aanvullend (periodiek) onderzoek noodzakelijk.

Betrokkenen: Axion (voorheen ASF), zorgaanbieders, GGD, ZGB

Initiatiefnemer: P.M.

Acute en ongeplande zorg

Als ouderen langer zelfstandig blijven wonen is een beter georganiseerd of groter vangnet nodig voor gevallen dat er ineens hulp nodig is (variërend van een stevige griep tot een gebroken heup).

Het kunnen leveren van ongeplande zorg is een voorwaarde voor het thuis kunnen blijven wonen. De financieringsstructuur in de zorg is echter gebaseerd op werkelijke productie. Dat heeft als consequentie dat de zogenoemde ongeplande zorg moeilijk te leveren (financieren) is. Voor ongeplande zorg is immers beschikbaarheid van personeel noodzakelijk. Dit probleem geldt voor de thuiszorg, maar ook voor het reserveren van plaatsen voor deeltijdopname. Deeltijdopnamen zijn vooral succesvol, als ze onbeperkt toegankelijk zijn. Immers, een fors deel van deeltijdopnamen hangt samen met acute en/of niet voorziene situaties. Dat betekent dat er altijd nood- of reservebedden aanwezig moeten zijn. Dat heeft gevolgen voor de bedbezetting- en productiecijfers.

Voor alle delen van Flevoland bestaan inmiddels voorstellen voor het realiseren van nachtzorg. De 'zwerfwacht' in deelgebied I is hiervan een aansprekend voorbeeld. Het gaat om een aantal verpleegkundigen die in de nachturen waarnodig ondersteuning bieden aan de nachtdienst van het verzorgingshuis en geplande nachtzorg bieden (thuis en in het verzorgingshuis), maar ook ongeplande hulp bieden in noodsituaties thuis. Juist de combinatie van verzorgingshuishuiszorg en thuiszorg en geplande zorg en ongeplande zorg, maakt het realiseren van de zwerfwacht mogelijk.

Ook in Almere is het bieden van ongeplande zorg 's nachts thuis mogelijk in de directe nabijheid van het verzorgingshuis, door te werken vanuit het verzorgingshuis.

Ook andere partijen spelen een rol. De PAAZ van de IJsselmeerziekenhuizen werken aan een heroriëntatie en onderzoeken of ze iets kunnen doen aan crisisopvang. Ook de rol van de huisarts en de mogelijkheden van domotica moeten betrokken worden bij dit onderwerp.

De behoefte aan acute en ongeplande zorg moet ook bekeken worden in relatie tot het thema wonen en zorg. Wat is de woon/zorgstructuur waar we naar toe werken en welke zorgcomponenten horen daarbij? In hoofdstuk 6 komen we hierop terug.

Conclusie: de mogelijkheden voor het verlenen van acute en ongeplande zorg (zowel 24-uurs beschikbaarheid, als voorzieningen voor tijdelijke opvang) moeten nader in kaart gebracht worden en zonodig uitgebreid worden in relatie tot de jaarlijkse bestedingsvoorstellen V&V

Initiatiefnemer: zorgkantoor

Betrokkenen: zorgnetwerken

Zorg voor dementerenden

Hoeveel ouderen lijden aan dementie valt niet goed aan te geven. De Alzheimer Stichting heeft een schatting gemaakt van het aantal mensen met dementie de komende jaren in Flevoland. In 2000 gaat het naar schatting om 1990 mensen. Dit zal oplopen naar 2350 in 2010 en 2760 in 2020. Het gaat dus om een aanzienlijke groei.

Uit de GGD-enquête blijkt het aantal zelfstandig wonende ouderen die een partner heeft die aan dementie lijdt. Omgerekend naar het totaal aantal 55-plussers in Flevoland zijn er ca. 850 mensen met een partner die aan dementie lijdt. Het merendeel van deze partners woont thuis: het gaat om 650 (echt)paren. Bij 150 (echt)paren woont de partner in een verzorgings- of verpleeghuis en bij 50 (echt)paren verblijft de partner met dementie gedeeltelijk thuis en gedeeltelijk elders.

Ernstige vormen van dementie hebben zeer negatieve gevolgen voor het dagelijks functioneren. Opvallend is ook het veelvuldig contact met GGZ Meerkanten/De Meregwaard (voorheen RIAGG's ouderen). Ouderen met dementie vormen een meerderheid onder de oudere cliënten van het RIAGG. De laatste 10 jaar wordt gewerkt met opvang die als alternatief voor de opname in een verpleeghuis dient.

Het lijkt haalbaar om in de toekomst een substantieel deel van de dementerende ouderen in alternatieve voorzieningen onder te brengen. Voorwaarde is wel dat het substituut dezelfde wettelijke basis krijgt als de reguliere voorzieningen.

In Zeewolde vindt momenteel een experiment plaats met kleinschalig begeleid wonen voor licht dementerenden (De Scarabee). Het project biedt begeleiding aan max. 8 dementerende ouderen, maar moet ook inzicht bieden in de vraag of een dergelijk model ook op andere plekken in de regio wenselijk en haalbaar is. Het experiment heeft een looptijd van 3 jaar. In het project vindt een volledige scheiding van wonen en zorg plaats. Specifieke zaken zijn o.a. de grote afstand tot een verpleeghuis (ca. 25 km), de

deskundigheid en inzetbaarheid van het personeel (door de geringe personele bezetting, is personeel bijgeschoold en op verschillende terreinen inzetbaar van verzorging tot activiteitenbegeleiding), de verdeling van verantwoordelijkheden (b.v. wie is verantwoordelijk als een oudere wegloopt en de weg niet terugvindt) en de verdeling van het financiële risico van leegstand.

Bij De Toonladder in Almere vindt een vergelijkbaar experiment plaats in 2 woningen voor elk zes licht dementerenden.

Conclusie: de zorg voor dementerenden moet verder ontwikkeld worden (vroeg signalering, kleinschalige opvangvoorzieningen)

Initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgkantoor, zorgvragers, welzijnsorganisaties

Palliatieve zorg en hospice zorg

Sinds 1998 bestaat in de regio Noordoostpolder, Oostelijk Flevoland en Zeewolde (deelgebied I en II) een palliatief team: een bundeling van zorgverleners van de verschillende zorgaanbieders, dat in samenspraak zoekt naar verbetering van de palliatieve zorg. Het team heeft richtlijnen opgesteld voor het professioneel handelen bij tal van klachten en complicaties in de palliatieve fase, een draaiboek opgezet voor het ontslag van mensen met een complexe zorgbehoefte in de thuissituatie, een model zorgdossier voor transmuraal gebruik voorgesteld en een huisartsconsulentschap ingevoerd.

Knelpunten vormen de mogelijkheden voor de opvang van patiënten in crisissituaties en voor kortdurende terminale zorg.

Sinds 1999 wordt in Almere Haven een project palliatieve zorg uitgevoerd onder leiding van een huisarts /wetenschapper. Het betreft zowel activiteiten voor de eerste lijn als de mogelijkheden die een verzorgingshuis kan bieden, en vooral de combinatie van beide voorzieningen. In het verzorgingshuis is daarvoor een appartement vrijgemaakt en ingericht. Zowel de patiënt als de familie kunnen daardoor op passende wijze worden opgevangen. Een aantal medewerkers is apart bijgeschoold voor deze taakstelling. Vanuit het project wordt ervaring opgedaan en (wetenschappelijk) geëvalueerd met als uiteindelijke doelstelling palliatieve zorg in de hele stad te kunnen aanbieden.

Vrijwillige Terminale Thuiszorg speelt een belangrijke rol bij het bieden van palliatieve zorg.

Voor NOP/Urk is een breed samengestelde werkgroep geïnstalleerd die de behoefte aan een hospice voorziening in de regio in kaart zal brengen. Er zijn in de regio diverse initiatieven die in de werkgroep gebundeld zullen worden.

Ook in Lelystad, Dronten, Zeewolde wordt gevraagd om een dergelijke bundeling. Wellicht kan het hiervoor genoemde initiatief worden uitgebreid.

Conclusie: de behoefte aan en de mogelijkheden tot hospice zorg moet in de drie deelgebieden verder worden onderzocht.

Initiatiefnemers: vrijwilligersorganisaties

Betrokkenen: zorgvragers, zorgkantoor, vrijwilligersorganisaties, steunpunten mantelzorg

Geriatrische steunpunten

Voor NOP/Urk, Lelystad, Dronten en Zeewolde wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een geriatrisch steunpunt. Ook de GGZ is hierbij betrokken.

In Almere functioneert sinds een aantal jaren het geriatrisch steunpunt Almere, dat is opgezet vanuit het verpleeghuis. Op verzoek van huisartsen en thuiszorg wordt een cliënt door een multidisciplinair team bezocht en beoordeeld. De beoordeling resulteert in een advies t.a.v. de (medische) behandeling, de thuissituatie en eventuele alternatieven voor opname. Het advies van het geriatrisch steunpunt geldt als een preadvies voor de indicatiestelling.

Conclusie: de inbedding en structurele financiering van geriatrische steunpunten moet verder vorm krijgen

Initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgkantoor

Ouderen die te kampen hebben met regieverlies

Vanuit het welzijnswerk wordt gesignaleerd dat een groep ouderen nu tussen wal en schip valt: het gaat om ouderen die niet direct behoefte hebben aan zorg, maar wel de regie verliezen over hun eigen leven. Op het moment is er geen goed aanbod dat voorziet in de behoefte van deze groep. Wellicht moet ook de groep

eerst nog beter in kaart gebracht worden. Het gaat hier om een doelgroep die zich bevindt op het snijvlak van welzijn, GGZ en Verpleging en Verzorging.

Conclusie: er moet meer zicht komen op de omvang en de problemen van ouderen die niet direct behoefte hebben aan zorg, maar wel de regie verliezen over hun eigen leven. Op het moment is er geen goed aanbod dat voorziet in de behoefte van deze groep. Wellicht moet ook de groep eerst nog beter in kaart gebracht worden. Het gaat hier om een doelgroep die zich bevindt op het snijvlak van welzijn, GGZ en Verpleging en Verzorging.

Initiatiefnemers: welzijnsorganisaties

Betrokkenen: GGZ, zorgnetwerken, zorgvragers, steunpunten mantelzorg

Ketenzorg

Het begrip ketenzorg wordt in de praktijk op verschillende manieren gebruikt. Het kan gaan om de keten van zorgvraag via indicatiestelling en zorgtoewijzing naar zorgverlening, maar ook om ketenzorg door middel van samenwerkingsprojecten van zorgaanbieders (het goed op elkaar aansluiten van verschillende zorgproducten binnen sectoren, maar ook over de grenzen van de sectoren heen) en ketenzorg als strategie: de zich wijzigende zorgvraag vereist nieuwe inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen.

De vernieuwingen in de indicatiestelling hebben een aantal positieve aspecten met zich meegebracht. Er is een veel beter beeld verkregen van de vraag welke (zorg)functies te onderscheiden zijn, waardoor ook betere zorgarrangementen zijn ontwikkeld. (Een betere zorgketen in de eerstgenoemde uitleg van het woord ketenzorg). De nieuwe indicatiestelling heeft vraaggerichte zorg veel dichterbij gebracht. Ook de mogelijkheid die de nieuwe indicatiestelling biedt om integraal te indiceren is een positieve ontwikkeling die nog verder uitgebuit kan worden. Anderzijds is het instrument van indicatiestelling nu soms te zwaar voor het benodigde doel. Denk aan een indicatiestelling voor een maaltijdvoorziening, of voor het aanbrengen van een douchebeugel. Kosten en bureaucratie rond de indicatiestelling wegen niet op tegen de kosten van de gevraagde voorziening. De poortwachterfunctie in de AWBZ is veel zwaarder opgetuigt dan de poortwachterfunctie in het 2^e compartiment. Momenteel worden stappen gezet om slagvaardig om te gaan met de verschillende stappen in deze zorgketen, zodat de vraag van de cliënt zo snel mogelijk de keten doorloopt en deze de zorg krijgt waar hij of zij om vraagt.

Conclusie: samenhang in de keten tussen intramurale en extramurale zorg: ook grote instellingen moeten een regionaal georiënteerd beleid kunnen voeren (thuiszorg Icare). Samenhang is nodig zodat cliënten niet tussen wal en schip vallen.

Initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgnetwerken

6. Afstemming wonen, welzijn en zorg

Een steeds groter wordende groep senioren die zelfstandig woont, maar wel behoefte heeft aan ondersteuning zoekt die ondersteuning bij voorkeur niet in de eerste plaats in het zorgcircuit. Juist voor deze groep kan een betere integratie van wonen, welzijn en zorg betere mogelijkheden bieden om zelfstandig thuis te blijven wonen met steun.

Gemeenten hebben een belangrijke coördinerende rol bij de afstemming van wonen, zorg en welzijn op lokaal niveau.

6.1 Welzijn en zorg

Aan de 'lichte zorgkant' (ouderen die een beperkt beroep doen op zorg), vormen welzijn en zorg tot op zekere hoogte communicerende vaten. Als er wachtlijsten zijn bij de thuiszorg, wordt de vraag naar welzijnsactiviteiten groter. Ook het gegeven dat de thuiszorg steeds functioneler is geworden heeft gevolgen gehad voor de behoefte aan welzijnsvoorzieningen. Omgekeerd kunnen bepaalde welzijnsvoorzieningen zoals preventieve en activerende huisbezoeken juist een beroep op zorg voorkomen.

Vanuit de gedachte dat mensen geen zwaardere zorg moeten krijgen dan nodig is, is het goed om bij het zoeken naar een passend aanbod bij een beginnende (zorg)vraag vanuit de welzijnskant te beginnen. Dit kan ook het ontstaan van een zorgvraag voorkomen, al was het alleen maar omdat welzijn, meer 'naar buiten' gericht is en zoveel mogelijk gericht is op zelfwerkzaamheid (preventief en activerend huisbezoek).

Maar ook voor mensen die in een verzorgingshuis wonen kan de aanpak van welzijn een verfrissende werking hebben. Welzijnswerk kan ook hier een impuls geven aan een beweging 'van binnen naar buiten'. Praktisch gezien kan dat zijn vertaling krijgen in een vorm van omgekeerde integratie: meer levendigheid in een verzorgingshuis brengen door andere functies naar binnen te halen zoals een crèche, medische voorzieningen of andere voorzieningen die voor een breder publiek toegankelijk zijn.

De noodzaak tot een integrale aanpak, inclusief de ontwikkeling van netwerken en korte lijnen, dient zowel bij de indicatiestelling als door specifieke zorginstellingen onderschreven te worden. Nu blijkt het bijvoorbeeld in een aantal plaatsen heel moeilijk te zijn om als welzijnsinstelling ingang te krijgen bij hometeams rond een medisch centrum.

In Almere wordt al jaren samengewerkt met de lokale welzijnsstichting De Schoor bij de exploitatie van het ouderencentrum in De Toonladder. De resultaten van deze samenwerking zijn zo positief, dat bij nieuwe centra of te verbouwen centra, deze samenwerking standaard zal worden toegepast. Ook wordt onderzocht of er gezamenlijk gewerkt kan gaan worden aan steunpunten in de wijken en wellicht ook bij het aanstellen van ouderenadviseurs.

Aan het eind van het vorige hoofdstuk werd al de aandacht gevraagd voor de groep thuiswonende ouderen die geen (of weinig) behoefte heeft aan zorg, maar wel te maken heeft met een dreigend regieverlies.

Samenwerkingsrelaties

Welzijnsorganisaties werken vaak samen met andere organisaties. Soms neemt die samenwerking ook fysieke vormen aan, doordat vanuit een gebouw gewerkt wordt.

Enkele voorbeelden: Zorggroep Almere (ZGA) vestigde een dienst- en ontmoetingscentrum op het terrein van de Toonladder. Dit is tevens een ouderencentrum voor de omliggende Muziekwijk. De activiteiten worden onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van ZGA en De Schoor georganiseerd. Op Urk heeft SWO Urk haar huisvesting binnen de muren van zorgcentrum Talma Haven. Het Centraal Zorgloket voor ouderen is onderdeel van de SWO en is dan ook te vinden binnen de muren van het zorgcentrum. Tevens houdt SWO-Urk al haar sociaal-culturele en educatieve activiteiten in de ruimtes van het zorgcentrum en komt het Steunpunt Mantelzorg bij het zorgloket.

6.2 Wonen en zorg

Wat betreft het wonen zijn de situering van woningen, de aanpassingen van woningen en overdekte voorzieningen als verbinding tussen de woning en algemene voorzieningen aandachtspunten.

Wanneer ouderenwoningen gesitueerd worden in de directe nabijheid van een zorgcentrum kan de levering van geplande, maar ook ongeplande zorg makkelijker georganiseerd worden, door gebruik te maken van de voorzieningen die een zorgcentrum toch al heeft. Bij nieuwbouw is dit relatief makkelijk te organiseren. Een opgave voor woningbouwcorporaties is om te zoeken naar mogelijkheden om ook in de bestaande voorraad aanpassingen te realiseren, waardoor rond zorgcentra een schil van ouderenwoningen met mogelijkheden tot zorg ontstaat (zorgzone).

Aandacht is nodig voor de schaal waarop dit gerealiseerd moet worden, voor de woningtoewijzing (al of niet via indicatiestelling) en voor de benodigde aard van de voorzieningen. In het hoofdstuk over wonen werd al de vraag gesteld naar de behoefte van senioren die op een wachtlijst staan voor een seniorenwoning of een aanleunwoning. Waarom wil men in een dergelijke woning wonen? Gaat het om een bepaald type woning, om de woonomgeving of om een bijbehorend aanbod aan zorg- en dienstverlening? Voldoen seniorenwoningen en aanleunwoningen wat dat betreft ook aan de verwachtingen?

Conclusie: het concept van zorgzones, zowel bij nieuwbouw als bij bestaande bouw moet nader worden uitgewerkt. Hierbij hoort een groot aantal aandachtspunten, zoals de werkelijke vraag van senioren die behoefte hebben aan een seniorenwoning of aanleunwoning, het schaalniveau waaraan je moet denken bij een woonzorgzone, de benodigde aard van het zorgaanbod wat beschikbaar moet zijn etc.

Initiatiefnemer: provincie

Betrokkenen: gemeenten, zorgaanbieders, woningcorporaties

De snelheid van woningaanpassingen op basis van WVG verdient aandacht in het kader van de terugkeer van patiënten van ziekenhuis of verpleeghuis naar huis. Dit duurt soms te lang, waardoor mensen langer opgenomen blijven, dan medisch gezien nodig is, of mensen worden naar huis gestuurd, terwijl hun huis onvoldoende is aangepast en zij zich maar moeten zien te redden.

Conclusie: de snelheid van woningaanpassingen moet vergroot worden. Bovendien is er meer integratie en afstemming gewenst tussen zorg en wonen, b.v. op het gebied van woningaanpassingen, maar ook op het gebied van woningtoewijzingen.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: zorgaanbieders, woningcorporaties, zorgvragers

Bij het scheiden van wonen en zorg vormt de financiering van de huisvesting van algemene (overdekte) voorzieningen een knelpunt. Binnen de huidige wet- en regelgeving kan dit alleen worden opgelost door zo creatief mogelijk om te gaan met bestaande voorzieningen en door ook gezamenlijk als zorginstellingen, welzijnsinstellingen en woningbouwcorporaties tot financiering en gebruik van ruimten te komen. Het ontbreken van voldoende financiële middelen om een adequaat voorzieningenniveau te realiseren beperkt de mogelijkheden om samenhang en een optimale woonsituatie te realiseren. Dit kan worden ondervangen door meer te streven naar het clusteren van voorzieningen en het stimuleren van multifunctioneel gebruik. Hierdoor wordt het financiële en functionele draagvlak voor voorzieningen vergroot.

Conclusie: scheiden van wonen en zorg kan een aanvullende impuls krijgen wanneer woningcorporaties, welzijnsinstellingen en zorginstellingen kijken naar de mogelijkheden voor een gezamenlijke benutting en financiering van overdekte ruimten. De financiering van de infrastructuur van gecombineerde zorg- en dienstencentra kan opgelost worden d.m.v. functioneel uitgebreide dienstencentra. Het erkennen van dienstencentra en hun activiteiten, vooral de 'waakvlamactiviteiten' (= 24-uurs beschikbaarheid) als zorgproduct is nodig.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: zorgkantoor, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, woningcorporaties

De provincie Flevoland heeft een budget gereserveerd voor wonen en zorg, als aanvulling op de landelijke Woon Zorg Stimulerings Regeling (WZSR). Dit budget is met name bedoeld voor cofinanciering. Ook op andere wijzen wil de provincie meer aandacht geven aan het thema wonen en zorg, bijvoorbeeld door het organiseren van een symposium en het onderzoeken van de behoefte aan een netwerk. Voor de uitwerking hiervan moeten verbanden gelegd worden met de regiovisies in de andere zorgsectoren.

In Flevoland zijn de mogelijkheden tot langer zelfstandig thuis wonen een heel eind ontwikkeld. Daardoor wordt ook een aantal knelpunten of beperkingen zichtbaar die we niet zo direct in Flevoland kunnen oplossen.

- de financiering van de woon/zorg infrastructuur is niet geregeld. Het gaat zowel om investeringskosten als om exploitatiekosten. Denk aan de inrichting van een centrale ontmoetingsruimte b.v. voor het gebruiken van gezamenlijke maaltijden, voor sociale contacten, voor recreatieve activiteiten of voor groepsverzorging. Ook overdekte gangen van seniorenwoningen of aanleunwoningen naar dergelijke voorzieningen vallen hier onder. Een andere categorie wordt gevormd door domotica in huis die b.v. een gedeelte van de zorg thuis kan vervangen.
Een accent op (sterke groei van) zorg thuis blijkt de wachtlijsten voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen sterk te kunnen verminderen. Dit vinden we een positieve ontwikkeling die we graag blijvend gestimuleerd willen zien. Vorengenoemde zaken horen daar wel bij.
- Op de gemeenten komt een steeds zwaardere (financiële) druk te liggen. Het langer zelfstandig wonen vergroot het beroep dat wordt gedaan op de WVG (woningaanpassingen, maar ook vervoersvoorzieningen) en op welzijnsvoorzieningen voor ouderen die de laatste jaren eerder zijn afgebroken dan opgebouwd.
- De zwaardere financiële druk op gemeenten kan zich vertalen in een zwaardere financiële belasting van ouderen, b.v. voor mobiliteit in de directe woonomgeving. De groep draagkrachtige ouderen wordt groter, maar de groep ouderen die alleen van een AOW moet rond komen is nu nog ca. 20% en zal naar verwachting stabiel blijven op ca. 400.000 ouderen (landelijk).
- De regie voor de afstemming van wonen, zorg en welzijn is onduidelijk geregeld. Gezien vanuit de cliënt kan de functie van een casemanager of zorgconsulent, die gelijktijdig verschillende processen in werking kan stellen (b.v. woningaanpassing regelen parallel aan kortdurende opname) en daar ook zeggenschap in heeft, een oplossing zijn. Zo'n functie past nu niet in ons (financierings)systeem. De cliënt (of een vertegenwoordiging) kan alleen de regievoering goed op zich nemen wanneer op gemeentelijk niveau de taken en verantwoordelijkheden duidelijk verdeeld zijn. De gemeente kan dat weer alleen als het Rijk hierin duidelijkheid biedt. Nu zijn er teveel mogelijkheden om bepaalde zaken op andere partijen af te wentelen (b.v. geen WVG woningaanpassing, omdat de cliënt een AWBZ indicatie heeft). Overigens kan ook de regie slecht uitgevoerd worden, wanneer deze wel duidelijk geregeld is.
- Bij de regie door de gemeenten hoort ook een goed planologisch beleid waarbij rekening wordt gehouden met de situering van voorzieningen, situering van seniorenwoningen, veiligheid etc.

De gemeente Almere heeft een coördinatiegroep, bestaande uit zorgaanbieders, seniorenvertegenwoordigers, welzijnsstichting, woningbouwcorporatie en gemeente ingesteld die een beleid heeft opgesteld om zo lang mogelijk zelfstandig wonen te stimuleren. De inhoud van dat beleid is:

- Aanleunwoningen worden alleen verhuurd aan mensen met een zorgindicatie (deze woningen heten voortaan zorgcentrumwoningen)
- De woningbouwcorporaties en in toenemende mate ook de particuliere woningbouw in Almere streeft ernaar om 6% van de woningvoorraad te bouwen als seniorenwoning. Rond elk zorgcentrum (max. afstand ca. 400 meter) zullen ca. 200 seniorenwoningen gebouwd worden, die voor 25% zullen worden toegewezen aan ouderen met een zorgindicatie
- Seniorencomplexen elders in de stad of geclusterde woonvormen waar veel ouderen wonen kunnen eveneens voorzien worden van een zorg- en dienstenpakket.
- Onderzocht wordt of mobiele teams voor de nacht (en wellicht ook avond en weekend) een 24-uurs waakfunctie kunnen vervullen voor solitair in de wijk wonende zorgvragers. Ook het mogelijke gebruik van domotica voor dit doel zal worden onderzocht

In Almere is gezamenlijk door zorggroep Almere en de woningbouwcorporaties aan een extern bureau opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de kwalitatieve en kwantitatieve behoeften aan de combinatie van wonen en zorg. Daarbij zal ook onderzocht worden welke aspecten wonen in de thuissituatie kunnen bevorderen of juist zal afremmen. Overigens beperkt dit onderzoek zich niet alleen tot ouderen.

Vanuit de samenwerkende zorginstellingen in de regio NOP/Urk en Noordwest-Overijssel is gewerkt aan het realiseren van een samenhangend zorgaanbod gericht op alleenstaande ouderen die in een kwetsbare positie verkeren. Ouderen die intensieve zorg nodig hebben en toch graag thuis willen blijven wonen krijgen door middel van de inzet van case-managers ondersteuning en begeleiding bij het gedifferentieerd zorgaanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn, waardoor zij thuis kunnen blijven wonen ondanks hun beperkingen.

De gemeente Zeewolde is bezig met de oprichting van een platform ouderenhuisvesting. Daarnaast werkt men aan een beleid rond aanpasbaar bouwen voor nieuwbouwwoningen en aan mogelijkheden voor het aanpassen van een gedeelte van de bestaande voorraad t.b.v. senioren in de nabijheid van (zorg-)voorzieningen.

6.3 Gebundelde zorg- en dienstverlening en kleine kernen

Voor de kleinere plattelandskernen is het sowieso nodig om te zoeken naar nieuwe combinaties van functies om een zo groot mogelijk draagvlak te vinden voor voorzieningen.

In de gemeente Noordoostpolder is begin 2000 een zorgsteunpunt in Ens geopend. Het zorgsteunpunt ligt in het centrum van het dorp en bevat 24 zelfstandige seniorenwoningen, het eigenlijke zorgsteunpunt met ruimten voor dagverzorging, mogelijkheden voor een centrale maaltijdvoorziening en een ruimte ten behoeve van de Stichting Welzijn Ouderen. De gemeente onderzoekt samen met anderen de mogelijkheden van gebundelde dienstverlening rond ouderenzorg, maar ook breder b.v. door gezondheidszorg hierbij te betrekken, in Espel en Creil.

In deelgebied II zijn drie projecten voor dagverzorging gestart in Zeewolde, Biddinghuizen en Swifterbant. Met name de projecten in Biddinghuizen en Swifterbant hebben te kampen met een tekort aandeelnemers. Daarom is voor Biddinghuizen een overleg gestart tussen verzorgingshuis De Regenboog, verpleeghuis 't Laar, welzijnsstichting De Schoof, Bartiméus (blinden en slechthorenden), Thuiszorg Icare, maatschappelijke dienstverlening MDF en een instelling voor slechthorenden over een andere c.q. aanvullende bestemming voor de ruimte die beschikbaar is voor het project dagverzorging. Verschillende partijen willen één of enkele dagdelen per week van de ruimte gebruik gaan maken, zodat zowel het financiële draagvlak als het effectieve gebruik van de ruimte een bredere basis krijgen. De cliënten van Biddinghuizen gaan nu naar Swifterbant dat dus als dagverzorging draait met ongeveer een halve bezetting.

Zeker voorlopig kan Swifterbant op deze wijze als dagverzorgingsproject draaien. De verwachting is dat het aantal bezoekers in de loop van de tijd zal gaan stijgen door toenemende bekendheid en door toenemende vraag.

6.4 Brede gemeentelijke aanpak

Gemeenten hebben vanuit hun verantwoordelijkheid voor het voorzieningenniveau (welzijns- en dienstenvoorzieningen) de mogelijkheid om het aantal voorzieningen op het terrein van wonen en welzijn en multifunctionele voorzieningen, te stimuleren en te realiseren. De gemeente kan haar lokale regie in deze vaak nog versterken. Bij het realiseren van welzijnsvoorzieningen heeft de gemeente een belangrijke taak. Indien woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars hierbij worden betrokken schuilt deze rol met name in het regisseren van realisatie, afstemming en samenhang.

Veel gemeenten gaan over tot wijkgericht werken. Daar liggen veel koppelingsmogelijkheden ook met buurtbeheer.

Daarnaast beschikt de gemeente over een aantal instrumenten om bij te dragen aan het aanpakken van personeelsprobleem in de zorg ('handen' vervangen door voorzieningen, benutten van ICT-mogelijkheden, het zorgen voor een goede en aantrekkelijke woon- en werkomgeving om personeel in de provincie te behouden en aan te trekken).

De gemeenten in Flevoland ontwikkelen een lokaal gezondheidsbeleid. Aandacht is nodig voor de aansluiting tussen de regiovisies en het lokaal gezondheidsbeleid.

6.5 Ouderen uit etnische groeperingen

In 1997 heeft het ASF onderzoek laten uitvoeren naar de behoeften van ouderen uit etnische groeperingen in Lelystad. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er sprake is van een grote onbekendheid met en ondergebruik van de algemene zorg- en welzijnsvoorzieningen onder allochtone ouderen in Lelystad. Een uitzondering hierop zijn de medische diensten en in mindere mate het maatschappelijk werk.

De onbekendheid en het ondergebruik zijn het grootst bij de specifieke zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, alarmering en maaltijdvoorziening.

De meeste instellingen geven aan dat zij nog niet kunnen overzien wat de groei van het aantal ouderen uit etnische groeperingen voor het eigen aanbod zal betekenen.

Conclusie: De bekendheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen bij ouderen uit etnische groeperingen moet vergroot worden. Initiatiefnemers: zorgaanbieders, welzijnsorganisaties Betrokkenen: Axion
--

6.6 Domotica

De inbreng van domotica kan de mogelijkheden thuis te blijven wonen vergroten.

Nu wordt al veel gebruikgemaakt van mogelijkheden op het gebied van alarmering en alarmopvolging.

Andere toepassingen, zoals centrale aansturing van bijvoorbeeld lichten, afsluiting deuren, gas uit, mogelijkheden in geval van zwerfgedrag of het doen van bestellingen vanuit huis, zijn nog meer in ontwikkeling. Aandachtspunten bij de verdere ontwikkeling van domotica zijn het behoud van privacy, 'knoppenvaardigheid' van de doelgroep, het risico van verlies van fysiek contact en de financiering van domotica.

Zorggroep Almere start, in samenwerking met een projectontwikkelaar en een bedrijf dat alarm-serviceapparatuur levert, een gezamenlijk project in een flatgebouw waar 460 woningen aangesloten zullen worden. Naast alarmmogelijkheden zal dit project ook servicefaciliteiten, inbraakalarmering, brandalarmering en communicatiemogelijkheden met leveranciers en instellingen, direct mogelijk maken. Vanuit de zorggroep zal hierop in ieder geval een zorgcentrum en een gezondheidscentrum aangesloten worden.

7. Voldoende personeel en menskracht

Inleiding

De GGD enquête geeft inzicht in de hulp die ouderen ontvangen, zowel bij de persoonlijke verzorging (algemene dagelijkse levensverrichtingen – adl - zoals wassen, aan- en uitkleden, toiletgang, eten en drinken) als bij huishoudelijke werkzaamheden (hdl).

Ongeveer eenderde van de 75-plussers ontvangt hulp bij de persoonlijke verzorging en tweederde heeft hulp bij huishoudelijke werkzaamheden. De eigen partner en gesubsidieerde hulp (thuiszorg) spelen in beide gevallen een ongeveer even grote rol. Bij de persoonlijke verzorging nemen kinderen de derde plaats in, bij de huishoudelijke werkzaamheden gaat het om zelf betaalde particuliere hulp.

Percentage 75-plussers dat adl/hdl hulp krijgt van:

	adl	hdl
Partner/huisgenoot	10 %	22 %
Gesubs. hulp	10 %	21 %
Kinderen	5 %	10 %
Eigen betaalde hulp	3 %	11 %
Vrienden	1 %	2 %
Anders	1 %	2 %
Hulp via PGB	0,6 %	2 %
Vrijwilligers	0,4 %	1 %
Familie	0,3 %	1 %

Bron: GGD 2000

Mantelzorg, professionele zorg en vrijwilligerszorg komen hierna aan de orde.

7.1 Mantelzorg

Mantelzorgers zijn mensen die zorgen voor familie, vrienden of buren, die door problemen met hun gezondheid hulp nodig hebben. Mantelzorgers hebben een persoonlijke band met degene die zij verzorgen. Juist daardoor lijkt mantelzorg iets vanzelfsprekends te zijn. Er is vaak geen keus. Het is iets wat iedereen kan overkomen, maar wanneer er geen einde aan lijkt te komen, kan het erg zwaar worden.

Ouderen krijgen dus veel hulp van huisgenoten en andere mantelzorgers (kinderen, familie), maar ze geven zelf ook veel mantelzorg.

De GGD-enquête geeft inzicht in de omvang van de mantelzorg door 55-plussers zelf.

Een groot aantal senioren verleent mantelzorg, waarbij uiteraard de verleende hulp afneemt bij het ouder worden. Het gaat om 35% van de groep 55-64 jarigen, 28% van de groep 65-74- jarigen en 17% van de 75-plussers. De meeste hulp wordt gegeven aan vrienden en buren (15%), partner (9%), kinderen (7%), ouders en familie (beide 4%).

De groep oudste ouderen geeft ofwel heel veel hulp (meer dan 20 uur) of juist heel weinig (1 uur of minder per week).

Verleende mantelzorg

	55-64 jr	65 – 74 jr	75+	Totaal
>1 uur	25	29	33	28
1 - 4 uur	44	39	36	40
5 – 9 uur	16	16	15	16
10 – 19 uur	6	6	3	5
> 20 uur	8	11	14	10
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: GGD 2000

In de provincie Flevoland functioneren 5 steun- of contactpunten mantelzorg. Zij bieden ondersteuning aan en belangenbehartiging van mantelzorgers. De steunpunten zijn verschillend georganiseerd en aangesloten bij de Landelijke Organisatie Thuisverzorgenden (LOT). Een knelpunt voor de steunpunten is het bereiken van mantelzorgers.

Verder is er is ook aandacht nodig voor de ondersteuning van mantelzorgers in intramurale instellingen.

Een aandachtspunt is de afdwingbaarheid van mantelzorg. Het BIO-protocol besteedt er apart aandacht aan. De kern is dat bij indicatiestelling rekening wordt gehouden met het cliëntsysteem (de directe omgeving van de cliënt), dat 'normale' zorg van huisgenoten mag worden verwacht, maar dat voor extra zorg de inschakeling van professionele hulp aan de orde is. Het gaat dan om vormen van zorg die qua zwaarte, duur of intensiteit de normale zorg van huisgenoten voor elkaar aanzienlijk overstijgt. Overigens erkent het BIO-protocol dat de grens tussen normale zorg en extra zorg niet hard te trekken is.

Conclusie: de behoefte aan en de mogelijkheden tot het creëren van een logeerhuis ter ontlasting van de mantelzorg moet nader verkend worden.

Initiatiefnemer: ZGB

Betrokkenen: steunpunten mantelzorg, zorgkantoor, zorgaanbieders

7.2 Professionele zorg

Een grote zorg is het te verwachten tekort aan personeel. De verwachting is dat de groeiende vraag naar personeel in Flevoland de komende jaren ca. 4,1% per jaar bedraagt en hoger is dan landelijk (landelijk ca. 1,9%). De aantrekkingskracht van Flevoland voor personeel zou o.a. versterkt kunnen worden door het bieden van opleidingen.

Om zo'n personeelstekort te voorkomen wordt in Flevoland sinds 1999 samengewerkt in de Stichting Gezondheidszorg en Arbeid (voorheen Tripartite Sectoraal Overleg, TSO). Een van de belangrijkste doelstellingen van de stichting betreft het opzetten en starten van een mobiliteitsbureau in de regio: FlevoSelect. In 2000 is dit bureau geopend.

Een tweede belangrijk item is het imago van de zorgsector. Het beeld is niet altijd volgens de werkelijkheid. Dat heeft ook invloed op de interesse om in de zorg te werken. Daarom is het belangrijk duidelijk te maken dat werken in de zorg niet alleen leuk en gezellig is, maar ook verantwoordelijk werk is, dat conform betaald wordt en perspectief biedt.

Verder houdt de stichting zich bezig met het contact tussen werkgevers en opleidingsinstituten. Zij overleggen regelmatig binnen de coördinatiegroep ProFlevo.

Het gaat dan over het contact tussen het onderwijs en de werkgevers ten aanzien van een samenhangend opleidingsstelsel verplegende en verzorgende beroepen, waaronder stage en praktijkleren. Een opleiding op niveau 3 en 4 is in Flevoland inmiddels gerealiseerd, maar mag worden uitgebreid. Opleidingsniveau 5 ontbreekt nog. Hier moet in samenspraak met de ROC aan gewerkt worden.

Ten slotte richt de Stichting Gezondheidszorg en Arbeid zich op het stimuleren van de inzet van I/D-banen (instroom – doorstroom) in de zorgsector. Het betreft de voormalige Melkertbanen. Voor de Melkertbanen was in de zorgsector veel interesse, ook in Flevoland. Inmiddels wordt de uitgifte van deze banen gedaan door de gemeenten. Om ervoor te zorgen dat ook de zorgsector aan bod komt en de sector geïnteresseerd blijft voor deze I/D-banen, bestaat er een regiepunt I/D-banen.

In het kader van de meerjarenafspraken heeft verpleeghuis 't Laar (Lelystad) een opleidingsplan ontwikkeld, in samenhang met de uitbreiding van de capaciteit met 90 extra bedden gereed in 2003. De doelgroep wordt gevormd door herintreders en werkzoekenden met een afgebroken zorgstudie. Het plan voorziet in een individueel opleidingstraject op deskundigheidsniveau 2 en 3.

De (lokale) overheid dient eveneens zorg te dragen voor een goed woon- en leefklimaat, zodat personeel niet wegtrekt en nieuw personeel kan worden aangetrokken (o.a. betaalbare jongerenhuisvesting).

Bij extramuralisering treedt nog een probleem op, namelijk de onveiligheid voor werkenden, met name in avond- en nachtsituaties. Medewerkenden, vooral vrouwen, geven steeds vaker aan liever te kiezen voor intramurale zorg. Hoewel Flevoland nog relatief veilig is, zullen – zeker in de stedelijke gebieden - gevoelens van onveiligheid de extramuralisering gedeeltelijk afremmen of onmogelijk maken.

Conclusie: voldoende menskracht is op alle fronten een probleem en dat zal alleen nog maar toenemen.

De Stichting Gezondheidszorg en Arbeid en de provincie moeten zich inzetten om een opleiding op niveau 3 en 4 uit te breiden en een opleiding op niveau 5 te creëren in Flevoland, in samenspraak met het ROC. Ook is het goed om te proberen een HBO-V opleiding naar Flevoland te krijgen.
 Initiatiefnemer: Stichting Gezondheidszorg en Arbeid
 Betrokkenen: provincie, ROC

7.3 Vrijwilligershulp

Vrijwilligersorganisaties bieden verschillende vormen van vrijwilligershulp, ook ter ondersteuning van de mantelzorg. Het gaat om:

- traditioneel of algemeen vrijwilligerswerk (gezelligheid bieden, een praatje maken, voorlezen, wandelen, boodschappen doen, bibliotheekdienst, vervoer, begeleiding naar arts en/of ziekenhuis),
- intensief vrijwilligerswerk (gericht op specifieke groepen zoals terminale patiënten, dementerende ouderen, gehandicapten, chronisch zieken of ouderen die hulpbehoevend zijn geworden),
- vrijwilligerswerk intramuraal (o.a. hulp bij koffieschenken, halen en brengen naar/van activiteiten, vrijwillige individuele contacten, artsboodschappen en begeleiding bij ziekenhuisbezoek)
- ondersteuning van SWO activiteiten (alarmering, tafeltje-dek-je).

Voor alle vormen van vrijwilligerswerk gaat het om een enorme inzet aan en van vrijwilligers.

Veel vrijwilligerwerk zijn acties via kerken, De Zonnebloem, etc. Onder 50-plussers bevinden zich belangrijke doelgroepen van het vrijwilligerswerk, maar zij zijn ook een minstens zo belangrijke bron van vrijwilligers.

Door de vergrijzing en door het huidige beleid ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, neemt o.a. de vraag naar intensief vrijwilligerswerk toe.

Met name in het oostelijke deel van de provincie (Dronten en Zeewolde) worden vrijwilligersorganisaties voor meer intensieve doelgroepen gemist o.a. terminale doelgroep, chronisch zieken, gehandicapten en een oppascentrale voor dementerende ouderen.

Door deze ontwikkeling ontstaat er steeds meer behoefte aan vrijwilligers die de taken van een mantelzorger tijdelijk kunnen overnemen, zodat deze niet in een isolement raakt en verlichting en ondersteuning kan ontvangen. De behoefte aan en mogelijkheden tot een logeerhuis ter ondersteuning van mantelzorgers moet daarom nader verkend worden.

Knelpunten zijn de afnemende beschikbaarheid van vrijwilligers en de bekendheid van potentiële cliënten met het aanbod van vrijwilligers en de versnipperdheid van het veld. In de meeste gemeenten bestaan daarom meldpunten vrijwilligers, waarbij de plaatselijke vrijwilligersorganisaties zijn aangesloten. Vanuit deze meldpunten kan een beroep worden gedaan op vrijwilligershulp.

Dergelijke centrale punten bestaan in Almere, Lelystad, Dronten en NOP/Urk.

Er is meer aandacht nodig voor terminale thuishulp, ook in verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Voor Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg (CVT) is een subsidie beschikbaar die bijdraagt aan de coördinatie van vrijwillige thuiszorg, mantelzorgondersteuning en terminale thuiszorg.

Deelgebied	75+	Totaal	Mantelzorg-ondersteuning	Coördinatie vrijwillige thuiszorg	Vrijwillige thuiszorg
NOP/Urk	30,4%	66.833	16.708	37.594	12.531
Lelystad, Dronten Zeewolde	35.7%	78.485	19.621	44.148	14.716
Almere	33.85 %	74.418	18.604	41.860	13.953
Maximaal, geoormerkt CVZ		219.846	54.961	123.664	41.221

Bron: Zorgkantoor Flevoland, bedragen 2000.

De bedragen zijn per categorie geoormerkt. Een andere invulling dient op netwerkniveau te zijn afgestemd.

In het kader van de volumemiddelen zijn de mogelijkheden voor het aanvragen van middelen verruimd en kunnen extra projecten worden ingediend. In 2000 is op een aantal plaatsen dan ook een aanvullend budget toegekend.

Er is overleg nodig over de inzet van de geormerkte subsidie voor coördinatiekosten in deelgebied II (Lelystad, Dronten en Zeewolde).

Conclusie: vrijwilligershulp kan beter toegankelijk gemaakt worden door in alle gemeenten een meldpunt vrijwilligers te creëren en te kijken naar samenhang met andere loketten.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: vrijwilligersorganisaties, welzijnsorganisaties

8. Uitvoering van de regiovisie

8.1 Stuurgroep

Deze regiovisie bevat een groot aantal conclusies die om uitvoering vragen. De praktijk leert dat het goed is deze uitvoering te volgen, zodat voornemens niet in een bureau verdwijnen.

Bovendien zal de regiovisie (in deze of een aangepaste vorm) t.z.t. geactualiseerd moeten worden. Ook dat traject behoeft voorbereiding. Voor dit doel zal een stuurgroep in het leven geroepen worden die voortbouwt op het werk van de groep die de regiovisie heeft opgesteld.

Taak en positie

De stuurgroep heeft in algemene zin tot taak de totstandkoming van een vraaggerichte en samenhangende zorg voor ouderen te bevorderen. Ook andere voorzieningen zullen hierbij betrokken worden (wonen, welzijn, vervoer, zie uitgangspunten regiovisie)

De stuurgroep zal zich in de eerste plaats richten op de bewaking van de voortgang van de regiovisie 'Ouderenzorg'. De stuurgroep kan de genoemde initiatiefnemers vragen om te rapporteren over de vorderingen. Zonodig zal de stuurgroep de conclusies bijstellen of sturend optreden t.a.v. de uitvoering van de conclusies. In de loop van de tijd dienen zich wellicht nieuwe onderwerpen aan die nog niet in de regiovisie aan bod zijn gekomen. Ook hieraan kan de stuurgroep aandacht besteden. Aan het eind van de looptijd van de stuurgroep zal deze zich tevens beraden op een advies t.a.v. de actualisering van de regiovisie.

De partijen die niet vertegenwoordigd zijn in de stuurgroep, maar wel betrokken zijn bij de doelgroep, blijven betrokken door de uitvoering van de actiepunten zoals verwoord in de regiovisie.

Jaarlijks zal de stuurgroep rapporteren over haar werkzaamheden aan Provinciale Staten en aan een brede kring betrokkenen.

Looptijd regiovisie en stuurgroep

De stuurgroep functioneert gedurende de looptijd van de huidige regiovisie: 2001 - 2003. Daarna zal de provincie op advies van relevante betrokken partijen besluiten over eventuele vervolgtrajecten, waarbij ook de regiovisies voor de andere sectoren in de zorg betrokken zullen zijn.

Status en samenstelling

De stuurgroep is gericht op de totstandkoming van een vraaggerichte en samenhangende zorg voor ouderen (zie taak) op basis van overeenstemming en gezamenlijke activiteiten. Dit met behoud van de taken en verantwoordelijkheden van elk van de partijen afzonderlijk. De directe relatie met de regiovisie 'Ouderenzorg' houdt in dat de vijf regiovisiepartijen er zitting in zullen hebben: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgkantoor, gemeenten en provincie. Daarnaast is het RIO (indicatiestelling) een belangrijke betrokken partij.

Bij de samenstelling van de stuurgroep moet enerzijds het aantal leden niet te groot zijn, terwijl anderzijds de verschillende geledingen binnen de partijen tot hun recht moeten kunnen komen.

Dit leidt tot het volgende voorstel voor de samenstelling:

zorgvragers:	3 leden
zorgaanbieders:	3 leden (in onderling overleg, 1 per deelgebied)
	1 lid namens de welzijnsorganisaties
	1 lid namens de vrijwilligersorganisaties
	1 lid namens de steunpunten mantelzorg
indicatiestelling:	1 lid
gemeenten:	2 leden (1 ambtelijk, 1 bestuurlijk)
Zorgkantoor:	1 lid
provincie:	1 lid
(Totaal 14 leden exclusief voorzitter)	

Als voorzitter wordt een wethouder gevraagd van een van de Flevolandse gemeenten. De provincie neemt de secretarisrol op zich.

De provincie Flevoland heeft de regie gevoerd bij de totstandkoming van deze regiovisie. Ook bij de uitvoering zal zij deze rol op zich nemen. Daarnaast ziet de provincie een rol voor zichzelf weggelegd als het gaat om het bij elkaar brengen van partijen over de grenzen van verschillende sectoren / thema's heen. De

provincie wil daarbij niet treden in de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen bij de uitvoering van hun eigen taken.

Tenslotte heeft de provincie een aantal subsidieregelingen die een rol kunnen spelen bij de uitvoering van de regiovisie (projecten ouderenbeleid, projecten volksgezondheid, cofinanciering woonzorgstimuleringsregeling).

Afhankelijk van het onderwerp kunnen andere personen of organisaties worden gevraagd een bijeenkomst van de stuurgroep bij te wonen (bijvoorbeeld woningbouwcorporaties). De stuurgroep komt (gemiddeld) 2 à 3 keer per jaar bij elkaar. Indien daar aanleiding toe is wordt tussentijds gewerkt met werkgroepen, die bepaalde onderwerpen voorbereiden of uitwerken.

Relatie met andere regiovisies

Ook voor de andere regiovisies zijn of worden stuurgroepen of platforms in het leven geroepen. Om geen dubbel werk te verrichten wordt bekeken hoe op thema's samengewerkt kan worden, zodat met de beschikbare menskracht zo efficiënt mogelijk wordt omgesprongen. Nauwe samenwerking tussen stuurgroepen, of samenvoeging behoort op termijn dus tot de mogelijkheden.

8.2 Actiepunten 2001-2003

De conclusies uit deze regiovisie zijn hieronder gegroepeerd volgens 5 categorieën:

- a. Onderwerp leent zich voor een thematische aanpak b.v. een (mini) werkconferentie of een projectvoorstel in het kader van de projecten ouderenbeleid van de provincie.
(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)
- b. Thema heeft relatie met andere regiovisies en moet in samenhang worden opgepakt
(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)
- c. Het thema is beperkt van omvang en/of betrokken partijen en moet periodiek geagendeerd worden bij de stuurgroep om vorderingen te volgen
(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)
- d. Aan het thema wordt gewerkt, eens per jaar voortgangsverslag
- e. Het thema gaat om lokaal beleid, eens per jaar voortgangsverslag

Deze indeling is gemaakt op basis van de manier waarop het onderwerp terug moet komen bij de stuurgroep, zoals staat aangegeven.

Hierna volgt een overzicht hiervan, tussen haakjes staat het hoofdstuk waar de conclusie geformuleerd is.

- a. Onderwerp leent zich voor een thematische aanpak b.v. een (mini) werkconferentie of een projectvoorstel in het kader van de projecten ouderenbeleid van de provincie.
(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)

Veel ouderen zien enorm op tegen een verhuizing en overzien het geheel niet. Een verhuisservice kan helpen de te regelen zaken op een rijtje te zetten, adviezen geven en een aantal zaken (indien gewenst) daadwerkelijk te regelen. Het zou goed zijn als iemand het initiatief zou nemen de mogelijkheden hiertoe te onderzoeken. (H3)

Initiatiefnemers: welzijnsorganisaties?

Betrokkenen: zorgvragers, woningcorporaties

Er moet meer zicht komen op de omvang en de problemen van ouderen die niet direct behoefte hebben aan zorg, maar wel de regie verliezen over hun eigen leven. Op het moment is er geen goed aanbod dat voorziet in de behoefte van deze groep. Wellicht moet ook de groep eerst nog beter in kaart gebracht worden. Het gaat hier om een doelgroep die zich bevindt op het snijvlak van welzijn, GGZ en Verpleging en Verzorging. (H5)

Initiatiefnemers: welzijnsorganisaties

Betrokkenen: GGZ, zorgnetwerken, zorgvragers, steunpunten mantelzorg

Mogelijkheden voor kleinschalige voorzieningen moeten verder uitgewerkt worden (b.v. zorgboerderij voor ouderen). Hiervoor moet eerst de zorgvraag meer inzichtelijk gemaakt worden (H5).

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: RIO/LIA, zorgaanbieders, zorgkantoor, steunpunten mantelzorg

De behoefte aan en de mogelijkheden tot het creëren van een logeerhuis ter ontlasting van de mantelzorg moet nader verkend worden. (H7)

Initiatiefnemer: ZGB

Betrokkenen: steunpunten mantelzorg, zorgkantoor, zorgaanbieders

b. Thema heeft relatie met andere regiovisies en moet in samenhang worden opgepakt

(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)

Per gemeente moet er inzicht komen in het beschikbare bestand aan seniorenwoningen, aangepaste woningen en zo mogelijk levensloopbestendige woningen en hun situering t.o.v. zorgcentra. Dit kan de basis zijn voor plannen over het benodigde aantal seniorenwoningen (of vergelijkbare woningen) en aanleunwoningen (of vergelijkbaar). Ook hierbij is aandacht nodig voor de situering van woningen in de nabijheid van (zorg)voorzieningen zodat zorg geboden kan worden (zie ook afstemmen wonen-zorg en welzijn).

De aanpasbaarheid van de bestaande woningvoorraad moet meegenomen worden in bedoelde inventarisatie en planvorming. Daarnaast is aandacht nodig voor eenduidige definities en voor de precieze vraag van ouderen. Gaat het om een aangepaste woning, om de nabijheid van een zorgvoorziening, om de nabijheid van andere ouderen en/of om de garantie van beschikbaarheid van zorg? (H3, H6). Het begrip levensloopbestendige woning biedt wellicht een breder kader.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: woningcorporaties, zorgaanbieders per gemeente, gemeenten, zorgvragers, provincie

De benodigde tijd voor de realisering van woningaanpassingen op grond van de WVG moet omlaag. Hoewel hier geen cijfers over bekend zijn, worden de nodige klachten gehoord over de relatief lange periode die ligt tussen de aanvraag van een woningaanpassing en de feitelijke realisering hiervan. Een oplossing kan zijn om normtijden te ontwikkelen en daarop te controleren. Hetzelfde geldt voor het verkrijgen van hulpmiddelen.

Bovendien is er meer integratie en afstemming gewenst tussen zorg en wonen b.v. op het gebied van woningaanpassingen, maar ook op het gebied van woningtoewijzingen. (H3, 6)

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: woningcorporaties

De aansluiting van verschillende vervoerssystemen tussen gemeenten moet verbeterd worden. Bij de aanbesteding van het openbaar vervoer moet aandacht zijn voor de toegankelijkheid van het vervoer voor mensen die slechter ter been zijn en/of hulpmiddelen gebruiken. Er is aandacht nodig voor de aard van snelheidsremmende maatregelen (drempels etc.) en de gevolgen voor gebruikers van aangepast vervoer. (H3)

Initiatiefnemers: provincie

Betrokkenen: gemeenten, vervoersmaatschappijen

Het concept van zorgzones, zowel bij nieuwbouw als bij bestaande bouw moet nader worden uitgewerkt. Hierbij hoort een groot aantal aandachtspunten, zoals de werkelijke vraag van senioren die behoefte hebben aan een seniorenwoning of aanleunwoning, het schaalniveau waaraan je moet denken bij een woonzorgzone, de benodigde aard van het zorgaanbod wat beschikbaar moet zijn etc.

Initiatiefnemer: provincie (H3, H6)

Betrokkenen: gemeenten, zorgaanbieders, woningcorporaties

De mogelijkheid voor een zelfstandig GGZ ouderencircuit in Flevoland moet onderzocht worden. (H5)

Betrokkenen: zorgaanbieders, zorgvragers, provincie

c. Het thema is beperkt van omvang en/of betrokken partijen en moet periodiek geagendeerd worden bij de stuurgroep om vorderingen te volgen

(Aan initiatiefnemer vragen om op eerste bijeenkomst stuurgroep met een (plannings)voorstel te komen)

De mogelijkheden voor het verlenen van acute en ongeplande zorg (zowel 24-uurs beschikbaarheid, als voorzieningen voor tijdelijke opvang) moeten nader in kaart gebracht en zonodig uitgebreid worden in relatie tot de jaarlijkse bestedingsvoorstellen V&V (H5)

Initiatiefnemer: zorgkantoor

Betrokkenen: zorgnetwerken

Veel oudere echtparen uiten steeds duidelijker hun wens om bij elkaar te blijven wonen, zo ook als een van beiden wordt geïndiceerd voor verpleeghuiszorg (PG of somatiek). De mogelijkheden hiertoe zijn nog steeds erg beperkt. De hulpvraag ligt er echter wel. In het kader van scheiden van wonen en zorg wordt naar oplossingen gezocht. Deze zoektocht verdient voortzetting. (H3)

Initiatiefnemers: zorgaanbieders

Betrokkenen: zorgkantoor, woningcorporaties

Samenhang in de keten tussen intramurale en extramurale zorg: ook grote instellingen moeten een regionaal georiënteerd beleid kunnen voeren (thuiszorg lcare). Samenhang is nodig zodat cliënten niet tussen wal en schip vallen. (H5)

Initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgnetwerken

De zorg voor dementerenden moet verder ontwikkeld worden (vroeg signalering, kleinschalige opvang voorzieningen) (H5)

Initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgkantoor, zorgvragers, welzijnsstichtingen

De bekendheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen bij ouderen uit etnische groeperingen moet vergroot worden. (H6)

Initiatiefnemers: zorgaanbieders, welzijnsorganisaties

Betrokkenen: Axion

Het is noodzakelijk om zicht te krijgen op de (zorg)vraag van ouderen uit etnische groeperingen. Hiervoor is aanvullend (periodiek) onderzoek noodzakelijk.

Betrokkenen: Axion, zorgaanbieders, GGD, ZGB

In de NOP moet nader onderzocht worden hoe het staat met de zorgverlening aan (licht) dementerenden binnen het verzorgingshuis. Zonodig moet gezocht worden naar verbeteringen. Wellicht ligt hier ook een aandachtspunt voor andere verzorgingshuizen (H5).

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: zorgaanbieder, zorgkantoor

Communicatie: de rol van de cliëntenraden, cliëntencontactpersonen (onafhankelijke klachtenpersonen) en tevredenheidsonderzoeken dient versterkt te worden. Een vergroting van de mogelijkheden voor gesprek en communicatie binnen de huizen (voldoende mogelijkheden voor 2- en groepsgesprekken) en per huis de mogelijkheid voor geestelijke begeleiding (ook mogelijk door een humanistisch verzorger), verdient aandacht (H5)

Initiatiefnemers: zorgvragers

Betrokkenen: zorgaanbieders

d. Aan het thema wordt gewerkt, eens per jaar voortgangsverslag

Het is gewenst dat de productomschrijvingen van RIO, Zorgkantoor en zorgaanbieders goed op elkaar afgestemd worden. Dit is een dynamisch proces waarbij wordt toegewerkt naar flexibele aanspraken. (H2)

Initiatiefnemer: zorgkantoor

Betrokkenen: RIO, LIA, gemeenten, zorgaanbieders

De inbedding en structurele financiering van geriatrische steunpunten moet verder vorm krijgen (H5)

initiatiefnemers: zorgnetwerken

Betrokkenen: zorgkantoor

De samenwerking tussen de ouderenzorg en GGZ moet gestimuleerd worden. Gedacht wordt hierbij ook aan het fysiek koppelen van verpleeghuis en voorzieningen voor ouderen met psychiatrische problemen als het gaat om chronische zorg. In dat geval staat de wooncomponent voorop. Gezocht moet worden naar woonvormen die ook voldoende woonkwaliteit bieden (b.v. zorgboerderij) (H5)

Betrokkenen: een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van Meerkanten, 't Laar en Talmahof onderzoekt de mogelijkheden en zal met voorstellen komen

Voldoende menskracht is op alle fronten een probleem en dat zal alleen nog maar toenemen. De Stichting Gezondheidszorg en Arbeid en de provincie moeten zich inzetten om een opleiding op niveau 3 en 4 uit te breiden en een opleiding op niveau 5 te creëren in Flevoland, in samenspraak met het ROC. Ook is het goed om te proberen een HBO-V opleiding naar Flevoland te krijgen (H7).

Initiatiefnemer: de Stichting Gezondheidszorg en Arbeid

Betrokkenen: provincie, ROC

De welzijnsinstellingen willen op provinciaal niveau hun krachten bundelen om gebruik te maken van elkaars ervaringen, om het werk meer eenduidig te organiseren en om de betekenis van het welzijnswerk t.o.v. andere voorzieningen voor ouderen duidelijker te positioneren. Mogelijk kan dit leiden tot koepelvorming of fusies (H4).

Initiatiefnemer: welzijnsinstellingen

Op het gebied van preventieve en activerende huisbezoeken zijn onder verschillende benamingen diverse initiatieven gestart. Uit de initiatiefnemers blijkt dat het hier gaat om een grensvlak tussen zorg en welzijn. In alle gevallen gaat het om projectmatige activiteiten die (nog) geen structurele inbedding en financiering hebben gevonden. Toch lijkt het hier om een belangrijke functie te gaan in het voorportaal van de zorg, die veel problemen in een latere fase kan voorkomen of beter kanaliseren. Nagedacht moet worden over de structurele organisatie van een dergelijke functie (H4).

Initiatiefnemer: welzijnsinstellingen

Betrokkenen: gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoor, vrijwilligersorganisaties

De (individuele) inbreng van senioren bij het welzijnsaanbod dient zowel qua inhoud als kwaliteit van het aanbod, mede als gevolg van de wat passieve houding van senioren in deze, nog meer gestimuleerd te worden. In het kwaliteitsbeleid wat binnen de genoemde instellingen al aan de orde is of op korte termijn aan de orde zal komen zullen daartoe controle-instrumenten worden ontwikkeld (H4).

Initiatiefnemers: welzijnsinstellingen

De behoefte aan en de mogelijkheden tot hospice zorg moet in de 3 deelgebieden verder worden onderzocht en ontwikkeld (H5).

Initiatiefnemers: vrijwilligersorganisaties

Betrokkenen: zorgvragers, zorgkantoor, vrijwilligersorganisaties, steunpunten mantelzorg

De mogelijkheden van een experiment met een 'consultatiebureau' voor ouderen moeten nader onderzocht worden.

Initiatiefnemer: SSGL

Betrokkenen: GGD, MDF, SWOL, provincie, thuiszorg

e. Het thema gaat om lokaal beleid, eens per jaar voortgangsverslag

Informatie aan de cliënt

Er is behoefte aan een eenvoudige verwijsfunctie die makkelijk toegankelijk is. Het ligt het meest voor de hand om dit op lokaal of wijkniveau te organiseren. Initiatieven hiertoe moeten op dat niveau gebundeld worden. Gemeenten zijn het meest voor de hand liggende aanspreekpunt (gemeenteloket 2000).

Structurele inbedding is noodzakelijk.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: GGD, RIO/LIA, zorgvragers, aanbieders van zorg, wonen (woningbouwcorporaties) en welzijn

Het verdient aanbeveling wanneer gemeenten bij de uitgifte van grond t.b.v. nieuwbouw afspraken maken over percentages seniorenwoningen, over percentages woningen die aangepast worden gebouwd en die aanpasbaar worden gebouwd (H3).

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: woningcorporaties, projectontwikkelaars

Voor NOP/Urk is meer aandacht nodig voor alternatieve voorzieningen naast intramurale voorzieningen. Met name is er behoefte aan aanleunwoningen (H5).

Initiatiefnemer: gemeente

Betrokkenen: woningcorporaties, zorgaanbieders, zorgvragers

Scheiden van wonen en zorg kan een aanvullende impuls krijgen wanneer woningbouwcorporaties, welzijnsinstellingen en zorginstellingen kijken naar de mogelijkheden voor een gezamenlijke benutting en financiering van overdekte ruimten. De financiering van de infrastructuur van gecombineerde zorg- en dienstencentra kan opgelost worden d.m.v. functioneel uitgebreide dienstencentra. Het erkennen van dienstencentra en hun activiteiten, vooral de 'waakvlamactiviteiten' (= 24-uurs beschikbaarheid) als zorgproduct is nodig.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: zorgkantoor, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, woningcorporaties

Vrijwilligershulp kan beter toegankelijk gemaakt worden door in alle gemeenten een meldpunt vrijwilligers te creëren. Gekeken moet worden naar samenhang met andere loketten.

Initiatiefnemers: gemeenten

Betrokkenen: vrijwilligersorganisaties, welzijnsorganisatie

BIJLAGE 1 GEBRUIKTE AFKORINGEN

Adl	algemene dagelijkse levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIO	Breed Indicatie Overleg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FOGO	Flevolands Overlegorgaan Gewestelijke Ouderenorganisaties
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Hdl	huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen
ICT	informatie en communicatie technologie
IPO	Inter Provinciaal Overleg
LG	Lichamelijk gehandicapten
LIA	Lokaal Indicatieorgaan Almere
LOC	Landelijke Organisatie Clientenraden in de ouderenzorg
MDF	Maatschappelijke dienstverlening Flevoland
PAAZ	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
PG	Psychogeriatric
PGB	Persoonsgebonden budget
PVB	Persoonsvolgend budget
RIAGG	Regionaal instituut ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
ROC	Regionaal opleidingscentrum
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SSGL	Stichting Samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad
SWO	Stichting Welzijn Ouderen
V&V	Verpleging en verzorging
VG	Verstandelijk gehandicapten
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZGB	ZorgGebruikersBundeling

BIJLAGE 2

DEELNEMERS AAN DE DISCUSSIEBIJEENKOMSTEN

Aalbers, mw. E.	gemeente Lelystad
Asselt, mw. A. van	GGD Flevoland
Atema, R.	RIO Flevoland
Balkenende, R.	ICS Adviseurs (voorzitter)
Beek, mw. A. van der	GGD Flevoland
Bekhuis, mw. M.L.	adv. verpleegkundige, Zorgkantoor Flevoland
Bovenberg, mw. C.	De Schoof
Dusselman-Oosterom, mw.	DHV Zwolle/Flevoland
Ende, mw. A. van 't	Steunpunt Mantelzorg
Groenenberg, mw. A.	directeur Verpleeghuis 't Laar
Grondman, mw. M.	projectleider marketing Centrada
Hakstege, P.	directeur De Schoof
Harwig, J.B.	directeur verzorgingshuizen c.a. NOP
Helden, L.A. van	ZH/KPZ regiovertegenwoordiger
Hemmen, D. van	gedeputeerde Zorg, provincie Flevoland
Hoek, mw. J.	Vrijwilligerscentrale Almere
Hoogendaal, mw. M.	Centrada
Jansen, H.G.	gemeente Noordoostpolder
Jaspers, H.J.	LIA Almere
Leene, mw. T.	Zorgkantoor Contractmanager Flevoland
Lodder, mw. T.	provincie Flevoland
Loupas, F.	IJsselmeerziekenhuizen en Flevoziekenhuis
Luten, W.	wethouder Ouderenbeleid, gemeente Lelystad
Ooijevaar-v.d. Werfhorst, mw. A.	Vrijwillige Algemene Hulpdienst NOP
Pol, J. van der	Raad van bestuur, GGZ De Meerkanten
Revet, W.	ZorgGebruikersBundeling Flevoland
Roelofs-Stevering, mw. R.	consulent SSVH
Rooy, mw. A.W. de	ICS Adviseurs (voorzitter)
Ruben, mw. J.	ZorgGebruikersBundeling Flevoland
Salomonson, mw. A.	SWO Urk (vrijwilligerswerk)
Samuels, A.	Zorggroep Almere
Schonk, M.	Zorggroep Almere
Schuurman, mw. J.M.	GGD Flevoland, sector RIO
Spits, R.J.	ICS Adviseurs
Stortelder, B.	De Meregwaard Almere
Veltkamp, mw. A.	gemeente Almere
Veltkamp, mw. G.	Zorgkantoor Almere
Verheijen, W.	ZorgGebruikersBundeling Flevoland
Verveld, mw. M.	directeur a.i. De Regenboog Dronten
Vessem, F. van	Verpleeghuis Talmahof
Vonk, B.	alg. dir. Stichting Woonzorgcentra Flevoland
Weide, R. van der	ICS adviseurs
Welling, B.J.	dir. zorg, Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
Zoete, H. de	gemeente Dronten

Vorenstaande personen hebben deelgenomen aan een of meerdere bijeenkomsten die hebben geleid tot het totstandkomen van deze regiovisie.

BIJLAGE 3 BELEIDSUITGANGSPUNTEN KADERNOTA REGIOVISIE ZORG

In de kadernota Regiovisie Zorg zijn beleidsuitgangspunten beschreven, die ook betrekking hebben op de regiovisie Ouderenzorg. Deze uitgangspunten, aangevuld met de thema's waarop ze betrekking hebben, zijn nogmaals weergegeven.

Centrale doelstelling:

DE ZORGVRAGEN VAN ALLE INWONERS VAN DE PROVINCIE FLEVOLAND DIENEN IN PRINCIPE TE WORDEN BEANTWOORD DOOR ZORGAANBOD, DAT IN DE PROVINCIE AANWEZIG IS.

Zorgvrager centraal:

- Het principe van het vraaggericht zorgaanbod dient centraal te staan in alle fasen van het zorgproces. Zowel de zorgvragers als de organisaties die hun belangen behartigen dienen voldoende mogelijkheden en faciliteiten te hebben / te krijgen om de daartoe benodigde activiteiten uit te oefenen. Hiertoe is een gedragsverandering nodig bij met name de zorgvragers en de zorgaanbieders.
- Het door de zorgvrager benodigde zorgaanbod dient zoveel mogelijk in de nabijheid beschikbaar te zijn.
- **LACUNES IN DIT ZORGAANBOD DIENEN ZO SNEL EN ZO GOED MOGELIJK TE WORDEN OPGEVULD. ALLE PARTIJEN IN DE ZORG HEBBEN HIERBIJ EEN TAAK.**

Toegang tot de zorg:

- De indicatiestelling dient onafhankelijk en integraal plaats te vinden. De procedure daartoe dient snel en flexibel te zijn.
- Voor diverse zorgvragers is de afstand een drempel in de vraag of en zo ja wanneer daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van zorgaanbod. Het zorgaanbod dient daarom zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving beschikbaar te zijn. Tevens dient een goede spreiding en bereikbaarheid van dit zorgaanbod te worden bevorderd.
- De gebouwen/woningen waar zorg wordt (zal worden) geboden dienen te voldoen aan de voorwaarden voor mensen met functiebeperkingen. Alle bij de regiovisie betrokken partijen hebben de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan de realisatie hiervan.
- Het systeem van financiering van de zorg dient geen (of zo min mogelijk) drempels en geen voorrangstellingen te bevatten die de toegang tot de zorg op het moment dat het nodig is, belemmert.

Proces van zorgverlening:

- Vanuit de wens om zo lang mogelijk in de thuissituatie te blijven dient een vergaande afstemming tussen zorgaanbieders tot stand te komen. De organisatie, omvang en kwaliteit van het zorgaanbod moeten dan zo nodig worden aangepast.
- Het zorgaanbod dient goed georganiseerd te zijn, zorgvuldig afgestemd te zijn met de patiënt en vakkundig te worden uitgevoerd.
- Het zorgaanbod dient zodanig te zijn samengesteld en op elkaar te zijn afgestemd, dat het in principe aan alle onderdelen van de zorgvraag tegemoet komt. Een belangrijk aspect daarbij is dat het zorgaanbod transparant is.
- Het zorgkantoor dient (voor de langdurige en onverzekerbare zorgaanvragen) de zorgvraag die voortkomt uit de zorgbrede benadering in financiële zin mogelijk te maken.
- Preventie is voor alle vormen van zorg van groot belang bij de onderkenning en de reductie van de zorgvraag en dient een integraal onderdeel te zijn van het zorgaanbod.

Integratie van zorg met andere beleidsvelden:

Provincie (omgevingsplan) en gemeenten (via het lokaal gezondheidsbeleid) dienen bij alle beleidsterreinen nadrukkelijker de effecten te betrekken voor gezondheid en welzijn.

BIJLAGE 4: SAMENHANG TUSSEN REGIOVISIES

In de kadernota regiovisie zorg is gekozen voor het maken van uitwerkingsnota's voor 6 verschillende sectoren: jeugdzorg, GGZ, medisch curatieve zorg, zorg voor mensen met een lichamelijke handicap, zorg voor mensen met verstandelijke handicap, en ouderenzorg.

Wij hebben geprobeerd om groepen cliënten die een beroep doen op zorg vanuit verschillende sectoren te benoemen en in ten minste een van de uitwerkingsnota's aan bod te laten komen. In onderstaand schema worden die verschillende categorieën benoemd. Vervolgens wordt van elke groep die een relatie heeft met ouderen aangegeven in welke uitwerkingsnota deze groep expliciet aan de orde komt/zal komen.

	GGZ	Mensen met een lichamelijke handicap	Medisch curatief	Mensen met een verstandelijke handicap	Ouderen
Jeugd(zorg)	- licht verstandelijk gehandicapte jeugd met gedragsproblemen - jeugd met gedragsproblemen met een psychiatrische oorzaak	- jeugd met een lichamelijke handicap	- medisch curatieve zorg voor jeugd	- licht verstandelijk gehandicapte jeugd met gedragsproblemen	
GGZ		- lichamenlijk gehandicapten met GGZ-aandoeningen, b.v. NAH	- beroep van GGZ- cliënten op medisch curatieve zorg	- autisme - NAH - Andere combinaties van een verstandelijke handicap en GGZ-aandoeningen	- PG patiënten - eenzaamheids- en depressiviteitsproblemen bij ouderen
LG			- medisch curatieve zorg aan mensen met een lichamelijke handicap	- meervoudig gehandicapten	- ouderen met een lichamelijke handicap
Medisch curatief				- medisch curatieve zorg voor mensen met een verstandelijke handicap	- medisch curatieve zorg aan ouderen
VG					- oudere verstandelijk gehandicapten

- Ouderen met psycho-geriatrische aandoeningen

Deze groep komt het meest expliciet aan de orde in de regiovisie ouderenzorg.

Ook de regiovisie GGZ benoemt een knelpunt op dit terrein, waarop actie ondernomen zal worden:

Knelpunten	Gewenste ontwikkelingen
<i>Doelgroep volwassenen / ouderen</i>	
De zorg voor ouderen met somatische klachten is onvoldoende beschikbaar	Afstemming met ouderenzorg en algemene ziekenhuizen (GAAZ-functie, ontwikkelen advies en consultatie rol)

- Ouderen die vanwege eenzaamheid depressief worden of andere stoornissen/beperkingen krijgen
- Deze groep komt het meest expliciet aan de orde in de regiovisie ouderenzorg.

- Ouderen met een lichamelijke handicap

Deze groep komt zowel aan de orde bij de regiovisie zorg voor mensen met een lichamelijke handicap (wonen, vervoer, zorgvoorzieningen) als bij de regiovisie ouderenzorg

- Medisch curatieve zorg voor ouderen

Deze groep komt zowel aan de orde in de regiovisie ouderenzorg, als in de regiovisie medisch curatieve zorg

- Oudere verstandelijk gehandicapten

Deze groep komt het meest expliciet aan de orde in de regiovisie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

BIJLAGE 5 TABELLEN GGD ENQUETE 55 PLUSERS 2000

Rapportcijfers aspecten van de buurt, percentage 75+ dat het betreffende rapportcijfer geeft (vraag 52, GGD enquête)

	cijfer 1-5	cijfer 6,7	cijfer 8-10
Bereikbaarheid auto	4	22	74
Woning	5	31	64
Privacy	6	31	63
Parkeergelegenheid	7	24	69
Bereikbaarheid per voet/fiets	9	30	61
Buurt	10	36	54
Rust	10	30	60
Veiligheid in de buurt	11	39	50
Verkeersveiligheid	12	35	53
Inrichting straat	14	45	41
Openbaar groen	14	33	53
Contacten met buurtbewoners	15	31	54
Uitstraling buurt	17	44	39
Nabijheid medische voorzieningen	17	36	47
Ligging buurt	19	35	46
Nabijheid winkels	24	33	43
Bereikbaarheid OV	25	31	44
Nabijheid sport en recreatie	32	42	26
Nabijheid culturele voorzieningen	34	42	24

Idem 55 – 64 jaar

	cijfer 1-5	cijfer 6,7	cijfer 8-10
Bereikbaarheid auto	4	22	74
Woning	5	31	64
Privacy	6	31	63
Parkeergelegenheid	8	24	69
Bereikbaarheid per voet/fiets	9	30	61
Buurt	10	37	54
Rust	10	30	60
Veiligheid in de buurt	11	39	50
Verkeersveiligheid	13	35	53
Inrichting straat	14	45	41
Openbaar groen	14	33	53
Contacten met buurtbewoners	15	31	54
Uitstraling buurt	17	44	39
Nabijheid medische voorzieningen	17	36	47
Ligging buurt	19	35	46
Nabijheid winkels	24	33	43
Bereikbaarheid OV	25	31	44
Nabijheid sport en recreatie	32	42	26
Nabijheid culturele voorzieningen	34	42	24

Rapportcijfers nabijheid van winkels per gemeente, percentage 75+

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Cijfer 1-5	29	18	28	17	13	24	24
Cijfer 6,7	33	34	33	34	38	21	33
Cijfer 8-10	38	48	39	49	49	56	43

Rapportcijfers nabijheid van medische voorzieningen, percentage 75+

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Cijfer 1-5	14	15	18	20	15	26	17
Cijfer 6,7	33	36	36	42	45	34	36
Cijfer 8-10	53	50	46	38	41	40	47

Rapportcijfers bereikbaarheid per openbaar vervoer per gemeente, percentage 75+

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Cijfer 1-5	17	33	24	29	26	41	25
Cijfer 6,7	31	32	34	28	31	30	31
Cijfer 8-10	52	35	42	43	43	29	44

Rapportcijfer veiligheid, percentage 75+

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Cijfer 1-5	16	9	14	6	3	4	11
Cijfer 6,7	46	36	40	30	32	35	39
Cijfer 8-10	38	54	46	64	65	61	50

Percentage 75 plussers dat aangeeft behoefte te hebben aan bepaalde voorzieningen per gemeente (vraag 44, GGD enquête)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Vervoer via WVG	16	5	22	10	-	6	13
Vervoersdienst door vrijwilligers	13	11	11	12	19	5	12
Ouderencentrum	12	6	10	7	9	8	10
Maaltijden aan huis	10	11	6	8	15	2	9
Maaltijden centraal	4	5	2	-	3	1	3
Alarmering	1	3	3	5	3	1	3
Praktische hulpdienst	1	1	2	1	-	1	1
Telefooncirkel	1	-	1	-	-	2	1
Boodschappen-begeleidingsdienst	1	-	2	1	-	-	1
Boodschappendienst internet	-	-	-	-	-	-	-

Verplaatsen binnen de woonplaats (percentage 75-plussers dat van het betreffende vervoermiddel gebruikmaakt, meerdere antwoorden mogelijk, vraag 97 GGD enquête)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Eigen auto	34	46	36	43	21	51	38
Fiets	32	46	33	43	33	36	37
Bus	40	9	28	8	5	10	23
Te voet	23	26	20	25	36	19	23
Familie rijdt	23	19	24	18	28	16	21
Vervoersdienst WVG	10	3	17	2	2	1	8
Collectief vervoer	14	1	2	1	2	-	6

Verplaatsen buiten de woonplaats (percentage 75-plussers dat van het betreffende vervoermiddel gebruik maakt, meerdere antwoorden mogelijk)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Eigen auto	28	44	30	40	25	41	34
Trein	26	15	29	8	-	14	20
Familie rijdt	18	20	19	24	34	14	20
Bus	18	16	14	14	4	16	15
Fiets	4	11	4	10	2	11	6
Collectief vervoer	10	1	-	1	3	1	4
Vervoersdienst WVG	8	3	2	2	2	-	4

Percentage 75-plussers dat aangeeft te wandelen en/of fietsen
(Vraag 18 GGD enquête)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Zelden of nooit	24	23	24	19	47	24	24
< 0.5 uur / week	8	11	8	16	6	14	11
0.5 – 1 uur / week	17	14	13	13	10	15	14
1 – 2,5 uur / week	22	23	22	25	7	21	22
> 2,5 uur / week	29	29	33	27	30	26	29
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Percentage 75-plussers dat aangeeft deel te nemen aan sportactiviteiten
(Vraag 19 GGD enquête)

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde	Flevoland
Zelden of nooit	79	73	75	71	93	70	76
< 1 keer / week	2	3	1	2	-	2	2
1 keer / week	11	12	12	16	7	12	12
2 – 4 keer / week	5	8	7	8	-	14	7
> 4 keer / week	3	4	5	3	-	2	3
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BIJLAGE 6 SAMENVATTING PANELBIJEENKOMSTEN ZGB

De ZorgGebruikersBundeling heeft in mei/juni 2000 3 panels georganiseerd t.b.v. de regiovisie Ouderenzorg.

Een panel is een verzameling van zorgvragers, die op grond van een aantal typische kenmerken geselecteerd is om kwalitatieve informatie te geven over de gebruikswaarde en kwaliteit van geboden of te ontwikkelen zorgverlening (Royers, 1996).

De panelmethode is een vorm van kwalitatief onderzoek. De panelmethode meet niet, maar verschaft inzicht in ervaringen, motieven, ideeën en gevoelens van zorgvragers.

In Lelystad is een panel georganiseerd voor zelfstandig wonende ouderen uit deelgebied 2 (de gemeenten Dronten, Lelystad en Zeewolde). In Almere is een panel georganiseerd voor bewoners (of mantelzorgers) van de verzorgingshuizen/woon-/zorgcentra, verpleeghuis, leefgemeenschap voor ouderen.

In NOP/Urk is een panel georganiseerd voor bewoners (mantelzorgers, betrokkenen) van de verzorgingshuizen, aanleunwoningen en het verpleeghuis.

De visie van de ZGB is dat je de zorggebruikers zelf aan het woord laat. Zijn/haar ervaringen vormen de basis voor vraaggerichte zorg.

Resultaten van het panel in Lelystad voor zelfstandig wonende ouderen

Aantal deelnemers: 7

Bij dit panel stond het thema wonen en het thema vervoer centraal.

Ervaren knelpunten op het gebied van wonen voor ouderen:

- het onderhoud van de tuin vormt een probleem;
- bij bestaande bouw zijn de drempels een knelpunt, maar ook de inrichting van de keuken en vooral de sanitaire voorzieningen;
- er zijn bijna geen huurwoningen voor ouderen;
- huidige aanleunwoningen zijn te gehorig;
- bij plotseling overlijden van de partner duurt het vrij lang voor er noodzakelijke aanpassingen zijn gerealiseerd.

Wensen op het gebied van wonen als men oudere oudere is en zorg nodig heeft:

- woon-/zorgcentrum (bij voorkeur zelfstandig) met voorzieningen als huisarts, fysiotherapie, kapper, pedicure in het centrum;
- centrum voor groepsbewoning (eventueel met geloofsgenoten)/woon-gemeenschap;
- aanleunwoning;
- woonruimte bij voorkeur gelijkvloers;
- groot balkon (met ruimte voor de tuinstoelen)
- gemeenschappelijke tuin
- gemengde bewoning. Jongeren kunnen dan mogelijk op bescheiden schaal mantelzorg verlenen aan ouderen
- begeleidingsdienst bij verhuizing ontwikkelen. Vooral ter opvang van de emotionele kant en praktische ondersteuning bij alles wat er bij een verhuizing komt kijken.

Vervoer

Knelpunten op het gebied van vervoer, openbaar vervoer of aangepast vervoer

Algemeen:

- rollators zijn lastig mee te nemen in de bus/rolstoel is onmogelijk;
- aangepast vervoer is duur en komt vaak niet op de afgesproken tijd;
- ontbreken van personeel op stations, vooral buiten de gangbare uren, om te assisteren bij de kaartjesautomaat en dergelijke.

Lelystad:

- aansluiting stads-/streekbus en trein slecht;
- mogelijkheid van taxi-pas via de WVG niet bekend;

Zeewolde:

- slecht openbaar vervoer, met name naar Lelystad;
- geen taxipassen;
- geen vervoer naar gezondheidscentra of winkels;
- grote afstand naar de haltes, openbaar vervoer komt niet in de uithoeken van Zeewolde;
- WVG-beleid t.a.v. aangepast vervoer. Er wordt geen inkomensnorm gehanteerd. Een bepaald bedrag per jaar of niets.

Wensen op het gebied van vervoer, openbaar vervoer of aangepast vervoer:

- haltes/vervoer op loopafstand;
- belbus.

Resultaten uit het panel in Emmeloord met bewoners, mantelzorg en andere betrokkenen uit de verzorgingshuizen, aanleunwoningen en het verpleeghuis in NOP/Urk

Aantal deelnemers: 13 personen

Bij de panelbijeenkomst is gebruikgemaakt van een aantal vragen en stellingen.

In de verzorgingshuizen ligt de nadruk steeds meer op ontvangen van verzorging en medische zorg. Door deelnemers genoemde knelpunten in de huizen:

- veel bewoners van verzorgingshuizen moeten voor de benodigde zorg in busjes naar het verpleeghuis;
- bewoners in de verzorgingshuizen hebben steeds meer zorg nodig, personeelsbestand wordt daar niet op aangepast. 's Avonds te weinig personeel. Bewoners die niet zelfstandig kunnen komen naar activiteiten 's avonds, kunnen niet komen;
- er zijn te weinig liften;
- hulpmiddelen kunnen niet op de kamer - gevolg: hulpmiddelen noodgedwongen op de gang - gevolg: niet mogelijk om met een rolstoel op de gang te bewegen;
- de zorg in verzorgingshuizen niet geschikt voor (licht) dementerende bewoners. Deuren staan open, dagopvang tot vier uur;
- in verpleeghuis keuzemogelijkheid gering (een- of tweepersoonskamer). Weinig privacy;
- in niet alle aanleunwoningen kan zorg gegeven worden. Een verpleegkundige mag een bepaald verzorgingshuis niet verlaten. Is wel een wens.

Vervoer, aangepast vervoer of busje van de huizen.

Ten tijde van dit panel was net een vorm van CVV ingevoerd, namelijk Mobimax.

- onduidelijkheden over de mogelijkheden van Mobimax;
- bewoners/anderen die gereisd hebben met Mobimax zijn tevreden;
- onbekendheid met mogelijkheden om met Mobimax buiten de Noordoostpolder te reizen. Angst om over te moeten stappen in weer een andere taxi;
- kosten met vervoer in eigen busje (van de huizen) zijn hoger dan kosten van Mobimax
- voor dagbehandeling moet in twee huizen een gedeelte van de vervoerskosten betaald worden. Sommigen mensen zien er daarom van af.

Algemene indruk:

- meeste panelleden zijn tevreden, alhoewel ze ook zeggen dat het nooit volmaakt zal worden;
- er zijn te weinig aanleunwoningen;
- bij de groendorpen zijn steunpunten voor ouderen gewenst. Verhuizing is dan niet meer noodzakelijk.

Resultaten uit het panel in Almere onder bewoners/mantelzorgers van de woonzorgcentra, leefgemeenschap van ouderen en het verpleeghuis

Aantal deelnemers: 8

Bij de panelbijeenkomst is gebruik gemaakt van een aantal vragen en stellingen.

Ervaren knelpunten door de panelleden:

- tekort aan vast personeel. Er zijn nogal wat problemen met uitzendkrachten/oproepkrachten. Er bestaat zelfs een zwarte lijst van uitzendkrachten (mogen niet meer werken in een bepaald centrum). Leidinggevend onvoldoende op de hoogte van deze problemen;
- door personeelsgebrek te weinig tijd voor gesprek;
- in verpleeghuis duurt het (te) lang voordat bepaalde hulpmiddelen/voorzieningen aanwezig zijn. Vervangende rolstoelen zijn van slechte kwaliteit;
- in de centra is het gedrag van bewoners die gaan dementeren soms erg storend. Als er speciale plaatsen zijn voor dementerenden is er soms geen plek.
- binnen de huizen/centra zijn voor de kleinkinderen vaak te weinig speelmogelijkheden. In het verpleeghuis hebben de kinderen van jonge verpleeghuisbewoners geen speelruimte;
- keukentje in bepaald centrum ongeschikt voor rolstoelgebruikers. Thee zetten voor bezoek daardoor onmogelijk. Via verzorging kan bezoek geen thee krijgen;
- zorg schiet soms te kort. Mantelzorgers durven geen "vrij" te nemen;
- incontinentiemateriaal wordt beperkt tot twee per dag. Dit geeft schrijnende situaties. Bewoner die niet eet en drinkt als hij nat is;
- er is geen bewonerscontactpersoon.

Aangepast vervoer:

- te lange wachttijden, onervaren en ondeskundig personeel, verkeerd materiaal in de bus. Voor één panellid voldoende om niet meer te willen reizen met de taxi.

Algemene indruk:

- over het algemeen is men positief over de zorg. Voor het vaste personeel heeft men veel waardering.

Wensen van bewoners (mogelijkheden om de zorg op een andere manier te ontvangen):

- jonge bewoner: heeft aangepast huis - maar gepaste 24-uurszorg was niet realiseerbaar. Veel wisselende krachten. De zorg beperkte zich veelal tot huishouden of zorg sec. Behoeftte aan een praatje werd niet gehonoreerd. In het verpleeghuis meer contacten;
- meer speelmogelijkheden voor klein- en kinderen. Suggesties: Legohoek en Nintendo;
- deskundigheidsbevordering voor chauffeurs van aangepast vervoer.

SPEERPUNTEN T.B.V. DE REGIOVISIE:

1. Meer aanleunwoningen (levensloopbestendige) realiseren.
2. De mogelijkheid van een "verhuisdienst" onderzoeken.
3. Meer woon-/zorgcentra met diverse voorzieningen realiseren.
4. Onderzoek naar het aangepast vervoer. Deskundigheidsbevordering chauffeurs. Opstellen normen voor wachttijden en die normen ook naleven.
5. Aandacht voor de positie van mantelzorgers in de huizen. Uit liefde en betrokkenheid gaan mantelzorgers vaak te ver. Realiseren van protocollen binnen de intramurale zorg t.b.v. de inzet van mantelzorgers.
6. Aandacht in de intramurale voorzieningen voor hulpmiddelen. Opheffen van restricties in het gebruik van incontinentiemateriaal.

7. Meer zorg (met name zorg voor (licht) dementerende bewoners) realiseren in de verzorgingshuizen in de Noordoostpolder.

BIJLAGE 7 GEGEVENS INDICATIESTELLING RIO EN LIA 1999

Procentuele verdeling van de beschikkingen over de verschillende zorgproducten per leeftijdsgroep (verticaal gepercentageerd, totaal is geen 100% omdat alleen de belangrijkste zorgproducten zijn opgenomen, bron: gegevens RIO/LIA 1999 GGD, bewerking Provincie Flevoland)

	Almere		Dronten		Lelystad		NOP		Urk		Zeewolde	
Mannen	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+
Huishoudelijke hulp thuis	24	15	22	13	24	14	18	10	10	24	18	11
Verzorging verpleging thuis	24	27	38	38	41	42	38	37	25	12	53	-
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	6	5	3	11	4	5	6	8	18	12	-	11
Opname verzorgingshuis	9	23	8	2	4	8	3	5	13	6	-	11
Verpleeghuiszorg PG	4	7	9	13	10	10	5	11	10	24	6	33
Verpleeghuiszorg S	8	3	5	11	8	8	13	13	-	6	6	11
LIA thuiszorg	14	11										

	Almere		Dronten		Lelystad		NOP		Urk		Zeewolde	
Vrouwen	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+
Huishoudelijke hulp thuis	34	17	27	13	35	15	35	20	10	6	35	33
Verzorging verpleging thuis	20	22	35	26	37	29	32	29	28	20	46	33
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	3	4	4	5	4	9	6	8	16	23	-	-
Opname verzorgingshuis	8	17	6	18	5	13	5	9	10	11	4	-
Verpleeghuiszorg PG	3	6	10	18	5	11	8	10	5	3	-	-
Verpleeghuiszorg S	4	9	11	7	5	11	6	11	18	14	8	33
LIA thuiszorg	24	16										

Aantal beschikkingen per gemeente per leeftijdsgroep (mannen en vrouwen bij elkaar opgeteld, bron: gegevens RIO/LIA 1999 GGD, bewerking Provincie Flevoland)

	Almere		Dronten		Lelystad		NOP		Urk		Zeewolde	
	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+	75-84 jr	85+
Aantal beschikkingen	1333	404	275	106	635	278	515	345	114	52	43	12
Aantal inwoners / leeftijdscategorie	3106	512	1019	176	2216	426	2177	486	341	71	236	15
Aantal beschikkingen/persoon/leeftijdsgroep	0.4	0.8	0.3	0.6	0.3	0.7	0.2	0.7	0.3	0.7	0.2	0.8
	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde						

Mannen	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr
Huishoudelijke hulp thuis	24	22	24	18	10	18
Verzorging verpleging thuis	24	38	41	38	25	53
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	6	3	4	6	18	-
Opname verzorgingshuis	9	8	4	3	13	-
Verpleeghuiszorg PG	4	9	10	5	10	6
Verpleeghuiszorg S	8	5	8	13	-	6
LIA thuiszorg	14					
Mannen	85+	85+	85+	85+	85+	85+
Huishoudelijke hulp thuis	15	13	14	10	24	11
Verzorging verpleging thuis	27	38	42	37	12	-
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	5	11	5	8	12	11
Opname verzorgingshuis	23	2	8	5	6	11
Verpleeghuiszorg PG	7	13	10	11	24	33
Verpleeghuiszorg S	3	11	8	13	6	11
LIA thuiszorg	11					

	Almere	Dronten	Lelystad	NOP	Urk	Zeewolde
Vrouwen	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr	75-84 jr
Huishoudelijke hulp thuis	34	27	35	35	10	35
Verzorging verpleging thuis	20	35	37	32	28	46
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	3	4	4	6	16	-
Opname verzorgingshuis	8	6	5	5	10	4
Verpleeghuiszorg PG	3	10	5	8	5	-
Verpleeghuiszorg S	4	11	5	6	18	8
LIA thuiszorg	24					
Vrouwen	85+	85+	85+	85+	85+	85+
Huishoudelijke hulp thuis	17	13	15	20	6	33
Verzorging verpleging thuis	22	26	29	29	20	33
Tijdelijke verzorgingshuiszorg	4	5	9	8	23	-
Opname verzorgingshuis	17	18	13	9	11	-
Verpleeghuiszorg PG	6	18	11	10	3	-
Verpleeghuiszorg S	9	7	11	11	14	33
LIA thuiszorg	16					

BIJLAGE 8 WACHTLIJSTGEGEVENS PEILDATUM 15 MEI 2000

Aantal wachtenden per zorgproduct en per deelgebied

Code	Zorgproduct	NOP Urk	Lelystad Dronten Zeewolde	Almere	Thuiszorg hele regio	Totaal, ge- schoond
702	Opname verzorgingshuis	132	56	94		274
803	Opname PG verpleeghuis	42	28	44		106
506	Huishoudelijke verzorging	17			75	92
507	Alphahulp	9			57	66
802	Opname somatiek verpleeghuis	16	20	13		48
605	Dagbehandeling PG verpleeghuis	1	3	17		21
512	Verpleging (thuis)	17			1	18
530	Extramurale verzorgingshuiszorg				13	13
508	Gespecialiseerde verzorging				12	12
601	Dagopvang	10				10
801	Kortdurende opname verpleeghuis	4	1	6		10
701	Kortdurende opname verzorgingshuis	3		4		7
520	Verzorging	5			2	7
604	Dagbehandeling som. verpleeghuis		1	5		6
610	Dagverzorging	3				3
703	Aanvullende verpleeghuiszorg		1			1
804	Intermitterende opname verpleeghuis		1			1
	Totaal	259	111	183		695

(Bron: Zorgkantoor 2000, N.B. bij deelgebied I zitten een aantal dubbeltellingen voor de thuiszorg)

Aantal wachtenden per zorgproduct en per deelgebied, peildatum 1 maart 2001

Code	Zorgproduct	NOP Urk	Lelystad Dronten Zeewolde	Almere	Totaal on- geschoond	Totaal, ge- schoond
702	Opname verzorgingshuis	126	45	86	257	245
803	Opname PG verpleeghuis	25	28	56	109	102
802	Opname somatiek verpleeghuis	20	14	34	68	65
530	Extramurale verzorgingshuiszorg		1	42	43	43
507	Alphahulp	5		25	30	30
610	Dagverzorging	20			20	20
605	Dagbehandeling PG verpleeghuis	3	3	11	17	17
801	Kortdurende opname verpleeghuis	4	9	2	15	15
604	Dagbehandeling som. verpleeghuis	1	1	11	13	13
506	Huishoudelijke verzorging	11	1		12	12
804	Intermitterende opname verpleeghuis	3	2		5	5
508	Gespecialiseerde verzorging	4			4	4
512	Verpleging	1	1		2	2
520	Verzorging	1	1		2	2
540	Extramurale verpleeghuiszorg			1	1	1
703	Aanvullende verpleeghuiszorg					
	Totaal	224	106	268	598	576

Bron: Task Force Aanpak wachtlijsten / Zorgkantoor april 2001, tabel 5.5