

Senioren onze zorg

Uitvoeringsprogramma 2009-2011 senioren in



Inhoudsopgave

1.	Aanleiding	3
2.	Bouwstenen en conclusies, bepalen van de speerpunten	5
3.	Huidige situatie	10
4.	Uitwerking speerpunten	13

Bijlage 1	Resultaten seniorenmonitor Sittard-Geleen
Bijlage 2	Lijst van ketenpartners rond dit thema
Bijlage 3	Verslagen workshops symposium Senioren onze Zorg
Bijlage 4	Inventarisatie ingezette producten ten behoeve van de senioren
Bijlage 5	Samenstelling werkgroep
Bijlage 6	Kaart van 1 ^e lijn voorzieningen in Sittard-Geleen
Bijlage 7	Kaart van alle huidige welzijns- en gemeenschapsaccommodaties in Sittard-Geleen

Bij deze willen wij iedereen bedanken die heeft meegewerkt aan het tot stand komen van dit uitvoeringsprogramma 2009-2011. Hierbij noemen wij met name:

- Alle senioren die de enquête hebben ingevuld en hiermee de basis hebben gelegd voor dit uitvoeringsprogramma
- Alle mensen die in gesprek zijn gegaan met wethouder Berry van Rijswijk en de stadsdeelbestuurder tijdens de 5 stadsdeelgesprekken
- De deelnemers aan het symposium "Senioren onze Zorg" op 21 november 2008
- De leden van de werkgroep (zie bijlage 5)
- Alle collega's en ketenpartners die met hun inbreng en op- en aanmerkingen hebben bijgedragen om van dit uitvoeringsprogramma een integraal document te maken

1. Aanleiding

Waarom een uitvoeringsprogramma "Senioren onze Zorg"?

De belangrijkste reden om een uitvoeringsprogramma samen te stellen voor de doelgroep senioren is de toename van het aantal ouderen, zowel in absolute als in relatieve zin. Het aandeel van de doelgroep is op dit moment 31% van het totaal aantal inwoners (30.158 senioren op 95.691 inwoners), dit zal evolueren naar 48% in 2040 (37.515 senioren op 77.356 inwoners, cijfers Etil 2008)

Een tweede reden is de per 1 december 2008 in werking getreden Wet Publieke Gezondheid, hierin is een artikel over ouderengezondheidszorg opgenomen.

Ouderengezondheidszorg, en dan met name de uitvoering van de preventieve zorg voor ouderen, is een nieuwe wettelijke taak voor gemeenten.

Een derde reden voor dit uitvoeringsprogramma is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. In de prestatievelden 1, 3, 5 en 6 wordt aandacht gevraagd voor het welzijn van de senioren. En last but not least het uitdrukkelijk verzoek van de commissie MOSZ en de raad van Sittard-Geleen om meer expliciete aandacht voor deze doelgroep.

Dit alles was voor het college van Sittard-Geleen een reden om een uitvoeringsprogramma voor de doelgroep senioren te ontwikkelen.

De kaders van dit programma worden, zoals aangegeven, gevormd door de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

In artikel 5a van de Wet Publieke Gezondheid krijgen de gemeenten een taak met betrekking tot de ouderengezondheidszorg.

Deze taak houdt in:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en – bedreigende factoren
- Het ramen van de behoeften aan zorg
- De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen

De concrete invulling van de ouderengezondheidszorg wordt aan de gemeenten overgelaten. Deze kaders zijn verder uitgewerkt in de kadernotitie "Samen Gezond 2008-2011".

Het tweede kader wordt gevormd door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, in meerdere prestatievelden wordt aandacht gevraagd voor de doelgroep senioren. Hier wordt onder andere gesteld dat er aandacht moet zijn voor de sociale samenhang en leefbaarheid in de wijken. Verder wordt gepleit voor het in stand houden / realiseren van ontmoetingsplekken voor ouderen en het uitvoeren van een innovatieprogramma ter voorkoming van eenzaamheid. Deze kaders zijn uitgewerkt in de kadernota "WMO 2008-2011, niet alleen balen, maar zelf meebepalen".

Vooraf moet worden opgemerkt dat uit de onderzoeken, zie hoofdstuk 2, is gebleken dat het overgrote deel van de ouderen in Sittard-Geleen zich prima gezond voelt. Echter een kleine groep geeft aan in het dagelijkse leven problemen te ervaren met hun gezondheid of welbevinden. Dit programma is geschreven om de gezondheidsbeleving van die kleine groep te verbeteren en de situatie van de grote groep waarmee het goed gaat te bestendigen.

De inhoud van onze beleidsnota gezondheid wordt normaliter bepaald door de landelijke beleidsnota, die een maal per vier jaren wordt geactualiseerd, aangevuld met regionale accenten. De inhoud van de uitvoeringsprogramma's daarentegen wordt gebaseerd op de resultaten van de periodieke gezondheidsonderzoeken door de GGD. Tot voor kort werd één

maal in de vier jaren de jeugdmonitor uitgevoerd en, eveneens één maal per vier jaren, de volwassenenmonitor. De ouderen waren opgenomen in de volwassenenmonitor. Mede op aandringen van de gemeente Sittard-Geleen wordt door de GGD Zuid Limburg, in samenwerking met de GGD Noord en Midden Limburg, sinds 2008 ook een seniorenmonitor uitgevoerd. In deze monitor wordt de gezondheid van de 55 plusser in een gemeente in beeld gebracht. Onze gemeente heeft, met Leudal in Noord Limburg, als pilot-gemeente kunnen fungeren. Hierdoor heeft Sittard-Geleen, als eerste gemeente in Limburg, bij het opstellen van het uitvoeringsprogramma, rekening kunnen houden met de specifieke situatie en wensen van de ouderen.

In dit uitvoeringsprogramma wordt op beknopte wijze inzichtelijk gemaakt wat de ervaren gezondheidsproblematiek bij de 55 plusser in de gemeente Sittard-Geleen is en vervolgens geven wij aan hoe deze kan worden verbeterd.

2. Opzet, bouwstenen en speerpunten

2.1 Opzet

Om te komen tot een effectief en breed gedragen programma hebben wij gekozen voor een enigszins afwijkende aanpak. Normaliter wordt volstaan met het doen van een onderzoek onder de doelgroep, waarna op basis van de resultaten conclusies worden getrokken en een programma wordt samengesteld.

Dit uitvoeringsprogramma is gerealiseerd aan de hand van drie bouwstenen. Het is voor de hand liggend om de seniorenmonitor, bouwsteen 1, als uitgangspunt te nemen maar alvorens hier conclusies uit te trekken hebben wij besloten de resultaten te toetsen en voor te leggen aan de ouderen van onze stad. Hiervoor hebben wij in de 5 stadsdelen gesprekken georganiseerd die zeer druk zijn bezocht, bouwsteen 2. Vervolgens hebben wij de professionals, waaronder de eerste en tweede lijns zorg, het welzijnswerk en de belangbehartigers van de ouderen, de resultaten voorgelegd en in een symposium gevraagd naar hun mening en mogelijke oplossingen voor de ervaren en geconstateerde problemen, bouwsteen 3.

Op basis van deze drie resultaten heeft een werkgroep, waarin zowel professionals als de doelgroep waren vertegenwoordigd, de, voor onze stad, belangrijkste speerpunten benoemd en hier evidence based producten, producten met een bewezen effect, aangekoppeld. Inzet van deze producten moet er voor zorgen dat de resultaten van de ouderenmonitor in 2011 op de benoemde speerpunten significante verschillen laat zien ten opzichte van de resultaten van de monitor 2007. De verschillen zijn SMART gemaakt in hoofdstuk 4 van het programma "Uitwerking speerpunten".

Het uitvoeringsprogramma zal worden ingepast in de stadsdeelprogramma's 2009 van Sittard-Geleen. Hiermee wordt mede invulling gegeven aan het thema basiskwaliteit leefbaarheid in het stadsdeelplan.

2.2 Bouwstenen

2.2.1 Bouwsteen 1 Seniorenmonitor

Het onderzoek heeft betrekking op ouderen 55+ die zelfstandig wonen, dus geen bewoners van verzorgingstehuizen. Standaard biedt de GGD ZL het onderzoek op gemeenteniveau aan. Onderzoeken op stadsdeel- en wijkniveau zijn tegen een meerprijs van respectievelijk € 16.000,- en € 35.000,- ook mogelijk. De gemeente Sittard-Geleen heeft gekozen voor een onderzoek op stadsdeelniveau. Dit betekent wel meerkosten maar die leveren meer specifieke informatie op per stadsdeel.

Achteraf is gebleken dat deze informatie waardevol is voor het inzetten van producten die niet in de hele stad kunnen/hoeven te worden ingezet. Maar we hebben ook moeten concluderen dat, als we producten zo efficiënt mogelijk willen inzetten, een onderzoek op buurtniveau noodzakelijk is. De resultaten op stadsdeelniveau worden soms vertroebeld door de cluster van sterk uiteen lopende buurten, zo maken Stadbroek en de Kollenberg allebei deel uit van het stadsdeel Sittard Oost. Gezondheids correlaties met hoge of lage Sociaal economische status (SES) zijn hierdoor niet of alleen met aanvullende berekeningen te maken. Deze resultaten hebben dan wel een relatief hoge mate van onzekerheid omdat de steekproef feitelijk te klein was om betrouwbare conclusies op buurt- of kernniveau te kunnen trekken. Een onderzoek op buurtniveau maakt bovendien betere berekeningen mogelijk naar de kwetsbaarheid van de ouderen per buurt of kern. Een berekening achteraf leerde bijvoorbeeld dat de kwetsbaarheid van senioren in de buurten Lindenheuvel, Sanderbout en Stadbroek hoger is dan de gemiddelde kwetsbaarheid in de stad. Omdat dit onderzoek periodiek zal worden herhaald kan overwogen worden om het volgende onderzoek op buurt- cq kernniveau te laten uitvoeren om vervolgens de resultaten op bruikbaarheid van beide onderzoeken met elkaar te vergelijken.

Voor dit onderzoek zijn in totaal 3000 enquêtes uitgezet met een respons van 69% hetgeen erg hoog te noemen is. De ingevulde formulieren zijn verwerkt door de GGD ZL en die hebben er ook conclusies aan verbonden.

Opgemerkt moet worden dat de resultaten van een dergelijke monitor altijd een weergave is van de beleving van de ondervraagde, als hij aangeeft dat hij zich niet gezond voelt, dan betekent dit niet dat hij ongezond is. Hij kan medisch gezien 100% gezond zijn maar op het moment van invullen voelde hij zich ongezond.

In de monitor zijn vragen gesteld over 5 onderwerpen:

- lichamelijke gezondheid
- psychische gezondheid
- leefstijl
- gebruik van zorg en welzijn
- overige thema's zoals vervoer, financiën, e.d.

Belangrijkste conclusies

Het grootste deel van de ondervraagden voelt zich gezond. Dat geldt voor de hele stad. De meeste ouderen ervaren hun gezondheid als goed tot uitstekend (73%). De verschillen op stadsdeelniveau zijn niet significant. Als al een verdeling gemaakt moet worden dan voelt men zich in stadsdeel 1 (Born eo) het beste en in de stadsdelen 2 (Geleen West) en 5 (Sittard Oost) minder gezond (een score van 81% ten opzichte van 68% en 65%). Verder is uit het onderzoek gebleken dat ouderen tot 75 jaar weinig of geen gebruik hoeven te maken van welzijns- en zorgvoorzieningen. Ongeveer vanaf dit levensjaar wordt de kwetsbaarheid en hierdoor de noodzaak om gebruik te maken van welzijns- en zorgvoorzieningen groter.

In de verdere uitwerking is, gelet op het doel van het onderzoek, de nadruk gelegd op de negatieve scores en de eventuele opmerkelijke verschillen tussen de stadsdelen.

Lichamelijke gezondheid

Veel ouderen hebben een chronische aandoening, bv hoge bloeddruk of last van de gewrichten (76%).

63% van de ouderen heeft overgewicht waarvan 19% ernstig overgewicht.

Hoog medicijngebruik (83%)

Geen opmerkelijke verschillen tussen de stadsdelen.

Psychische gezondheid (psychische gezondheid is de balans tussen positieve en negatieve gevoelens).

43% van de ouderen is in meer of mindere mate eenzaam.

Eveneens 43% van de doelgroep heeft kans op een angststoornis of depressie.

De stadsdelen 2 en 5 hebben een negatievere score, stadsdeel 1 een betere score.

Leefstijl (het recept is bekend: niet roken, niet teveel alcohol, gezond eten en voldoende bewegen).

72% van de ouderen vindt dat men gezond leeft, maar.....

81% voldoet niet aan de voedingsnorm, 60% voldoet niet aan de beweegnorm, 28% drinkt te veel alcohol en nog steeds 19% van de ouderen rookt.

In stadsdeel 2 wordt het minst gesport/bewogen en wordt nog het meeste gerookt door de doelgroep. Verder geen opmerkelijke verschillen tussen de stadsdelen.

Gebruik van zorg en welzijn

85% van de ouderen heeft in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts.

10% ontvangt mantelzorg maar ook 10% geeft mantelzorg. Veel mantelzorgers ervaren problemen bij het verlenen van zorg.

29% maakt gebruik van welzijnsvoorzieningen, belangrijkste voorzieningen: hulp bij administratieve of financiële activiteiten, recreatieve/culturele activiteiten en sport- en beweegactiviteiten.

Een opvallend grote groep (30%) wil graag gebruik maken van welzijnsactiviteiten maar doet dat niet, belangrijkste reden lijkt een gebrek aan informatie te zijn.

Er zijn (nog niet te verklaren) verschillen tussen de stadsdelen in welke mate gebruik wordt gemaakt van de aangeboden activiteiten.

Voor de ouderen is het belangrijk dat bepaalde voorzieningen in de buurt aanwezig zijn: winkels, OV, arts en een eetpunt (met name stadsdeel 2 en 3, Geleen, Munstergeleen).

Overige thema's

20% van de ouderen heeft (soms) problemen met vervoer.

33% heeft een inkomen op bijstandsniveau (bv alleen AOW).

Meer dan de helft geeft aan niet bekend te zijn met financiële mogelijkheden vanuit gemeente of rijk.

Het rapport met alle resultaten van de seniorenmonitor gaat hierbij als bijlage 1.

2.2.2 Bouwsteen 2 Gesprekken met ouderen in de 5 stadsdelen

In de periode van 3 november tot en met 1 december 2008 zijn de ouderen uitgenodigd om deel te nemen aan gesprekken waar de resultaten van de seniorenmonitor centraal zouden staan maar waar in principe alle zaken die betrekking hebben op ouderen in onze stad bespreekbaar zouden zijn. De bijeenkomsten werden druk bezocht, gemiddeld waren 50 à 60 ouderen aanwezig. Vanuit het bestuur was de wethouder met volksgezondheid in zijn portefeuille, Berry van Rijswijk, aanwezig plus de betreffende stadsdeelbestuurder, ondersteund door één of twee ambtenaren.

De gesprekken verliepen allemaal zeer geanimeerd. Er werd gesproken over de resultaten van de seniorenmonitor en wat iedereen zou kunnen doen om zijn eigen gezondheidssituatie of die van de inwoners van Sittard-Geleen in het algemeen te verbeteren. Ook kwamen persoonlijke problemen aan de orde. Alle gestelde vragen werden tijdens de bijeenkomst beantwoord of, als dat niet mogelijk was, werden de vragenstellers achteraf bericht.

De resultaten van de gesprekken, voor zover deze betrekking hadden op de gezondheidsaspecten van de inwoners, weken over het algemeen niet opmerkelijk af van de resultaten van de seniorenmonitor.

De afwijkingen konden verklaard worden door de samenstelling van de groep ouderen die naar de bijeenkomsten is gekomen. Dit waren over het algemeen toch de ouderen die nog mobiel, redelijk gezond en in elk geval niet in een sociaal isolement verkeerden of anderszins hulp nodig hadden. Het waren vooral ouderen tussen 65 en 75 jaar.

Belangrijkste conclusies:

Rond de leeftijd van 75 jaar treedt een kentering op in het leven van de 55 plusser. Vanaf deze datum moet hij of zij steeds vaker een beroep doen op de zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Gezondheidsgevoel, mobiliteit en sociale contacten zijn de belangrijkste factoren voor het welbevinden van de ouderen.

Vaak moest geconcludeerd worden dat in Sittard-Geleen voldoende voorzieningen zijn op het gebied van welzijn en zorg maar dat informatie hierover niet bij de doelgroep bekend was.

Het contact cq voorzieningen op wijkniveau werd als erg belangrijk ervaren en de belangrikheid neemt toe met het oplopen van de leeftijd.

2.2.3 Bouwsteen 3 Symposium

Op 21 november 2008 heeft de gemeente Sittard-Geleen al haar ketenpartners, zie bijlage 2, voor de doelgroep ouderen uitgenodigd om in een symposium door te praten over de

resultaten van de seniorenmonitor. Iedereen werd gevraagd om vanuit zijn eigen beroepsmatige achtergrond mee te denken om het woon en leefklimaat in onze stad verder te verbeteren zodat de kwetsbare oudere langer en in een goede gezondheid in zijn eigen woonomgeving kan blijven wonen.

Aan deze oproep werd massaal gehoor gegeven, bijna 100 vertegenwoordigers van eerste en tweede lijns zorg, welzijnswerk, woningcorporaties, ouderenorganisaties, Huis voor de Sport, Huis voor de Zorg, adviesraden, politiek en andere partners waren aanwezig, om met de gemeente te praten over het verbeteren van de voorwaarden voor een gezond leven van ouderen in onze stad.

In een drietal workshops werd gediscussieerd over een probleemstelling die vervolgens plenair werden teruggekoppeld. Achteraf werd een verslag met de belangrijkste conclusies per workshop aan alle deelnemers gestuurd met de mogelijkheid om alsnog te reageren. Van deze mogelijkheid werd overigens maar beperkt gebruik gemaakt.

Probleemstellingen en conclusies:

Hoe kan eenzaamheid worden voorkomen?

Conclusies discussie:

- Er zijn voldoende voorzieningen maar het is noodzakelijk om meer en duidelijker te informeren en centraal aan te bieden vanuit de wijk
- 1^e lijns zorg beter/meer betrekken in het aanbod, terug naar de "hometeams"
- Inzetten van meer vrijwilligers met name de ouderen zelf
- Goed bereikbare voorzieningen op wijkniveau

Hoe kan gezond leven worden bevorderd?

Conclusies discussie:

- Meer informeren en wijkgericht aanbieden van producten en activiteiten
- 1^e lijns zorg betrekken op alle gebieden (voorlichting, informatie, producten)
- Meer aandacht voor "beweeg"producten (wijkgericht inzetten)
- Inzetten op preventie

Welke preventieve voorzieningen leveren een bijdrage aan een gezond woon- en leefklimaat?

Conclusies discussie:

- Er zijn voldoende voorzieningen maar deze moeten duidelijker worden gepresenteerd
- Het is onvoldoende bekend dat bepaalde voorzieningen worden aangeboden, duidelijk en geconcentreerd aanbod van informatie
- Bij voorkeur voorzieningen op wijkniveau, als dit niet mogelijk dan haal- of brengdiensten

De verslagen van de drie workshops gaan hierbij als bijlage 3.

2.3 Speerpunten

Uit de monitor en de daarop volgende gesprekken en discussies moet enerzijds worden geconcludeerd dat relatief veel ouderen last hebben van chronische aandoeningen, eenzaamheid en overgewicht, al dan niet veroorzaakt door een verkeerde leefstijl. Anderzijds kunnen we concluderen dat in principe voldoende producten en voorzieningen voor handen zijn om dit te bestrijden cq te voorkomen. Het probleem is meestal niet het aanbod maar de bekendheid en de bereikbaarheid. Dit zijn belangrijke aandachtspunten voor het formuleren van de speerpunten. Hierbij moet tevens worden betrokken dat bijna alle 55 plussers ten minste één maal per jaar gebruik maken van de eerste lijns zorg. Hierdoor is deze eerste lijns zorg in het algemeen, en de huisarts in het bijzonder, de belangrijkste vindplaats van gezondheidsproblemen bij ouderen. Het is daarom voor de handliggend dat de eerste lijn dan ook het uitgangspunt kan zijn om de problemen aan te pakken cq te voorkomen.

Verder hebben we kunnen concluderen dat de jongere oudere nog relatief mobiel en gezond is, de zorgconsumptie begint vanaf het 75ste levensjaar sterk te stijgen. Met het inzetten/promoten van een effectief preventieprogramma voor de 55 plusser kan geprobeerd worden dit punt verder in de tijd te verleggen.

Op basis van de getrokken conclusies uit de bouwstenen zijn de volgende speerpunten geformuleerd.

- 1. De informatie over de aanwezige voorzieningen moet worden verbeterd*
- 2. De 1^e lijns zorg moet (meer) worden betrokken in het aanbod*
- 3. Producten, voorzieningen en activiteiten moeten (meer) vanuit de buurt cq buurtgericht worden ingezet en aangeboden*
- 4. Concreet programma voor voorkomen/verminderen eenzaamheid*
- 5. Integrale aandacht voor de doelgroep ouderen en inzet van producten en voorzieningen*

3. Huidige situatie

3.1 Algemeen

Zoals al eerder geconstateerd, heeft Sittard-Geleen een breed aanbod van zorg- en welzijnsproducten voor ouderen. Veel van deze producten zijn bedoeld om ouderen de mogelijkheid te geven om te blijven participeren in de samenleving, anderen zijn specifiek bedoeld om senioren langer zelfstandig te laten wonen in hun eigen woning of woonomgeving. De laatste jaren worden ook steeds meer producten aangeboden om te voorkomen dat ouderen in een sociaal isolement terecht komen cq om hen hieruit te helpen. Desondanks heeft de monitor en vervolgbijeenkomsten aangetoond dat dit brede aanbod niet heeft kunnen voorkomen dat door een deel van de ouderen hun gezondheid niet als optimaal wordt ervaren.

Om te kunnen beoordelen of de oorzaak hiervan moet worden gezocht in hiaten in het aangeboden palet van producten op het gebied van welzijn en zorg voor ouderen, is een inventarisatie gemaakt van deze producten. Verder is onderzocht vanuit welke fysieke plek het product wordt aangeboden en of aan gebruik maken van het product kosten zijn verbonden.

De volledige inventarisatie van producten gaan hierbij onder de bijlage 4.

In deze inventarisatie is tevens opgenomen de aanbieder, het doel, de werkwijze, de prestatie-indicatoren van de producten, de eventuele eigen bijdrage van de afnemer en de kosten voor de gemeente.

3.2 Producten gerubriceerd

3.2.1 Producten gericht op ontmoeting en sociaal culturele activiteiten

Hieronder vallen de producten die de sociale relaties versterken. Zij kunnen worden ingezet om eenzaamheid te voorkomen cq op te lossen. Deze producten worden vaak aangeboden vanuit de wijkontmoetingscentra waar alle aanbieders gebruik van (kunnen) maken. De producten worden aangeboden door zowel de professionele instellingen, met name Orbis, Vivantes en PIW, als ook vele vrijwilligersorganisaties, bijvoorbeeld de KBO, ANBO, Zonnebloem, etc.

Voor wat betreft de producten als totaal worden deze goed verdeeld over de hele stad aangeboden. Het kan voorkomen dat bepaalde producten niet in alle wijken wordt aangeboden. Bij de producten/activiteiten die geboden worden door PIW en de vrijwilligersorganisaties is de vraag bepalend voor het aanbod.

Over het algemeen zijn aan deelname van sociaal culturele activiteiten geen kosten verbonden, uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld deelname aan uitstapjes, computercursus en dergelijke activiteiten, hiervoor wordt een eigen bijdrage gevraagd. Ook het gebruik van de maaltijdvoorziening is niet gratis.

Producten professionele instellingen:

Maatjesproject voor ouderen

Telefooncirkel

Maaltijdvoorziening

Cliëntondersteuning

Sociale alarmering

Sociaal culturele activiteiten (intramuraal)

Producten/voorzieningen/activiteiten georganiseerd door vrijwilligersorganisaties, meestal vanuit een wijk- of buurtcentrum:

open inloop, kienen, sjoelen, wandelen, rummicub, cursus bloemschikken, cursus veiligheid voor ouderen, computercursus, kookcursus, zingen, bridgen, handwerken, feestmiddag/avond, bezoeken zieken, uitstapjes, ouderensoos, creacub, etc.

3.2.2 Producten informatie, advies en dienstverlening

Dit zijn producten die tot doel hebben de zelfredzaamheid van de senioren te vergroten. Door de inzet van deze producten moeten de ouderen in staat worden gesteld om langer zelfstandig in hun woning/woon omgeving te blijven wonen.

Ook deze producten worden verdeeld over de hele stad aangeboden.

Als het product een dienstverlening betreft, is meestal een eigen bijdrage verschuldigd (geheugentraining, wel zo handig, sociale alarmering). Betreft het informatie en advies dan is het product normaliter kosteloos voor de gebruiker.

Producten van de professionele instellingen:

Zorgloket
Algemeen maatschappelijk werk
Bieb aan huis
Ouderenwijzer
Geheugentraining
Raad en daad
Sociaal raadslidenwerk
Steunpunt mantelzorg
Wel zo handig
Sociale alarmering
Cliëntondersteuning

Producten van vrijwilligersorganisaties:

Ouderenadviseurs, informatiemiddagen/avonden, dag van de ouderen

3.2.3 Producten sport en bewegen

Dit zijn producten die tot doel hebben om senioren laagdrempelig (weer) aan het sporten of bewegen te krijgen. Dat is op de eerste plaats aantoonbaar bevorderlijk voor hun gezondheid en op de tweede plaats goed voor hun welzijn omdat het een goed gevoel geeft. Een belangrijk bijkomend voordeel is dat sporten meestal in groepsverband plaats vindt, zodat door te sporten ook een sociaal netwerk rond de senior in stand blijft waardoor de kans op vereenzaming veel kleiner is.

De sport- en beweegactiviteiten worden in de hele stad aangeboden. Meer bewegen voor ouderen is bijvoorbeeld mogelijk in meer dan 35 locaties van onze stad.

Voor deelname aan activiteiten van professionele organisaties (PIW en de Sportstichting) wordt altijd een beperkte eigen bijdrage gevraagd die afhankelijk is van de activiteit (bijdrage voor gymnastiek is bijvoorbeeld lager dan voor zwemmen).

Producten van de professionele instellingen:

Fit ouder worden
GALM
Meer bewegen voor ouderen
Zwemmen voor ouderen (en bepaalde groepen)

Producten van de vrijwilligersorganisaties:

Koersbal
Jeu de boules

3.2.4 Producten algemeen

Tot slot zijn er een aantal producten van de GGD ZL die niet onder bovenstaande rubrieken ingedeeld kunnen worden. Het betreft de producten:

Preventienetwerk ouderen

Preventienetwerk roken

Preventienetwerk alcohol

Deze netwerken hebben tot doel het creëren en onderhouden van een preventiestructuur voor de doelgroep ouderen. Verder wordt met alle relevante ketenpartners uit de regio samengewerkt om te komen tot een afgestemd aanbod gericht op preventie van roken en overmatig alcoholgebruik.

Het resultaat van deze netwerken kan in principe door alle ketenpartners worden aangeboden ofschoon de eerste lijn zorg, met name de huisarts, het meest voor de hand liggend is. Bij de uitwerking van speerpunt 2 zal hier nader op in worden gegaan.

Op dit moment is bij de GGD ZL de discussie gaande om de ontwikkeling van het preventienetwerk roken "in te wisselen" voor het ontwikkelen van een preventienetwerk depressie.

Gelet op de cijfers van de seniorenmonitor zou dit voor onze ouderen een goede zaak zijn.

3.3 Financiën

In bijlage 4 is een overzicht opgenomen van producten/activiteiten/voorzieningen die de gemeente Sittard-Geleen financiert ten behoeve van de senioren (55+) in onze stad. Voor 2009 is dit een bedrag van bijna €2.500.000,--. Hierbij zijn de kosten van de sportvoorzieningen voor ouderen, voor zover deze georganiseerd worden door de Sportstichting, niet in meegenomen. Wel zijn hierin de kosten voor het AMW begrepen (€929.000,--) omdat de gebruikers van het product AMW voor het over grote deel 55 plussers zijn. De financiering van algemene voorzieningen, waar alle inwoners van de stad gebruik van maken, zijn niet in dit bedrag begrepen.

4. Uitwerking van de speerpunten

4.1 Algemeen

De genoemde bouwstenen zijn uitgewerkt door een werkgroep van specialisten. Hierin hadden zitting de welzijns- en zorgaanbieders, zowel 1^e als 2^e lijn, als ook een vertegenwoordiging van senioren (*zie bijlage 5*). In overleg zijn de 5 speerpunten geformuleerd en vervolgens zijn hieraan concrete acties gekoppeld. Hierbij is geprobeerd om het beoogde resultaat zo duidelijk mogelijk aan te geven. Omdat er weinig (significante) verschillen zijn tussen de stadsdelen, worden alle actiepunten in de hele stad uitgezet. Uitzondering hierop zijn de projecten van speerpunt 2, deze projecten zijn afhankelijk van een specifieke locatie, bijvoorbeeld een huisarts die aan het project wil deelnemen. Hierbij is, voor wat betreft het totale speerpunt, geprobeerd een evenwichtige spreiding over de stad te realiseren. Daar waar een fasering in het actiepunt is opgenomen, zullen de stadsdelen die het zwakste scoren, voor zover mogelijk, het eerst bediend worden. Hierbij kan gedacht worden aan de realisatie van wijk- of buurtsteunpunten (speerpunt 3).

Alle actiepunten zullen worden gemonitord. Deze monitoring zal jaarlijks, eerste kwartaal nieuwe jaar, worden voorgelegd aan het college van BenW.

De totale realisatietermijn is de periode tot de nieuwe monitor wordt afgenomen, in 2011. Voor enkele subdoelen is een afzonderlijke termijn genoemd.

In het uitvoeringsprogramma 2012-2015 worden alle speerpunten/actiepunten geëvalueerd.

4.2 Speerpunten 2009-2011

4.2.1 Speerpunt 1 Informatie over aanwezige voorzieningen verbeteren

Doelstelling: de onbekendheid van de welzijns- en zorgproducten en de financiële ondersteuningsmogelijkheden terugbrengen tot respectievelijk 15% en 25% (vermindering met de helft).

Actiepunt

Project opstarten waarin op de eerste plaats alle informatie over de aanwezige voorzieningen in Sittard-Geleen wordt verzameld (1) en vervolgens een structuur wordt ontwikkeld om deze informatie actueel te houden (2). En tot slot moet deze informatie op een adequate wijze zowel bij de potentiële gebruikers als ook de aanbieders worden gebracht. Dit kan via internet (3) en op papier (4).

Hierbij moet worden opgemerkt dat het verzamelen en bijeen brengen van deze informatie niet bedoeld is voor het ontwikkelen van een sociale kaart (dit traject is al in uitvoering bij het Zorgloket). De informatie moet op activiteitsniveau worden verzameld en zich, in principe, beperken tot Sittard-Geleen. Voorkomen moet worden dat de mensen door de bomen het bos niet meer zien.

De resultaten van het project bepalen waar het loket wordt gesitueerd en wie dit gaat beheren. Afronding project vóór 1 oktober 2009. Start realisatie vóór 1 januari 2010.

4.2.2 Speerpunt 2 De 1^e lijns zorg moet meer worden betrokken in het aanbod

Doelstelling: realisatie en evaluatie van 4 projecten waarbij op verschillende wijze geprobeerd wordt de gezondheidssituatie van de senioren in Sittard-Geleen te verbeteren. Op basis van deze evaluaties moet in 2011 beoordeeld kunnen worden of en zo ja welke projecten kunnen worden uitgerold over de hele stad. Een financiële beoordeling zal hierbij worden betrokken.

Actiepunten

Voor realisatie van dit speerpunt is de medewerking van de 1^e lijn belangrijk. Gemeente kan in deze weliswaar initiatieven ontplooiën maar voor de uitvoering is de 1^e lijn noodzakelijk.

De gemeente kan hierbij faciliteren bijvoorbeeld door deelname in de voorbereidende werkgroepen of deelname van het zorgloket in een zorgteam.

Wij hebben in een viertal projecten de samenwerking gezocht met de 1^e lijn. Hierbij is een redelijke spreiding van de projecten over de stad een uitgangspunt geweest. *In bijlage 6 vindt u een overzicht van de spreiding van de 1^e lijn voorzieningen in Sittard-Geleen.*

1. Zorg uit voorzorg.

In de regio Westelijke Mijnstreek is een samenwerkingsverband tussen de 1^e (huisartsen) en 2^e lijn (Orbis Medisch Centrum) opgezet. Het project richt zich op een proactieve opsporing en behandeling van kwetsbare ouderen (ouder dan 70 jaar) in de eerste en tweede lijn en op een verbeterde samenwerking en communicatie tussen beide lijnen. Dit om de negatieve gevolgen van de kwetsbaarheid zoveel mogelijk te voorkomen. De huisartsenpraktijk vormt hierbij het vertrekpunt: de huisarts houdt de regie. Screening vindt plaats in de huisartsenpraktijk. In de voorbereiding van dit project is intensief overleg gevoerd met de ouderenbonden. Deze worden bij de verdere uitwerking en uitvoering van de plannen actief betrokken.

Dit project zal in de loop van 2009 van start gaan. Op dit moment worden de huisartsen geselecteerd die hieraan willen/kunnen gaan deelnemen.

Het project maakt onderdeel uit van een groter project in de regio Zuid Limburg "Opsporen en begeleiden van ouderen in een kwetsbare positie. Op weg naar een geïntegreerd ketenzorgmodel", onder regie van ACZIO (Academisch Centrum Zorginnovatie Ouderen).

De gemeente Sittard-Geleen is hierbij betrokken naar aanleiding van de seniorenmonitor en het opzetten van dit uitvoeringsprogramma. Wij zullen in deze een faciliterende rol hebben. Het is nog niet bekend rond welke huisartspraktijken de projecten worden opgezet.

2. Een preventief spreekuur voor 55 plussers gericht op actief ouder worden.

De huisartsen in Geleen in samenwerking met Vivantes en PIW hebben een project in voorbereiding waarin 55 plussers gebruik kunnen maken van een preventieve consultatiefunctie. Hierin staat de senior centraal en hij/zij krijgt in een consult van één uur een advies op maat over gezond actief ouder worden, over de stappen die hij/zij hierin kan ondernemen en over de hulpbronnen die hij/zij hierbij kan aanspreken. Ook hierbij is het doel om de senior in staat te stellen zelf de kwaliteit van zijn leven te bevorderen en zo lang mogelijk de regie over zijn leven te behouden.

Evenals in project 1 zal ook hier een samenwerkingsverband tussen 1^e en 2^e lijns zorg worden opgezet.

Naar verwachting zal dit project per 1 januari 2010 van start kunnen gaan en heeft een projectduur van één jaar (afhankelijk van de tussenevaluatie is verlenging met één jaar mogelijk).

Dit project is een initiatief van de gemeente Sittard-Geleen naar aanleiding van de resultaten van de seniorenmonitor en dit uitvoeringsprogramma. Naast een faciliterende rol zal de gemeente Sittard-Geleen in dit project ook een financierende rol hebben. Dit initiatief zal met name in de stadsdelen 2 en 3 (Geleen en Munstergeleen) worden uitgevoerd.

3. Back to basics, de ouderwetse wijkverpleegster.

Het betreft in deze een initiatief van Orbis Thuis waarbij feitelijk de rol van de vroegere "zuster van het Groene Kruis" opnieuw in ere wordt hersteld. Waar het in de projecten 1 en 2 de huisarts is die de spilfunctie vervult, is het in dit project de medewerk(st)er van de Thuiszorg.

Dit project bouwt op een goede relatie tussen alle instellingen, die werkzaam zijn in de wijk zoals politie, Partners in Welzijn, stadstoezicht, woningcorporaties, Orbis Thuis en de gemeente. Afgesproken is dat meervoudige problematiek besproken

wordt in het zogenaamde woon-zorg-overleg van de partners. In dit overleg worden afspraken gemaakt over bezoek, inzet, aanpak en oplossingen. Deze aanpak wordt ook door de buurt- en dorpsplatforms onderschreven.

Orbis Thuis wil in dit project de rol van de wijkzuster nieuw leven in blazen.

De wijkzuster als trouble-shooter, die overal binnen komt, zorgbehoefte en problematiek inzichtelijk maakt en snel de juiste contacten legt.

Het betreft een project in stadsdeel 1 (Born en omstreken) dat in 2009 is gestart. Ook in dit project vervult de gemeente een faciliterende en een financierende rol.

Deelname van het zorgloket aan het woon-zorg-overleg zal aan Orbis Thuis in overweging worden gegeven.

4. Het Centrum voor gezond leven (CGL).

Het Centrum voor Gezond Leven (CGL) is een initiatief van Orbis, in samenwerking met GGD ZL, Partners in Welzijn, Orbis Vigor, een aantal huisartsenpraktijken en de gemeente Sittard-Geleen. De Provincie Limburg heeft het project financieel ondersteund. Het CGL richt zich op ouderen (50+) in de Sittardse wijken Hoogveld, Limbrichterveld en Limbricht. Primair is het CGL bedoeld voor min of meer actieve senioren en in mindere mate op de kwetsbare ouderen in de genoemde wijken. Het CGL wordt fysiek gepositioneerd in het multifunctioneel centrum Hoogstaete. Deelname aan het CGL verloopt volgens een aantal stappen:

- De deelnemer vult een aantal vragenlijsten in (online of face to face). De vragenlijsten hebben betrekking op de belangrijkste beïnvloeders van een goede gezondheid: familiale voorgeschiedenis, medische voorgeschiedenis, leefstijl en gedrag, stress, depressie et cetera;
- De deelnemer ontvangt direct een rapportage waarin zijn of haar risicoprofiel, inclusief verbetervoorstellen, adviezen en tips, zijn opgenomen;
- De deelnemer meldt zich aan voor een leefstijladviesgesprek. Tijdens dit gesprek bespreekt de deelnemer zijn of haar profiel met de adviseur. Deze zal aanvullende tips en adviezen verstrekken en – indien nodig – de deelnemer verwijzen naar een zorgaanbieder (bijvoorbeeld de huisarts) of adviseren om deel te nemen aan één van de interventies, coachingsprogramma's en cursussen uit het dienstenaanbod van de partners;
- De deelnemer kan tot een jaar na start van het project zijn profiel aanpassen;
- De informatie uit alle vragenlijsten wordt verzameld en geanalyseerd, hetgeen leidt tot een betrouwbaar en compleet beeld van de (potentiële) gezondheidsproblemen in de wijken;
- Op basis van deze analyse kan beleid voor de toekomst opgesteld worden.

Het project is per 1 januari 2009 gestart. In principe is hier geen einddatum aan verbonden en gaat dit structureel onderdeel uitmaken van het aanbod van Orbis. Als het project slaagt is uitrol over de hele gemeente cq Zuid Limburg mogelijk, uiteraard met aangepaste partners. De gemeente Sittard-Geleen vervult in deze een faciliterende rol. Zoals aangegeven richt dit project zich op de buurten Hoogveld, Limbrichterveld en de kern Limbricht.

4.2.3 Speerpunt 3 Producten/activiteiten en voorzieningen moeten (meer) buurt- of kerngericht worden aangeboden.

Doelstelling: realisatie in iedere buurt, dorp of samenstel buurten of kernen van een minimum wijkgericht aanbod aan welzijn en zorg.

Vanuit een bestaande welzijn- of gemeenschapsaccommodatie wordt ten minste een, vóór 1 juli 2009 gedefinieerd, minimum pakket aan welzijns- en zorgproducten aangeboden (bv informatie, MbvO activiteiten, maaltijdvoorziening, etc.) Dit minimumpakket kan, afhankelijk van de ligging van de buurt (betreft het bijvoorbeeld een buurt in een stedelijk gebied of een

landelijke kern), accommodatie, samenwerkende partijen of specifieke behoefte aangevuld worden.

Actiepunt

In het Uitvoeringsprogramma Wonen, Welzijn en Zorg in de Westelijke Mijnstreek 2003-2006 (onderzoek Companen) hebben wij geconcludeerd dat in de gemeente Sittard-Geleen in totaal 19 woonservicezones gerealiseerd zouden moeten worden. Dit aantal hebben wij later moeten bijstellen tot 5 à 6 vanwege de realisatie mogelijkheid. Ook uit dit onderzoek blijkt weer dat het laagdrempelig aanbieden van welzijns- en zorgvoorzieningen op een zo kort mogelijke afstand van de burger gewenst en misschien zelfs noodzakelijk is.

Door het wegvallen van de financieringsmogelijkheden vanuit de AWBZ is het niet meer mogelijk alle geplande woonservicezones te realiseren. De grootste kostenfactor bleek altijd de huur van een gebouw of deel van een gebouw te zijn. *Uit bijgevoegd overzicht van alle welzijns- en gemeenschapaccommodaties in onze stad (bijlage 7)* blijkt dat er sprake is van een redelijke spreiding van dit soort gebouwen over de hele stad. In veel van deze gebouwen wordt al een deel van de welzijns- en zorgproducten aangeboden.

Op basis van de onderzoeksresultaten ten behoeve van de visie accommodatiebeleid zal een inventarisatie worden gemaakt welke gebouwen, voor zover mogelijk in de buurt van concentraties van ouderen, geschikt gemaakt en vervolgens gebruikt kunnen gaan worden als een accommodatie van waaruit een wijkgericht aanbod aan welzijn en zorg georganiseerd kan worden. Dit kunnen in de meeste gevallen geen voorzieningen zijn van waaruit 24 uren zorg wordt aangeboden maar wel gebouwen waar ten minste een vooraf gedefinieerd minimum pakket aan welzijn (en eventueel ook zorg) voor handen is. In dit pakket zal in elk geval een eetpunt worden opgenomen. Dit eetpunt wordt gerund door vrijwilligers en de warme maaltijden worden geleverd door *Apetito*. Door het afstoten van dit soort activiteiten door met name *Orbis*, is enige onrust onder de senioren ontstaan over het peil van het voorzieningenniveau. Door de realisatie van enkele eetpunten kan deze onrust enigszins worden weggenomen. Op dit moment loopt een onderzoek om in het wijkontmoetings-centrum *Oos Zittesj Hoes* een eetpunt te realiseren.

Voor het opzetten van dit wijkgerichte aanbod is de samenwerking met, met name woningcorporaties en welzijns- en zorgaanbieders, noodzakelijk. In de inventarisatie zal worden aangegeven of een dergelijke samenwerking mogelijk is in de geselecteerde gebouwen.

Lopende acties om te komen tot een dergelijk wijkgericht aanbod, zoals in *Limbrichterveld* door *Vivantes*, *PIW*, *Zo Wonen* en de gemeente zullen uiteraard worden voortgezet. Ook hier zal overigens worden geprobeerd een eetpunt in het concept te integreren.

4.2.4. Speerpunt 4 Concreet programma voor voorkomen/verminderen eenzaamheid

Doelstelling: het percentage ouderen dat aangeeft matig tot ernstig eenzaam te zijn terugbrengen van 43 tot 30% bij de volgende monitor in 2011. Hierbij moet worden betrokken dat emotionele eenzaamheid moeilijk kan worden beïnvloed.

Actiepunten

Dit is wellicht het speerpunt dat het moeilijkste is om te zetten in concrete actiepunten. Op de eerste plaats omdat voor het voorkomen/verminderen van eenzaamheid geen evidence based producten zijn. Op de tweede plaats omdat de uitslag van de monitor in tegenspraak lijkt te zijn met andere onderzoeken.

In 2005 en 2006 is in de Westelijke Mijnstreek het project *Voorkomen van Sociaal Isolement* uitgevoerd. Toen werd geconcludeerd "Ondanks verschillende signalen moet geconstateerd worden dat sociaal isolement bij ouderen niet van dien aard is dat het zorgwekkende vormen aanneemt".

In 2008 heeft, in het kader van een afstudeerproject, een onderzoek plaatsgevonden naar het effect van huisbezoekprogramma's door verpleegkundigen aan zelfstandig wonende ouderen in de Westelijke Mijnstreek. Hier luidt de conclusie "Er zijn geen argumenten om het

huisbezoekprogramma voor ouderen met gezondheidsproblemen te implementeren in de reguliere gezondheidszorg.”

Tot slot kan hier worden genoemd dat het project “ouderenadviseur” van de KBO afdelingen lijkt te zijn mislukt ten gevolge van te weinig ouderen die geadviseerd willen worden.

Desondanks is de uitslag van de monitor duidelijk, 43% van onze senioren voelt zich in meer of mindere mate eenzaam. Een deel van deze eenzaamheid kan niet worden opgelost vanwege de simpele reden dat wij een verloren partner niet kunnen vervangen. Uit het onderzoek moet ook geconcludeerd worden dat in Sittard-Geleen voldoende producten, activiteiten of voorzieningen op dit terrein voor handen zijn. Deze op een goede laagdrempelige wijze bij de potentiële gebruikers te krijgen is de opdracht.

Om dit te realiseren willen wij de volgende concrete acties voorstellen:

1. Het samen brengen van de ouderenadviseur van PIW met de ouderenadviseur van de KBO afdelingen. De combinatie van een professionele instelling en een ervaringsdeskundige uit de eigen doelgroep opent wellicht deuren die tot vandaag gesloten bleven.
2. Extra aandacht/impuls voor het bezoeken van senioren door ouderenverenigingen en Zonnebloem. Het aantal senioren dat wordt bezocht door (gekwalficeerde) leden van ouderenverenigingen en de Zonnebloem doen toenemen met tenminste 15%. De koepelorganisaties voor ouderen in Sittard, Geleen en Born (COS, VGO en SOGB) zullen hierin een ondersteunende rol krijgen.
3. Het werven van extra vrijwilligers. In overleg met PIW, de Brug en de ouderen organisaties zal een grote actie worden opgezet, die moet resulteren in de werving van tenminste 100 nieuwe vrijwilligers. Dit betekent overigens niet dat alle (nieuwe) vrijwilligers ingezet zullen worden voor de doelgroep senioren.
4. Introduceren van het product “vriendschapskursus”, door PIW. Deze cursus is met name bedoeld voor alleenstaande vrouwen en is gericht op preventie, groepsinterventie, het vergroten van sociale vaardigheden en competenties en het verbeteren van omvang en kwaliteit van het sociale netwerk. De cursus is ontwikkeld door de Radboud Universiteit (1995) en een effectstudie toonde aan dat de eenzaamheid bij de deelnemers significant was afgenomen (dit maakt dit product overigens nog niet “evidence based”).

De actiepunten onder speerpunt 1 en 3 zijn hieraan ondersteunend.

4.2.5 Speerpunt 5 Integrale aandacht aan de doelgroep senioren en inzet van producten en voorzieningen

Doelstelling: het opzetten van een preventienetwerk ouderen waarin extra aandacht wordt gegeven aan het inzetten van producten/activiteiten/voorzieningen op het gebied van de collectieve preventie.

Actiepunt

Integrale ketenzorg wordt in de huidige literatuur gedefinieerd als het beter op elkaar afstemmen van verschillende processen en activiteiten in de keten van zorginstellingen en disciplines. De verschillende schakels in de keten horen daarbij naadloos op elkaar aan te sluiten. Integrale zorg gaat dus over het werken aan de juiste zorg voor de patiënt, op de juiste plaats, door de juiste hulpverlener. Het smeden van sterke verbindingen tussen hulpverleners en organisaties tot zorgnetwerken is daarbij van belang.

Aan het huidige ketenzorg concept kleven een aantal bezwaren. Het voornaamste bezwaar heeft betrekking op het gegeven dat ketenzorg wordt georganiseerd rondom de behandeling en diagnose van ziekte, waarbij voorbij wordt gegaan aan ontstaansfactoren als leefstijl en sociale en fysieke omgevingsfactoren.

Voorkómen van ziekte begint bij een goede leefstijl en een goede zorg voor en door de mens zelf in sociaal en fysiek opzicht. De in de gezondheidszorg georganiseerde ketenzorg begint thans veelal op het moment dat mensen een gezondheidsprobleem geconstateerd hebben

en niet vóórdat dit zou kunnen ontstaan. Door meer aandacht te hebben voor preventie zou veel gezondheidswinst te bereiken zijn. Verschillende organisaties in de zorg zouden in ketenverband cure en care enerzijds en preventie anderzijds met elkaar moeten verbinden. De voorgestelde benadering vereist bij de huidige spelers in de eerste en tweedelijns gezondheidszorg de nodige kennis en inzicht in aanvullende mogelijkheden van het lokale preventieve aanbod.

De gemeente Sittard-Geleen heeft een onderzoek laten uitvoeren naar de aangeboden producten op het gebied van de collectieve preventie. De resultaten zullen in kwartaal 2 worden gepresenteerd in een combinatie met een visie hoe de collectieve preventie kan worden ingezet in het kader van de WMO en de doelgroep ouderen in het bijzonder.

De GGD ZL is op dit moment bezig met het opzetten van een preventienetwerk voor ouderen.

De combinatie van het preventienetwerk en een gerichte inzet van de preventieve producten moet er voor zorgen dat de senioren langer zelfstandig kunnen blijven participeren in de maatschappij.

4.3 Financiën

De kosten van de speerpunten cq actiepunten worden geraamd op:

Sp *	Ap **	Naam	Kosten incidenteel	Kosten structureel***
1	1	Informatieverzameling en verspreiding	€ 75.000,--	€ 25.000,--
2	2	Zorg uit voorzorg	0	0
2	3	Preventief spreekuur	0	€ 20.000,--
2	4	Back tot basics	0	€ 5.000,--
2	5	CGL	0	0
3	6	Buurt/kern gericht aanbieden	€ 100.000,--	€ 50.000,--
4	7	PIW/KBO	€ 10.000,--	
4	8	Bezoeksubsidie	0	€ 15.000,--
4	9	Vriendschapscursus		€ 35.000,--
4	1 0	Werven vrijwilligers	€ 15.000,--	0
		Totaal	€ 200.000,--	€ 150.000,--

* Speerpunt

** Actiepunt

***Periode 2009-2011

Per 1 januari 2007 is de AWBZ subsidie Diensten bij Wonen met Zorg opgeheven. De subsidie is voor een deel toegevoegd aan de WMO gelden, voor een deel wegbezuinigd door het Rijk. De gemeente Sittard-Geleen heeft besloten de gelden in te zetten op het gebied van de collectieve preventie (Kadernota WMO 2008-2011, Niet balen maar zelf bepalen). Onder andere om de toestroom in de WMO te voorkomen of te vertragen. Verder werd besloten de financiering van de per 1 januari 2007 lopende projecten deels te continueren tot 1 januari 2009. Op basis van een onderzoek door PC Kwadraat, zou vervolgens in het tweede half jaar van 2008 worden bepaald welke producten per 1 januari 2009 voor dit doel zouden worden ingekocht. Dit onderzoek heeft echter vertraging opgelopen. De onderzoeksresultaten zijn inmiddels wel bekend en hiermee is bij de keuze van bovenstaande producten rekening gehouden. Het rapport met conclusies zal in kwartaal 2 aan het college worden voorgelegd. Om de voortgang van dit uitvoeringsprogramma niet te frustreren hebben wij echter hierop wel een voorschot moeten nemen.

Met de subsidie Diensten bij Wonen met Zorg werden onder andere projecten van Orbis, Vivantes en PIW gesubsidieerd. De subsidie was bedoeld voor de doelgroep: mensen met een indicatie tot verblijf in een intramurale instelling maar die, in afwachting van opname, nog thuis verbleven. Het waren dus vooral de ouderen die van deze projecten profiteerden. Overigens worden de projecten nu nog steeds uitgevoerd door de zorginstellingen maar financiering gebeurt nu met andere middelen.

In afwachting van de afronding van het onderzoek van PC Kwadraat is in 2008 een deel van de subsidie gelden, ad € 86.000,--, gereserveerd. Deze gelden worden overgeheveld naar 2009 en kunnen nu ingezet worden voor de incidentele kosten. Bovendien is in 2008 op dit product € 210.000,-- ontvangen van regiogemeenten voor geleverde diensten in 2007.

Voorgesteld wordt om hiervan € 114.000,--, bij de besteding van het rekeningresultaat 2008, te reserveren, zodat dan alle incidentele kosten gedekt zijn.

De structurele kosten kunnen betaald worden uit een totale subsidie 2009 van € 399.000,--, hierbij is rekening gehouden met een subsidie korting van € 60.000,-- door het Rijk (door het Rijk wordt over de periode 2008-2010 een totale korting toegepast van € 190.000,--). De gelden zijn op de begroting terug te vinden onder 635801.4075.

Voor de realisatie van de actiepunten is ongeveer € 150.000,- structureel nodig. Hierdoor resteert nog een bedrag van € 249.000,--. Dit bedrag zal worden ingevuld op basis van genoemde nota n.a.v. het onderzoek van PC Kwadraat in kwartaal 2/2009.