

Notitie Wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel

**Voor de doelgroepen ouderen,
chronisch zieken
en mensen met een beperking**

**Vastgesteld op 9 maart 2010 door
het college van burgemeester en wethouders
van de gemeente Eersel**

371805

Voorwoord	pagina 1
Hoofdstuk 1 Inleiding	pagina 3
1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	
1.2 Doelgroepen van de Werkgroep Wonen, welzijn en zorg	
Hoofdstuk 2 Wonen	pagina 7
2.1 Stand van zaken	
2.2 Beleid ten aanzien van ouderen en zorg	
2.3 Behoefte aan ouderenhuisvesting	
2.4 Huisvestingsbehoefte mensen met een verstandelijke beperking	
2.5 Uitgangspunten voor de toekomst	
2.6 Hoe gaan we dit bereiken	
Hoofdstuk 3 Welzijn	pagina 14
3.1 Inleiding	
3.2 Visie op welzijn	
3.3 Evaluatie huidig voorzieningenniveau	
3.4 Welzijn in de toekomst	
Hoofdstuk 4 Zorg	pagina 21
4.1 Inleiding	
4.2 Sterk lokaal sociaal netwerk	
4.3 Wat komt er op ons af	
4.4 Hoofdpunten van de ontwikkelrichting	
4.5 Woonvormen	
4.6 Speerpunten voor de gemeente Eersel	
Hoofdstuk 5 Slot	pagina 28
Bijlagen	pagina 30

Lijst van afkortingen

WWZ	Wonen, welzijn en zorg
SRE	Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
KWO	Kwalitatief Woningmarkt Onderzoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	Centrum voor Indicatiestelling Zorg
GOW	Gecoördineerd Ouderenwerk de Kempen
RSZK	Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen
CVV	Collectief Vraagafhankelijk Vervoer
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorg Zwaarte Pakket
VV	Verpleging en Verzorging
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
KBO	Katholieke Bond van Ouderen

VOORWOORD

In 2001 is in Eersel de werkgroep Wonen, Welzijn en Zorg van start gegaan. De onderwerpen die door de werkgroep worden besproken hebben betrekking op de invulling van de kwantitatieve en kwalitatieve vraag naar voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn, zorg en de daarbij behorende noodzakelijke welzijnsvoorzieningen voor de doelgroep ouderen en alle andere doelgroepen die op enigerlei wijze te maken hebben met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische beperking in de gemeente Eersel.

In december 2003 heeft de gemeenteraad de door de werkgroep wonen, welzijn en zorg opgestelde notitie "Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel" vastgesteld.

Taakopdracht

Sinds 2008 heeft de werkgroep Wonen, Welzijn en Zorg de volgende taak:

Het gemeentebestuur van de gemeente Eersel gevraagd en ongevraagd adviseren inzake de invulling van de kwantitatieve en kwalitatieve vraag naar voorzieningen op het gebied van wonen en zorg en de daarbij behorende noodzakelijke welzijnsvoorzieningen voor de doelgroep ouderen zonder beperkingen en alle andere doelgroepen die op enigerlei wijze te maken hebben met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische beperking in de gemeente Eersel. Het streven is een samenhangend aanbod te leveren dat inspeelt op de huidige en toekomstige vraag en het in gezamenlijkheid realiseren en in stand houden van de voorzieningen.

Tevens heeft de werkgroep als taak elkaar te informeren en in gezamenlijkheid te bezien op welke wijze integraal ingespeeld kan worden op ontwikkelingen, waarbij partijen zich inspannen om vanuit ieders taakgebied de benodigde bijdrage te leveren aan mogelijke oplossingen.

Zie voor de organisaties die zitting hebben in de werkgroep bijlage 1.

De werkgroep is van mening dat veranderende maatschappelijke omstandigheden aanleiding zijn om de in 2003 opgestelde notitie 'Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel' te evalueren en aan te passen. De in de tussentijd verschenen beleidsnotities (bijlage 2) dienen daarbij meegenomen te worden.

De evaluatie verschaft inzicht in al of niet bereikte doelstellingen, maatschappelijke vernieuwingen, nieuwe en veranderende rol van de deelnemers in het maatschappelijke middenveld.

In bijlage 3 treft u de projecten aan die op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de afgelopen jaren zijn gerealiseerd.

Integrale visie

De werkgroep wonen, welzijn en zorg hanteert een integrale visie op wonen, welzijn en zorg voor ouderen, personen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking en personen met een psychische beperking. Deze visie luidt:

De werkgroep gaat uit van participatie door alle burgers, ook de burgers met een beperking. Bij deze laatste groep wordt uitgegaan van de mogelijkheden die zij hebben en niet van de beperkingen. Om dit mogelijk te maken dient deze persoon voor zover mogelijk gecompenseerd te worden voor zijn beperking. Van deze persoon verwacht de werkgroep dat hij/zij zijn/haar eigen verantwoordelijkheid neemt en voor zover mogelijk zelfredzaam is.

Verder vindt de werkgroep dat er keuzevrijheid voor individuen dient te zijn en dat er efficiënt omgegaan dient te worden met de aanwezige middelen.

Opbouw notitie

In onderhavige notitie treft u na de inleiding de hoofdstukken wonen, welzijn en zorg aan. In deze hoofdstukken wordt de integrale visie vertaald naar de deelterreinen.

De notitie wordt afgesloten met een slotwoord waarin algemene en specifieke afspraken worden gemaakt voor de toekomst.

Conform de Wmo zijn gemeenten verplicht participatie door burgers te faciliteren. In dit kader zijn de adviesorganen van de gemeente Eersel geïventariseerd. In de notitie die hierover is verschenen, zijn de adviesorganen per prestatieveld geordend. Doel van deze notitie was inzichtelijk te maken of voor alle prestatievelden participatie door burgers geregeld is. Onderscheid is aangebracht tussen adviesorganen waarin burgers plaatsnemen en adviesorganen waarin professionals zitten. Op basis van deze notitie is de conclusie getrokken dat participatie door burgers nog niet voldoende geregeld is. Het college van burgemeester en wethouders heeft op 28 juli 2009 besloten om per 1 januari 2010 een Adviesraad Wmo gemeente Eersel in te stellen. Daartoe is de Regeling Adviesraad Wmo gemeente Eersel vastgesteld. De Adviesraad Wmo wordt voorgezeten door een voorzitter die onafhankelijk van de partijen is benoemd. Leden bestaan uit afgevaardigden afkomstig uit de doelgroepen ouderen, mensen met een verstandelijke beperking, een lichamelijke beperking, een psychische beperking, jeugd, mantelzorgers en vrijwilligers. De raad heeft als taak het college van burgemeester en wethouders gevraagd en ongevraagd te adviseren bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het Wmo-beleid en bij inspraakprocessen Wmo.

Voor de werkgroep Wonen, welzijn en zorg heeft het instellen van de Adviesraad Wmo twee consequenties. De Seniorenraad die al sinds de oprichting zitting heeft in de werkgroep zal plaatsnemen in de Adviesraad Wmo en niet langer in de werkgroep. De werkgroep zal omgedoopt worden tot Platform Wonen, welzijn en zorg. De bedoeling is dat het Platform Wonen, welzijn en zorg in de toekomst op basis van concrete thema's bij elkaar komt en advies uitbrengt indien het onderwerp zich daartoe leent. Afhankelijk van het onderwerp kunnen ook andere organisaties voor dit overleg worden uitgenodigd.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In deze inleiding worden de maatschappelijke ontwikkelingen en de doelgroepen van de werkgroep wonen, welzijn en zorg geschetst.

De hedendaagse en moderne samenleving wordt steeds complexer. Juist daarom is het van groot belang dat mensen greep houden op hun eigen leven, het zelf kunnen inrichten en hun leven zo zelfstandig mogelijk kunnen leiden. Kortom, het is belangrijk dat mensen kunnen meedoen en participeren in de samenleving. Meedoen via betaald werk, als vrijwilliger of door inspraak en maatschappelijke betrokkenheid. Meedoen, met of zonder beperking.

1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Bij het herzien van de notitie 'Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel' worden diverse maatschappelijke ontwikkelingen meegenomen, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning, de financieel/technische ontkoppeling van wonen, zorg en welzijn, de veranderende groep van ouderen en de toenemende vergrijzing.

a. Wet maatschappelijke ondersteuning

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning van kracht. Deze wet bevordert participatie. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeente, voor maatschappelijke organisaties en voor de burgers zelf. De gemeente heeft daarbij als uitvoerder van de Wet maatschappelijke ondersteuning een regisserende en faciliterende rol: voert regie in het belang van een samenhangend stelsel van woon-, zorg-, welzijns- en inkomensondersteunende voorzieningen. De gemeente ondersteunt en verstrekt voorzieningen.

De Wet maatschappelijke ondersteuning kent de volgende negen prestatievelden:

1. Zorg voor sociale samenhang en leefbaarheid in wijken;
2. Preventieve voorzieningen voor kinderen, jeugdigen met problemen of ouders;
3. Voorlichting en advies over maatschappelijke ondersteuning;
4. Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking;
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen;
7. Voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en melding huiselijk geweld;
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Het gaat echter niet alleen om deze onderscheiden negen prestatievelden, maar vooral ook om het streven naar de verbinding hiertussen. De Wmo nodigt de gemeenten uit om hun beleid op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning, dat wil zeggen kwaliteit van leven en samenleven, te bundelen en te voorzien van een samenhangende aanpak.

Voorts doet de wet een appel op de maatschappelijke organisaties om hun krachten te bundelen in een sluitende aanpak.

Er ligt een directe relatie tussen de domeinen wonen, welzijn en zorg en de negen prestatievelden van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

b. Ontkoppeling van wonen, welzijn en zorg

Decennia lang is ingezet om ouderen en andere doelgroepen te concentreren in intramurale voorzieningen om hen aldaar betere zorg en opvang te kunnen bieden. Door de toenemende ontkoppeling van wonen, welzijn en zorg is de betekenis van de intramurale zorg afgenomen. Deze intramurale voorzieningen zullen ingezet worden voor de zwaardere categorieën zorg. Voor de meer lichte categorieën zorg (voorheen verzorgingshuiszorg) geldt dat wonen, welzijn en zorg apart ingekocht worden. De ontkoppeling is vooral een financieel/technisch gegeven. In de uitwerking

dient sprake te zijn en te blijven van samenhang tussen de onderdelen wonen, zorg en welzijn. De verschillende organisaties die op deze terreinen werkzaam zijn zullen zich vanuit ieders verantwoordelijkheid moeten blijven inspannen om gezamenlijk de benodigde voorzieningen te kunnen blijven leveren.

c. Vermaatschappelijking van de zorg

Vermaatschappelijking van de zorg is een landelijk, grootschalig vernieuwingsproces. Het beoogt om ouderen en mensen met een verstandelijke, lichamelijke of psychische beperking in de samenleving te positioneren als volwaardige burgers met beperkingen én mogelijkheden. Bij voorkeur wonen deze mensen zo lang mogelijk zelfstandig tussen andere burgers in aangepaste woningen en krijgen zij zorg en begeleiding in de buurt. Hun woonomgeving kent geen barrières, zodat ze er gemakkelijk op uit kunnen. Onder andere woningcorporaties zorgen voor levensloopbestendige woningen tussen gewone huizen. De lokale overheid zorgt voor ruimtelijke en fysieke aanpassingen in en om de woning. Welzijnsorganisaties bieden activiteiten aan waar burgers naar behoefte gebruik van kunnen maken. Zorgaanbieders geven de zorg op maat die nodig is om bestaande beperkingen te compenseren. Er zijn wel grenzen aan de mate waarin zorg geleverd kan worden. Onderscheid dient gemaakt te worden in de planbare en niet planbare zorg. De planbare zorg kan in alle kernen van de gemeente Eersel geleverd worden. De voorzieningen waarbij sprake is van niet planbare zorg (24 uur aanwezigheid) zullen worden geconcentreerd in de kernen Eersel en Vessem.

d. Vergrijzing

In bijlage 4 wordt de demografische ontwikkeling weergegeven van de gemeente Eersel, van Noord Brabant en van Nederland. Het betreft de prognose van de bevolking voor 3 jaren, 2010, 2015 en 2020 (2009 is het basisjaar).

De belangrijkste cijfers uit deze bijlage worden hieronder weergegeven.

Tabel Percentage bevolking 65 jaar en ouder t.o.v. totale bevolking (bron: Primos 2009)

	Eersel	Noord-Brabant	Nederland
2010	17,4	15,7	15,3
2015	20,2	18,5	17,8
2020	22,7	20,7	19,7
2025	25,2	22,8	21,6
2030	27,6	25,1	23,6

Uit deze tabel kan de conclusie getrokken worden dat voor Eersel, Noord Brabant en Nederland geldt dat de vergrijzing toeneemt van 2010 tot 2030. Verder wordt duidelijk dat de vergrijzing in de gemeente Eersel beduidend hoger is dan in Noord Brabant en algemeen in Nederland.

1.2 Doelgroepen van de werkgroep wonen, welzijn en zorg

a. Doelgroep ouderen

Uit de vorige paragraaf wordt duidelijk dat de gemeente Eersel te maken heeft en in toenemende mate te maken krijgt met een grote groep ouderen. Ouderen worden vaak geassocieerd met hulpbehoevendheid. De landelijke trend laat echter zien dat de oudere van tegenwoordig actief is, een redelijk inkomen heeft en zo lang mogelijk zelfstandig wil blijven. Deze groep ouderen zal zich in de toekomst verder gaan uitbreiden en kan als volgt gekenschetst worden:

- 1 Een hoger opleidingsniveau: uit onderzoek is komen vast te staan dat deze groep ouderen vanaf 2015 nog verder zal stijgen. Dit zal ook gepaard gaan met een betere gezondheid. De verwachting is dan ook dat er in 2015 meer ouderen voor zichzelf kunnen zorgen;
- 2 De financiële draagkracht van de ouderen neemt toe. Het gemiddelde opleidings- en

- werkniveau is gestegen. De nieuwe generatie ouderen heeft vaker een beter pensioen opgebouwd en heeft vaker eigen woningbezit;
- 3 De ouderen zijn veeleisender, mondiger en zelfstandiger;
 - 4 Binnen deze groep ouderen zal een toenemende individualisering plaatsvinden. Er worden meer eigen keuzes gemaakt die consequenties hebben voor wonen, welzijn en zorg. Verwacht wordt diversiteit, flexibiliteit, kwaliteit en zorg op maat.

Er zijn verschillende definities die betrekking hebben op ouderen. Ten eerste wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende levensfasen, waarbij "de ouderen" van 55 tot ca. 75 jaar de zogenaamde derde levensfase vormen. Deze groep wordt ook wel de jongere ouderen genoemd. In deze fase ligt het accent op maatschappelijke activering en preventie. De volgende fase (vierde) heeft betrekking op ouderen van 75 jaar en ouder. Voor deze groep moet specifiek beleid worden ontwikkeld, waarbij het accent ligt op persoonlijke begeleiding, hulp- en zorgverlening en voorkoming van sociaal isolement.

Hiernaast bestaat het onderscheid tussen actieve en kwetsbare ouderen. Hoewel deze doelgroepen aansluiten bij respectievelijk de derde en vierde levensfase wordt niet expliciet een leeftijdsgrens gehanteerd. Deze indeling wil overigens niet suggereren dat kwetsbaarheid het maatschappelijk actief zijn, uitsluit.

Actieve ouderen

Deze groep ouderen is maatschappelijk actief:

1. Bij "sociale participatie" kan worden gedacht aan vrijwilligerswerk, zorg voor partner of familie (mantelzorg), deelname aan educatieve en recreatieve activiteiten, lidmaatschap van verenigingen, deelname aan sociaal-culturele activiteiten;
2. Bij "maatschappelijke participatie" kan worden gedacht aan deelname in werkgroepen, adviescommissies, lidmaatschap van belangenverenigingen, ouderenbonden.

Kwetsbare ouderen

Deze groep ouderen bestaan uit:

- 1 Ouderen met een laag inkomen.
- 2 Alleenstaande mannen en vrouwen en voornamelijk 75+.
- 3 Hoogbejaarden (80+).
- 4 Dementerende ouderen.
- 5 Chronische zieken (lichamelijk en verstandelijk) beperkte ouderen.
- 6 Ouderen met chronische psychiatrische problematiek.

Kenmerkend voor de groep kwetsbare ouderen is het afnemen van sociale contacten en een vaak verslechterende gezondheid waardoor er sprake kan zijn van een verhoogd risico op eenzaamheid. Uit deze beschrijving van ouderen kan de conclusie getrokken worden dat beleid voor ouderen niet ontwikkeld moet worden per leeftijdsgroep, maar dat naar doelgroepen gekeken moet worden.

b. Doelgroep mensen met een verstandelijke beperking

Binnen de gemeente Eersel bevindt zich locatie de Donksbergen, zijnde een woonpark voor mensen met een verstandelijke beperking, als onderdeel van Lunetzorg. Eind jaren negentig en het begin van deze eeuw zijn velen verhuisd van het instellingsterrein naar woningen in de Kempen. Net als binnen de ouderenzorg wil ook deze doelgroep zo zelfstandig en zo actief mogelijk blijven als onderdeel van de samenleving. Dit heeft geresulteerd in meerdere (groeps-)woningen en dagbestedingscentra in de kernen van Duizel en Eersel. Daarnaast zijn er op het gebied van wonen meer mogelijkheden bijgekomen. Bijvoorbeeld de mogelijkheid waarbij de cliënt de woonruimte zelf huurt van een woningcorporatie en de benodigde zorg of ondersteuning zelf inkoop. Dit heeft dan ook geleid tot een toename in extramurale ondersteuning.

In onderstaande tabel is inzichtelijk gemaakt waar de cliënten van Lunet zorg woonachtig zijn binnen de gemeente Eersel. 86% is intramuraal, de extramurale cliënten ontvangen ondersteuning

op het gebied van activerende begeleiding, behandeling, ondersteunende begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging.

Cliënten Lunetzorg intramuraal	De Donksbergen	Eersel	Duizel
Aantal	202	76	23

Cliënten Lunet zorg extramuraal	Eersel	Duizel	Knegsel	Steensel	Vessem	Wintelre
Aantal	34	3	2	2	3	3

Totaal intramuraal gemeente Eersel	301
------------------------------------	-----

Totaal extramuraal gemeente Eersel	47
------------------------------------	----

Dagbestedingscentra

Cliënten Lunet zorg dagbestedingscentra	't Areven Eersel	Voederhuisjes, Eersel	Kerkebogten, Eersel	PIT, Duizel
Aantal	66	19	25	21

Totaal cliënten bij dagbestedingscentra gemeente Eersel (excl. De Donksbergen)	131
--	-----

Hoe groot de groep is die geen cliënt is van Lunetzorg maar wel behoort tot de doelgroep is niet bekend.

c. Doelgroep mensen met een lichamelijke beperking

Hoe groot het aantal mensen met een lichamelijke handicap is, hangt sterk af van de definitie van het begrip lichamelijke beperking. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) onderscheidt drie categorieën: lichte, matige en ernstige beperkingen.

Die categorieën zijn ingedeeld aan de hand van de handelingen die iemand wel of niet kan verrichten. Op basis van deze criteria zijn er landelijk ruim 500.000 zelfstandig wonende mensen met een ernstige lichamelijke beperking en bijna 1 miljoen met een matige beperking.

Hoe hoog het aantal mensen met een lichamelijke beperking in de gemeente Eersel is, is niet bekend.

Wat in elk geval geldt: hoe ouder de mensen, hoe meer kans op beperkingen. En daarom is te verwachten dat door de vergrijzing het aantal mensen met een lichamelijke beperking de komende jaren zal toenemen.

c. Doelgroep mensen met een psychische beperking

De doelgroep mensen met een psychische beperking is het moeilijkst in kaart te brengen. In de gemeente Eersel is de Boei gevestigd. Deze organisatie biedt aan mensen met een psychische beperking een laagdrempelige inloopvoorziening. In 2009 zijn 56 mensen afkomstig uit de gemeente Eersel bezoeker van de Boei.

d. Doelgroepen van MEE

MEE richt zich op cliënten met verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen. Verder behoren tot de doelgroep mensen met een autismespectrumstoornis. In 2008 ging het om de volgende aantallen afkomstig uit de gemeente Eersel aan wie MEE ondersteuning heeft verleend.

Verstandelijk beperkt	135
Lichamelijk beperkt	35
Zintuiglijk beperkt	0

Autismespectrumstoornis	35
Totaal	205

HOOFDSTUK 2 WONEN

2.1 Stand van zaken

In 2003 is de notitie "Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel "

vastgesteld. Vanzelfsprekend hebben er zich gedurende de afgelopen periode ontwikkelingen plaatsgevonden op het terrein van wonen, die invloed hebben gehad op voornemens, planrealisatie e.d. Hierop wordt nader ingegaan.

Verzorgingstehuis "De Wiekenborg"(84 plaatsen) is niet langer als zodanig in gebruik. In de nieuwe wijk Kerkebogten is een woon-service zone gerealiseerd. Deze servicezone bestaat uit een mix van intramurale ouderenzorg, groepswoningen voor intensieve intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en zelfstandige woningen en appartementen voor ouderen in de huur en koopsector. Een deel van deze woningen is/wordt gerealiseerd in 2009 en 2010. De benodigde zorg- en welzijnsinfrastructuur is aanwezig in de gebouwen Forum en Atrium. Ook is er een dagbestedingscentrum voor mensen met een verstandelijke beperking gerealiseerd. Verder is het gezondheidscentrum Dolium in 2010 in gebruik genomen.

In Vessem is een woonzorgboerderij met 30 intramurale plaatsen in ontwikkeling (18 intramuraal voor ouderen en 12 voor mensen met een verstandelijke beperking).

De woningstichting heeft een deel van de bestaande voorraad ouderenwoningen opgeplust. Dit betrof 100 woningen waarbij het mogelijk was om deze beter geschikt te maken voor zorg. Specifieke projecten worden tevens door de woningstichting meegenomen in de planning. Momenteel wordt gekeken naar de mogelijkheden voor passende huisvesting voor 10 personen met een autisme spectrumstoornis.

De voorbereidingen voor de herontwikkeling van het terrein van de Wiekenborg is opgepakt. De realisatie van een tweede locatie in Eersel voor ouderenhuisvesting (in combinatie met intramurale zorg) is een optie die nader wordt onderzocht. Het terrein van de voormalige Wiekenborg is hiervoor in beeld.

In alle kernen zijn of worden plannen ontwikkeld voor ouderenwoningen in de huur en/of koopsector. Ook streeft de gemeente er naar dat in de vrije sector woningen worden gerealiseerd, waar mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen.

In de woonvisie "Werkelijk en wenselijk wonen" (hierna te noemen woonvisie) die in december 2003 is vastgesteld is aangegeven dat de gemeente ernaar streeft om in alle kernen (kleinschalige) woonzorgcomplexen met bijbehorende voorzieningen te realiseren. Dergelijke complexen zijn inmiddels gerealiseerd in Eersel (Koperwiek en Kerkebogten), Steensel (De Stern), Wintelre (Kempkeshof) en in Vessem bij verzorgingshuis Groenendaal. Momenteel wordt in het dorpshart Knegsel gestreefd naar realisatie van geclusterde zorgwoningen in de nabijheid van de Multifunctionele accommodatie (MFA).

De aanbeveling in de woonvisie om levensloopbestendige starterswoningen te bouwen, zodat deze op termijn geschikt zijn voor ouderen met lichte zorg is bij tot op heden gerealiseerde projecten niet meegenomen. In de praktijk is gebleken dat dit niet haalbaar is. In de nieuw op te stellen Woonvisie zal dit aspect wederom meegenomen worden.

De mogelijkheden voor mantelzorg zijn verruimd. De gemeenteraad heeft besloten om onzelfstandige bewoning van bijgebouwen toe te staan. Ouderen hebben hierdoor meer mogelijkheden om in de directe nabijheid van hun kinderen (1^e en 2^e graad) te gaan wonen. Dit is niet alleen meer mogelijk in aangebouwde bijgebouwen, maar ook in afzonderlijke bijgebouwen.

2.2 Beleid ten aanzien van ouderen en zorg

De huidige woonvisie uit 2003 bevat de volgende beleidslijnen ten aanzien van ouderen, wonen en zorg.

De gemeente prepareert zich op een sterke vergrijzing. Het bestaande woningbestand is hiervoor niet optimaal. Daar waar nieuwbouw aan de orde is, zal waar mogelijk gekozen moeten worden voor levensloop bestendig bouwen. De gemeente zorgt voor actieve voorlichting aan de (oudere) eigenaren om ook de eigen woning geschikt te maken (en te houden). Uitwisseling van woningen tussen verschillende doelgroepen wordt mogelijk op het moment dat er levensloop bestendig gebouwd wordt (o.a. starterwoningen die op termijn ook in het kader van de vergrijzing ingezet kunnen worden).

Hieraan gekoppeld is het aspect wonen en zorg. Waar er sprake is van nieuw te bouwen woningen met speciale zorg om de vergrijzing op te vangen, komen deze geclusterd in de nabijheid van voorzieningen. De gemeente streeft ernaar om in alle kerkdorpen (kleinschalige) woonzorgcomplexen met bijbehorende voorzieningen beschikbaar te hebben. Door concentratie in de grotere kernen Eersel en Vessem zal het daar, gezien de zorgvraag, mogelijk worden 24 uurs-aanwezigheid van de zorg te garanderen. In de kleinere kernen ziet het ernaar uit dat, gezien de zorgvraag, sprake zal zijn van 24 uurs-bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorg voor niet-uitstelbare zorgvragen.

Voor een goede verdeling over de gemeente is het van belang dat zowel Vessem als Eersel over een breed en gevarieerd aanbod van voorzieningen en diensten beschikken. Echter ook in de kleinere kernen moet, ook met het oog op de leefbaarheid, sprake zijn van een aanbod van primaire welzijnsvoorzieningen en diensten. Dit kunnen diensten zijn zoals boodschappendienst, klussendienst, vervoer en dergelijke. Dit kan ook fysieke zaken betreffen, zoals een ontmoetings/ontspanningsruimte. In hoofdstuk 3 Welzijn wordt hierop nader ingegaan.

Gelet op de toenemende vergrijzing, het hoge percentage eigen woningbezit en het feit dat het niet mogelijk is om voor alle zorgbehoevende ouderen nieuwe woningen te bouwen, worden ook andere oplossingen onderzocht. Eigenaar-bewoners worden gestimuleerd hun eigen woning aan te passen. Hiervoor is het project gestart Blijvend Thuis in eigen huis. In bepaalde gevallen is het mogelijk dat de gemeente voor woningaanpassingen een vergoeding verstrekt (zie paragraaf 3.3. onder a). Ook wordt gekeken naar de mogelijkheden voor mantelzorg, waarbij ouders op het erf bij de kinderen wonen.

De woonvisie uit 2003 wordt naar verwachting in 2010 herzien. De beleidslijnen uit de woonvisie ten aanzien van ouderen, wonen en zorg zijn voor het merendeel nog actueel. In de stand van zaken in paragraaf 2.1 is aangegeven welke onderwerpen uit de woonvisie gerealiseerd zijn en welke nog in ontwikkeling zijn.

In SRE verband is verder een Regionale Woonvisie vastgesteld in 2004. Ten aanzien van Welzijn, Wonen en Zorg is als streven in de Regionale Woonvisie opgenomen dat in 2010:

- één woonservicezone per gemeente gerealiseerd is
- elke gemeente over voldoende ouderengeschikte woningen beschikt
- minstens 50% van de nieuwbouwwoningen voldoet aan Woonkeur of seniorenlabel
- in elke gemeente een lokaal WWZ platform functioneert.

In Kerkebogten is een woonservicezone gerealiseerd. Het begrip woonservicezone in de Regionale Woonvisie is echter zodanig abstract dat niet precies bepaald kan worden of de gerealiseerde woonservicezone hieraan voldoet.

Naar onze inschatting voldoet de woningbouw van de afgelopen 5 jaren aan de 50% norm ten aanzien van Woonkeur/seniorenlabel. Ook functioneert in Eersel een lokaal WWZ platform.

Het is de bedoeling om in 2010 een nieuwe Woonvisie op te stellen. Hierbij zal ondermeer worden beoordeeld of de huidige uitgangspunten nog onverkort van toepassing zijn.

2.3 Behoeftte aan ouderenhuisvesting

Bestaande voorraad

In hoeverre is de bestaande voorraad geschikt voor ouderen en/of zorgbehoevenden?

In september 2007 is in de SRE-regio de tweejaarlijkse woningmarktenquête uitgevoerd (Kwalitatief Woningmarktonderzoek 2007/2008). In dit onderzoek is ook gekeken naar de samenstelling van de huidige woningvoorraad. In onderstaande tabel is weergegeven hoe de woningvoorraad is samengesteld, als men kijkt vanuit het oogpunt 'geschikt voor ouderen en/of zorgbehoevenden'.

Tabel Wonen en zorg

	Eersel		Kempen	Zuidoost-Brabant	
	abs	%	%	%	
Koop	geen zorgwoning	3.720	54%	37%	45%
	nultredenwoning	1.490	22%	13%	15%
	aangepast	170	2%	1%	2%
	verzorgd wonen	90	1%	0%	1%
	beschermd wonen	-	0%	0%	0%
Huur	geen zorgwoning	740	11%	28%	21%
	nultredenwoning	520	8%	16%	12%
	aangepast	-	0%	1%	2%
	verzorgd wonen	70	1%	2%	1%
	beschermd wonen	-	0%	0%	0%
Totaal	geen zorgwoning	4.460	65%	66%	66%
	nultredenwoning	2.010	29%	30%	27%
	aangepast	200	3%	2%	4%
	verzorgd wonen	160	2%	3%	2%
	beschermd wonen	-	0%	0%	1%

Bijna eenderde deel van de voorraad kan worden getypeerd als een woning die aangepast is of waar een of andere vorm van zorg mogelijk is (o.a. nultredenwoning, zorgwoning enz.). Wel moet worden opgemerkt dat vooral de meer beschermde woonvormen in een dergelijk woningmarktonderzoek minder goed naar voren komt, omdat een groot deel nog niet in de zelfstandige woonvormen wordt aangeboden.

In het kader van het Kwalitatief Woningmarktonderzoek worden ook eengezinswoningen die een natte cel en een extra kamer op de begane grond hebben, aangemerkt als fysiek geschikt voor mensen met een beperking. Dit type woningen ziet men relatief vaak in het buitengebied. Hoewel de woning op zich als fysiek geschikt kan worden aangemerkt, is het toch de vraag of dergelijke woningen, gelet op de ligging in het buitengebied, wel daadwerkelijk geschikt zijn voor mensen met een beperking.

Het is zeer de vraag of het beeld dat in het KWO wordt geschetst wel in overeenstemming is met de werkelijkheid. Met name het aantal nultreden woningen lijkt te hoog ingeschat. Het heeft echter weinig meerwaarde om deze aantallen door middel van een diepgaander onderzoek nauwkeuriger in beeld te brengen. Gelet op de sterke vergrijzing die zich de komende jaren zal manifesteren is ook zonder een dergelijk onderzoek overduidelijk dat de bestaande voorraad niet voldoet aan de woon/zorg vraag die met de vergrijzing samenhangt.

Woningbehoefte

Wat is de behoefte in de toekomst als het gaat om ouderenwoningen en zorgwoningen? In het KWO is onderzocht hoeveel mensen binnen nu en 5 jaar willen verhuizen en welke woning men dan wenst.

De gemeente Eersel kent nu circa 7000 huishoudens. Uit het KWO-onderzoek blijkt dat 22% hiervan in de komende 5 jaar wil verhuizen, dit is een aantal van 1540 huishoudens.

In aantallen betekent dit het volgende voor de behoefte tot 2013:

Geen zorgwoning: behoefte aan 1268 woningen

Fysiek geschikt: behoefte aan 46 woningen

Beschermd/verzorgd: behoefte aan 231 woningen

Het merendeel van de verhuisgeneigde huishoudens geeft aan niet op zoek te zijn naar een zorgwoning. Een op de acht huishoudens wil verzorgd/beschermd wonen.

De behoefte met betrekking tot zorgwoningen, zeker in de beschermde sfeer, is lastig met dergelijke onderzoeken in te schatten omdat veel mensen dit niet als wens zullen uitspreken maar pas tot verhuizing overgaan als het echt moet. Het is daarom van belang om voor het bepalen van het benodigde aantal zorg- en ouderenwoningen uit te gaan van de bevolkingsprognoses. Door deze gegevens wordt een objectiever beeld gegeven van de ontwikkeling van de 65+ bevolking.

Ontwikkeling aantal ouderen per profiel in Eersel, 2009, 2010, 2015, 2020, 2025 en 2030

	2009	2010	2015	2020	2025	2030
Profiel 2	185	193	238	273	310	337
Profiel 3	84	184	226	260	295	320
Profiel 4	84	89	121	152	182	198
Dementerenden, zware zorgvraag	66	70	98	122	143	159
Totaal	511	536	683	807	930	1.013

- Profiel 1: ouderen met weinig of geen beperkingen (relatief gezonde ouderen)
- Profiel 2: ouderen met mobiliteitsbeperkingen (trappen lopen, het huis verlaten en binnengaan en zich buitenshuis verplaatsen)
- Profiel 3: ouderen met mobiliteitsbeperkingen en beperkingen in de persoonlijke verzorging
- Profiel 4: ouderen met veel fysieke beperkingen

De groep dementerende ouderen is uit deze vier profielen gelicht en in een apart profiel geplaatst omdat een deel van deze groep (circa 30%) sowieso in aanmerking komt voor 24-uurszorg en toezicht (intramuraal wonen).

In onderstaande tabellen (Primosprognoses) is de behoefte aan de woningtypen geschikt en verzorgd wonen aangegeven. De definities hiervan zijn weergegeven in bijlage 5.

Overzicht geschikt wonen

	2009	2010	2015	2020	2025	2030
--	------	------	------	------	------	------

Vraag naar geschikt wonen	1.736	1.770	1.943	2.049	2.104	2.150
Aanbod geschikt wonen	1.877	1.877	1.877	1.877	1.877	1.877
Opgave geschikt wonen	-140	-107	67	172	228	273

Bron: Fortuna, ABF Research

Volgens de prognoses zijn er in 2009 voldoende woningen van het type 'geschikt' wonen om te kunnen voorzien in de vraag. In 2030 zal er bij een gelijkblijvend aanbod in Eersel een tekort zijn van 273 woningen.

Overzicht verzorgd wonen

	2009	2010	2015	2020	2025	2030
Vraag naar verzorgd wonen	272	295	383	441	481	521
Aanbod verzorgd wonen	87	87	87	87	87	87
Opgave verzorgd wonen	185	208	296	354	394	434

Bron: Fortuna, ABF Research

Volgens de prognoses zijn er in 2009 onvoldoende woningen van het type 'verzorgd' wonen om te kunnen voorzien in de vraag. In 2030 zal bij een gelijkblijvend aanbod het tekort in Eersel toenemen met 134,0% tot 434 woningen.

Het exact bepalen van de benodigde zorgwoningen en woningen die geschikt zijn voor ouderen is niet eenvoudig. In de diverse overzichten (woonvisie, Regionale woonvisie, overzichten van gerealiseerde woningen en plannen van diverse instellingen/woningbouwvereniging) worden vaak verschillende categorieën gebruikt. Het is daarom niet eenvoudig om deze overzichten goed met elkaar te vergelijken en te bepalen hoeveel precies de behoefte is.

Dit is echter ook niet nodig. De hierboven aangegeven tekorten moeten niet gezien worden als een vaste doelstelling. Het overzicht maakt echter wel zeer duidelijk dat de toenemende vergrijzing een sterk veranderende woningvraag met zich meebrengt. Het is van absoluut belang dat de gemeente deze veranderende woonvraag onderkent en hieraan, ook na realisatie van de diverse projecten, zoals Kerkebogten, blijft werken. Dit kan door middel van nieuwbouw, maar alleen nieuwbouw is niet de oplossing. Indien de gemeente alle woningen die men nog mag bouwen tot 2015 inzet voor deze doelgroep, dan nog is dit niet genoeg om aan de vraag te voldoen. Het is dus ook van essentieel belang dat mensen worden gewezen op hun eigen verantwoordelijkheid om bijvoorbeeld tijdig woningaanpassingen te realiseren.

2.4 Huisvestingsbehoefte mensen met een verstandelijke beperking

De behoefte is een peiling van het ABF voor 2015

	2015
Donksbergen terrein	220
Eersel	78
Duizel	10
Knegsel/Steensel	9
Vessem Wintelre	14
Totaal	331

Bron: Fortuna, ABF Research

Deze wooneenheden vallen buiten het regulier woningbouwprogramma.

2.5 Uitgangspunten voor de toekomst

In de woonvisie van de gemeente Eersel uit 2003 is reeds aangegeven dat de bevolking in de komende jaren sterk zal vergrijzen. Voor Eersel betekent dit een toename van 65+ bevolking van 2764 personen in 2006 tot 4314 in 2020. Het aantal personen van 75 jaar en ouder zal zelfs verdubbelen van 995 personen in 2006 naar 2003 personen in 2020. Het behoeft geen betoog dat de bestaande woningvoorraad niet voldoende woningen bevat die geschikt zijn voor deze doelgroep en dat ook de zorgvraag flink toe zal nemen. In tegenstelling tot de sterk groeiende groep ouderen, blijkt uit de prognoses dat de groep jongeren (starters) gelijk blijft. Het is uiteraard van belang om voor deze groep te zorgen voor voldoende betaalbare woningen. Meer nog echter, is het van belang om nu in te gaan zetten op woningbouw en woningaanpassing van woningen ten behoeve van de groeiende groep ouderen.

In de woonvisie zijn hierover beleidsuitgangspunten aangegeven (zie hiervoor paragraaf 1.2). Deze beleidsuitgangspunten zijn in feite ongewijzigd. Hieronder zijn de uitgangspunten kort weergegeven:

1. Zorgen voor voldoende servicewoningen, door nieuwbouw en aanpassing van de bestaande voorraad.
2. Keuzevrijheid in wonen met zorg vergroten
3. Mensen wonen zo lang mogelijk zelfstandig, ook als er zorg nodig is. Dit wordt niet alleen bereikt via nieuwbouw, maar ook door initiatieven gericht op de bestaande woningvoorraad, inclusief het eigen woningbezit.
4. Realiseren van samenhang tussen wonen, welzijn, zorg en dienstverlening.

De ideale situatie

De vraag van de burger is leidend. De burger kiest zelf zijn woonplek en de gewenste zorg- en servicediensten worden op maat aan de deur geleverd.

De een woont alleen, de ander kiest voor een meer geclusterde woonvorm. Het hele dorp is als het ware een grote woon-service-zone zonder fysieke belemmeringen. In het dorp c.q. de wijk zijn volop multifunctionele (nultreden woningen) woningen beschikbaar voor bewoning door mensen met een beperking. De zorg- en servicediensten volgen de burger, niet andersom. De woningen zijn levensloopbestendig dus de vraag naar meer of andere zorg- en servicediensten is nooit een reden voor verhuizing.

De realiteit

Het geschetste beeld is een utopie.

- het is een gegeven dat budgetten voor zorg- en servicediensten zullen afnemen;
- verreweg de meeste huizen in de gemeente Eersel zijn geen nul-treden woningen; mogelijkheden voor aanpassingen zijn er lang niet altijd (geen ruimte en/of geen geld)
- het is (nagenoeg) ondoenlijk om alle woningen in het dorp aan te passen zodanig dat zij voor iedereen geschikt zijn;
- de schaal van de kleinste dorpen is te klein om op economisch duurzame wijze voorzieningen in stand te houden. (Alleen met subsidies en vrijwilligers kunnen beperkte voorzieningen in stand blijven);
- zelfredzaamheid - mantelzorg – vrijwilligers - zelf betalen – is het adagium van de toekomst;
- bij de professionele diensten staat efficiency voorop.

Als het ideaalbeeld een utopie is waar moeten we dan op inzetten ?

Vooropgesteld moet worden dat het geen zwart-wit verhaal is. Nuancering is op zijn plaats. Zolang mensen niet te maken hebben met matige tot forse beperkingen is de bestaande woonomgeving

vaak geschikt. Voor mensen met matige beperkingen is de bestaande woonomgeving soms wel en soms niet aanpasbaar. Vergrijzing is echter een gegeven en een toename van mensen met matige tot ernstige beperkingen is inherent aan deze vergrijzing. De samenleving moet zich voorbereiden op deze toename.

Visie voor de toekomst

Om optimaal in te spelen op de ontwikkelingen is het nodig om in te zetten op een zekere mate van concentratie. Concentratie van de vraag en concentratie van maatschappelijke voorzieningen (niet alleen voor de doelgroep maar voor alle inwoners) in de verwachting daarmee efficiency- en synergievoordelen te behalen, waardoor deze concentratie tot gevolg heeft dat uiteindelijk meer voorzieningen/faciliteiten/zorg geboden kunnen worden. De vorm van concentratie is sterk afhankelijk van de grootte van een dorp.

Door de schaal van Eersel kunnen voorzieningen zoals een brede school, dorps huis of welzijns- en/of zorgvoorzieningen onafhankelijk van elkaar functioneren. In kleine kernen is het raadzaam om deze functies te integreren omdat versnippering het risico in zich draagt dat er geen levensvatbare eenheden blijven bestaan.

Met het in fysiek opzicht clusteren van de vraag worden schaalgroottevoordelen optimaal benut. Een clustering heeft naast het efficiencybelang ook bijkomende voordelen:

- het dorps hart is levendiger waardoor (de meeste) mensen (zeker voor de groep die niet meer deelneemt aan het arbeidsproces) iets om handen of iets om naar te kijken hebben;
- meer sociale controle en een beter gevoel van veiligheid (zorg – criminaliteit) door bewoners onderling, mantelzorgers, vrijwilligers, professionele dienstverleners;
- minder gemakkelijk vereenzamen;
- korte(re) afstanden naar fysieke (centrum)voorzieningen.

Concentratie betekent niet dat elke oudere in een cluster moet gaan wonen. Ook is het niet de bedoeling dat clusters een soort van ouderenwoonwijken/concentraties gaan worden.

2.6 Hoe gaan we dit bereiken

1. In de kernen Eersel en Vessem zijn woonzorg-zones aanwezig. In de kleine kernen inzetten op multifunctionele centra met daarbij woonclusters voor de doelgroep (voorzieningen en vraagconcentratie). Als dit niet haalbaar is inzetten op woonclusters voor de doelgroep elders in het dorp (vraagconcentratie). In Eersel is met Kerkebogten een belangrijk centrum voor welzijn- en zorgvoorzieningen in combinatie met woonclusters voor de doelgroep gerealiseerd. In Steensel en Wintelre zijn kleinschalige woonzorgprojecten gerealiseerd. Voor de toekomst moeten nog een of meerdere woonclusters worden gerealiseerd (bijvoorbeeld in nieuwbouw of bij vervangende nieuwbouw). In het dorps hart Kneysel wordt gestreefd naar realisatie van geclusterde zorgwoningen in de nabijheid van de MFA. Het aantal woningen en woningtypologie moet onderwerp van studie zijn. Een en ander moet verankerd worden in de woonvisie van Eersel.
2. Bij nieuwe woningbouwprojecten dient nog nadrukkelijker rekening gehouden te worden met de behoefte aan “levensloopbestendige” woningen, ouderenwoning en de behoefte aan zorg. Het effect hiervan moet echter ook niet te hoog worden ingeschat. Uitbreidingsplannen lenen zich over het algemeen niet voor overwegend enkellaagse woningbouw. Kaveloppervlaktes zijn hiervoor vaak ook te beperkt. Starters wensen de kosten nu betaalbaar te houden en zijn nog niet bezig met hun woonwensen voor de “oude dag”.
3. De gemeente dient op diverse manieren te stimuleren dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen
 - o Eigenaar-bewoners stimuleren om hun woning aan te passen. Dit doet de gemeente door het opnieuw opgestarte project “Blijvend thuis in eigen huis” en het geven van voorlichting over het aanpassen van de eigen woning. Onder andere in het kader van de uitvoeringsprogramma’s van de dorpsontwikkelingsplannen zullen inwoners hierover worden geïnformeerd. Ook in de nieuw op te stellen woonvisie zal hieraan aandacht worden besteed.

- Hiermee hangt ook samen dat het van belang is dat de noodzakelijke woongerelateerde welzijnsvoorzieningen en diensten die in elke kern zijn gerealiseerd gehandhaafd blijven (onder andere boodschappen- en klussendienst, vervoer e.d.);
 - Meer inzet plaatselijk welzijnswerk. Doordat ouderen langer zelfstandig blijven wonen, zal er ook extra geïnvesteerd moeten worden in welzijnswerk. Dit is nodig om ervoor te zorgen dat zij ondersteuning krijgen bij het zelfstandig wonen en om te voorkomen dat ouderen vereenzamen. De woningcorporatie overweegt om aanvullende servicediensten te bieden in combinatie met huren. Het complete scala aan welzijnsvoorzieningen moet daar waar nodig nog verder worden verbeterd. Hierbij worden mantelzorgers en vrijwilligers ingezet, maar is tevens sprake van een organisatie die het welzijnswerk stuurt. Daarnaast is het ook belangrijk dat de burgers zich bewust worden van het feit dat voor dergelijke voorzieningen en diensten betaald moet worden
 - Het stimuleren van de inzet van Domotica kan bijdragen aan het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Domotica is het gebruik van informatica en telematica in en rondom de woning ten behoeve van comfort, energiebesparing, elektronische dienstverlening, verzorging aan huis en aanpassing aan de individuele mens. Domotica kan worden ingezet om het wonen voor de zorgvrager gemakkelijker te maken, maar ook om de hulpverlening te vergemakkelijken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan toezicht op afstand en signalering als een zorgvrager het huis/bed verlaat.
4. De gemeente neemt de regierol om met de diverse partijen (zorginstellingen, corporaties, projectontwikkelaars, buurgemeenten) te overleggen om goede keuzes te kunnen maken en om uitvoering te kunnen geven aan het beleid. De Adviesraad wonen, welzijn en zorg is een prima orgaan om mee aan tafel te blijven voor overleg op deze gebieden.

HOOFDSTUK 3 WELZIJN

3.1 Inleiding

Sinds de vaststelling van de notitie "Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel" zijn ontwikkelingen in een rap tempo doorgegaan. De Wet maatschappelijke ondersteuning is op 1 januari 2007 ingevoerd. De wet beoogt dat sprake moet zijn van een "zorgzame samenleving", waar mensen goed geïntegreerd zijn, hun eigen netwerken onderhouden en elkaar helpen. Een samenleving waar verenigingsleven en vrijwilligerswerk bloeien, waar burens en dorpsbewoners elkaar kennen en ondersteunen bij allerlei zaken. Als de ondersteuning in de eigen kring tekortschiet, kloppen mensen bij instanties aan en worden daar geholpen met het vinden van een oplossing, die recht doet aan hun eigen verantwoordelijkheid. De belangrijkste doelstelling van de Wmo is dan ook "meedoen": iedereen doet mee in de samenleving, ongeacht een eventuele beperking".

De gemeente is één van de partners die de zorgzame samenleving tot stand kan brengen. Echter kan dit uiteraard niet alleen. Samenwerking met alle organisaties die hierin een rol te vervullen hebben is essentieel. Daarbij dienen onderdelen op de terreinen van wonen, zorg en welzijn niet afzonderlijk van elkaar te worden gezien maar in samenhang met elkaar te worden opgepakt om op die manier de welzijnsbeleving van de burger te versterken.

3.2 Visie op welzijn

Het welzijn van mensen wordt bepaald door primaire factoren en secundaire factoren. De primaire zaken zijn wonen, inkomen, gezondheid en veiligheid. De secundaire factoren richten zich op de behoefte aan individuele ontplooiing én sociale cohesie:

- de behoefte om eigen talenten te ontplooiën, om zichzelf te zijn;
- de behoefte om invloed te hebben op en bij te dragen aan de eigen woon- en leefomgeving;
- de behoefte om andere mensen te ontmoeten;
- de behoefte om in harmonie te leven met anderen en andere culturen;
- de integrale behoefte aan inspiratie, ontspanning, verdieping en zingeving.

Om de beleving van welzijn optimaal te laten zijn is het essentieel dat aan zowel de primaire als de secundaire factoren invulling is gegeven. Een mooi huis en een goed inkomen, maar geen sociale contacten ondermijnt de welzijnsbeleving. Veel sociale contacten maar een slechte gezondheid eveneens.

De visie op welzijn luidt:

Het realiseren én instandhouden van een dekkend aanbod aan vraaggerichte primaire en secundaire voorzieningen die een essentiële bijdrage leveren aan de welzijnsbeleving van ouderen, personen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking en personen met een psychische beperking waarbij in de totstandkoming en uitvoering sprake is van onderlinge afstemming tussen de diverse partijen die op het terrein van welzijn werkzaam zijn.

De te realiseren voorzieningen dienen gericht te zijn op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de genoemde doelgroepen, waarbij gestimuleerd wordt dat mensen de regie over het eigen leven (kunnen) blijven voeren.

3.3 Evaluatie huidig voorzieningenniveau

In de notitie Voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg in de gemeente Eersel zoals die in 2003 is vastgesteld, is een overzicht van voorzieningen en activiteiten opgenomen die al aanwezig zijn of ten tijde van het vaststellen van de notitie nog in gang dienden te worden gezet.

Hiervoor waren in de notitie aanbevelingen opgenomen. In deze paragraaf is de stand van zaken vermeld.

De welzijnsvoorzieningen waren onderverdeeld in de volgende categorieën:

- a. welzijnsvoorzieningen aan/in huis;
- b. welzijnsvoorzieningen gericht op ondersteuning in de zorg;
- c. welzijnsvoorzieningen gericht op informatie en ondersteuning;
- d. welzijnsvoorzieningen met een recreatief/educatief en op beweging gericht karakter;
- e. welzijnsvoorzieningen gericht op vervoer.

a. Welzijnsvoorzieningen aan/in huis

Maaltijdvoorziening

De maaltijdvoorziening bij de mensen thuis is afdoende geregeld. Er zijn legio mogelijkheden aan vormen van maaltijden beschikbaar om aan de wensen tegemoet te komen.

Eetpunten

De aanbeveling is gedaan om naar behoefte het aantal eetpunten uit te breiden waarbij gestreefd wordt naar een breed bereik.

Stand van zaken is dat in Eersel (restaurant RSZK "de Refter" in het gebouw Forum in de wijk Kerkebogten) en in Vessem (verzorgingshuis Groenendaal) eetpunten zijn ingericht, waar mensen dagelijks terecht kunnen. Van het eetpunt in Groenendaal wordt door mensen die niet afkomstig zijn uit het verzorgingshuis nog niet veel gebruik gemaakt. In Wintelre, Steensel, Duizel en Knegsel is met een (maandelijks) eetpunt. Deze eetpunten worden drukbezocht.

Klussendienst

In alle kernen van de gemeente Eersel zijn klussendiensten actief (in een aantal dorpen aangehaakt bij de plaatselijke KBO's, andere functioneren zelfstandig).

Boodschappendienst

In de kern Eersel is een boodschappendienst aanwezig (onderdeel van de klussendienst). In andere kernen is dit (nog) niet het geval. Er zijn de afgelopen jaren geen signalen ontvangen dat uit deze kernen een dringende behoefte is aan een dergelijke voorziening.

Woningaanpassingen

Woningaanpassingen behoren tot de individuele voorzieningen die in het kader van de Wmo worden verstrekt. De procedure is eenvoudig indien het een kleine (roerende) woningaanpassing is. Voor de uitgebreide, complexere woningaanpassingen is de procedure uitgebreider. Voor woningaanpassingen geldt dat uitsluitend hiervoor in aanmerking gekomen kan worden als verhuizing niet mogelijk is of niet de goedkoopst adequate oplossing is.

b. Welzijnsvoorzieningen gericht op zorg

Woon/zorgalarmering

Als aanbeveling was opgenomen: Indien 7 x 24 uren aanwezigheid niet kan worden gerealiseerd in kleinschalige wooncomplexen onderzoeken of alternatieven en samenwerkingsvormen kunnen worden gerealiseerd.

Stand van zaken is dat in de kleinschalige voorzieningen geen permanente 7 x 24 uren aanwezigheid mogelijk is indien het gaat om onplanbare zorg. Wel is sprake van 24-uurs bereikbaarheid in alle kernen. In met name de nachtelijke uren kan niet in alle gevallen gegarandeerd worden dat binnen 20 minuten iemand ter plekke is.

Geplande zorg in alle kernen op alle uren van de dag en nacht is altijd mogelijk. In een aantal gevallen wordt gebruik gemaakt van "camerabewaking" in de nachtelijke uren. Dit systeem wordt al concreet toegepast bij de voorzieningen in de kernen voor mensen met een verstandelijke beperking.

De woon/zorgalarmering is afdoende geregeld. Gebleken is echter dat mensen niet in alle gevallen goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden die het systeem van zorgalarmering kan bieden.

Gezondheidsservice

De gezondheidsservice zoals die bestond is inmiddels vervangen door Puntextra. Het betreft een samenwerking van een aantal wooncorporaties en zorgaanbieders, waaronder Zuidzorg. Vanuit Puntextra kunnen leden (vaak tegen gereduceerd tarief) gebruik maken van allerlei gemaksdiensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Door Puntextra worden ook cursussen aangeboden.

Ondersteunende begeleiding/Dagopvang

De beleidsregels Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn op 1 januari 2009 veranderd. De belangrijkste veranderingen zijn:

1. De functies Activerende Begeleiding (AB) en Ondersteunende Begeleiding (OB) zijn uit de AWBZ verdwenen;
2. Hiervoor in de plaats is één functie gekomen, namelijk de functie Begeleiding (BG);
3. De toegang voor deze AWBZ-Begeleiding is verder verhelderd en aangescherpt. Mensen met lichte beperkingen in de zelfredzaamheid komen niet in aanmerking voor AWBZ-Begeleiding. Het is de bedoeling dat zij zelf voorzien in een oplossing, dan wel ergens anders ondersteuning vinden. Mensen met matige of ernstige beperkingen in de zelfredzaamheid kunnen nog wel in aanmerking komen voor AWBZ-Begeleiding.

Voor de mensen die in 2009 een indicatie hebben betekent dit het volgende:

- a. Cliënten waarvan *de indicatie in 2009 afliep*, zijn bij een nieuwe aanvraag beoordeeld op basis van de nieuwe regels;
- b. Cliënten waarvan *de indicatie doorloopt na 31 december 2009* zijn in 2009 opnieuw geïndiceerd op grond van de nieuwe regels. Zij hebben hun recht behouden tot 1 januari 2010.

Het Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft begin 2009 aangegeven dat op grond van deze maatregel landelijk gezien 27% van de mensen met een geldige indicatie op 1 januari 2009 in de loop van 2009 hun indicatie helemaal gaan verliezen als gevolg van herindicatie. Dit zou voor de voor de gemeente Eersel betekenen dat 70 mensen (van de bestaande categorie gerechtigden) hun indicatie gaan verliezen.

Gemeentelijk beleid

Vanuit de landelijke overheid is gesteld dat het niet de bedoeling is dat de gemeenten op grond van de Wmo in de gevallen die het betreft de AWBZ-zorg één op één de zorg moeten overnemen. MEE heeft de opdracht gekregen om samen met de cliënten waarbij sprake is van vermindering of het wegvallen van zorg te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn. Oplossingen moeten met name gevonden moeten worden in de bestaande Wmo-voorzieningen en voorliggende (welzijns)voorzieningen.

Bevindingen tot nu toe

De verwachting was dat mensen zich massaal bij MEE en het lokaal loket zouden melden. Echter deze toeloop is uitgebleven. Ook bij het lokaal loket zijn geen meldingen binnengekomen en er zijn ook geen aanvragen ingekomen om hulp bij het huishouden in de zwaarste categorie in te zetten. Voor een aantal gevallen kan het (tijdelijk) inzetten van de zwaarste (en duurste) categorie hulp bij het huishouden (ontregelde huishouden) een oplossing bieden.

Gemeentelijke acties

Het onderwerp is in 2009 voortdurend bij de gemeente onder de aandacht geweest. Overleg en op cliënt gerichte acties vonden zowel op SRE-, Kempen- en gemeenteniveau plaats.

Analyse

De verwachte problemen als gevolg van de veranderingen in de AWBZ zijn tot op heden niet opgetreden of in ieder geval niet bij ons of de zorgaanbieders bekend. Ondanks oproepen om zich te melden hebben mensen hiervan geen gebruik gemaakt. De redenen hiervoor kunnen zijn dat:

1. Mensen een bezwaarschrift hebben ingediend tegen het besluit van het CIZ en in afwachting hiervan geen actie ondernemen;
2. Mensen er in slagen om in de eigen omgeving oplossingen te zoeken of berusten in het besluit;
3. Mensen zich nu nog onvoldoende realiseren wat de gevolgen zullen zijn van de maatregelen omdat 2009 een overgangsjaar is en de verandering pas vanaf 1 januari 2010 direct voelbaar is;
4. Er een achterstand is in de indicatiestelling door Jeugdzorg en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking waardoor de gevolgen voor deze groepen pas volgend jaar goed zichtbaar worden.

Conclusies

Bij de gemeente zijn op dit moment onvoldoende gegevens voorhanden om voor doelgroepen specifiek beleid te ontwikkelen. Het is een eerste vereiste dat mensen zelf het initiatief nemen om problemen te melden, alvorens samen met hen naar een oplossing kan worden gezocht. Op Kempenniveau is afgesproken in februari 2010 de stand van zaken op dat moment te bespreken. In voorkomende gevallen die in de tussenliggende periode bij MEE, de gemeente en zorgaanbieders binnenkomen worden op individueel niveau oplossingen gezocht.

Concrete ontwikkelingen gemeente Eersel

1. Het Gecoördineerd Ouderen Werk (GOW) is gestart met een onderzoek naar de behoefte om te komen tot het omvormen van de huidige (van gemeentewege gefinancierde) dagopvang tot een breder toegankelijke opvang in alle kernen. Er zijn plannen om te komen tot het inrichten van zogenaamde huiskamerprojecten waarbij mensen uit de doelgroep een of meerdere dagdelen in de week opgevangen worden. Deze vorm van opvang kan uitgevoerd worden in gemeenschapshuizen/steunpunten maar bijvoorbeeld ook bij zorgboerderijen die al vanuit de AWBZ gefinancierde dagverzorging aanbieden;
2. De Boei heeft in 2009 voor het organiseren van één dagdeel indicatievrije inloop een budgetsubsidie ontvangen voor de doelgroep mensen met een psychisch probleem. Het verzoek voor 2010 is in behandeling.

De verwachting is dat in 2010 een beter beeld ontstaat van de mogelijke problemen die als gevolg van de bezuinigingen in de AWBZ gaan optreden. Zodra dit het geval is zullen de problemen in de vorm van een kadernota met oplossingsrichtingen in beeld worden gebracht.

De rijksmaatregelen zullen ook leiden tot een toename van het beroep dat gedaan wordt op de omgeving van degene die het betreft. De druk op mantelzorgers neemt weer verder toe. Doordat steeds meer vrouwen buitenshuis werken, kinderen verder van hun ouders zijn gaan wonen en ouderen tegenwoordig steeds ouder worden, waren de mogelijkheden om mantelzorg te kunnen verlenen al onder druk komen staan. Voor diegenen die mantelzorg verlenen is de belasting dan ook vaak zwaar, bijvoorbeeld omdat er weinig anderen zijn om de zorgen en taken mee te delen, omdat ze zelf al op leeftijd zijn, of omdat ze ver moeten

reizen om hun familie te ondersteunen. Door het wegvallen van ondersteunende begeleiding (waarmee ook de mantelzorgers in feite werden ontlast) neemt de belasting toe. Het is dus van belang om de draagkracht van de mantelzorgers te vergroten en de draaglast te verlichten. Het is tevens belangrijk dat de betekenis van mantelzorg meer erkenning krijgt in en van de samenleving. Kempenbreed is in concept een plan van aanpak gereed. In dit plan wordt een aantal voorstellen gedaan om mantelzorgers te ondersteunen. Uitvoering hiervan vindt met name plaats vanaf 2010.

c. Welzijnsvoorzieningen gericht op informatie en ondersteuning

Steunpunt Mantelzorg

De aanbeveling was blijvende aandacht voor het verstrekken van voldoende informatie over de mogelijkheden van ondersteuning.

Stand van zaken is dat mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg onmisbaar zijn bij het instandhouden van de zorg. Dit geldt voor het brede werkgebied, dus ook bij de intramurale zorg waarin vrijwilligers hand en spandiensten verrichten. Ook andere partijen zoals MEE en GGzE zijn partijen die hierin voor de eigen doelgroepen een grote rol van betekenis hebben.

In de Kempengemeenten is de Werkgroep Mantelzorg de kempen actief. Tevens wordt beleid ontwikkeld om te komen tot een dekkend aanbod van mantelzorgondersteuning voor alle doelgroepen.

Project Blijvend thuis in eigen huis

De aanbeveling was om te onderzoeken hoe aan het project meer bekendheid kan worden gegeven. Tevens diende daarin betrokken te worden de wijze waarop de eigenaar-bewoners de aanpassingen kunnen financieren. Binnen de gemeente diende onderzocht te worden of en welke mogelijkheden er zijn om mensen te stimuleren levensloopbestendig te bouwen.

Stand van zaken: Het project Blijvend thuis in eigen huis in zijn oorspronkelijke vorm wordt niet meer uitgevoerd. Het GOW is gestart met het nieuwe traject waarbij ouderen en mensen met een beperking gestimuleerd worden om langer in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen en dat daartoe de eigen woning aan te passen. In het project worden mensen bewust gemaakt van:

- het belang van veiligheid en wooncomfort in de woning;
- de mogelijkheden van aanpassingen die er mogelijk zijn om de veiligheid en het wooncomfort te vergroten;
- het aanreiken van diverse mogelijkheden ter financiering van woningaanpassingen.

De nadere uitwerking van het totale plan staat beschreven in het Projectplan Blijvend thuis in eigen huis van het GOW.

In de afgelopen jaren zijn er diverse andere initiatieven geweest waarin oudere eigenaar/bewoners gestimuleerd werden om met onder meer een hypotheek in de overwaarde van hun huis de aanpassingen preventief aan te brengen. De indruk bestaat dat deze initiatieven nog niet het gewenste effect hebben bereikt.

Adviserend huisbezoek

De aanbeveling was dat het adviserend huisbezoek door middel van het aanbod aan alle ouderen in het jaar waarop ze 75 jaar worden voor huisbezoek wordt uitgevoerd. Aan deze aanbeveling is voldaan. Jaarlijks wordt deze groep benaderd om deel te nemen en huisbezoeken afgelegd.

Informatie en advies

Lokaal loket

Het lokaal loket functioneert sinds 1 januari 2007. In het lokaal loket zijn alle functies rondom het aanvragen en informatie krijgen over de individuele Wmo-voorzieningen (inclusief voorliggende welzijnsvoorzieningen) ondergebracht. In Vessem en Wintelre zijn

als proef in 2008 informatiepunten ingericht. Inmiddels zijn beide informatiepunten gesloten omdat er te weinig gebruik van is gemaakt.

Publicaties

Publicaties in de Hint vinden nog te weinig plaats. Met enige regelmaat dient relevante informatie vanuit de gemeente in de Hint te worden gepubliceerd. Wel is inmiddels een handboek individuele voorzieningen op het terrein van de Wmo opgesteld en beschikbaar via de website. Momenteel is het initiatief opgestart om de informatievoorziening meer op elkaar af te stemmen.

Adviseur wonen, zorg en welzijn/mantelzorgconsulent

Door wijzigingen in de AWBZ is de functie van mantelzorgconsulent uit de ABWZ gehaald en (financieel) volledig onder verantwoordelijkheid gebracht van de gemeente.

- d. Welzijnsvoorzieningen met een recreatief/educatief en op beweging gericht karakter
Als aanbeveling was opgenomen dat in de invulling van de welzijnsfuncties in de diverse woonzorgcomplexen ook de “soos”-functie meegenomen diende te worden als mogelijke activiteit. Tevens is vermeld dat de mogelijkheden om bewegingsactiviteiten verder dienden te worden uitgebreid.
In de inmiddels gerealiseerde woonzorgcomplexen (de Stern in Steensel en de Koperwiek in Eersel) zijn ontmoetingsruimten ingericht. Dit geldt ook voor de ontmoetingsruimte ‘t Stökske” in het gebouw Forum in de wijk Kerkebogten. In Knegsel is in gemeenschapshuis de Leenhoef vanaf september 2009 een Steunpunt voor ouderen ondergebracht. De bedoeling is dat dit Steunpunt op termijn ondergebracht wordt in de multifunctionele accommodatie. In Duizel functioneert D’n Inloop.
De aansturing en het beheer van de ontmoetingsruimten in de kern Eersel (Eikenburg, Koperwiek en ‘t Stökske) zijn per 1 juli 2009 in één stichting ondergebracht.
In het Welzijnsprestatieplan zoals de gemeente dat in december 2007 heeft vastgesteld is onder meer opgenomen dat de gemeente de functie “elkaar ontmoeten” heel belangrijk vindt. De gemeente scheidt de voorwaarden door een bijdrage te leveren in de totstandkoming en –houding van de voorziening. Vervolgens is het aan de gemeenschap om aan het gebruik ervan invulling te geven. Daarbij wordt een hoge mate van eigen verantwoordelijkheid verwacht in die zin dat van gebruikers verwacht mag worden dat de kosten van gebruik zoveel als mogelijk voor eigen rekening worden genomen.
De laatste jaren hebben zorgaanbieders (RSZK en St. Joris) initiatieven opgestart om deelname aan welzijnsactiviteiten die voorheen intern gericht waren ook open te stellen voor ouderen van “buiten”.
- e. Welzijnsvoorzieningen gericht op vervoer
Als aanbeveling was opgenomen dat het Collectief vraagafhankelijk vervoer (CVV) toegankelijk moet zijn voor alle ouderen, vanaf een nader te bepalen leeftijdsgrens. In de Verordening Maatschappelijke ondersteuning is het CVV nader geregeld. Aan deelname is een inkomensgrens verbonden (1,5 het norminkomen). Het norminkomen is met € 1.000,-- verhoogd waardoor meer mensen kunnen deelnemen.
In alle kernen van de gemeente Eersel zijn vrijwillige vervoerdiensten opgericht.

Bovengenoemd is een overzicht opgenomen van de voorzieningen die ten tijde van het opstellen van de notitie in 2003 in gang waren gezet, nog opgestart dienden te worden of die op basis van ontwikkelingen in gang zijn gezet. Andere projecten in dat kader zijn het Project “Meedoen voor iedereen”, het Project Thuisadministratie en het Maatjesproject van het GOW.

Conclusie

Op het terrein van welzijn is in de afgelopen jaren een stevige basis van voorzieningen gerealiseerd die bijdragen aan de zelfredzaamheid van de doelgroepen in deze notitie. Veel organisaties

ontvangen een gemeentelijke subsidie. De instandhouding van de voorzieningen geschiedt met name door inzet van vrijwilligers. Deze groep is dan ook een onmisbare factor om het gerealiseerde welzijnsaanbod op peil te houden en verder te versterken.

Aandacht is gevraagd om voldoende vrijwilligers beschikbaar te houden om deze voorzieningen betaalbaar te houden. Op dit moment zijn nog voldoende vrijwilligers beschikbaar. Naar de toekomst dient hiervoor uitdrukkelijk aandacht te zijn.

3.4 Welzijn in de toekomst

Welzijn kan in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) omschreven worden als alle activiteiten die nodig zijn om te bereiken dat "iedereen meedoet in de samenleving ongeacht een eventuele beperking". De kenmerken van deze "zorgzame samenleving" zijn dat mensen goed geïntegreerd moeten zijn, in staat moeten zijn hun eigen netwerken te kunnen onderhouden en elkaar moeten helpen. Er dient sprake te zijn van een samenleving waar verenigingsleven en vrijwilligerswerk bloeien, waar burens en dorpsbewoners elkaar kennen en ondersteunen bij allerlei zaken. Als de ondersteuning in de eigen kring tekort schiet, kloppen mensen bij instanties aan en worden daar geholpen met het vinden van een oplossing die recht doet aan hun eigen verantwoordelijkheid. De in het Welzijnsprestatieplan gemeente Eersel 2008-2011 omschreven activiteiten per prestatieveld zijn ook van toepassing op de burgers die behoren tot de doelgroepen van deze notitie. Het gaat hier met name om de prestatievelden:

- (1) Het bevorderen van sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
- (3) Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- (4) Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- (5) Algemene voorzieningen ter bevordering van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of van mensen met een psychosociaal probleem;
- (6) Het verlenen van specifieke voorzieningen aan mensen met beperkingen of met een chronisch psychisch probleem of aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Voor wat betreft de daarin omschreven activiteiten kan wat betreft het onderdeel welzijn in deze notitie daarbij worden aangesloten.

Specifieke punten van aandacht voor de komende periode en waar we ons op gaan richten zijn:

1. Samenhang tussen de terreinen van welzijn, wonen en zorg;
2. Nadrukkelijke aandacht voor het vrijwilligersbeleid (belangrijkste peiler in de instandhouding van voorzieningen op het terrein van welzijn);
3. Inspelen op de vraag en niet vanuit het aanbod.

Ad 1. Samenhang tussen de terreinen van welzijn, wonen en zorg

Geconstateerd is dat de welzijnsbeleving van mensen niet alleen bereikt wordt als aan één onderdeel is voldaan. Als iemand prima woont in een woning die volledig geschikt is maar vervolgens nooit buiten komt omdat contacten in de omgeving ontbreken wordt niet voldaan aan de voorwaarden om welzijn te bereiken. Voorzieningen moeten in samenhang worden gerealiseerd. Een goed voorbeeld hiervan is de wijk Kerkebogten waarin wonen, welzijn en zorg zijn samengebracht. Daarbij dient tevens aandacht te zijn voor het verlagen van de drempel die intramurale voorzieningen hebben voor deelname van mensen van "buiten".

Ad 2. Nadrukkelijke aandacht voor het vrijwilligersbeleid

Geconstateerd is dat veel voorzieningen op het terrein zijn gerealiseerd. De komende jaren dient de aandacht dan ook met name gericht te zijn op het instandhouden van deze voorzieningen en het inspelen op nieuwe ontwikkelingen. Wat betreft de uitvoering van het welzijnswerk wordt veelvuldig gebruik gemaakt van vrijwilligers. Het hebben en behouden van voldoende, bekwame vrijwilligers is dan ook essentieel. Daarnaast is het gewenst om afstemming te bereiken tussen het

vrijwilligersbeleid dat de verschillende organisaties die werken met vrijwilligers hanteren om mogelijke samenwerking te bevorderen.

Onderdelen van het vrijwilligersbeleid zijn reeds gerealiseerd. In de gemeente Eersel is een Steunpunt Vrijwilligerswerk gevestigd. De belangrijkste taken zijn:

- werving en bemiddeling
- belangenbehartiging
- advisering en ondersteuning
- deskundigheidsbevordering
- promotie
- het volgen van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van vrijwilligerswerk.

Ten behoeve van alle organisaties die werken met vrijwilligers is de Collectieve aansprakelijkheids en ongevallenverzekering afgesloten. Voor vrijwilligers die voor het uitvoeren van hun werkzaamheden zijn aangewezen op de eigen auto is eveneens een aanvullende autocascoverzekering geregeld.

Vrijwilligerswerk is gemeentebreed een onderwerp dat de aandacht heeft. Het hebben en behouden van vrijwilligers is van toepassing op alle organisaties die met vrijwilligers werken. Dit onderwerp zal dan ook gemeentebreed de komende tijd de nodige aandacht krijgen.

Ad 3. Inspelen op de vraag en niet vanuit het aanbod

De doelgroepen zijn verschillend. Vitale ouderen hebben andere wensen dan ouderen met beperkingen, 55+ers hebben andere wensen dan 75+ers. In het activiteitsaanbod van de verschillende organisaties dient hiermee rekening gehouden te worden.

Algemeen

Essentieel om deze samenhang te bereiken is dat partijen samenwerken. Met het scheiden van wonen, welzijn en zorg zoals dat landelijk een aantal jaren geleden is ingezet bestaat het gevaar dat partijen zich “terugtrekken” en zich gaan concentreren op de eigen onderdelen. Marktwerking heeft ook zijn intrede gedaan in zorg en welzijn, hetgeen in een aantal gevallen tot concurrentie tussen partijen kan leiden. Een intensieve en open samenwerking is een voorwaarde om een aanbod te kunnen realiseren dat volledig inspeelt op de vraag.

HOOFDSTUK 4 ZORG

4.1 Inleiding

De zorg wordt binnen de gemeente Eersel door verschillende organisaties geboden. De zorgaanbieders binnen de werkgroep Wonen, welzijn en zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken in de gemeente Eersel zijn:

- Lunetzorg voor mensen met een verstandelijke beperking;
- ZuidZorg voor alle mensen woonachtig binnen de gemeente van consultatie tot Thuiszorg;
- Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen, voor intramurale verpleegzorg en verzorgingshuiszorg voor alle ouderen, gehandicapten en chronisch zieken in de gemeente Eersel. Tevens leverancier van hulp bij het huishouden in het kader van de Wmo in de gemeente Eersel;
- Zorgcentrum St. Joris voor intramurale verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg voor alle ouderen. Tevens leverancier van hulp bij het huishouden in het kader van de Wmo in de gemeente Eersel;
- MEE als ondersteuner en adviseur van mensen met een beperking;

- Gecoördineerd Ouderenwerk De Kempen staat voor de informele zorg en de mantelzorgondersteuning.
-

Gezamenlijk is een visie op hoofdlijnen op de ontwikkeling van de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken geformuleerd. Binnen deze visie is een aantal accenten aangegeven dat de komende jaren een grote rol speelt op de terreinen wonen, welzijn en zorg.

De sector psychiatrische zorg heeft vanuit het verleden een afwijkende structuur. In de gemeente Eersel is de Boei gesitueerd die een laagdrempelige opvang en steunfunctie biedt voor mensen uit de gemeente Eersel en omliggende gemeenten. Binnen de psychiatrische zorg komt momenteel al een gestructureerde wijkaanpak tot ontwikkeling die hierop inspeelt. Het SPAR project in de gemeente Bladel is hiervan een voorbeeld. Dit initiatief zorgt voor de ontwikkeling van een eerstelijns-overleg nieuwe stijl. Korte lijnen tussen hulpverleners, flexibiliteit, snelle aanpak van knelpunten, bekendheid met elkaars mogelijkheden, dat zijn beknopt de resultaten van dit project. Deze resultaten zijn ook op andere terreinen bruikbaar.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is te zien dat men zich meer en meer oriënteert op de lokale gemeenschap. Binnen de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking onderscheiden we de zorg specifiek op onderdelen als leeftijd en bijkomende problematiek naast de verstandelijke beperking. Er vindt in toenemende mate een verschuiving plaats van intramurale zorg naar zorg thuis. Gelet op de ontwikkelingen zal er op het gebied van wonen, welzijn en zorg extra aandacht nodig zijn voor twee groepen met een verstandelijke beperking, zijnde:

- Jeugdigen met gedragsproblematiek
- Ouderen met een verstandelijke beperking

Het kan zijn dat ouders geen geschikte woonplek voor hun kind vinden in één van de woningen. Dan kan men ervoor kiezen deel te nemen aan een woon- en ouderinitiatief. Zo realiseert men samen met andere ouders een gewenste woonplek voor hun kind.

Meer de nadruk op eigen verantwoordelijkheid

Een onderbelicht aspect bij de invoering van de Wmo en de AWBZ-pakketmaatregel is dat in beide wetten een grotere nadruk wordt gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager en zijn omgeving. Bij de invoering van de Wmo is dat heel goed zichtbaar geworden doordat vooraf al is bezuinigd op de AWBZ-middelen voor hulp bij het huishouden door de invoering van de term "gebruikelijke zorg". Bij de AWBZ-pakketmaatregel valt ondersteunende en activerende begeleiding, welke gebaseerd is op een psychosociale grondslag, niet meer onder de AWBZ. De gemeenten zullen in het kader van de Wmo zeker geen individuele garantie geven voor continuering van deze zorg. Als mensen in de knel komen zal eerder gezocht worden naar collectieve arrangementen. Dit zoekproces zal beginnen bij de zorgvrager zelf, zijn mantelzorg, het vrijwilligerswerk en de zogenaamde voorliggende voorzieningen. Pas in laatste instantie, als het niet anders kan zal naar professionele oplossingen worden gezocht. Bij de invulling van de compensatieplicht, die de gemeente heeft in het kader van de Wmo, zal dit ongetwijfeld op deze manier worden ingericht. Wat je zelf kunt moet je ook zelf doen. Eerst in de omgeving kijken of er hulp gevonden kan worden. Samen moeten we de kwetsbare burgers in de gaten houden. Daarna pas komen collectieve arrangementen aan de orde. Aanvullend daarop kunnen zorgvragers uit eigen middelen aanvullende arrangementen inkopen.

Zo gezien zal er voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken sprake zijn van een stevige cultuurverandering. Een cultuurverandering waarvan de noodzaak al eerder is bepleit.

Derde geldstroom

Nu al komen er voorbeelden naar voren van mensen die uit eigen middelen vormen van zorg bekostigen die uit de collectieve middelen (1^e en 2^e geldstroom zijnde de Zorgverzekeringswet en de AWBZ) niet betaald worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- de dochter die een woning koopt met een mantelzorgwoning er aan vast om zelf de zorg voor moeder op zich te kunnen nemen;
- een man die zijn eigen huis verkoopt, gaat huren en de opbrengst gebruikt om een plaats in een kleinschalige woonvoorziening voor dementerenden voor zijn vrouw te bekostigen.

De hierboven genoemde cultuurverandering komt in deze voorbeelden tot uiting. Steeds vaker zal het voor de zorgvrager gaan om de keuze tussen een sobere collectieve (wel verantwoorde) basisvoorziening of een meer gewenste passende kleinschalige voorziening. Belangrijk in deze is, dat de solidariteit die de basis vormt van ons zorgstelsel, overeind wordt gehouden. De nadruk die in ons stelsel van zorgverlening gelegd wordt op marktwerking leidt er zonder meer toe dat er een derde geldstroom tot ontwikkeling komt. Voor de zorgaanbieders een uitdaging om hier creatief zorg van te maken. Een goed voorbeeld hiervan is de "Inloop Centrale" van Zorgcentrum St. Joris voor mantelzorgers die hulp zoeken bij de verzorging van een dementerende naaste. Zeven dagen per week van 10.00 tot 17.00 uur vangen professionele verzorgers de dementerende dan tijdelijk op in Vessem. Daarnaast bieden ook de activiteiten, die de RSZK op locatie Kerkebogten in Eersel organiseert, de mogelijkheid om met inzet van eigen middelen, deel te nemen aan activiteiten.

4.2 Sterk lokaal sociaal netwerk.

Al vanaf 2003 is de keuze gemaakt om op lokaal niveau in te zetten op een sterk sociaal netwerk, om te zorgen dat ouderen, gehandicapten en chronisch zieken tot het einde toe in de eigen gemeenschap kunnen blijven wonen en leven. In ieder geval willen we niet dat kwetsbare mensen achter de geraniums verpieteren. Erbij horen en meedoen daar gaat het om. In eerste instantie staat dan gezelligheid, ontmoeting en samen bezig zijn centraal. Ouderen – gehandicapten - en vrijwilligersorganisaties spannen zich op lokaal niveau in om allerlei vormen van ondersteuning te organiseren. Voorbeelden zijn, de hulp- en klussendiensten, de vrijwillige huismeester, de boodschappendiensten, de ouderenadviseurs van de KBO, de projecten gericht op samen eten, de huiskamerprojecten per dorp. Hierop aansluitend zal steeds meer vanuit het Steunpunt Mantelzorg, het Maatjesproject en het Welzijnswerk allerlei vormen van ondersteuning worden georganiseerd deels op schaal van het dorp deels als achtervang voor de lokale vrijwilligers. Voorbeelden hiervan zijn, het uitzendbureautje Respijtzorg (Hapert), de Vrijwillige Thuiszorg, de website www.Mantelzorgdekempen.nl, de thuisadministratie, de signaleringscursussen, het project Blijvend Thuis in Eigen Huis.

Veranderingen in de zorg

Kijkend naar de toekomst van vooral de professionele zorgverlening, dan staat een aantal zaken vast. Ook in de intramurale voorzieningen zal in het bekostigingssysteem, te zijner tijd een scheiding worden aangebracht tussen wonen en zorg. Op korte termijn wordt in de AWBZ een cliëntvolgende bekostiging ingevoerd. De individuele ziektekostenverzekeraar wordt verantwoordelijk voor de AWBZ waardoor een directe koppeling met de zorgverzekeringwet mogelijk wordt.

Het besluit wordt zomer 2010 verwacht met de invoering in de periode daarna. De uiteindelijke vormgeving is nog niet bekend; wel staat een aantal zaken vast. Men zal meer accent leggen op het inkopen van ketenzorg voor de chronisch zieken. Binnen de intramurale AWBZ-zorg zijn ten aanzien van de bekostiging Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) ingevoerd. Deze ontwikkelingen hebben grote gevolgen.

De ontwikkeling gaat in de richting, dat meer mensen met zwaardere zorgproblemen langer zelfstandig in de thuissituatie moeten blijven wonen en leven, met alle problemen van dien. De zorg in de eerste lijn kan en moet anders worden aangepakt, vinden overheid, cliëntenverenigingen, beroepsgroepen en zorgaanbieders. De regie bij de cliënt, wijkgericht werken, meer samenhang in de zorg van verschillende aanbieders; daar moet het heen. Belangrijk hierbij is het volgende.

“Regie over eigen leven” en autonomie zijn verwante begrippen. De regie over eigen leven voeren is keuzes maken die het beste passen bij het leven dat de cliënt wil leven. Hiermee heeft hij zeggenschap over het eigen leven. Belangrijke keuzes maakt de cliënt niet altijd alleen. Dit gebeurt in overleg met zijn omgeving en of professionals die de cliënt zelf kiest, die hij vertrouwt en waarbij hij zich prettig voelt. Kernbegrippen over autonomie zijn: respecteren van wensen van cliënten, zijn opvattingen en eventuele beperkingen. In dialoog gaan, communiceren en onderhandelen met andere betrokkenen daarbij rekening houden en ondersteuning bieden bij cliënten die dat niet volledig zelfstandig kunnen.

Vrijwel alle partijen zien in de toekomstige eerstelijnszorg een belangrijke functie weggelegd voor de wijkverpleegkundige. Deze kan met een zorginhoudelijke en organisatorische coördinatiefunctie bijdragen aan kwalitatief betere zorg, zonder dat de kosten ervan hoger worden.

Daarnaast moet de multidisciplinaire behandelexpertise die in verpleeghuizen aanwezig is, in de eerstelijns beschikbaar komen. In de toenemende problematiek rondom dementerende ouderen speelt de zorgtrajectbegeleider een belangrijke rol in de keten, als casemanager rondom de cliënt en het cliëntensysteem.

Daarnaast zijn de huisartsen met de praktijkondersteuners steeds beter toegerust om in de zorgketen gericht op ouderen, gehandicapten en chronisch zieken een regierol te vervullen. Voor veel zorgvragers is de huisarts de eerste die bij zorgproblemen aangesproken wordt. Uitvoering van de ketenzorg zal uiteraard alleen met partners kunnen. Adequaat reageren, en gezamenlijk optrekken wordt daarbij steeds belangrijker.

Er wordt op veel plaatsen gewaarschuwd voor ontgroening van de arbeidsmarkt in de zorg. De verwachting is dat de professionele ondersteuning door verzorgenden en verpleegkundigen schaarser wordt. Het beroep op mantelzorg en informele zorg zal daardoor verder toenemen.

4.3 Wat komt er op ons af

Rekening houdend met de demografische ontwikkelingen binnen de gemeente Eersel, is er door de Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric een onderzoek gedaan, en een schatting gedaan naar de ontwikkeling van de ziekte Dementie binnen de grenzen van o.a. de gemeente Eersel. Dementie is een sluipende, niet te genezen, ziekte met een progressief verloop. Zeker in de beginperiode worden de eerste ziekteverschijnselen, zoals toenemende vergeetachtigheid, vermindering van activiteit en verminderde spontaniteit, vaak niet door de omgeving van de patiënt (h)erkend als indicatie voor dementie.

Dementie behoort samen met angst en depressie tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen boven de 60 jaar. De twee meest voorkomende vormen van dementie, zijn de ziekte van Alzheimer (70%) en vasculaire dementie(15%). De gemiddelde levensverwachting na de diagnose is ongeveer 8 jaar. 10 jaar of langer is echter geen uitzondering. Door de hoge levensverwachting van de bevolking in Nederland neemt de ziekteduur bij dementie steeds toe.

De schatting met betrekking tot het aantal mensen met matige en gevorderde dementie in de gemeente Eersel volgens het onderzoek zijn:

populatie	2010	2015	2020	2030	2040
totale groep	242	321	392	496	566
40 t/m 64 jaar	27	28	27	23	19
65 plussers	214	293	364	473	546

% toename ten opzichte van 2008	2010	2015	2020	2030	2040
	113	150	183	232	265

Bij deze aantallen dient 25 % extra te worden opgeteld om een schatting te krijgen van de totale groep mensen met dementie (*inclusief die mensen bij wie de diagnose nog niet is vastgesteld en de mensen met een lichte dementie*).

Landelijke schattingen laten meer dan een verdubbeling zien van het aantal dementerenden (*gezondheidsraad 2002*)

Wie biedt zorg, begeleiding en/of toezicht

1. Meer dan 65% van de ouderen met een matige of ernstige of gevorderde dementie woont thuis met hulp van familie, al dan niet met ondersteuning van de professionele zorg.
2. 60% van alle hulp, die mensen met dementie ontvangen wordt verleend door familieleden, vooral gezinsleden. Mantelzorgers dus. Zonder hen zou de zorg voor mensen met dementie en dus thuis wonen niet mogelijk (kunnen blijven) zijn.
3. 78% van de mantelzorgers is overbelast of loopt groot risico op overbelasting
4. In 75% van de gevallen hebben dementiepatiënten iedere dag, soms zelfs 24 uur per dag, zorg en toezicht nodig.
5. Rond de 30% van de mensen met matige, ernstige of gevorderde dementie verblijft / woont intramuraal (*verzorgingshuis/verpleeghuis of kleinschalig wonen*).
6. In 2004 heeft 12% van de thuiswonenden met dementie en hun mantelzorgers huishoudelijke zorg, persoonlijke zorg en/of verpleging ontvangen
7. 1,7% van de dementerenden maakt gebruik van de voorziening dagactiviteiten.
8. Slechts 4% van de ouderen met dementie heeft contact met ambulante ouderen.

Schatting van de behoefte aan verblijfsplaatsen met 24-uurs toezicht en zorg in de gemeente Eersel (*is gelijk aan 30% van de populatie dementerenden*).

behoefte aan plaatsen	2010	2015	2020	2030	2040
	73	96	118	149	170

Mantelzorgers zijn onmisbaar

Het leeuwendeel van de zorg, begeleiding en toezicht wordt door de mantelzorgers, vaak partners en kinderen, geboden. Alleenstaande ouderen met dementie –waaronder veel vrouwen- vallen vooral terug op (schoon)dochters. 40% van de mantelzorgers is tussen de 45-65 jaar oud en 40% is ouder dan 65 jaar. Oudere partners zijn vaak de enige mantelzorger (85%). Bij zorgende kinderen en andere familieleden wordt de zorg vaker verdeeld.

Minimale schatting van de omvang van het aantal mantelzorgers van mensen met dementie in de gemeente Eersel.

Mantelzorgers	2010	2015	2020	2030	2040
	725	963	1175	1488	1697

Mantelzorgondersteuning is noodzaak

Vaak zijn mantelzorgers zowel fysiek (vaak een 24-uurs taak) psychisch als sociaal zwaar belast. Dementie is niet alleen een zeer ingrijpende aandoening voor de patiënt maar ook voor de mantelzorger. Zo moet men leren omgaan met de gevolgen van de ziekte, het veranderende gedragspatroon, en de veranderingen in de persoonlijkheid van de patiënt, de toenemende afhankelijkheid van de patiënt en het verlies van een dierbare.

Er wordt op veel plaatsen gewaarschuwd voor ontgroening van de arbeidsmarkt in de zorg. De verwachting is dat de professionele ondersteuning door verzorgenden en verpleegkundigen schaarser wordt. Mantelzorgers vormen de ruggengraat in de zorg voor mensen met dementie. Ondersteuning en begeleiding zijn daarom essentieel, en de noodzaak daartoe zal in de toekomst alleen maar toenemen. Het beroep op mantelzorg en informele zorg zal alleen maar verder toenemen.

Waar gaat het naar toe

- Eenvoudige, lichte zorg komt straks meer voor eigen rekening van de cliënt, die zich daar al dan niet voor bijverzekert:
- Zelfmanagement met ondersteuning van mantelzorgers wordt belangrijker.
- Cliënten willen 'gewoon' samenhangende ondersteuning, met raad en daad, bij wat hen overkomt.
- Gemeenten sturen op een samenhangend aanbod van welzijn, preventie en zorg. De wijkbenadering staat centraal.
- Verzekeraars kopen complexe, chronische zorg in als ketenzorg. Daarbij is een doelgerichte samenwerking tussen partijen en beroepsgroepen vereist.
- Cliënten benutten meerdere, op elkaar aansluitende, financieringsbronnen (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en eigen middelen).
- Verpleging wordt minder vanuit de AWBZ, meer vanuit de Zvw gefinancierd. Een goede aansluiting van deze financieringsbronnen, ook met de Wmo, is van groot belang.

4.4 Hoofdpunten van de ontwikkelrichting

Voor wat betreft zorg staan de komende periode de volgende hoofdpunten centraal bij de verdere ontwikkeling van de zorg voor kwetsbare mensen in de thuissituatie.

□ **De cliënt staat centraal.** Daarbij hoort dat hij zoveel mogelijk de regie in eigen hand houdt en zelf kiest waar hij wil wonen en van wie hij zorg wil ontvangen. Het zorgaanbod moet daarbij passen.

□ **Zorgorganisaties bieden integrale zorg.** Met de integrale benadering zijn zij bij uitstek in de gelegenheid om de verbinding tussen verschillende zorgketens te vormen. Goede samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen en andere hulpverleners is essentieel. Een goed voorbeeld van integraal werken zijn de zorgtrajectbegeleiders die in een vroeg stadium worden ingezet bij dementerenden.

Niet minder belangrijk is een goede verstandhouding met zorgverzekeraars en zorgkantoren en goede afspraken over de inkoop van ketenzorg.

□ **Profilering wijkteams met voldoende deskundigheid en een centrale rol van de wijkverpleegkundige.** Voor vrijwel alle partijen, landelijk, is in de toekomstige eerstelijnszorg een belangrijke functie weggelegd voor de wijkverpleegkundige, die met een zorginhoudelijke en organisatorische coördinatiefunctie kan bijdragen aan kwalitatief betere zorg, zonder dat de kosten ervan hoger worden. Duidelijk mag zijn dat hier ingezet wordt op de vraag van de cliënt, door een medewerker met een passend functieniveau en teamgerichte uitvoering van de zorg.

Dit leidt tot:

- Een betere lokale herkenbaarheid van de zorgorganisatie.
- Een sterkere relatie tussen cliënt en zorginstelling.
- Professionele zorg thuis over domeingrenzen heen.
- Een sterkere regionale infrastructuur zoals transfer- en meldpunten.
- Herwaardering van 'verpleging thuis' tot méér dan medisch-technische handelingen.

Vanaf begin 2010 worden deze kleine wijkteams geïmplementeerd binnen ZuidZorg en wordt dit concept verder uitgewerkt. Dit is een ontwikkeling die bij veel zorginstellingen richtinggevend is.

4.5 Woonvormen

Wonen met zorg

Gezien deze ontwikkelrichting blijft het belangrijk in alle kernen van de gemeente Eersel vormen van geclusterd en ondersteund wonen te realiseren. We hebben het dan over steunpuntwoningen, woon-zorgcomplexen, complexen servicewoningen aanleunend tegen een multifunctionele accommodatie. Het mag duidelijk zijn – gezien de sterke vergrijzing – dat voor de grote groep ouderen de eigen woning of een alternatief dat men zelf (eventueel met de eigen familie) organiseert, de plek zal zijn waar men oud wordt. Het individuele netwerk, de bereidheid eigen middelen in te zetten, de beschikbare lokale sociale infrastructuur en wat professioneel kan, zullen sterk bepalend zijn voor het moment van verhuizen. Vooral dit laatste – wat professioneel kan – wordt steeds belangrijker. ZuidZorg speelt hier al op in. Goede voorbeelden daarvan zijn: VieDome, zorg op afstand methodieken, Sociale Alarmering, Thuisdiensten, ontwikkelen van zorgketens, enz. Al eerder is aangegeven dat alle zorgaanbieders soortgelijke pakketten in ontwikkeling hebben. Als we kijken naar de dementerende, dan zien we dat deze na het stellen van de diagnose gemiddeld nog 7 jaar leeft, waarvan hij of zij de laatste 1,5 jaar intramuraal verblijft. De nadruk moet dus liggen op het versterken van de thuissituatie, daar valt nog winst te behalen.

Intramurale zorg

Gezien de verwachte scheiding tussen wonen en zorg in de AWBZ, de invoering van het cliëntvolgende budget en de aanstaande rol van de zorgverzekeraars zal het accent bij de intramurale zorg sterk komen te liggen op de psychogeriatric. Daarbij bestaat er een spanning tussen de gewenste kleinschaligheid en de voor de betaalbaarheid noodzakelijke schaalgrootte. Vanuit het beleid, gaan landelijk alle signalen nog steeds richting kleinschaligheid. Gezien het gestelde in de voorgaande hoofdstukken zijn intramurale zorgvoorzieningen vooral bestemd voor de zwaarste zorg van dementerenden in de laatste fase van hun leven en is clustering op drie of vier plekken in de gemeente aanvaardbaar. Belangrijk punt van zorg blijft de capaciteit die nodig is om per cluster 24 uur aanwezigheid te garanderen. Door de RSZK wordt dit op minimaal 60 cliënten geschat. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in oktober 2009 aangekondigd een beleidsregel te willen aannemen die het voor zorginstellingen mogelijk maakt kleinschalige zorg voor mensen met dementie mogelijk te maken (bijlage 6). Onder kleinschalige zorg wordt verstaan de zorg die verleend wordt door instellingen of delen daarvan aan uitsluitend personen in verband met een psychogeriatric aandoening, gepaard gaande met een beschermende woonomgeving (minimaal ZZP VV5). Deze beschermende woonomgeving bestaat uit een zelfstandige woning die, naast één of meer privé-vertrekken voor de bewoners afzonderlijk, over ruimte(n) beschikt waar men gezamenlijk kan verblijven, evenals een gezamenlijke keuken ten behoeve van koken op de groep. De voorziening heeft een beperkte omvang, dat wil zeggen dat zij huisvesting biedt aan ten hoogste acht personen per woning. Deze woning kan gelegen zijn binnen de muren van het verpleeghuis maar ook 'in de wijk'. Voorzieningen in de wijk met maximaal 24 bewoners op een locatie worden met dit programma extra gestimuleerd. Voor de ontwikkeling hiervan stelt het ministerie in 2009, 2010 en 2011 middelen beschikbaar. De zorginstellingen kunnen hierop aanspraak maken voor het verrichten van een haalbaarheidsstudie en op een behoorlijke tegemoetkoming in de kosten van de transitie- en opstartfase per te realiseren plaats. Voor de kern Eersel zou dit kunnen betekenen dat een tweede locatie waar intramurale zorg wordt geboden met toepassing van deze regeling tot de mogelijkheden kan behoren.

Het is vijf voor twaalf

Uit de cijfers in paragraaf 4.2 blijkt dat vooral de cijfers met betrekking tot dementie zeer ernstig zijn. De zorginstellingen geven het signaal af dat het vijf voor twaalf is. Op veel terreinen dreigen de problemen onbeheersbaar te worden. Een gezamenlijke inspanning om in deze tijd van crisis en bezuinigingen de zorg voor deze kwetsbare mensen op aanvaardbaar niveau te houden is noodzakelijk.

4.6 Speerpunten voor de gemeente Eersel

Voor wat betreft zorg is voor de komende jaren een aantal speerpunten geformuleerd. De volgorde zegt niets over het belang:

- blijven streven naar geclusterde service/zorgwoningen (aangepaste woning, geschikt voor bewoning als men hulpbehoevend is) in alle kernen, zodat daar overal voldoende gelijkvloerse woningen zijn waar zorg verleend kan worden;

- aandacht voor mantelzorg en mantelzorgondersteuning. Het Steunpunt Mantelzorg en de regionale Werkgroep Mantelzorg, zijn hiermee bezig. Gezien de ontwikkelrichting in de zorg is meer inzet op dit punt nodig;
- stevig inzetten op de ontwikkeling van informele vormen van zorg en ondersteuning in de thuissituatie Een voorbeeld hiervan is het huiskamer project;
- belangrijk is om ook werk te maken van een herkenbare en zichtbare aanwezigheid in de dorpen van de zorginstellingen;
- kijkend naar de behoefte aan intramuraal wonen, die uit de TNO cijfers spreekt, dan is het realiseren van intramurale huisvesting b.v. op het terrein van de Wiekenborg urgent en moet ook prioriteit krijgen;
- door de bezuiniging als gevolg van de AWBZ-pakketmaatregel is er voor bijna alle doelgroepen een gat komen te liggen op het gebied van dagbesteding, dagopvang en dagverzorging. Aan de onderkant voor de doelgroep ouderen wordt middels het huiskamerproject soelaas geboden voor de lichtste groep. Het is belangrijk om gezamenlijk op dit punt weer een gesloten keten te realiseren. Voor de doelgroep met een psychische beperking biedt de Boei een indicatievrije inloop;
- op veel plaatsen wordt gepleit voor een cultuurverandering die nodig is – meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid – en de daaruit voortvloeiende bereidheid tot het inzetten van eigen middelen. Als we dit serieus nemen moeten we gezamenlijk hierop ook actie ondernemen;
- bij het bovenstaande hoort een garantie op een kwalitatief goede basiszorg. Dat is niet alleen een landelijke beleidsmatige verantwoordelijkheid. Dat betekent dat de bij deze notitie betrokken partijen bereid zijn op lokaal niveau de handen ineen te slaan en elkaar te helpen, op het moment dat mensen echt in de knel komen;
- op het terrein van de zorg is steeds meer aan de hand. Goede afstemming tussen de zorginstellingen om te voorkomen dat mensen in de knel komen en te zorgen dat voor complexe probleemsituaties oplossingen worden gevonden is belangrijk. In Bladel zijn op dit punt goede ervaringen opgedaan middels het Sparproject. Deze vorm van eerstelijns-overleg gekoppeld aan het Wmo-loket kan ook in de gemeente Eersel goede diensten bewijzen.

HOOFDSTUK 5 SLOT

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn respectievelijk de onderdelen wonen, welzijn en zorg voor de doelgroepen ouderen, chronisch zieken en gehandicapten uitgewerkt. Geconstateerd kan worden dat de ontwikkelingen op deze terreinen in een snel tempo doorgaan en continu vragen om flexibiliteit in het beleid op deze terreinen. Als rode draad in het geheel komt naar voren dat van de burger wordt verwacht dat hij zolang mogelijk zelfstandig blijft wonen en leven en hij (en zijn omgeving) in toenemende mate zelf inhoudelijk en financieel verantwoordelijk wordt voor de nodige ondersteuning daarin. Voorliggende collectieve welzijnsvoorzieningen moeten hem hierbij helpen. De voorheen vanzelfsprekende zorg wordt steeds meer uitgedund, zodat de verwachting is dat straks alleen nog zorg beschikbaar is voor de zware en complexe zorgvragen. Lichte en eenvoudige zorg wordt steeds meer een taak van de burger zelf. Ook is geconstateerd dat om kwalitatief goede basiszorg te kunnen blijven leveren betrokken partijen bereid moeten zijn op lokaal niveau de handen ineen te slaan en elkaar te helpen, op het moment dat mensen echt in de knel komen. Op het gebied van wonen is geconstateerd dat omdat mensen langer zelfstandig moeten blijven wonen er op termijn een tekort is aan geschikte woningen. Daarom dient bij nieuwe woningbouwprojecten nog nadrukkelijker rekening gehouden te worden met de behoefte aan “levensloopbestendige” woningen. De effecten hiervan zijn echter beperkt. Er dient daarom ook meer geïnvesteerd te worden in de eigen woning. Dit kan onder meer door het project “blijvend thuis in eigen huis” maar bijvoorbeeld ook door het versoepelen van de regels om mantelzorgbewoning meer mogelijk te maken.

Wat betreft de intramurale zorg is geconstateerd dat de zorg zich in toenemende mate concentreert op psychogeriatric. Uitgaande van de cijfers van TNO neemt de druk op deze vorm van zorg de komende jaren gigantisch toe en is uitbreiding van het aantal plaatsen dringend gewenst.

Concrete acties komende jaren

Wonen

- In de kleine kernen inzetten op multifunctionele centra met daarbij woonclusters voor de doelgroep (voorzieningen en vraagconcentratie). Als dit niet haalbaar is inzetten op woonclusters voor de doelgroep elders in het dorp (vraagconcentratie). Het aantal woningen en woningtypologie moet onderwerp van studie zijn. Een en ander dient te worden verankerd in de woonvisie van Eersel;
- Bij nieuwe woningbouwprojecten wordt nog nadrukkelijker rekening gehouden met de behoefte aan “levensloopbestendige” woningen, ouderenwoning en de behoefte aan zorg. De gemeente stimuleert dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen door onder meer het aanpassen van de eigen woning en inzetten van domotica, waarbij de eigen verantwoordelijkheid zoveel als mogelijk bij de mensen zelf wordt gelegd. Dit wordt meegenomen in de nieuwe woonvisie;
- De gemeente neemt de regierol om met de diverse partijen (zorginstellingen, corporaties, projectontwikkelaars, buurgemeenten) te blijven overleggen om goede keuzes te kunnen maken en om uitvoering te kunnen geven aan het beleid. De Adviesraad wonen, welzijn en zorg is een prima orgaan om mee aan tafel te blijven voor overleg op deze gebieden.

Welzijn

- Nadrukkelijke aandacht voor het vrijwilligersbeleid en ondersteuning mantelzorg;
- Inspelen op de vraag en niet vanuit het aanbod vanwege de diversiteit van de doelgroepen;
- Realiseren/versterken voorliggende welzijnsvoorzieningen in relatie tot de in wonen genoemde woonclusters voor de doelgroep;
- Inzetten op de ontwikkeling van informele vormen van zorg en ondersteuning in de thuissituatie. Een voorbeeld hiervan is het huiskamerproject (zie eerdere opmerking).

Zorg

- herkenbare en zichtbare aanwezigheid in de dorpen van de zorginstellingen;
- realiseren van huisvesting in de kern Eersel voor mensen met een zorgvraag;
- een gesloten keten organiseren ten aanzien van de terreinen dagbesteding, dagopvang en dagverzorging;
- een garantie op een kwalitatief goede basiszorg door de gezamenlijke zorgpartijen.
- goede afstemming tussen de zorginstellingen om te voorkomen dat mensen in de knel komen en te zorgen dat voor complexe probleemsituaties oplossingen worden gevonden.

Algemene vertrekpunten

Op zowel de terreinen van wonen, zorg en welzijn is het cruciaal dat de verschillende betrokken partijen samenwerken om de samenhang te realiseren en in stand te houden. De betrokken partijen, verenigd in de huidige Werkgroep Wonen, welzijn en zorg spreken de bereidheid uit om de handen ineen te slaan en elkaar te helpen deze samenhang te realiseren.

Bijlagen

Bijlage 1: Organisaties die zitting hebben in de werkgroep

Woningstichting de Zaligheden
Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen
Zuidzorg
St. Joris
Lunetzorg
MEE Zuidoost-Brabant
Seniorenraad Eersel
Gecoördineerd Ouderenwerk de Kempen
Gemeente Eersel

Bijlage 2: Beleidsnotities in de periode 2003-2008 geformuleerd

- 1 Kadernota vrijwilligersbeleid 2004.
- 2 Lokaal loket gemeente Eersel: concretisering visie september 2006.
- 3 Stand van zaken lokaal sociaal beleid en de prestatievelden Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
- 4 Welzijnsprestatieplan 2008-2011: Met effect en niet in de ban van het getal.
- 5 Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2011.
- 6 Ouderenmonitor 2006.
- 7 Woonvisie 2003.
- 8 Leefbaarheidsonderzoek 2005.

Bijlage 3: Uitgevoerde projecten binnen het kader van WWZ (vanaf 2003 t/m 2008):

- Opplussen van de bestaande voorraad seniorenwoningen van Woningstichting de Zaligheden.
- Structureel huisvesten te Eersel van dagbestedingcentrum de Boei.
- 10 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) met domoticavoorzieningen aan Den Hofpad (Groenendaal) te Vessem t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 9 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) met welzijnsinfrastructuur in de Stern te Steensel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 34 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) met welzijnsinfrastructuur in de Koperwiek te Eersel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 17 nieuwbouw studio's/appartementen (huur) Koperwiek Eersel t.b.v. begeleid wonen voor mensen met een verstandelijke beperking.
- 14 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) in Eereslo Nieuwstraat te Eersel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 67 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) in Atrium en Forum (Kerkebogten) te Eersel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 22 nieuwbouw multifunctionele grondgebonden servicepatiowoningen (huur) in plan Kerkebogten te Eersel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 24 plaatsen in groepswoningen (4 x 6) in plan Kerkebogten Eersel voor intensieve intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.
- 36 plaatsen in groepswoningen (6 x 6) in plan Kerkebogten Eersel voor intensieve projecten heeft gerealiseerd bijvoorbeeld aan de Dijk te Eersel.
- 9 plaatsen voor intensieve intramurale zorg in Forum (Kerkebogten) te Eersel.
- 5 plaatsen voor intensieve intramurale voor tijdelijke opvang in Forum (Kerkebogten) te Eersel.
- Dagbestedingcentrum in Kerkebogten te Eersel voor mensen met een verstandelijke beperking
- Zorg en welzijnsinfrastructuur in de gebouwen Forum en Atrium in plan Kerkebogten te Eersel.

Concreet in uitvoering of in voorbereiding zijnde projecten binnen het kader van WWZ:

- Gezondheidscentrum Dolium in plan Kerkebogten Eersel
- 36 nieuwbouw multifunctionele serviceappartementen (huur) Dolium in plan Kerkebogten Eersel t.b.v. ouderen al dan niet met zorgvraag.
- 30 intramurale zorgplaatsen en zorginfrastructuur in de Woonzorgboerderij aan de Flinkert te Vessem. (18 plaatsen voor senioren PG en 12 plaatsen VG-sector)
- Vessem: 3 ouderenwoningen in plan Lange Ekker
- Steensel: 3 woningen in Steensel Noord;
- Wintelre: 7 ouderenwoningen in plan Koemeersdijk;
- Knegsel: een multifunctionele accommodatie (MFA)/ brede school in combinatie met woningbouw voor alle doelgroepen waaronder circa 25 woningen die geschikt zijn voor ouderen.

Overzicht projecten Lunetzorg

- Pit dagbesteding Duizel

- Kerkenbochten Eersel
- 6 woongroepen op locatie de Donksbergen
- Lange Termijn Huisvestings Plan project nog steeds draaiende op locatie de Donksbergen in Duizel.

Bijlage 4: De bevolkingsprognoses naar leeftijd voor de jaren 2010, 2015, 2020, 2025 en 2030

Bron: Primos bevolkingsprognoses

Percentages gemeente Eersel

	2010	2015	2020	2025	2030
Bevolking 0-14 jaar	16,8	14,9	14,1	14,7	15,7
Bevolking 15-29 jaar	16,8	17,4	17,2	15,5	14,4
Bevolking 30-44 jaar	17,8	15,8	15,7	16,8	17,4
Bevolking 45-64 jaar	31,1	31,6	30,3	27,8	28,8
Bevolking 65-74 jaar	10,2	11,0	12,1	13,0	14,3
Bevolking 75 jaar en ouder	7,2	9,2	10,6	12,2	13,3

Percentages provincie Noord-Brabant

	2010	2015	2020	2025	2030
Bevolking 0-14 jaar	17,2	16,2	15,3	15,2	15,4
Bevolking 15-29 jaar	17,8	18,2	18,3	17,1	16,4
Bevolking 30-44 jaar	20,7	18,4	17,5	17,7	18,0
Bevolking 45-64 jaar	28,6	28,9	28,5	27,1	25,0
Bevolking 65-74 jaar	8,9	10,8	11,7	12,0	12,9
Bevolking 75 jaar en ouder	6,8	7,6	8,6	10,8	12,2

Percentages Nederland

	2010	2015	2020	2025	2030
Bevolking 0-14 jaar	17,6	16,7	16,0	16,0	16,1
Bevolking 15-29 jaar	18,2	18,4	18,5	17,9	17,3
Bevolking 30-44 jaar	20,9	18,8	17,9	18,2	18,5
Bevolking 45-64 jaar	28,0	28,3	28,1	26,3	24,4
Bevolking 65-74 jaar	8,5	10,3	11,4	11,4	12,1
Bevolking 75 jaar en ouder	6,9	7,4	8,2	10,2	11,5

Bijlage 5: Definities SRE

Zorgwoning

Verzamelaam voor die woningen die aangepast zijn voor bewoners met een lichamelijk en/of geestelijke handicap en waar zorg geleverd wordt of de levering van zorg (in de toekomst) mogelijk is.

Beschermde wonen: woon- en verblijfsvormen met 24-uurs nabije zorg en bescherming (inclusief toezicht). Met nabij wordt bedoeld op de zorg die permanent aanwezig is. In het algemeen betreft het onzelfstandig wonen, met zowel fysieke aanpassingen als de aanwezigheid van zorginfrastructuur. Het kan voorkomen dat er voorzieningen voor zelfstandig wonen aanwezig zijn (bijvoorbeeld een keuken). Vaak ligt de nadruk op groepswonen. Plaatsen waar “beschermde wonen” wordt aangeboden zijn bijvoorbeeld:

verpleeghuizen;

deel van de verzorgingshuizen;

kleinschalige vormen van groepswonen (bijvoorbeeld voor dementerende ouderen).

Verzorgde wonen: al dan niet zelfstandige eenheden of woningen, die op basis van fysieke kenmerken geschikt zijn voor wonen en zorg. Daarbij is de mogelijkheid tot het verkrijgen van extramuraal verzorging, verpleging & begeleiding én hotel- en welzijnsdiensten in deze woningen onlosmakelijk onderdeel van het geboden arrangement. Zorg op afroep is mogelijk. Extra ruimte in de woning voor verzorging en de directe fysieke nabijheid van zorgvoorzieningen en diensten (al dan niet binnen het complex) zijn specifieke kenmerken van deze vorm van wonen. Vaak gaat het om geclusterde woonvormen. Verzorgde wonen wordt bijvoorbeeld aangeboden in:

Verzorgingshuizen;

Woonzorgcomplexen;

Aanleunwoningen;

ADL-clusters (Algemene Dagelijkse Levensbehoeften);

In de buurt van zorgsteunpunten (ook wel aangeduid met woonzorgzones).

Geschikt wonen (nultredenwoning): heeft alle primaire ruimten (woonkamer, keuken, sanitair en minimaal één slaapkamer) gelijkvloers, waarbij de voordeur zonder trap is te bereiken en waar drempels laag zijn of ontbreken. In deze woningen wordt geen 24-uurs nabije zorg of zorg op afroep geleverd. Wel kan het zijn dat er aanpassingen aanwezig zijn of dat er zorg op afspraak wordt geleverd (zoals thuiszorg). Daarnaast kan het zijn dat er allerlei welzijnsdiensten worden aangeboden zoals personenalarmering, huishoudelijke hulp, maaltijdservice en een klussendienst. Bij de geschikte woningen horen bijvoorbeeld flats, appartementen, patiowoningen en bungalows.

Geschikt wonen (aangepast): ingrijpend aangepaste woningen voor onder andere gehandicapten (dit hoeven niet persé nultredenwoningen te zijn).

Bijlage 6

Aanwijzing NZa-beleidsregel kleinschalige zorg voor mensen met dementie

De Voorzitter van de Eerste Kamer en Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017/18
2500 EA DEN HAAG
DLZ/KZ-U-2959632
DLZ/KZ-U-2959638
23 oktober 2009

Geachte voorzitter,

1.1 Aanwijzing beleidsregel kleinschalige zorg

Ik ben op grond van artikel 7, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) voornemens een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven. Conform artikel 8 van de WMG informeer ik u over de zakelijke inhoud van die aanwijzing. Ik zal niet eerder overgaan tot het geven van de aanwijzing dan dertig dagen na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen in de Staatscourant.

Ik streef er naar dat de beleidsregel die op basis van deze aanwijzing tot stand moet komen uiterlijk 1 december 2009 kan worden vastgesteld door de NZa.

Tevens geef ik middels deze brief gehoor aan de motie Jan de Vries/van Miltenburg betreffende kleinschalige woonvoorzieningen (25 424, nr. 90).

1.2 Context

Het kabinet vindt het van belang dat mensen die lijden aan een psychogeriatrische aandoening (dementie) de zorg die zij nodig hebben, meer dan nu het geval is, kunnen ontvangen in een kleinschalig georganiseerde omgeving.

Het kabinet vindt het voorts van belang dat mensen die aangewezen zijn op AWBZ-verzekerde zorg over meer keuzemogelijkheden beschikken met betrekking tot de wijze waarop en de omgeving waarin zij die zorg ontvangen.

In de brief aan de Tweede Kamer van 31 mei 2007 "Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan" (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 146) heb ik dan ook aangegeven dat ik met voorstellen zal komen om de totstandkoming van kleinschalig wonen te bevorderen. Ik kies er overigens niet voor om kleinschalig wonen als het enige en verplichte concept op te leggen.

Ook in mijn brief "Zeker van Zorg" (TK 2007-2008, 30597, nr. 15) en in het actieplan "Beter (t)huis in de buurt" is diversiteit in wonen het uitgangspunt.

In mijn brief van 20 januari 2009 (TK 2008-2009, 25424, nr. 77) heb ik weergegeven waarom kleinschalig wonen moet worden gestimuleerd.

Tijdens het VSO kleinschalig wonen voor mensen met dementie van 11 juni jl. is er een motie ingediend en aangenomen van de Kamerleden Jan de Vries en Van Miltenburg. In de motie wordt het verzoek gedaan een regeling te ontwerpen voor zowel recentelijk gerealiseerde initiatieven als nieuwe kleinschalige wooninitiatieven voor mensen met dementie, waarbij de zorginstelling minimale administratieve lasten heeft.

In deze brief informeer ik u zowel over de inhoud van de voorgenomen aanwijzing als over de wijze waarop ik bovenstaande motie ten uitvoer breng.

1.3 Stimuleringsprogramma kleinschalige zorg

Ik heb gekozen voor een stimuleringsprogramma waarmee zowel initiatieven worden bevorderd die een omslag van grootschalig naar kleinschalig georganiseerde zorg gaan maken, als nieuw te starten initiatieven waarin de zorg kleinschalig geboden wordt. Ervaring met eerdere initiatieven heeft mij geleerd dat voor een toekomstbestendig concept, voorafgaand aan de start van nieuwe initiatieven, onderzoek en advies noodzakelijk zijn. Daarnaast blijkt dat de opstart of de transitie naar kleinschalige zorg gepaard gaat met tijdelijke extra kosten. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan kosten voor bijscholing en tijdelijke versterking van het verandermanagement. Deze kosten kunnen een remmend effect hebben voor instellingen op het realiseren van kleinschalige zorg. Mijn ondersteuning richt zich daarom vooral op de onderzoeks-, opstart- en transitiefase. Het stimuleringsprogramma biedt zorginstellingen een tegemoetkoming in de kosten die het omzetten van een (gedeelte van een) instelling naar kleinschalige zorg en/of de opstartfase met zich meebrengen. Ik zal de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing geven om hiervoor een beleidsregel te ontwikkelen.

Ik heb gemerkt dat de term 'kleinschalig wonen' in dit kader te weinig weergeeft wat ik met het stimuleringsprogramma beoog. Beter is het te spreken van de term 'kleinschalige zorg'. Binnen dit stimuleringsprogramma heb ik er bovendien voor gekozen om een ruimere definitie te hanteren dan de definitie kleinschalig wonen van het Uitvoeringsbesluit WTZi om een grotere diversiteit aan kleinschalige woonvormen te stimuleren.

Onder kleinschalige zorg wordt in dit verband het volgende verstaan. De zorg die verleend wordt door instellingen of delen daarvan aan uitsluitend personen in verband met een psychogeriatrische aandoening, gepaard gaande met een beschermende woonomgeving (minimaal ZP VV5). Deze beschermende woonomgeving bestaat uit een zelfstandige woning die, naast één of meer privévertrekken voor de bewoners afzonderlijk, over ruimte(n) beschikt waar men gezamenlijk kan verblijven, alsmede een gezamenlijke keuken ten behoeve van koken op de groep. De voorziening heeft een beperkte omvang, dat wil zeggen dat zij huisvesting biedt aan ten hoogste acht personen per woning. Deze woning kan gelegen zijn binnen de muren van het verpleeghuis maar ook 'in de wijk'. Voorzieningen in de wijk met maximaal 24 bewoners op een locatie worden met dit programma extra gestimuleerd.

Met dit programma gaat het er niet om een strak concept te hanteren waarbij er op een soort woonvorm gestuurd wordt, maar om kaders te scheppen voor een toekomstbestendige kleinschalige woonvorm, waarbij een variëteit in verschillende woonvormen een wenselijk resultaat is.

Daarom is er voor het stimuleren van kleinschalige zorg voor mensen met dementie in totaal maximaal € 71,1 miljoen beschikbaar gesteld over een periode van 3 jaar, te weten 2009, 2010 en 2011. De middelen die beschikbaar zijn voor de jaren 2010 en 2011 zijn naar beneden bijgesteld ten opzichte van mijn brief van 20 januari 2009 (Kamerstuk 2008-2009, 25424, nr. 77). Dit als gevolg van de wijze waarop VWS invulling heeft gegeven aan de interne herschikkingen op de VWS-begroting en de taakstelling in het crisisakkoord (31070, nr. 24 herdruk). De zorginstelling kan uit het te ontwikkelen stimuleringsprogramma aanspraak maken op middelen voor het verrichten van een haalbaarheidsstudie en op een behoorlijke tegemoetkoming in kosten van de transitie- en opstartfase per te realiseren plaats. Ter illustratie; voor een kleinschalige voorziening in de wijk met een omvang van 24 plaatsen resulteert dit in een stimuleringsbedrag van circa € 300.000,-. Het is gerechtvaardigd om aan instellingen die gebruik maken van middelen uit het stimuleringsprogramma voorwaarden te stellen alvorens zij in aanmerking komen voor een dergelijk omvangrijk bedrag. Hieronder zal ik toelichten hoe ik de voorwaarden vorm geef.

1.4 Uitgangspunten stimuleringsprogramma kleinschalige zorg

De volgende initiatieven komen in aanmerking voor het stimuleringsprogramma.

In de eerste plaats dient een initiatief betrekking te hebben op kleinschalige zorg voor mensen met dementie die op grond van een ZP VV5 of hoger aanspraak kunnen maken op verblijf dat wordt

bekostigd op grond van de AWBZ.

Bij het ontwikkelen van kleinschalige zorg worden vier modellen onderscheiden.

a. Het organiseren van kleinschalige zorg binnen de muren van de grote instelling (zorg en verblijf AWBZ-gefinancierd).

b. Het spreiden van de AWBZ verblijfs capaciteit in 'de wijk' met kleine eenheden van maximaal 24 plaatsen op een locatie (zorg en verblijf AWBZ-gefinancierd).

c. Het bieden van kleinschalige zorg aan mensen in een geclusterde setting op basis van het scheiden van wonen en zorg. De huisvestingslasten worden door de cliënt zelf betaald (alleen zorg AWBZ-gefinancierd).

d. Het bieden van kleinschalige zorg in 'de wijk' met kleine eenheden van maximaal 24 plaatsen op basis van het scheiden van wonen en zorg. De huisvestingslasten worden door de cliënt zelf betaald (alleen zorg AWBZ-gefinancierd).

In de tweede plaats moet het initiatief starten of gestart zijn in de periode 1 januari 2009 – 1 januari 2012. Als start van een project wordt beschouwd het moment waarop een projectplan is vastgesteld op grond waarvan de organisatie de activiteiten in gang heeft gezet -of nog zal zetten- om tot daadwerkelijke omvorming (bestaande capaciteit) of realisatie (nieuwe capaciteit) te komen. Dit ter beoordeling van het zorgkantoor.

De looptijd van de beoogde NZa-beleidsregel is 3 jaar. Met andere woorden, de beleidsregel werkt terug tot 1 januari 2009 en loopt tot 1 januari 2012.

In de derde plaats kan een initiatief slechts één keer een beroep doen op de beleidsregel.

1.5 Procedure

Om de instellingen voor de transitie- of opstartfase naar kleinschalige zorg financieel te kunnen faciliteren is de volgende procedure ontwikkeld.

1. Uitvoeren haalbaarheidsstudie.
2. Beoordelen haalbaarheidsstudie en projectplan voor kleinschalige zorg door zorgkantoren.
3. Indienen aanvraag bij de NZa.
4. Toekennen bedrag door de NZa.
5. Resultaten beleidsdoelstellingen.

1.5.1 Ad 1. Haalbaarheidsstudie

De zorginstelling die wil overgaan tot kleinschalige zorg maakt een haalbaarheidsstudie om te kunnen beoordelen wat er nodig is om dat voornemen goed en toekomstbestendig te organiseren en de gevolgen voor de organisatie als geheel te kunnen beoordelen. De haalbaarheidsstudie dient als basis voor het opstellen van een projectplan voor kleinschalige zorg. Dit projectplan bestaat uit de haalbaarheidsstudie, de startdatum van het project, de omvang van het plan en een tijdsplanning. Indien gewenst kan de zorginstelling een haalbaarheidsstudie uit laten voeren middels de regeling 'haalbaarheidsstudies kleinschalige zorg'. De zorginstelling stelt hiervoor een kennisinstelling aan die de studie uitvoert. De aangestelde kennisinstelling dient aantoonbare ervaring te hebben met haalbaarheidsstudies op het gebied van zorg en bouw.

De kennisinstelling dient bij het onderzoek aandacht te besteden aan de vooraf opgestelde elementen welke terug dienen te komen in het rapport. Het gaat hierbij om elementen die ik belangrijk vind bij het opzetten van kleinschalige zorg. Het gaat onder andere om het zorgconcept (wordt er samen gekookt?), huiselijkheid (mogen eigen meubels mee?), organisatieomslag (hoe zorgt de instelling voor genoeg opgeleid personeel?), en bouw (betreft het nieuwbouw of bestaande bouw?). De haalbaarheidsstudie gaat ook in op de vraag naar kleinschalige zorg voor de lange termijn in de betreffende regio. Deze elementen zijn vastgelegd in het format voor de haalbaarheidsstudies. De opgestelde elementen moeten binnen elke haalbaarheidsstudie belicht worden, ongeacht of de zorginstelling het onderzoek uit laat voeren binnen de regeling haalbaarheidsstudies kleinschalige zorg of dat de zorginstelling op een andere manier aantoont dat de haalbaarheidsstudie is verricht.

1.5.2 Ad 2. Beoordelen projectplan kleinschalige zorg door zorgkantoren

De zorginstelling stelt een projectplan kleinschalige zorg op. Het projectplan bestaat uit de haalbaarheidsstudie en geeft inzicht in de startdatum van het project, de omvang van het project, het aantal plaatsen verblijf dat men kleinschalig wil organiseren en in de manier waarop de instelling dit gaat realiseren en de tijdsplanning waarin dit plaatsvindt.

De instelling bespreekt het voornemen om kleinschalige zorg te gaan realiseren met het zorgkantoor en legt het projectplan kleinschalige zorg aan het zorgkantoor voor. Het zorgkantoor controleert of alle elementen verwerkt zijn in het rapport van de haalbaarheidsstudie. Ook beoordeelt het zorgkantoor het projectplan en gaat na of het projectplan past binnen het inkoopbeleid van het kantoor binnen de regio. Als het zorgkantoor instemt met het plan, wordt het projectplan door beide partijen ondertekend.

1.5.3 Ad 3. Indienen aanvraag bij de NZa

Als het zorgkantoor instemt met het projectplan dient de zorginstelling samen met het zorgkantoor een aanvraag in bij de zorgautoriteit.

De NZa heeft de volgende informatie nodig om de aanvraag te kunnen honoreren:

- de startdatum van het project
- het goedgekeurde en ondertekende projectplan
- de omvang van het plan: het aantal te realiseren plaatsen en het vergoedingsbedrag per te realiseren plaats.

Het ingediende plan dient hierover uitsluitend te geven.

De omvang van het plan wordt uitgedrukt in Q en P. Q staat voor het aantal te realiseren zorgplaatsen voor cliënten met een zorgindicatie ZZP VV5 of hoger en P staat voor het bedrag per cliënt dat voor het betreffende plan kan worden gevraagd. Dit bedrag is een tegemoetkoming in de kosten die het omzetten van een (gedeelte van een) instelling naar kleinschalige zorg en/of de opstartfase met zich meebrengen en is dus niet kostendekkend voor het projectplan.

Bij het vaststellen van P wordt onderscheid gemaakt naar de eerdergenoemde vier modellen:

- model a leidt tot een bedrag P van € 7.500,-;
- model b leidt tot een bedrag P van € 12.500,-;
- model c leidt tot een bedrag P van € 7.500,-;
- model d leidt tot een bedrag P van € 12.500,-.

De differentiatie in de toe te kennen bedragen is gemaakt op basis van het feit dat het stimuleren van plaatsen voor kleinschalige zorg in de wijk de voorkeur heeft boven het realiseren van kleinschalige zorg in grootschalige voorzieningen.

1.5.4 Ad 4. Toekennen bedrag door NZa

De NZa keurt de aanvraag goed als het projectplan en de aanvraag zijn ondertekend door zorginstelling én zorgkantoor. De NZa zal de aanvraag niet op de inhoud toetsen. Zoals hiervoor vermeld vindt deze toets plaats door het zorgkantoor. De NZa stelt daarbij eenmalig een bedrag vast op de wijze zoals hiervoor bepaald.

1.5.5 Ad 5. Resultaat beleidsdoelstellingen

De doelmatigheid en effectiviteit van het stimuleringsprogramma (van zowel de haalbaarheidsstudies als de NZa-beleidsregel) zal door VWS of door een extern ingehuurde partij worden geëvalueerd. De resultaten hiervan worden zowel tussentijds (eind 2010) als aan het eind van het programma (medio 2012) inzichtelijk gemaakt. Om effectief te kunnen toetsen wordt de NZa en de zorgkantoren gevraagd om informatie aan te leveren om deze evaluatie mogelijk te maken.

1.6 Zakelijke inhoud NZa-beleidsregel

Om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming in de kosten van de transitie- en opstartfase ben ik voornemens om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing voor het ontwikkelen van een beleidsregel te geven. Een aanvraag voor een tegemoetkoming op grond van

deze beleidsregel wordt getoetst en medeondertekend door de zorgkantoren. De looptijd van de NZa-beleidsregel is 1 januari 2009 tot 1 januari 2012. Initiatieven die starten of gestart zijn in deze periode kunnen aanspraak maken op de middelen uit de beleidsregel. Als start van een project wordt beschouwd het moment waarop een projectplan is vastgesteld op grond waarvan de organisatie de activiteiten in gang heeft gezet - of nog zal zetten - om tot daadwerkelijke omvorming (bestaande capaciteit) of realisatie (nieuwe capaciteit) te komen. Dit ter beoordeling van het zorgkantoor. Dit houdt in dat instellingen de middelen met terugwerkende kracht aan kunnen vragen tot 1 januari 2009. Dit geldt ook voor instellingen die tussen 1 januari 2009 en heden reeds een kleinschalig wooninitiatief hebben gerealiseerd. Omdat de middelen vanaf 1 januari 2009 beschikbaar zijn, is het niet mogelijk deze te verstrekken aan zorginstellingen waarbij het kleinschalige wooninitiatief voor deze datum is gerealiseerd. De NZa keurt de aanvraag goed als het projectplan en de aanvraag zijn ondertekend door zorginstelling én zorgkantoor. De NZa zal de aanvraag niet op de inhoud toetsen. Zoals hiervoor vermeld vindt die toets plaats door het zorgkantoor. De uitvoering van de NZa-beleidsregel brengt dus nauwelijks extra administratieve lasten met zich mee.

1.7 Beschikbare middelen NZa-beleidsregel

Voor het uitvoeren van de NZa-beleidsregel is in de jaren 2009, 2010 en 2011 een bedrag van maximaal respectievelijk € 18, € 24,8 en € 22,3 miljoen beschikbaar in het financieel kader. De middelen worden volgens het molenaarsprincipe verdeeld. Dat betekent dat het geld wordt verdeeld op volgorde van binnenkomst. Het molenaarsprincipe wordt toegepast zodat de aanvraag snel afgehandeld kan worden. Voor de toekenning van de middelen hoeft de NZa niet te wachten tot een inschrijvingstermijn is verstreken en het totaalbedrag van de aanvragen duidelijk is. Ook is het dan bij de aanvraag voor de zorginstelling vooraf duidelijk wat de omvang van de vergoeding zal zijn, indien de aanvraag wordt toegekend.

1.8 Uitvoering motie Jan de Vries/van Miltenburg

Om uitvoering te geven aan de eerder genoemde motie en de administratieve last voor de zorginstelling zo laag mogelijk te houden, is onderzocht in hoeverre de zorginstelling kan aansluiten bij het opstellen van het businessplan dat de zorginstelling nodig heeft voor de financiering van zijn plannen. Nader onderzoek wijst uit dat de haalbaarheidsstudie belangrijke informatie oplevert die rechtstreeks voor het opstellen van het businessplan kan worden gebruikt.

Het verwerken van deze elementen in de haalbaarheidsstudie vraagt dus niet om een extra en grote administratieve last voor de zorginstelling, maar is een onderdeel van het onderzoek dat iedere zorginstelling vooraf toch al doet bij de start van een nieuw initiatief. Ik hecht er waarde aan de zorginstellingen in dit kader hierbij te ondersteunen.

Middels het stimuleringsprogramma wil ik zorginstellingen op een zo toegankelijk mogelijke manier ondersteunen in het realiseren van kleinschalige zorg door hen te faciliteren in het krijgen van inzicht van de impact die de introductie van kleinschalige zorg binnen hun organisatie zal hebben. Dit inzicht, vastgelegd in een haalbaarheidsstudie, vervult tevens gedeeltelijk de input die nodig is voor het opstellen van het businessplan en het projectplan. Daarnaast heb ik de toegang tot de middelen uit de te ontwikkelen NZa-beleidsregel zo eenvoudig mogelijk gemaakt.

Ik kies ervoor –in navolging van de genoemde motie- om de administratieve lasten voor zorginstellingen te minimaliseren. De administratieve last doet zich eenmalig voor op het moment waarop een beroep wordt gedaan op de middelen voor de haalbaarheidsstudie -die men toch al maakt in het kader van regulier

beleid- en de NZa-beleidsregel. Omdat ik het belangrijk vind dat het stimuleringsprogramma geen extra werkzaamheden met zich mee brengt heb ik het aantal regels geminimaliseerd. Hierdoor krijgen zorginstellingen en zorgkantoren een grotere verantwoordelijkheid ten aanzien van het realiseren van initiatieven voor kleinschalige zorg.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd over de inhoud van de aanwijzing aan de NZa en de wijze waarop ik uitvoering zal geven aan deze motie.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
mw. dr. J. Bussemaker